

Estrategia Mundial sobre
Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud (DPAS)
PLAN DE IMPLEMENTACION EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
2006-2007

VERSION FINAL



Índice

1. <i>Introducción</i>	1
2. <i>El problema de las ENT y los factores de riesgo asociados</i>	2
2.1. Tendencias en las ENT y los factores de riesgo conductuales asociados	2
2.2. Factores sociales, económicos y culturales que influyen en la elección de alimentos y la actividad física	3
2.3. Costos directos y ocultos de las enfermedades no transmisibles	5
3. <i>Datos de salud pública que justifican la prevención de las enfermedades no transmisibles</i>	6
3.1. Pruebas científicas.....	6
3.2. Recomendaciones relativas a los alimentos y el régimen alimentario	6
3.3. Recomendaciones relativas a la actividad física	9
4. <i>Principios orientadores para la acción</i>	11
4.1. Nuevo enfoque de las “pruebas científicas” para las intervenciones	12
4.2. Entornos favorables: su importancia para un cambio de comportamiento sostenido	13
4.3. Ejecución progresiva basada en iniciativas e intervenciones en curso	14
4.4. Liderazgo y consenso en el campo de la salud pública.....	15
5. <i>Metas y objetivos de la DPAS en ALC</i>	15
5.1 Meta	16
5.2 Objetivos generales.....	16
5.3 Objetivos para el período 2006-2007.....	16
6. <i>Paso a la acción</i>	17
6.1 Actividades regionales	17
6.2 Actividades a nivel de país	18
6.3 Organización.....	18
6.4 Colaboradores e interesados directos en la DPAS	18
6.5 El papel del sector privado.....	19
6.6 Funciones y responsabilidades del sector de la salud pública	20
7. <i>Cronograma</i>	22
Figura 1	23

1. INTRODUCCIÓN

En mayo de 2004, la 57.a Asamblea Mundial de la Salud ¹refrendó la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud (DPAS) después de considerar la carga creciente de las enfermedades no transmisibles (ENT) y pruebas científicas irrefutables de la eficacia de las intervenciones preventivas, que pueden prevenir hasta 80% de los casos de diabetes y enfermedades cardiovasculares y 30% de algunos tipos de cáncer. ²

En este documento se describe un enfoque progresivo del plan de ejecución de la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud (DPAS) en las Américas con énfasis en América Latina y el Caribe (DPAS-ALC). Este enfoque progresivo abarca tres etapas, de las cuales en este documento se describe la primera de forma pormenorizada.

1. La primera etapa es una etapa piloto en la cual se formularán directrices nacionales para la acción, que se ejecutarán en un número selecto de países durante 2006 y 2007.
2. La segunda etapa es la etapa normativa: los Estados Miembros examinarán y adoptarán una resolución de la OMS/OPS durante la reunión del Consejo Directivo de 2006.
3. La tercera etapa consistirá en la ejecución de la DPAS, sobre la base de la resolución antedicha, y la evaluación de la etapa piloto.

El método progresivo permitirá el desarrollo de una ejecución consensuada, con la participación de importantes interesados directos del sector público, la comunidad científica, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros. Este consenso no solo es vital para la etapa piloto, sino que también proporcionará la infraestructura necesaria para las dos etapas siguientes. El plan de ejecución también tiene en cuenta otras resoluciones de la OMS y la OPS que actúan en sinergia con la DPAS, entre ellas resoluciones anteriores (por ejemplo, la resolución de la OMS de 2000 sobre la prevención y el control de ENT y la resolución de 2002 de la 130.^a sesión del Comité Ejecutivo sobre la respuesta de salud pública a las enfermedades no transmisibles en América Latina) y futuras (por ejemplo, la estrategia relativa a las ENT, la promoción de salud y la nutrición en 2006).

¹ WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2004. The Acronym DPAS stands for "Diet and Physical Activity Strategy"

² WHO, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Diet Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, WHO TRS 916.

2. El problema de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo asociados

2.1 Tendencias en las ENT y los factores de riesgo conductuales asociados

Las enfermedades no transmisibles (ENT) y las lesiones no intencionales representan casi 70% de todas las causas de muerte en la Región de las Américas y afectan principalmente a personas de 18 a 70 años de edad. Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) ³ perdidos debido a ENT tales como obesidad, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cardiopatías en las Américas ascienden a 12,5 millones de AVAD, que se suman a los 4,6 millones de AVAD perdidos debido a la desnutrición de niños y madres. ⁴ La mayoría de las ENT están relacionadas con la nutrición; de ahí la importancia de la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Un ejemplo importante de tal asociación es el rápido aumento de las tasas de obesidad entre los adultos y los jóvenes, que duplica o triplica el riesgo de ENT. Varias encuestas nacionales de América Latina y el Caribe muestran que alrededor de 50 a 60% de los adultos tienen un peso excesivo y son obesos. Entre los niños menores de 5 años, de 7 a 12% son obesos. Esta cifra es el séxtuplo de la tasa actual de desnutrición del grupo de esa edad. Es más, en México y Chile, las encuestas nacionales recientes indican que cerca de 15% de los adolescentes son obesos.

