

MEDICC

October 2011, Vol 13, No 4

Review

International Journal of Cuban Health & Medicine

Salud Cardiovascular en Las Américas: Realidad, Prioridades y la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre las Enfermedades no Transmisibles



MEDICC Review is published by MEDICC (Medical Education Cooperation with Cuba), a non-profit organization founded in 1997 to enhance cooperation among the US, Cuban, and global health communities aimed at better health outcomes. The organization's mission is to support education and development of human resources in health committed to equitable access and quality care.

MEDICC Review online (ISSN 1527-3172) is an Open Access publication, allowing readers to freely access, copy, use, distribute, transmit and display its contents, subject to proper attribution. The uses described above are limited exclusively to non-commercial purposes. See *MEDICC Review's* Creative Commons License online for details.

 www.medicc.org/mediccreview — Copyright © 2011 by MEDICC

MEDICC Review is indexed in:

MEDLINE®



THOMSON REUTERS

SciELO

Science Citation Index Expanded/SciSearch®
Journal Citation Reports/Science Edition
Social Sciences Citation Index®
Social Scisearch®
Journal Citation Reports/Social Sciences Edition



www.cabi.org

Global Health
Tropical Diseases Bulletin

ELSEVIER
EMBASE
SCOPUS™

Salud Cardiovascular en Las Américas: Realidad, Prioridades y la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre las Enfermedades no Transmisibles

Dr. Pedro Ordúñez MD PhD

Traducción del artículo publicado en la revista *MEDICC Review* (October 2011, Vol 13, No 4). El original está disponible en inglés en <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=18&id=218&a=vahtml>

RESUMEN

El envejecimiento de la población, el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física, en el contexto de la globalización y el crecimiento urbano no planificado, explican las altas prevalencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en las Américas, y con ello que las enfermedades cardiovasculares sean la primera causa de muerte. Además, las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo afectan de manera desproporcionada a las personas más pobres, contrarrestando los esfuerzos contra la pobreza y profundizando las disparidades en salud, entre otras. La crisis de las enfermedades crónicas no transmisibles ha alcanzado proporciones tan preocupantes que en septiembre de 2011 la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó una Reunión de Alto Nivel para tratar el tema como un problema de desarrollo humano, con el objetivo de estimular un compromiso político y una acción concertada y global para contener la pandemia. Este artículo describe la carga de las ECV en las Américas y describe las prioridades de las estrategias y acciones en la región, y su relación con los resultados de la reunión de la ONU.

Las Enfermedades Cardiovasculares en las Américas

Como en otras regiones del mundo, las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) proliferan en las Américas. El envejecimiento de la población, el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física, en el contexto de la globalización y el crecimiento urbano no planificado, explican las altas prevalencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes, y con ello que las enfermedades cardiovasculares (ECV) sean la primera causa de muerte.[1,2] Informes recientes dan cuenta de que en la población adulta de siete países de América Latina un 18% padece de HTA, 14% tiene el colesterol elevado, 7% está viviendo con diabetes, 23% es obesa y 30% fuma.[3] Dado el perfil epidemiológico de la Región, el porcentaje de la población adulta con menos de 70 años que está en riesgo de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años es alto: hasta un 41% de los hombres y un 18% de las mujeres en los países con muy baja mortalidad tanto infantil como de adultos (por ejemplo, Canadá, Cuba y Estados Unidos), hasta un 25% y un 17% de los hombres y mujeres, respectivamente, en países con baja mortalidad infantil y en adultos (Argentina, Barbados y Chile), y hasta un 8% de los hombres y un 6% de las mujeres de los países con muy alta mortalidad infantil y mortalidad en adultos (Bolivia y Ecuador).[4]

En 2007 se notificaron en las Américas 1 498 645 muertes por enfermedades cardiovasculares (CIE-10, I00-I99), aproximadamente el 30% de los fallecidos por todas las causas. El 87% de estas muertes se agruparon alrededor de 4 entidades: enfermedad isquémica del corazón (CIE-10, I20-I25), enfermedades

cerebrovasculares (CIE-10, I60-I69), insuficiencia cardíaca (CIE-10, I50) y las enfermedades hipertensivas (CIE-10, I10-I15). [5] La enfermedad isquémica del corazón (EIC) fue la primera causa de muerte para ambos sexos con 662 011 casos (362 596 hombres y 299 415 mujeres), comprendiendo el 13% del total de fallecidos de la Región. Fue la primera o segunda causa de muerte en 30 países, con tasas de mortalidad marcadamente más elevadas en hombres que en mujeres. Las diferencias entre países fueron notables, con tasas de mortalidad ajustadas por edad y sexo que oscilaron entre 34 y 129 por 100 000 habitantes. Cuba notificó tasas de mortalidad de 112 y 86 por 100 000 habitantes en hombres y mujeres, respectivamente.[5]

En América Latina y el Caribe una proporción importante de los fallecimientos por ECV ocurren prematuramente—más en los hombres que en las mujeres—justo en el período de mayor aporte económico y social. En Cuba, las tasas de mortalidad en la población menor de 70 años son de 1,5 a 2,5 veces mayor que las de Canadá, la cual notificó tasas de 32 y 9 por 100 000 habitantes en hombres y mujeres, respectivamente.[5]

En las Américas, las enfermedades cerebrovasculares causaron 336 809 fallecimientos (153 120 hombres y 183 689 mujeres) en 2007, siendo la segunda causa de muerte para ambos sexos y aportando el 7% del total de muertes en la región. Se ubicó entre la primera y tercera causa de muerte en al menos 12 países. Panamá, Venezuela, Cuba y Paraguay notificaron las tasas de mortalidad más elevadas (entre 49 y 61 por 100 000 habitantes en ambos sexos). Canadá tiene la mortalidad más baja de la región (9 y 10 por 100 000 habitantes en hombres y mujeres, respectivamente), particularmente al compararla con países que tienen un perfil de mortalidad global similar.[5] Vinculado con este fenómeno, se ha observado una relación inversa no-lineal entre la proporción de la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares y el producto interno bruto per cápita, ajustado por la paridad del poder adquisitivo.[6] Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo afectan de manera desproporcionada a los sectores más pobres de la población,[7] y tienen un impacto catastrófico en la economía de los presupuestos estatales y familiares debido a los gastos derivados de los tratamientos y a la pérdida de años de vida potencial y de productividad causada por muertes prematuras y discapacidad.[8,9] Estas enfermedades contrarrestan los esfuerzos de la lucha contra la pobreza y profundizan aún más las inequidades en salud, entre otras.[7]

Prioridades para enfrentar las ECV en las Américas

Por consiguiente, en 2010, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) auspició una consulta regional con el propósito de identificar, sobre la base de las mejores pruebas científicas dis-

ponibles, en criterios de costo-efectividad, valor social y equidad, las prioridades para la salud cardiovascular en las Américas.[10] En esta consulta participaron numerosos expertos, instituciones, organizaciones de la sociedad civil y ministerios de salud, así como personal técnico especializado de la OPS. Los expertos presentaron sus recomendaciones basadas en la evidencia recogida en paneles organizados en torno a cuatro líneas de acción: políticas públicas y prevención de alcance poblacional; reducción de riesgo y estrategias de control del alto riesgo; control del síndrome coronario agudo y de los accidentes cerebrovasculares; y organización de la respuesta del sistema de salud, incluyendo los servicios de emergencia. Cada panel perfeccionó su borrador a través de intercambios reiterados, y luego se reunieron para evaluar en conjunto sus recomendaciones, evidencias y fundamentos, y redactar una declaración de consenso con recomendaciones para los encargados de tomar decisiones en materia de salud. Este documento fue circulado entre los participantes hasta alcanzar un consenso final sobre la formulación y justificación de cada prioridad.

La consulta se concentró en las enfermedades cardiovasculares de origen aterosclerótico y sus principales factores de riesgo. Las prioridades se articularon en torno a las cuatro líneas de acción de la *Estrategia Regional y el Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas*, adoptada por los países miembros de la OPS en 2006: políticas públicas, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, control integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo, y vigilancia.[11]

Políticas públicas Existen evidencias de que el solapamiento entre las actuaciones destinadas a prevenir y controlar las ECV, así como entre sus determinantes, demanda de mecanismos que coordinen de forma robusta y eficiente, no sólo los sistemas de salud pública y de servicios de salud, sino todos los estamentos implicados de los gobiernos y de la sociedad en su conjunto.[12] En vista de esto, y para que la salud sea considerada en todas las políticas sociales,[13,14] se jerarquizó como prioridad el establecimiento de mecanismos multi-sectoriales de alto nivel que coordinen las acciones de prevención, no sólo de las ECV sino de otras ENT, a nivel poblacional.

Asimismo, y teniendo en cuenta que las ECV y sus factores de riesgo son al mismo tiempo causa y consecuencia de la pobreza, se estableció como prioridad garantizar que uno de los objetivos explícitos de los planes para la prevención y el control de las ECV sea reducir las desigualdades en la distribución de los riesgos, la carga de enfermedad y las actividades de prevención y control. El riesgo de tener una ECV está intensa e inversamente relacionado con el nivel socioeconómico, de manera que la reducción de las disparidades de la carga de las ECV exige que se actúe para limitar los factores asociados con el aumento de las desigualdades en la población.[15]

También fue identificada como prioridad el trabajo en redes. Las redes ayudan a diseminar las lecciones aprendidas, mejorar la comunicación y coordinación entre países, estandarizar los enfoques de evaluación, seleccionar las mejores prácticas, asignar mejor los recursos, estimular la innovación, fortalecer las relaciones y promover la coordinación de políticas de alimentación, comercio, fiscales y de salud.

En todos los países se observan notables disparidades en la carga de enfermedad, en la prevalencia de factores de riesgo y en

la cobertura y el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de población.[16] Los sistemas de salud que más contribuyen a mejorar la salud de la población y la equidad son aquellos cuyos servicios están organizados en torno al principio de cobertura universal, en los cuales la atención primaria promueve acciones a través de toda la gama de los determinantes sociales, los que equilibran las intervenciones de prevención y promoción con las curativas, y los que hacen hincapié en el nivel primario de atención con mecanismos apropiados de coordinación.[17,18] Por lo tanto, la consulta fue concluyente en la importancia de avanzar hacia la cobertura universal y el acceso equitativo a los servicios de salud. La promoción, la prevención y la atención calificada y eficiente a los pacientes forman parte integral del derecho a la salud, y por esta razón se llamó a los países a incorporar dichas intervenciones en los programas públicos existentes.

El mayor impacto de las ECV se observa en las poblaciones de medianos y bajos ingresos, y en algunos países hasta el 78% del gasto en medicamentos es gasto de bolsillo.[19] Considerando que estas realidades contrarrestan los esfuerzos de la lucha contra la pobreza, la consulta definió como prioritario el aseguramiento del acceso a los medicamentos y a otras tecnologías esenciales, incluidas las pruebas de laboratorio, prestando especial atención a las poblaciones desfavorecidas.

Promoción de salud y prevención de enfermedades En esta línea de acción la estrategia regional definió cinco prioridades relacionadas con el tabaco, la sal, la alimentación saludable, la actividad física y el alcohol (Tabla 1).

Control integrado de las ENT y sus factores de riesgo La provisión de servicios de salud eficientes y sostenibles requiere de recursos humanos en número y capacitación adecuados. La correcta implantación de los modelos integrales de prevención y control de las ENT y sus factores de riesgo obliga a revisar los planes de estudio vigentes y a incorporar en ellos la formación y acreditación continuadas, las tecnologías de la información y la comunicación, la medicina basada en evidencia, así como la planificación, la gestión de servicios y el manejo clínico.[29] De la misma forma se consideró prioritario desarrollar estrategias integrales y sostenibles de educación continua dirigidas especialmente a los trabajadores de la atención primaria, reforzar el componente de prevención y control de las ECV y, si es necesario, revisar los programas académicos para alcanzar ese objetivo.

Se conoce que la fragmentación de la atención clínica desemboca en una falta de adherencia a los estándares internacionales que explica el tratamiento subóptimo, el aumento de las recurrencias y las complicaciones.[30] Este factor llevó a la consulta a recomendar como prioridad el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria y organizados en redes integradas de servicios, prestando especial atención a las tres funciones básicas del primer nivel en relación con las ECV: servir de puerta de entrada al sistema, garantizar la coordinación y la continuidad de la atención e integrar la información del usuario.

La correcta integración de servicios en red y la eficiencia y calidad globales del sistema son en parte tributarias de que se dote a la atención primaria con las tecnologías más costo-efectivas y con mayor capacidad resolutoria para ese nivel de la atención.[31] Del mismo modo, se alentó a implantar criterios de derivación de pacientes desde el primer nivel de atención a otros ámbitos

de atención del sistema de salud a fin de mejorar la coordinación entre niveles y optimizar la eficacia y eficiencia de todo el sistema. No es ningún elemento aislado de los que componen los modelos de atención de pacientes crónicos el que desempeña un papel primordial en la mejora de resultados clínicos en pacientes con ECV y otras ENT, sino el cambio del conjunto de estos elementos interconectados en los modelos de provisión de servicios.[32] También se reconoce que el riesgo de las ECV se reduce y su control mejora cuando las personas afectadas conocen los estilos saludables de vida, los factores de riesgo y los cambios de comportamiento necesarios para reducirlos, así como las medidas específicas de autocuidado.[33] De esta manera, se consideró acelerar la implantación del modelo de atención integrado de las enfermedades crónicas en los servicios de salud y potenciar el papel activo, la responsabilización y la autonomía de las personas con factores de riesgo o ECV, y especialmente con diabetes e hipertensión, mediante el desar-

rollo de sus habilidades y recursos para maximizar su capacidad de autocuidado.