En las ENT relacionadas con la nutrición influyen factores de riesgo bien documentados. Entre los más importantes se encuentran la pobreza, el efecto intergeneracional del crecimiento intrauterino deficiente, la desnutrición en los tres primeros años de vida, los regímenes alimentarios inadecuados y la inactividad física durante la juventud y la edad adulta. La mala salud y la mortalidad asociada a las ENT son extraordinarias y representan una carga enorme para los sistemas de atención de salud, los servicios sociales y la estabilidad personal económica y social. Las ENT, que antes se consideraban como “enfermedades de la abundancia”, tienen gran alcance y no discriminan, afectando a los pobres de la Región mucho más que a los adinerados.

En cuanto al *régimen alimentario*, la mayoría de los países de ALC están experimentando un cambio significativo caracterizado por una disminución del consumo de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres y un aumento paralelo del consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcar y sal, entre ellos leche, carne, cereales refinados y alimentos procesados. ⁵ Se ha

³ *One DALY equals the loss of one healthy year of life. This figure excludes the U.S. and Canada*

⁴ Jacoby E. PAHO Regional Consultation of the Americas on Diet, Physical Activity and Health: A CALL TO ACTION. Food and Nutr Bulletin UNU, vol 25, No2, 2004:172-174

⁵ Monteiro CA, Preliminary Analysis, 2004

observado que estos cambios contribuyen a epidemias de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares (ECV). Sin embargo, cabe señalar que las mismas tendencias alimentarias han posibilitado la diversificación (y “occidentalización”) del régimen alimentario de millones de migrantes rurales que abandonaron un régimen alimentario vegetariano monótono y poco nutritivo. Este fenómeno es sin duda una espada de doble filo, ya que probablemente haya contribuido a la reducción observada en los últimos 20 años de la desnutrición infantil y la insuficiencia ponderal, pero al mismo tiempo influyó en la disminución de las tasas de lactancia materna.

Por otro lado, en varios países se ha documentado una disminución preocupante de la *actividad física* de la población. Entre 30 y 60% de la población de la región no alcanza los niveles mínimos recomendados de actividad física. La inactividad física es mayor en los centros urbanos, aumenta con la edad y es sumamente prevalente entre las mujeres. Según datos recientes extraídos de varios estudios, las actividades recreativas, como deportes o ejercicios estructurales durante el tiempo libre, son la forma más común de actividad física en los sectores en mejor situación económica, mientras que la actividad física utilitaria, como caminar en vez de usar vehículos, es sumamente prevalente en los sectores de menores ingresos.

Cabe señalar que la inactividad física no solo contribuye a las ENT antedichas, sino que también puede predisponer a enfermedades mentales, la acumulación de estrés y un menor rendimiento escolar e incluso tener un efecto negativo en la interacción social.

2.2 Factores sociales, económicos y culturales que influyen en la elección de alimentos y la actividad física

Los cambios de comportamiento antedichos en relación con el régimen alimentario y la actividad física son en gran medida el resultado de cambios históricos, económicos y sociales que interactúan y moldean el comportamiento humano. De hecho, la prevalencia creciente de la inactividad durante el último medio siglo probablemente se deba a factores tales como una mayor urbanización, el transporte motorizado, políticas de zonificación urbana que promueven el surgimiento de suburbios donde se necesitan automóviles, una menor atención a los peatones y los ciclistas en la planificación urbana, la presencia ubicua de aparatos que facilitan las tareas domésticas y el uso creciente de computadoras en el trabajo y como entretenimiento. La disminución de los conocimientos, la autoeficacia o el apoyo social observada en toda la población con respecto a la

⁶ That recommendation consists of 30 minutes of moderate p.a. at least 5 days a week. The World Health Organization. Sedentary lifestyle: A Global Public Health Problem. Geneva: World Health Organization, 2002

actividad física es una explicación mucho menos verosímil de la disminución de la prevalencia de la actividad física.⁷