La hipertensión, la hipercolesterolemia y el tabaquismo vistos en conjunto explican más del 80% de las ECV, pero la hipertensión es el factor de riesgo con más peso y se asocia con el 62% de los accidentes cerebrovasculares y 49% de la cardiopatía isquémica. [34] Basado en ello, se entendió como cardinal, fortalecer las acciones para mejorar los niveles de conocimiento, tratamiento y control de la HTA, haciendo hincapié en la detección oportuna, la selección y la utilización adecuadas de medicamentos y la adherencia terapéutica. De la misma forma, se llamó a fomentar la evaluación del riesgo cardiovascular total individual en las prestaciones clínicas preventivas, haciendo hincapié en el tratamiento de los pacientes con alto riesgo de ECV y, a reforzar la detección temprana y el tratamiento de la enfermedad renal crónica en las personas con HTA y diabetes.

Tabla 1: Prioridades para la promoción de salud y la prevención de enfermedades en las Américas

Recomendación de la consulta de la OPS	Fundamento
Tabaco Implementación acelerada del Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) de la OMS.	El CMCT contiene medidas basadas en pruebas científicas muy costo-efectivas—incluso de reducción del gasto—para reducir el consumo del tabaco y desalentar el inicio del hábito de fumar.[20] El CMCT ofrece un marco jurídico y herramientas de cooperación internacional para el control del tabaco.
Sal Programas sostenibles de reducción de la ingesta; financiados por los gobiernos; basados en pruebas científicas; integrados a otros programas de alimentación, nutrición y educación para la salud; y que son asequibles a todos. Regular mediante legislación, políticas fiscales e incentivos económicos el contenido de sal de todos los productos alimenticios, para que la industria establezca metas graduales y cronogramas de reducción del contenido de sal.	El consumo poblacional de sal en casi todos los países de la región es por lo menos el doble de la cantidad recomendada (5 g/día/persona). La reducción del consumo poblacional de sal es una de las medidas disponibles mas costo-efectivas y de reducción de gastos en salud.[21] Resultados pobres de los compromisos voluntarios de la industria (lección aprendida de la lucha contra el tabaco).[22]
Alimentación saludable Promover políticas agrícolas sostenibles para aumentar la producción, la oferta, el acceso y la aceptación de los alimentos saludables así como reducir estos aspectos en los alimentos nocivos Políticas eficientes y basadas en pruebas científicas sobre la fijación de precios, los incentivos para la producción, y la venta de alimentos saludables. Políticas que regulen la promoción y el mercadeo de alimentos para niños y adolescentes.	La oferta en los mercados y el exceso de consumo de grasas, calorías y alimentos nocivos para la salud están influenciados por las políticas de agricultura y la cadena de suministros en su conjunto.[23] Las políticas de agricultura se asocian con los cambios en los precios y la disponibilidad de los alimentos y, junto a la regulación del contenido en nutrientes, influyen en los modelos de producción alimentaria.[23] El mercadeo de alimentos y la publicidad influyen en las preferencias y el consumo de alimentos.[24] Los niños y jóvenes son especialmente vulnerables, particularmente donde los mecanismos de regulación del mercadeo son escasos.[25] La actividad física aumenta con la presencia de parques, áreas verdes y de recreación, políticas propicias a los peatones, y carriles seguros para bicicletas.[26]
Actividad Física Políticas sostenibles de planificación urbana, transporte y seguridad, para crear entornos que faciliten un modo de vivir saludable, activa y segura. Las escuelas deben promover la alimentación saludable y proporcionar 50 minutos diarios de ejercicio moderado.	En algunos países, hasta el 20% de los niños son obesos o tienen sobrepeso.[27] La mayoría de los niños pasa casi todo el día en la escuela, las cuales son generalmente lugares seguros para realizar el ejercicio físico. Las escuelas y los maestros pueden ayudar a consolidar normas sociales que valoren la dieta saludable y la actividad física.
Alcohol Implementación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol de la OMS [28]	El uso nocivo del alcohol es uno de los principales factores de riesgo a escala mundial.[28]

Fuente: Consulta Regional de la OPS, 2010–2011.

También se recomendó ejecutar políticas que favorezcan que el sistema de salud opere bajo altos estándares de eficiencia y seguridad clínica y, en este contexto, establecer programas integrales de mejora continua de la calidad para evaluar las prestaciones relacionadas con la atención a las ECV en los servicios de salud, aplicar sistemas de certificación y auditoría clínica e implementar guías de práctica clínica adaptadas a los requerimientos, recursos y la cultura local de todos los niveles de la red de servicios.[35]

La asequibilidad y disponibilidad de medicamentos y tecnologías esenciales, y la provisión de servicios de farmacia integrales, se mejoran cuando se implantan políticas que refuerzan el uso racional de medicamentos, promueven la prescripción de genéricos e incluyan medidas adecuadas de fijación de precios y de racionalización del gasto.[36,37] En consecuencia, resulta necesario, implantar políticas de regulación de medicamentos y otras tecnologías basadas en su buena calidad, eficacia relativa, su valor diagnóstico y terapéutico añadidos, su valor social, y su seguridad.

En relación con el síndrome coronario agudo y los accidentes cerebrovasculares se consideró que había pruebas suficientes [38–40] para priorizar seis intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención a los enfermos: 1) implementar una estrategia de comunicación y educación dirigida a la población general sobre el uso eficiente de los sistemas de urgencias y la detección temprana de los síntomas y signos premonitores de esas dolencias; 2) desarrollar los servicios de emergencias médicas en espacios geo-administrativos y poblacionales definidos, que faciliten la actuación coordinada entre los componentes de la red de servicios y contribuyan a mejorar la eficiencia de las intervenciones; 3) ampliar el acceso y la cobertura de la terapia de reperfusión temprana, haciendo hincapié en la urgencia de las intervenciones (tiempo entre inicio de los síntomas y el tratamiento) y en la disponibilidad de tecnologías básicas que garanticen una intervención precoz y segura; 4) disponer de unidades coronarias y cerebrovasculares integradas a la red de servicios de salud, dando prioridad a los pacientes que se encuentran en alto riesgo de complicaciones y de muerte; 5) implementar programas de rehabilitación temprana, de amplio alcance y efectividad comprobada, y de reinserción social de los pacientes; y 6) aumentar la cobertura y el acceso a las intervenciones de prevención secundaria.