De manera análoga, la disminución observada en el consumo de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres y el aumento del consumo de alimentos con gran contenido de energía son el resultado de varios factores. Se ha observado una conexión entre la obesidad y la pobreza, vinculada al sabor agradable y el bajo costo alto de los alimentos procesados con gran contenido de azúcar y grasas, factores que, sumados a la comercialización y la publicidad intensivas y sumamente especializadas, han contribuido a la cultura de masas de los alimentos envasados, las bebidas gaseosas y comer afuera, que es común en la mayoría de las ciudades en la actualidad. De hecho, los cambios en las preferencias alimentarias del público forman parte de un fenómeno denominado *transición alimentaria* impulsado por los sueldos crecientes en las ciudades, el cambio en los precios relativos y las innovaciones continuas en la tecnología alimentaria y los sistemas de distribución.⁸

Paralelamente a los cambios mencionados, y en parte debido a ellos, esta transición alimentaria ha tenido efectos negativos en la producción, la disponibilidad y el precio de las frutas, las legumbres, las hortalizas y los cereales. Eso es un problema en la Unión Europea (UE) así como en América Latina. Actualmente, más de 20 países de la UE no pueden proveer en los anaqueles de los mercados los 146 kg de frutas y verduras que se recomienda que cada persona consuma al año.⁹ Por otro lado, en América Latina, durante los 30 últimos años, a pesar de algunos aumentos de la disponibilidad de frutas y verduras, la energía proveniente de ambos tipos de alimentos como proporción del total de energía per cápita disponible ha permanecido en la gama de 1% ± en cuanto a las hortalizas y ha bajado a - 9% en relación con las frutas.

La información, la educación y la publicidad también pueden considerarse como factores ambientales y de un modo u otro moldean la demanda del público. Lamentablemente, la información de salud pública sobre el régimen alimentario y la nutrición (incluido el etiquetado de los alimentos) todavía es limitada en ALC y llega sólo a grupos pequeños, mientras que la información en forma de publicidad aparece como el principal mecanismo “educativo”, con consecuencias negativas en el régimen alimentario y la salud. Ese es el caso de los niños, a quienes se están dirigiendo grandes esfuerzos de comercialización de alimentos.¹⁰

El creciente reconocimiento de los factores ambientales, como los anteriormente mencionados, y de su poderosa influencia en el comportamiento individual ha llevado a un enfoque ecológico del cambio de comportamiento. Esta perspectiva,

⁷ Salis J Cervero R et.al. Na Ecological Approach to Creating Active Living Communities (2006). Ann Rev Pub Health Advance publication online Sep 30, 2005

⁸ Uauy R, Monteiro CA. Food and Nutrition Bulletin 2004;25(2):175-82.

⁹ Robertson A. , Brunner E and Sheehan A. Food is a political issue. In: Marmot M and Wilkinson R (eds) Social determinants of health

¹⁰ IOM, Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity? December 2005

como se explica más adelante, ha sido adoptada por la DPAS y constituye un pilar importante de la presente propuesta.

2.3 Costos directos y ocultos de las enfermedades no transmisibles

Los costos médicos directos asociados a las ENT son exorbitantes. Según un informe reciente de la OMS sobre las enfermedades crónicas¹¹, el costo del tratamiento de las cardiopatías en Estados Unidos asciende a US\$ 352.000 millones, cerca de 20% del gasto total en salud. Los costos médicos, sin embargo, son sólo parte del total de los costos relacionados con las ENT. En el Reino Unido, por ejemplo, los costos de atención médica de las cardiopatías fueron US\$ 3.000 millones en 1999, mientras que costos ocultos tales como la *atención informal* y la *pérdida de productividad*, combinados, representaron US\$ 7.500 millones. En Brasil, las cardiopatías representarán una pérdida de ingresos de cerca de US\$ 3.000 millones en 2005, calculándose que alcanzarán US\$ 9.300 millones en 2015, con una pérdida acumulada de US\$ 50.000 millones en un período de 10 años. La productividad perdida es exacerbada por el hecho de que la mayoría de las ENT son catastróficas para las familias de ingreso mediano y bajo, en particular en países donde la seguridad social y el seguro de salud cubren sólo un grupo pequeño de la población.