Vigilancia El respaldo técnico y financiero activos y mantenidos en el tiempo de sistemas de vigilancia de las ECV es uno de los elementos cruciales para mejorar las condiciones de salud cardiovascular.[41] por lo que se convino en la necesidad de integrar la vigilancia de las ECV en el sistema de información vigente de los sistemas de salud, mantenerla operativa e incluir sus funciones en los presupuestos regulares del sistema de salud. La consulta fue enfática en señalar la urgencia de mejorar la cobertura y la calidad de los registros de mortalidad de las ECV, así como la vigilancia de los factores protectores, factores de riesgo y de la morbilidad cardiovascular. También se consideró pertinente crear un conjunto mínimo básico de indicadores de cobertura, acceso y desempeño de los servicios de salud; calidad de la atención; costos y eficiencia de las intervenciones; adecuación de la utilización de medicamentos y tecnologías; y de los progresos en la aplicación de los planes nacionales. Estos indicadores deben proporcionar suficiente información para planificar, implantar y evaluar políticas, estrategias, servicios, tecnologías e intervenciones, e invertir en investigaciones sobre la efectividad—incluyendo las evaluaciones económicas—de los modelos de acción intersectorial en la prevención de las ECV.

El mantenimiento permanente de un sistema de difusión y retroalimentación de información entre financiadores y proveedores, que respete los principios del buen gobierno,[42] es un elemento clave para reducir las asimetrías en la información y alcanzar los niveles esperados de efectividad y eficiencia de actividades, intervenciones y tecnologías.

Finalmente, con el objetivo de integrar y hacer sostenible las intervenciones propuestas, la consulta invitó a vincular todas las acciones recomendadas en un conjunto de intervenciones coherentes entre sí y vertebradas en torno a un eje común; a evitar su desagregación, y a garantizar el apoyo institucional y el financiamiento a largo plazo de un plan concreto, asignando un presupuesto específico basado en la carga y el impacto de las ECV, la relación de costo-efectividad de las intervenciones y su valor social, su impacto presupuestario y el principio de equidad, ajustando periódicamente el presupuesto de servicios de salud conforme a estos criterios.

Las ENT en la Agenda Política Global

Los días 19 y 20 de septiembre de 2011, los jefes de Estado y representantes de Gobierno se reunieron en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York para examinar la prevención y el control de las ENT. Se trató de una oportunidad histórica para poner en la agenda política global el tema de las ENT como uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, lo cual socava el progreso social y económico y pone en peligro la consecución de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente. La Declaración Política resultante reconoció que las ENT son una amenaza para las economías de muchos países, y que pueden aumentar las desigualdades entre países y poblaciones. Asimismo, que recae en los gobiernos las responsabilidades primordiales de responder al reto que plantean estas condiciones, y que la participación y el compromiso de todos los sectores de la sociedad son esenciales para generar respuestas eficaces con el fin de contribuir a la plena realización del derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental.[43]

El seguimiento de esta Declaración requerirá una colaboración estrecha entre el Secretario General de la ONU y el Director General de la OMS, en consulta con los estados miembros de la ONU y otras organizaciones. Les fue solicitado que en el 2012 presenten a la Asamblea General opciones para fortalecer y facilitar las acciones multisectoriales de prevención y control de las ENT. La Declaración además solicita al Secretario General la presentación en la 68va Asamblea General en 2013 de un informe sobre los progresos en el cumplimiento de los compromisos acordados—particularmente sobre los avances de las acciones multisectoriales y sus efectos en la realización de los objetivos de desarrollo internacional, incluyendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio—como base para la preparación en el 2014 de un estudio y una evaluación generales de los progresos logrados en la prevención y el control de las ENT.[43]

De la Política a la Práctica

Las prioridades para la salud cardiovascular definidas en la consulta regional están totalmente alineadas en contenido y espíritu con la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT. La Declaración servirá de brújula y de plataforma que permitirá que dichas prioridades, entendidas como un menú de opciones de política, se incorporen al conjunto de objetivos, metas e intervenciones que cada

país planificará en función de su contexto sanitario, económico, político y social para cumplir los compromisos contraídos ante la Asamblea General.

Visto el grave problema que representan las ENT, a no pocos les hubiera gustado que la Declaración Política tuviera metas más concretas, compromisos de financiamiento más tangibles, me-

canismos de verificación más transparentes, acciones más vinculantes, llamados más enfáticos, menos cuestionamientos de conflictos de interés, y medidas más substanciales. En cualquier caso, el progreso es innegable y la Declaración Política es ya una nueva pieza que conecta la agenda de salud con otras agendas globales, que alerta, indica un rumbo, define estrategias y compromete a la acción. 

References

- Embersen JR, Whincup PH, Morris RW, Walker M. Re-assessing the contribution of serum total cholesterol, blood pressure and cigarette smoking to the aetiology of coronary heart disease: impact of regression dilution bias. *Eur Heart J*. 2003 Oct;24(19):1719–26.
- WHO. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2011 Aug 20]. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- Schargrotsky H, Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinuesa R, Silva Ayçaguer LC, et al. CARMELA: Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities. *Am J Med*. 2008 Jan;121(1):58–65.
- WHO. Prevention of Cardiovascular Diseases: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2006.
- PAHO Regional Health Observatory. Indicadores Básicos de Salud. Mortalidad. Causas principales de defunción [Internet]. 2010 [cited 2011 Jul 15]; [about 1 screen]. Available from: http://ais.paho.org/phis/viz/mort_causasprincipales_it_oms.asp. Spanish.
- PAHO. Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2009. Washington DC: Pan American Health Organization; 2009. Spanish.
- Kreatsoulas C, Anand SS. The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Can J Cardiol*. 2010 Aug-Sep;26 Suppl C:8–13.
- The NCD Alliance [Internet]. Geneva: NCD Alliance; c2010. The Global Burden of NCDs: The Global Epidemic; 2010 [cited 2011 Jul 20]. Available from: <http://www.ncdalliance.org/node/11>.
- Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L. Chronic Disease: An economic perspective [Internet]. London: Oxford Health Alliance; 2006 [cited 2011 Jan 20]. 60 p. Available from: <http://www.sehn.org/tccpdf/Chronic%20disease%20economic%20perspective.pdf>.
- Ordúñez-García P, Campillo-Artero C, editors. Regional consultation: priorities for cardiovascular health in the Americas. Key messages for policymakers. Washington DC: Pan American Health Organization; 2011.
- PAHO. Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases [Internet]. Washington DC: Pan American Health Organization; 2007 [cited 2011 Sep 26]. Available from: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/reg-strat-cneds.pdf>.
- Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*. 2011 Apr 23;377(9775):1438–47.
- Fuster V, Kelly BB, editors. Committee on Preventing the Global Epidemic of Cardiovascular Disease: Meeting the Challenges in Developing Countries; Institute of Medicine. Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health. Washington DC: National Academies Press; 2010. 484 p.
- Geneau R, Stuckler D, Stachenko S, McKee M, Ebrahim S, Basu S, et al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *Lancet*. 2010 Nov 13;376(9753):1689–98.
- Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann NY Acad Sci*. 2010;1186:125–45.
- Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009 May;27(5):963–75.
- WHO; Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a generation: Health equity through action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. 256 p.
- WHO. The World Health Report 2008. Primary Care. Now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
- PAHO. Impacto de la exclusión de servicios de salud en el acceso a medicamentos. Análisis comparativo de la situación en Guatemala, Honduras y Nicaragua. Washington DC: Pan American Health Organization; 2011. Spanish.
- WHO. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Campbell N, Legowski B, Legetic B, Wilks R, Pinto de Almeida Vasconcellos AB. PAHO/WHO Regional Expert Group Policy Statement—Preventing cardiovascular disease in the Americas by reducing dietary salt intake population-wide. *CVD Prevention and Control*. 2010;4(4):189–91.
- Brownell KD, Warner KE. The Perils of Ignoring History: Big Tobacco Played Dirty and Millions Died. How Similar Is Big Food? *Milbank Q*. 2009 Mar;87(1):259–94.
- Hawkes L, Blouin C, Henson S, Drager N, Dubé L, editors. Trade, Food, Diet and Health: Perspectives and Policy Options. Oxford: Wiley Blackwell; 2010 Jan. 336 p.
- Brownell KD, Schwartz MB, Puhl RM, Henderson KE, Harris JL. The need for bold action to prevent adolescent obesity. *J Adolesc Health*. 2009 Sep;45(3 Suppl):S8–17.
- WHO. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2010. 16 p.
- Gomez LF, Sarmiento OL, Parra DC, Schmid TL, Pratt M, Jacoby E, et al. Characteristics of the built environment associated with leisure-time physical activity among adults in Bogotá, Colombia: A Multilevel Study. *J Phys Act Health*. 2010 Jul;7 Suppl 2:S196–203.
- Freedman DS; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Obesity—United States, 1988–2008. *MMWR Surveill Summ*. 2011 Jan 14;60 Suppl:73–7.
- WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2011 Sep 20]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/alcohol-strategyfinal.pdf
- Dubois CA, Singh D, Jiwan I. The human resource challenge in chronic care. In: Nolte E, McKee M, editors. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Maidenhead (GB): Open University Press; 2008. p. 143–71.
- Curry N, Ham C. Clinical and service integration. The route to improve outcomes. London: The King's Fund; 2010 Nov 22. 56 p.
- PAHO. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: Pan American Health Organization; 2010 May. 102 p. Spanish.
- Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010 Jan;5(Pt 1):71–90.
- Battersby M, Von Korff M, Schaefer J, Davis C, Ludman E, Greene SM, et al. Twelve evidence based principles for implementing self-management support in primary care. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010 Dec;36(12):561–70.
- WHO. Global health risks; Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009. 70 p.
- World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Puig-Junoy J, Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y a la relación costo-efectividad incremental. *Rev Esp Salud Pública*. 2009 Jan-Feb;83(1):59–70. Spanish.
- WHO. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. WHO Policy Perspectives on Medicines No. 8. Geneva: World Health Organization; 2004 Mar. 6 p.
- Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, et al. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *Circulation*. 2008 Dec 9;118(24):2596–648.
- National Institute for Health and of Clinical Excellence (GB). Unstable angina and NSTEMI. London: NICE; 2010 Mar.
- Schwamm LH, Fayad P, Acker JE 3rd, Duncan P, Fonarow GC, Garg M, et al. Translating evidence into practice: A decade of efforts by the American Heart Association/ American Stroke Association to reduce death and disability due to stroke. *Stroke*. 2010 May;41(5):1051–65.

41. Bonita R. Guest Editorial: Strengthening NCD prevention through risk factor surveillance. *Glob Health Action*. 2009 Sep 28;2.
42. Campillo Artero C. [Integration of information for health interventions: from data to information and from information to action. Report of the Spanish Society of Public Health]. *Gac Sanit*. 2008 Apr;22 Suppl 1:14–8. Spanish.
43. United Nations. General Assembly. Sixty-sixth Sessions. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. A/66/L.1 [Internet]. New York: United Nations; 2011 Sep 16 [cited 2011 Sep 26]. Available: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N11/497/77/PDF/N1149777.pdf?OpenElement>.

EL AUTOR

Pedro Ordúñez García (ordunezp@paho.org), clínico especializado en salud pública con un doctorado en ciencias de la salud. Consultor en prevención y control de las enfermedades crónicas, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud, Washington, DC.

Traducido al español por Georgina Gómez Tabío

MEDICC Review

Themes for Upcoming Issues

2013 - 2014

Diabetes

Primary Health Care

Communicable Diseases

Mental Health

Health & Human Development over the Lifespan

Genetics & Population Health

...and in every issue

- Original research by Cuban and international medical scientists and health professionals
- Exclusive features and interviews
- Viewpoints on hot topics in medicine and health in Cuba and the world

***MEDICC Review* online, Open Access on the web!**
Visit www.medicc.org/mediccreview

Cardiovascular Health in the Americas: Facts, Priorities and the UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases

Pedro Ordúñez MD PhD

SUMMARY

Population aging, smoking, unhealthy diet and physical inactivity, in the context of globalization and unregulated urbanization, explain the high prevalences of hypertension, hypercholesterolemia and diabetes in the Americas, making cardiovascular diseases the main cause of death. Moreover, cardiovascular diseases and their risk factors disproportionately affect the poorest people, obstructing antipoverty efforts and further deepening health and other inequities. The global crisis of chronic non-communicable diseases has reached such proportions that the UN General Assembly called a high-level meeting in September 2011 to address the issue as one of human development, aiming to stimulate political commitment to a concerted global effort to stem the pandemic. In reference to the Americas, this article reviews the burden of cardiovascular diseases and describes priorities for strategies and action in the region and their relation to the results of the UN meeting.

Cardiovascular Diseases in the Americas

As elsewhere in the world, chronic non-communicable diseases (NCD) are rampant in the Americas. Population aging, smoking, unhealthy diet and physical inactivity, in the context of globalization and unregulated urbanization, explain the high prevalences of hypertension, hypercholesterolemia and diabetes in the region, making cardiovascular diseases (CVD) the main cause of death.[1,2] Recent studies in seven Latin American countries found prevalences in adults of 18% for hypertension, 14% for high cholesterol, 7% for diabetes, 23% for obesity and 30% for smoking.[3] Given the region's epidemiologic profile, risk of a cardiovascular event in the next ten years is high in the adult population aged <70 years: up to 41% in men and 18% in women in countries with very low infant and adult mortality (such as Canada, Cuba and the United States); up to 25% and 17% in men and women respectively, in countries with low infant and adult mortality (such as Argentina, Barbados and Chile) and up to 8% and 6% in men and women respectively, in countries with very high infant and adult mortality (such as Bolivia and Ecuador).[4]

In the Americas in 2007, circulatory diseases (ICD-10, I00-I99) were responsible for approximately 30% of deaths from all causes: 1,498,645 deaths. Four conditions were responsible for 87% of these: ischemic heart disease (IHD) (ICD-10, I20-I25), cerebrovascular disease (ICD-10, I60-I69), cardiac insufficiency (ICD-10, I50) and hypertension (ICD-10, I10-I15).[5]