La mayoría de los países de ingreso mediano y bajo de América Latina y el Caribe se ven severamente afectados también por el costo elevado del tratamiento de las ENT. Se calcula que el total de los costos médicos directos del tratamiento de la diabetes mellitus (DM) ascendió a US\$ 10.720 millones en 2000, mientras que los costos indirectos (las pérdidas de productividad) sumaron US\$ 54.495 millones.¹² Los cálculos preliminares del costo de la obesidad y la comorbilidad conexas en países andinos tales como Bolivia, Colombia y Perú muestran que, para tratar la obesidad y tres de sus principales complicaciones clínicas (la diabetes, la hipertensión y la hipercolesterolemia), esos países necesitarían recursos financieros que representarían hasta 25% de su presupuesto de salud pública actual.¹³

Las ENT representan un grave reto para el crecimiento económico porque reducen una cantidad considerable del potencial individual de obtención de ingresos. Estas pérdidas representan hasta el quíntuplo de los costos médicos directos en ALC. Es más, el costo del tratamiento de las ENT excede claramente los recursos de la mayoría de las naciones, incluidas las desarrolladas. Esta constatación, junto con las pruebas de los estudios epidemiológicos y clínicos, ha contribuido a desplazar el foco de la salud pública hacia las estrategias preventivas, lo cual puede considerarse actualmente como uno de los retos más importantes para la salud pública en las Américas.

¹¹ WHO, Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment, Geneva 2005

¹² Barceló A, Aedo C. et.al. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean, Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (1) 19-27

¹³ Suarez R. et al. A PAHO Report: Costs of Obesity in LAC (Oral Communication).

3. DATOS DE SALUD PÚBLICA QUE JUSTIFICAN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

3.1 Pruebas científicas

Un amplio caudal de investigaciones que abarcan la observación, estudios, ensayos clínicos y decenios de estudios de seguimiento de la población demuestra que, además de nuestros genes, ciertos regímenes alimentarios, incluidos los alimentos y su preparación, una vida activa y no fumar redundan en beneficio del potencial biológico, la inmunidad, la longevidad y la calidad de vida. En esta sección se presentan las recomendaciones más importantes en relación con el régimen alimentario y la actividad física sobre las cuales hay consenso científico. Además, se proporciona información sobre intervenciones ambientales y normativas que facilitarían la aplicación de las recomendaciones.

3.2 Recomendaciones relativas a los alimentos y el régimen alimentario

El informe técnico de la OMS sobre la nutrición, el régimen alimentario y la prevención de enfermedades crónicas contiene un examen completo de la información científica disponible.¹⁴ En el informe se destaca el hecho de que las enfermedades crónicas son prevenibles y que los riesgos empiezan en el útero y continúan durante la vejez. De ahí la importancia de que las recomendaciones relativas al régimen alimentario y la nutrición se basen en un enfoque de ciclo de vida.

a) *Recomendaciones alimentarias*: estas recomendaciones están dirigidas a todos los miembros de la familia, en particular los mayores de 5 años de edad:

- Consumir con moderación alimentos con gran contenido de energía, tratando de mantener un peso normal.
- Limitar el consumo de grasas saturadas, poliinsaturadas y monoinsaturadas y esforzarse para eliminar los isómeros trans del régimen alimentario individual e idealmente de los alimentos del país.
- Aumentar el consumo de una variedad de plantas, entre ellas frutas, verduras, granos integrales, legumbres y una variedad de frutas secas.
- Limitar la ingesta de alimentos procesados con un gran contenido de azúcar, grasas y sal.

¹⁴ WHO TRS 916, 2003

- Consumir alcohol con moderación.

b) Recomendaciones para el ciclo de vida: comprenden recomendaciones que podrían favorecer el desarrollo óptimo de los sistemas cardiovascular, endocrino e inmunitario, así como de los riñones y el hígado, y que, por lo tanto, desempeñan un papel importante en la prevención de enfermedades crónicas. La mayoría de las recomendaciones enumeradas a continuación ya forman parte de la promoción del crecimiento y desarrollo óptimos de los lactantes y los niños. Se debería hacer llegar la DPAS a los programas y profesionales que trabajan en el campo de la salud de lactantes y niños, así como a los ancianos, a fin de combinar sinérgicamente la acción al menos en los siguientes temas:

- Lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.
- Promoción de la salud y la nutrición la mujer durante toda la vida.
- Mejora de la calidad de la alimentación de los lactantes y niños con un régimen alimentario rico en proteínas de buena calidad o alimentos envasados de destete cuando el régimen antedicho sea difícil de lograr.
- Promoción de enfoques sensatos para mejorar el régimen alimentario de los ancianos que tengan en cuenta sus circunstancias fisiológicas y sociales particulares.

c) Intervenciones ambientales: incluyen varias opciones que ayudarán a seguir y cumplir las recomendaciones precedentes sobre una alimentación sana. Las iniciativas propuestas requerirán una participación intersectorial, un fuerte liderazgo de los ministerios de salud y una estrecha colaboración con los ministerios de agricultura y expertos en comercio.¹⁵¹⁶

Intervenciones en el lado de la oferta:

- Fomentar políticas agrarias que tengan en cuenta la salud y la nutrición; por ejemplo, promover incentivos financieros que favorezcan la producción de frutas y verduras y reduzcan la grasa en el ganado y abogar por la eliminación de los isómeros trans en los alimentos procesados.
- Fomentar programas de agricultura y horticultura urbanas que faciliten la introducción de hortalizas de buena calidad en la mesa familiar.
- Mejorar la calidad de los regímenes alimentarios y los alimentos servidos o distribuidos por los programas de ayuda alimentaria, incluidos los programas de alimentación escolar, y adaptarlos a los problemas

¹⁵ WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2004

¹⁶ Haddad L. What Can Food Policy Do to Redirect The Diet Transition? IFPRI Discussion Paper 165, 2003

emergentes de obesidad y enfermedades no transmisibles. Chile y Brasil han informado sobre iniciativas en esta área.

- Promover normas para la calidad del régimen alimentario y el contenido de grasa en los restaurantes y las cafeterías escolares. Eso ya se ha hecho en países como Jamaica, Brasil, Ecuador y Chile.
- Incorporar un concepto de salud en el comercio internacional de alimentos para mejorar el contenido de los alimentos importados. Actualmente, la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius utiliza principalmente criterios sanitarios y fitosanitarios. Esta es un área importante que puede llegar a grandes sectores de la población.
- Crear incentivos para que la industria alimentaria desarrolle productos más saludables.
- Fomentar intervenciones en el ciclo de vida que incorporen las intervenciones promovidas por los sectores público y privado.

Intervenciones en el lado de la demanda:

- Promover la información y educación exactas y objetivas del público en general y de grupos específicos. Las actividades de promoción y difusión requerirán el liderazgo del sector de la salud pública, recursos financieros y capacidad técnica para continuar las actividades con el transcurso del tiempo. El Instituto Internacional de Ciencias de la Vida (ILSI) y la iniciativa de la OPS “Modos de vida sanos, personas sanas” son ejemplos de ese tipo de iniciativas.
- Desarrollar o actualizar las directrices nacionales sobre alimentos y regímenes alimentarios nacionales con la participación de diferentes sectores, incluido el sector privado. Las directrices sobre regímenes alimentarios basadas en alimentos y los planes nacionales de nutrición son ejemplos de iniciativas que podrían y deberían sincronizarse con la ejecución de la DPAS. Varios países de la región tienen iniciativas en este campo.
- Mejorar las etiquetas de los productos para satisfacer las necesidades de la mayor parte del público y mejorar los hábitos alimentarios. La simplificación de los “datos nutricionales” actuales es el tema de varias iniciativas tales como “Salud te recomienda” en Puerto Rico.
- Aumentar el precio relativo de los alimentos que no son saludables. La estrategia de “precios” ya ha sido utilizada por los sectores del comercio y la salud pública y constituye una opción viable. Hay pocas experiencias en la región.

- Establecer directrices y normas para la comercialización y publicidad de alimentos dirigidas a los niños. Hay pruebas irrefutables de que la comercialización dirigida a los niños influye en sus preferencias y que la mayoría de los productos anunciados tienen un alto contenido de energía y grasas. En este sentido se han tomado iniciativas en Rio (Brasil), Chile y Ecuador.

3.3 Recomendaciones relativas a la actividad física

Hace treinta años, aproximadamente, comenzaron a aparecer en las publicaciones pruebas científicas del efecto positivo del ejercicio en la salud. Los expertos decían que la cantidad ideal de *ejercicio* (ejercicio aeróbico o deporte) era de 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana. Durante los años noventa, una nueva evaluación de los datos recopilados dio lugar a un nuevo paradigma que recomendaba al menos 30 minutos de *actividad física moderada* (por ejemplo, caminar, bailar, limpiar la casa) la mayoría de los días de la semana, lo cual podría redundar en beneficios para la salud similares a los del modelo de ejercicio. Como la mayoría de los estudios se basaban en sujetos que hacían ejercicio con fines de recreación, las recomendaciones favorecían la actividad física durante el tiempo libre.

Recientemente, debido al trabajo de los planificadores urbanos que durante decenios han promovido la dimensión humana de las ciudades, a fin de que sea fácil caminar y andar en bicicleta en ellas, muchos profesionales de la salud pública han comenzado a encarar el espacio urbano como un ambiente fundamental para la promoción de la actividad física, no solo con la recreación en mente sino también tratando de incorporar la actividad física diaria en nuestra vida. Eso ha dado lugar a un concepto nuevo y más integral: la *vida activa*.