IHD was the leading cause of death for both sexes, with 662,011 deaths (362,596 men and 299,415 women), making up 13% of all deaths in the Americas; and it was the first or second cause of death in 30 countries, with mortality rates substantially higher in men than women. There were notable differences among countries, with age- and sex-adjusted mortality rates from 34

to 129 per 100,000 population. Cuba reported IHD mortality rates of 112 and 86 per 100,000 population in men and women respectively.[5]

In Latin America and the Caribbean, a substantial proportion of IHD deaths occur prematurely—more so in men than women—at the time of their greatest economic and social contribution. Cuba's IHD mortality rates in the population aged <70 years are 1.5 to 2.5 times those of Canada, which had rates of 32 and 9 per 100,000 population in men and women respectively.[5]

In the Americas, cerebrovascular disease was responsible for 336,809 deaths (153,120 men and 183,689 women) in 2007, making it the second cause of death in both sexes, with nearly 7% of all deaths in the region. It was between the first and third cause of death in at least 12 countries. Panama, Venezuela, Cuba and Paraguay reported the highest mortality rates: 49–61 per 100,000 population in both sexes. Canada reported the lowest at 9 and 10 per 100,000 population in men and women, respectively, contrasting especially with countries having a similar overall mortality profile.[5] In connection with this phenomenon, a non-linear inverse relationship has been observed between the proportion of premature mortality due to cerebrovascular diseases and purchasing-power adjusted Gross National Product.[6] CVDs and their risk factors disproportionately affect the poorest population sectors,[7] plus family and government budgets because of treatment costs and potential years of life and productivity lost to premature death and disability.[8,9] These diseases obstruct antipoverty efforts and further deepen health and other inequities.[7]

CVD Priorities for the Americas

Accordingly, in 2010 PAHO sponsored a regional consultation to marshal the best available scientific evidence to prioritize CVD control actions in the Americas, applying criteria of cost-effectiveness, social value and equity.[10] The consultation involved a wide range of experts, institutions, civil society organizations and ministries of health, as well as PAHO technical personnel. Experts presented their recommendations based on assembled evidence to panels assigned four specific arenas for action: public policy and population-level prevention; risk reduction and high-risk management strategies; management of acute coronary syndrome and stroke; and organization of health system response, including emergency services. Each panel refined its draft document through reiterative exchanges, then met to collectively assess their recommendations, evidence and rationales and write a draft consensus statement with recommendations for health decision makers. This was circulated among participants until final consensus was reached on each priority's formulation and justification.

The consultation focused its activities on CVDs of atherosclerotic origin and their major risk factors. Priorities were aligned with the four action areas of the Regional Strategy and Plan of Action on an Integrated Approach to the Prevention and Con-

trol of Chronic Diseases, adopted by PAHO member states in 2006: public policy and advocacy, health promotion and disease prevention, integrated control of NCDs and their risk factors, and surveillance.[11]

Public policy and advocacy There is evidence that lack of coordination in CVD prevention and control leads to both gaps and overlaps; hence, addressing these diseases and their risk factors demands involvement by all government agencies and society, not just the health system.[12] In view of this, and for health to be considered in all policies,[13,14] top priority was given to high-level multisectoral coordination mechanisms for population-level prevention, not only for CVDs but for all NCDs.

Similarly, since CVDs and their risk factors are both causes and consequences of poverty, the consultation urged that an explicit goal of prevention and control plans be reducing inequitable distribution of risk and disease burden, as well as ensuring more equitable implementation of prevention and control activities. There is a strong inverse relationship between socioeconomic status and CVD risk, so reducing disparities in CVD burden also requires action to limit factors that increase population inequalities.[15]

Networking was also identified as a priority. Networks help disseminate lessons learned, improve communication and coordination between countries, standardize evaluation approaches, support adoption of best practices and better resource allocation, stimulate innovation, strengthen relationships, and promote coordination of nutrition, trade, fiscal and health policies.

Throughout the Americas, noticeable differences by population group were observed in both risk factor and disease prevalence, as well as in access to health services.[16] The health systems that best support improvements in population health have universal coverage, coordinate primary health care appropriately with the rest of the health system, mobilize primary health care to act on a range of social determinants, and balance prevention and promotion activities with curative ones.[17,18] Hence, the consultation emphasized the need to move toward universal health coverage and equitable access to health services. Health promotion, disease prevention and efficient and high-quality treatment are integral to the right to health, and countries were urged to include all these in existing publicly-funded programs.

CVDs have a greater impact on low- and middle-income populations, and in some countries patients pay up to 78% of medication costs out of pocket.[19] These realities hinder efforts to fight poverty, so the consultation identified as a priority ensuring access to medications and other essential technologies, including laboratory tests, particularly for disadvantaged groups.

Health promotion and disease prevention In this action area, the regional strategy defined five priorities related to tobacco, salt, healthy eating, physical activity and alcohol (Table 1).

Integrated control of NCDs and their risk factors Provision of efficient and sustainable health services requires sufficient numbers of well-trained health workers. Implementation of integrated risk and NCD prevention and control models requires priority attention in such areas as: revised and updated health sciences curricula, including continuing education and accreditation; information and communications technologies;

evidence-based medicine; planning; health services administration; and clinical management.[29] Accordingly, the consultation gave priority to developing comprehensive and sustainable strategies for continuing education, especially for primary health care workers, to strengthen NCD prevention and control—if necessary, transforming academic programs in order to do so.

It is well established that fragmentation of clinical care leads to non-compliance with international standards and hence, suboptimal care and more relapses and complications.[30] This factor prompted the consultation to prioritize strengthening health systems based on primary health care organized in integrated service networks, with special attention to the three basic primary care functions in relation to NCDs: system gatekeeping, coordination and continuity of care, and integration of user information.

Appropriate network integration and overall system quality and efficiency are also, in part, products of providing the primary health care system with the most cost-effective technologies and the resources needed to address problems at that level.[31] In view of this, the consultation encouraged development of criteria for patient referral from primary care settings to other levels and system-wide coordination to optimize efficiency.

Improvements in CVD and other NCD clinical outcomes are not due to isolated elements of care but to their reorganization into effective service delivery models.[32] We also know that CVD risk falls and CVDs themselves are better controlled when people are knowledgeable about healthy lifestyles, behavioral changes to avoid risk, and self-care measures.[33] Hence, the consultation affirmed the importance of an integrated chronic care model that promotes active participation and autonomy of persons with risk factors or NCDs, especially diabetes and hypertension, providing skill development and resources to enable health-promoting behaviors and self management.

Hypertension, high cholesterol and smoking together explain more than 80% of CVDs, but hypertension is the most powerful risk factor, associated with 62% of strokes and 49% of IHD cases.[34] Consequently, the consultation placed vital importance on strengthening actions to improve knowledge, treatment and control of hypertension, emphasizing early detection, appropriate choice and use of medications, and therapeutic adherence. It also encouraged CVD risk evaluation as part of preventive clinical services for all individuals, with treatment of patients at high risk, and in persons with hypertension and diabetes, called for greater efforts at early detection (and treatment) of chronic kidney disease.

It also recommended policies supporting high standards of efficiency and clinical safety by adoption of comprehensive continuous quality improvement programs to evaluate NCD services, certification and clinical audit systems, and the use of clinical guidelines adapted to needs, resources and local culture at all levels of the service network.[35]

Policies reinforcing rational medication use, promoting use of generic drugs, managing pricing and rationalizing spending bring about improvements in access to and availability of medications and essential technologies, as well as provision of comprehensive pharmacy services.[36,37] It is necessary then to develop policies

regulating medications and other technologies on the basis of quality, relative efficacy, added diagnostic and therapeutic value, social value and safety.

With respect to acute coronary syndrome and stroke, the consultation considered there was sufficient evidence[38–40] to prioritize six interventions directed at improving quality of care: 1) population communication and education strategies promoting efficient emergency system use, as well as recognition of symptoms and warning signs; 2) emergency medical services organized by geographically-defined populations, coordinated with the rest of the health system for greater efficiency; 3) broadened access to early reperfusion therapy, emphasizing shortening time between symptom onset and treatment initiation and on availability of basic technologies for early and safe intervention; 4) coronary and stroke units integrated with the health service system, giving priority to those patients at highest risk of complications and death; 5) early rehabilitation programs, broad in scope and of proven effectiveness, for social reintegration of patients; and 6) increased coverage of and access to secondary prevention.

Surveillance Active and sustained technical and financial support for CVD surveillance systems is critical for improving heart health,[41] so CVD surveillance must be integrated into the overall health information system, its operations guaranteed and its resources included in health system budgets. The consultation stressed the urgency of improving CVD mortality registry coverage and quality, as well as surveillance of risk and protective factors and morbidity. It also urged creation of a core minimum set of indicators for coverage, access and system performance; quality of care; costs and effectiveness of interventions; appropriateness of medication and technology use; and progress in applying national plans. These indicators should be sufficiently detailed to plan, implement and evaluate policies, strategies, services, technologies and interventions, and support research on effectiveness—including economic evaluations—and models of intersectoral prevention.

Permanent information diffusion and feedback between financiers and providers, respecting principles of good governance,[42] is key to reducing uneven information and to meeting expectations

Table 1: Priorities for health promotion and disease prevention in the Americas

PAHO Consultation Recommendation	Rationale
Tobacco Accelerated implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)	FCTC contains evidence-based, high impact, cost-effective—even cost-saving—measures to reduce tobacco use and prevent smoking initiation.[20] FCTC provides a legal framework and tools for international cooperation on tobacco control.
Salt Programs to reduce intake that are sustainable; adequately financed by governments; evidence-based; integrated with other food, nutrition and health education programs; and available to all Legislation, fiscal policy, and economic incentives to regulate salt content in all foods, compelling industry to set targets, and timelines for reducing salt content	Salt intake in almost all countries in the region is ≥ 2 times recommended limit (5 g/day/person). Reducing population salt intake is among the most cost-effective and cost-saving measures available.[21] Results of voluntary industry commitments have been poor (lessons from tobacco control).[22]
Healthy eating Sustainable agricultural policies to increase production, supply, access and acceptance of healthy foods and to reduce those of unhealthy foods Effective, evidence-based policies on pricing, production incentives, marketing and sale of healthy foods Policies to regulate promotion and marketing of foods to children and youth	Market availability and excess consumption of high-fat, high-calorie and unhealthy foods are influenced by agricultural policies and the entire supply chain.[23] Agricultural policies associated with changes in pricing and availability of foods—together with nutrient content regulation—influence food production models.[23] Food marketing and advertising influence preferences and diet.[24] Children and youth are particularly vulnerable, especially where marketing to them is unregulated.[25]
Physical activity Sustainable policies for urban planning, transportation and safety to create environments enabling people to live healthy, active, safe lives Healthy diets and 50 minutes of moderate daily exercise provided in schools	Physical activity increases with presence of parks, recreational areas, pedestrian-friendly policies, amenities to support cycling.[26] In some countries, up to 20% of children are obese or overweight.[27] Most children spend most of day in schools, usually safe places for physical exercise. Schools and teachers can help establish social norms valuing healthy diet and physical activity.
Alcohol Implementation of the WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol[28]	Harmful use of alcohol is a major risk factor globally.[28]

Source: PAHO regional consultation 2010–2011.

of effectiveness and efficiency in health system activities, interventions and technologies.

Finally, with a view to integrating the proposed interventions and making them sustainable, the consultation suggested linking all the recommended actions in a coherent package pivoting on a common axis, avoiding fragmentation and ensuring institutional support and long-term financing of a concrete plan with budget allocation based on the burden and impact of CVDs, cost-effectiveness of interventions and their social value and budgetary impact, and the principle of equity, periodically adjusting health services packages according to these criteria.

NCDs on the Global Political Agenda

On September 19 and 20, 2011, heads of state and government representatives met at UN headquarters in New York City to discuss NCD prevention and control. It was an historic opportunity to frame NCDs on the global political agenda as one of the main obstacles to development in the 21st century, undermining social and economic progress and threatening achievement of internationally agreed-upon development goals. The resulting Political Declaration recognized that NCDs are a threat to the economies of many countries, that they can widen inequalities among countries and populations, that governments have ultimate responsibility for addressing these challenges, and that participation and commitment from all society's segments will be essential for effective responses to ensure the right of every person to optimal physical and mental health.[43]

Declaration followup will require close collaboration between the UN Secretary General and WHO's Director General, as well as

consultation with UN member states and other organizations. In 2012, they are asked to bring to the Assembly options for strengthening and facilitating multisectoral actions for NCD prevention and control. The Declaration further requests a report from the UN Secretary General to the 68th General Assembly in 2013 on progress toward agreed-upon commitments—particularly multisectoral actions and their effects on meeting international development objectives, including the Millennium Development Goals—as a basis for comprehensive review and progress evaluation in 2014.[43]

From Policy to Practice

Health priorities defined for the Americas are well aligned with both the letter and spirit of the Political Declaration of the UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases. The Declaration will serve as a compass and platform from which these priorities—understood as policy options—can be incorporated into countries' goals, objectives and interventions to fulfill commitments contracted before the UN General Assembly, adapted to the particular public health, economic, political and social context of each member state.

Given the scope of the NCD crisis, many observers hoped to see more concrete objectives, tangible financial commitments, transparent accountability mechanisms, more comprehensive coordinated actions, more emphatic language, less questioning of conflicts of interest and more substantial measures. Nevertheless, there has been undeniable progress. The Declaration is a new element connecting the health agenda with other global agendas, sounding the alarm, pointing the way, defining strategies and, most importantly, pledging action. 