La constatación de que en los países pobres y de ingreso mediano la gente camina mucho más que en los países industrializados, ya sea con fines de recreación o como medio de transporte, ha llevado a una mayor atención a las caminatas y la forma de mejorarlas. Esto ha impulsado la colaboración intersectorial de los planificadores urbanos, los profesionales sanitarios, los ayuntamientos, los expertos en transporte, los funcionarios de seguridad vial y los defensores del ejercicio y el entretenimiento. Esta colaboración podría ser crucial para que el fomento de la actividad física influya en la población.

- a) *Recomendaciones relativas a la actividad física individual*: los estudios epidemiológicos y clínicos indican que se pueden obtener beneficios sustanciales para la salud con un mínimo de 30 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada, como caminar enérgicamente, andar en bicicleta y bailar.¹⁷ La OMS y los CDC han refrendado tal recomendación y la DPAS también la apoya. Pueden obtenerse también beneficios adicionales

¹⁷ Pate R.R., Pratt M., Blair S.N., Haskell W.L. et al. Physical Activity and the Public's Health: A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995;273:402-407.

participando en una actividad física de mayor intensidad o duración. Por otro lado, para las personas que desean mantener un peso normal, al parecer podrían requerirse entre 60 y 90 minutos por día de actividad física de intensidad moderada.

b) *Intervenciones ambientales relacionadas con la actividad física:* las intervenciones y las políticas a este nivel consisten en crear circunstancias más favorables para que la gente adopte un modo de vida activo o una vida activa. Muchas de las intervenciones y políticas propuestas se han descrito en otras obras. 14,¹⁸

Iniciativas promocionales y formulación de directrices nacionales:

- Los esfuerzos para alcanzar el consenso entre diferentes actores en el sector de la salud y llegar a acuerdos intersectoriales de colaboración son los pasos iniciales fundamentales para lograr una mayor participación de diferentes socios y tener probabilidades de éxito. Hay iniciativas importantes a este respecto: las directrices para la actividad física en Chile, los municipios saludables de la OMS/OPS y diversos esfuerzos de los CDC y la OPS para reunir a planificadores urbanos, expertos en transporte y profesionales sanitarios.
- Las enseñanzas extraídas del trabajo promocional de la Red de Actividad Física de las Américas (PANA) y sus redes nacionales, incluidas Agita São Paulo y la red colombiana de actividad física. *Vida Chile* también ha puesto en marcha diversas iniciativas nacionales que es importante tener en cuenta.

Enfoques institucionales:

- Los esfuerzos para promover la actividad física en el lugar de trabajo son importantes porque fomentan la participación de empleadores y empleados en la creación de una cultura institucional orientada a la promoción de la salud.
- Los programas de educación física de las escuelas están recibiendo atención en la Región. En algunos países, los padres y los medios de comunicación comprenden los riesgos para la salud que representa la eliminación de la educación física de los programas de estudios de las escuelas. Varios investigadores de salud pública están recurriendo a la escuela como entorno importante para las iniciativas de promoción de la salud. Un ejemplo es la iniciativa de la OPS y el ILSI de “Modos de vida sanos, personas sanas”, que se lleva a cabo en Brasil, México y Chile.

¹⁸ Pratt M et. al. Promoting physical activity in the Americas. *Food and Nutr Bull*, vol 25. no.2:183-193, UNU, 2004

Enfoques urbanos:

- Las intervenciones de eficacia comprobada para que la gente camine y ande en bicicleta incluyen al menos los tres programas y políticas siguientes: i) sistemas de transporte público rápido, que favorecen el transporte activo y establecen límites para la dependencia excesiva del uso de automóviles particulares; ii) la seguridad vial, que contribuye a la vida activa al proteger a los peatones y los ciclistas; y iii) el transporte alternativo, política popular que recalca el uso de bicicletas y otras modalidades de transporte no motorizado en las ciudades. En algunos casos, las instituciones que preconizan estas tres opciones las presentan o promueven en un paquete, como el Banco Mundial. Se están llevando a cabo intervenciones integrales en las ciudades de Curitiba, Porto Alegre y Rio en Brasil y Bogotá en Colombia.
- En el área de la recreación, los ayuntamientos han implantado varias iniciativas, entre ellas planes integrales de recreación, como el Instituto de Recreación y Deportes de Bogotá (IDRD), con una gran variedad de actividades y obras de infraestructura. La iniciativa Ciclovías, una de las más conocidas, utiliza calles importantes de la ciudad para la recreación masiva, como correr, caminar y andar en bicicleta. Con ese fin, las calles se cierran al tránsito motorizado durante unas seis horas los días feriados y domingos. Actualmente, al menos 15 ciudades de América Latina tienen Ciclovías.
- En cuanto a la colaboración intersectorial, los CDC y la OPS están trabajando en la conducción de varios programas en toda la región; por ejemplo, un estudio de las repercusiones de las zonas edificadas en la actividad física y la salud en Bogotá, el premio “Ciudades activas, ciudades sanas” y el taller intersectorial sobre promoción de la actividad física (México, Brasil y Perú).
- Varias iniciativas urbanas, en pequeña o en gran escala, constituyen un marco ideal para la implantación de modelos de vida activa. Los cambios o las iniciativas como los citados anteriormente pueden ser un punto de partida para la ejecución de la DPAS. Algunas de las ciudades que pueden considerarse son Bogotá, Rio, Chacao (Venezuela), Quito (Ecuador) y Guadalajara (México). Asimismo, la red de municipios saludables es otra opción importante, con redes locales en diferentes países.