References

- Emberson JR, Whincup PH, Morris RW, Walker M. Re-assessing the contribution of serum total cholesterol, blood pressure and cigarette smoking to the aetiology of coronary heart disease: impact of regression dilution bias. *Eur Heart J*. 2003 Oct;24(19):1719–26.
- WHO. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2011 Aug 20]. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- Schargrodsky H, Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinuela R, Silva Aycaquer LC, et al. CARMELA: Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities. *Am J Med*. 2008 Jan;121(1):58–65.
- WHO. Prevention of Cardiovascular Diseases: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2006.
- PAHO Regional Health Observatory. Indicadores Básicos de Salud. Mortalidad. Causas principales de defunción [Internet]. 2010 [cited 2011 Jul 15]; [about 1 screen]. Available from: http://ais.paho.org/phis/viz/mort_causasprincipales_It_oms.asp. Spanish.
- PAHO. Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2009. Washington DC: Pan American Health Organization; 2009. Spanish.
- Kreatsoulas C, Anand SS. The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Can J Cardiol*. 2010 Aug-Sep;26 Suppl C:8–13.
- The NCD Alliance [Internet]. Geneva: NCD Alliance; c2010. The Global Burden of NCDs: The Global Epidemic; 2010 [cited 2011 Jul 20]. Available from: <http://www.ncdalliance.org/node/11>.
- Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L. Chronic Disease: An economic perspective [Internet]. London: Oxford Health Alliance; 2006 [cited 2011 Jan 20]. 60 p. Available from: <http://www.sehn.org/tccpdf/Chronic%20disease%20economic%20perspective.pdf>.
- Ordúñez-García P, Campillo-Artero C, editors. Regional consultation: priorities for cardiovascular health in the Americas. Key messages for policymakers. Washington DC: Pan American Health Organization; 2011.
- PAHO. Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases [Internet]. Washington DC: Pan American Health Organization; 2007 [cited 2011 Sep 26]. Available from: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/reg-strat-ncnds.pdf>.
- Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*. 2011 Apr 23;377(9775):1438–47.
- Fuster V, Kelly BB, editors. Committee on Preventing the Global Epidemic of Cardiovascular Disease: Meeting the Challenges in Developing Countries; Institute of Medicine. Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health. Washington DC: National Academies Press; 2010. 484 p.
- Geneau R, Stuckler D, Stachenko S, McKee M, Ebrahim S, Basu S, et al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *Lancet*. 2010 Nov 13;376(9753):1689–98.
- Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann NY Acad Sci*. 2010;1186:125–45.
- Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009 May;27(5):963–75.
- WHO; Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a generation: Health equity through action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. 256 p.
- WHO. The World Health Report 2008. Primary Care. Now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
- PAHO. Impacto de la exclusión de servicios de salud en el acceso a medicamentos. Análisis comparativo de la situación en Guatemala, Honduras y Nicaragua. Washington DC: Pan American Health Organization; 2011. Spanish.
- WHO. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Campbell N, Legowski B, Legetic B, Wilks R, Pinto de Almeida Vasconcellos AB. PAHO/WHO Regional Expert Group Policy Statement—Preventing cardiovascular disease in the Americas by reducing dietary salt intake population-wide. *CVD Prevention and Control*. 2010;4(4):189–91.
- Brownell KD, Warner KE. The Perils of Ignoring History: Big Tobacco Played Dirty and Millions Died. How Similar Is Big Food? *Milbank Q*. 2009 Mar;87(1):259–94.

23. Hawkes C, Blouin C, Henson S, Drager N, Dubé L, editors. *Trade, Food, Diet and Health: Perspectives and Policy Options*. Oxford: Wiley Blackwell; 2010 Jan. 336 p.
24. Brownell KD, Schwartz MB, Puhl RM, Henderson KE, Harris JL. The need for bold action to prevent adolescent obesity. *J Adolesc Health*. 2009 Sep;45(3 Suppl):S8–17.
25. WHO. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2010. 16 p.
26. Gomez LF, Sarmiento OL, Parra DC, Schmid TL, Pratt M, Jacoby E, et al. Characteristics of the built environment associated with leisure-time physical activity among adults in Bogotá, Colombia: A Multilevel Study. *J Phys Act Health*. 2010 Jul;7 Suppl 2:S196–203.
27. Freedman DS; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Obesity—United States, 1988–2008. *MMWR Surveill Summ*. 2011 Jan 14;60 Suppl:73–7.
28. WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2011 Sep 20]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf
29. Dubois CA, Singh D, Jiwani I. The human resource challenge in chronic care. In: Nolte E, McKee M, editors. *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Maidenhead (GB): Open University Press; 2008. p. 143–71.
30. Curry N, Ham C. Clinical and service integration. The route to improve outcomes. London: The King's Fund; 2010 Nov 22. 56 p.
31. PAHO. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington DC: Pan American Health Organization; 2010 May. 102 p. Spanish.
32. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010 Jan;5(Pt 1):71–90.
33. Battersby M, Von Korff M, Schaefer J, Davis C, Ludman E, Greene SM, et al. Twelve evidence based principles for implementing self-management support in primary care. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010 Dec;36(12):561–70.
34. WHO. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009. 70 p.
35. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: World Health Organization; 2008.
36. Puig-Junoy J, Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y a la relación costo-efectividad incremental. *Rev Esp Salud Pública*. 2009 Jan-Feb;83(1):59–70. Spanish.
37. WHO. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. WHO Policy Perspectives on Medicines No. 8. Geneva: World Health Organization; 2004 Mar. 6 p.
38. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, et al. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *Circulation*. 2008 Dec 9;118(24):2596–648.
39. National Institute for Health and of Clinical Excellence (GB). Unstable angina and NSTEMI. London: NICE; 2010 Mar.
40. Schwamm LH, Fayad P, Acker JE 3rd, Duncan P, Fonarow GC, Girgus M, et al. Translating evidence into practice: A decade of efforts by the American Heart Association/ American Stroke Association to reduce death and disability due to stroke. *Stroke*. 2010 May;41(5):1051–65.
41. Bonita R. Guest Editorial: Strengthening NCD prevention through risk factor surveillance. *Glob Health Action*. 2009 Sep 28;2.
42. Campillo Artero C. [Integration of information for health interventions: from data to information and from information to action. Report of the Spanish Society of Public Health]. *Gac Sanit*. 2008 Apr;22 Suppl 1:14–8. Spanish.
43. United Nations. General Assembly. Sixty-sixth Sessions. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. A/66/L.1 [Internet]. New York: United Nations; 2011 Sep 16 [cited 2011 Sep 26]. Available: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N11/497/77/PDF/N1149777.pdf?OpenElement>.

THE AUTHOR

Pedro Ordúñez García (ordunezp@paho.org), internist specializing in public health with a doctorate in health sciences. Advisor, chronic diseases prevention and control, Pan American Health Organization/World Health Organization, Washington, DC.