4. PRINCIPIOS ORIENTADORES PARA LA ACCIÓN

En esta sección se abordan los principales criterios que guiarán el proceso de ejecución de la DPAS a nivel tanto regional como nacional, que comenzará

con la etapa de planificación. El fomento de los cambios o la mejora del entorno actual son actividades fundamentales en el campo de la salud pública. El reto de cambiar el comportamiento alimentario y la elección de alimentos e impulsar a toda la población para que tenga una vida activa es un cometido importante que requiere planificación y objetivos a corto y a largo plazo. Algunos de los cambios, si no la mayoría, requieren acción en áreas fuera del sector de la salud pública en las cuales no pueden influir fácilmente los profesionales de la salud. Por consiguiente, la capacidad para expresar la importancia de la salud y la necesidad de cambios en otros sectores es fundamental para un liderazgo eficaz en el ámbito de la salud pública. La campaña para defender la lactancia materna contra la comercialización intensiva de la leche en polvo para lactantes en los hospitales y la batalla contra el consumo de tabaco son ejemplos valiosos que es necesario tener presentes. De manera análoga, la DPAS centrará su atención fuera del sector de la salud en las áreas de la política pública, la agricultura, la planificación urbana y la seguridad vial, entre otras.

4.1 Nuevo enfoque de las “pruebas científicas” para las intervenciones

Un principio básico de la investigación en salud pública es que, para que los beneficios de cualquier tratamiento se extiendan a la sociedad en general, es necesario seguir el siguiente trayecto:

Ensayos de eficacia → ensayos de efectividad → ejecución

Cualquiera de los dos tipos de “ensayos” antedichos deben ser ensayos controlados aleatorizados a fin de aportar pruebas científicas “indisputables” de causalidad. En otras palabras, que la intervención A permite obtener el resultado específico B. Sin embargo, cuando se trata de un cambio de comportamiento, ese razonamiento lineal es insuficiente. Muy poca información obtenida en ensayos de eficacia que vinculan el régimen alimentario y la actividad física a resultados en la salud se ha incorporado en programas. Varios autores se preguntan si eso explica los logros limitados de la iniciativa Gente sana 2000 en las áreas del régimen alimentario y la actividad física.

Las dificultades para poner en práctica a nivel de población las conclusiones de la investigación básica han llevado a varios investigadores a examinar muy de cerca el contexto en el cual se planifican y se llevan a cabo las intervenciones, en vez de centrarse únicamente en cuestiones de “eficacia”. Se ha propuesto que en los nuevos enfoques se preste más atención a los dos conceptos siguientes, además del concepto más tradicional de “eficacia y efectividad”.

El *primer concepto* se relaciona con la traducción de la teoría en condiciones del mundo real y abarca varios temas. Incluye el “alcance” de la intervención (características y tamaño de la población destinataria), la “adopción” (la medida en que la intervención puede ser aplicada en diferentes entornos por distintos agentes), la “ejecución” (la forma en que una intervención eficaz puede llevarse a

cabo de una manera estándar y surtir efecto) y el “mantenimiento” (la forma de lograr que una intervención subsista en el largo plazo).¹⁹

El *segundo concepto* redefine las “pruebas científicas”. El pensamiento convencional postula que las pruebas controladas aleatorizadas son el elemento básico para generar conocimientos en el campo de la salud pública. Sin embargo, numerosos investigadores están volviendo a analizar el tema, proponiendo la inclusión de una variedad de técnicas y métodos,^{20 21} entre ellos estudios observacionales, de series cronológicas, cuasiexperimentales y cualitativos, así como estimaciones econométricas, que usados simultáneamente pueden proporcionar mejor información para las intervenciones futuras.

De hecho, los dos conceptos precedentes se han vuelto indispensables para identificar las estrategias y los programas preventivos en América Latina y el Caribe. La aparición de numerosas intervenciones de promoción de la salud en los últimos 15 años, sumada a una nueva forma de pensar con respecto a lo que constituye una “prueba científica”, está permitiendo una reevaluación de esas intervenciones y la aparición de “prácticas óptimas” o “enfoques interdisciplinarios” en la promoción de la salud. Tal enfoque es la base para el resumen de las intervenciones identificadas en la Reunión Regional de Consulta de la DPAS en Costa Rica, así como aquellas enumerados en la sección anterior.

4.2 Entornos favorables: su importancia para un cambio de comportamiento sostenido

El cambio de comportamiento no es solo una cuestión de responsabilidad personal porque puede ser influenciado por factores ambientales. La dinámica económica, del mercado y cultural constituye una fuerza poderosa que influye en los hábitos alimentarios y en la actividad física, de modo que debe abordarse para que las opciones saludables sean las más fáciles.

Las intervenciones de salud pública eficaces reconocen que la comida y la actividad física son comportamientos humanos que responden a una variedad de factores, no solo buena información. De hecho, la gente en general considera la salud como solo uno de muchos factores al decidir qué va a comer y si va a hacer ejercicio o dejar fumar. Por ejemplo, en la decisión de comer más fruta porque eso es beneficioso para la salud, entran en juego muchos factores contradictorios, especialmente factores a corto plazo como la comodidad, la disponibilidad de

¹⁹ Glasgow RE et. Al Why don't we see more translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-to-Effectiveness Transition. *AJPH* Augut 2003 Vol 93. No 8: 1261-67

²⁰ A systematic and extensive review of this matter can be also found in Victora CG, Habicht, JP et.al. Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomized Trials, *Am J Pub H*, March 2004, vol.94, No. 3: 400-405

²¹ CDC A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive services: Increasing Physical Activity. *MMWR* Oct 26, 2001, Vol 50, No. RR-18

tiempo y el precio, para citar simplemente unos pocos ²². Algunos entornos favorables son el sistema institucional en el lugar de trabajo y las escuelas, los reglamentos, las normas sociales, los precios, la tributación, varios tipos de incentivos, etc. Por consiguiente, los estrategas de salud pública tienen que tener en cuenta todos los factores que influyen en los comportamientos humanos clave.

Debe reconocerse que no todos los cambios aconsejables se producirán de arriba hacia abajo. Los consumidores y los ciudadanos bien informados y educados pueden no solo mejorar sus propias elecciones personales, sino también ayudar a iniciar cambios en el lado de la oferta de la ecuación. Por eso es que la información y la educación continúan desempeñando un papel fundamental en la ejecución de la DPAS.

El tema del entorno favorable es mucho más importante dado que las poblaciones empobrecidas de las Américas son las que tienen la carga mayor de ENT y las tasas más bajas de buenas prácticas alimentarias y de actividad física. Eso se observa tanto en las naciones menos desarrolladas (2) ²³ como en las naciones desarrolladas de la región. ²⁴

4.3 Ejecución progresiva basada en iniciativas e intervenciones en curso

La DPAS-ALC partirá de intervenciones, programas y políticas eficaces que se están llevando a cabo en la actualidad. De hecho, la DPAS no sustituirá sino que combinará diferentes iniciativas y programas en un marco de trabajo común y coherente. Además, proporcionará una plataforma para iniciar una estrategia eficaz en función de los costos. Ya están en marcha varias iniciativas importantes en la Región, y en la consulta de Costa Rica, en 2003, se identificaron algunas. ²⁵²⁶ La tarea de identificar intervenciones específicas se realizará a nivel regional y nacional. Un intento preliminar de sistematizar las intervenciones actuales es el resumen que se presenta en la sección 3 de este documento.

A nivel regional y de país se promoverá un método progresivo o por etapas para la ejecución de la DPAS. Es importante tener eso presente porque para pasar del trabajo independiente a la colaboración, de la visión de un sector a enfoques intersectoriales y de intervenciones localizadas de pequeño alcance a acciones más generalizadas se requerirá no solo sabiduría, sino también tiempo, perseverancia y recursos.

²² Hill JO, Wyatt HR, Reed GW, Peters JC. Obesity and the environment: Where do we go from here? *Science* 2003; 299:853-56

²³ WHO World Health Report 2002. See also footnotes 2 and 4 on page 1.

²⁴ Eyre H, Robertson RM, Kahn R Preventing Cancer, Cardiovascular Disease, and Diabetes. *Diabetes Care*, vol.7: 1812-24, July 2004

²⁵ Pratt M et.al. Promoting physical activity in the Americas (2004), *Food and Nutr Bull*, vol 25:183-193, No.2 UNU

²⁶ Uauy R and Monteiro CA, The challenge of improving food and nutrition in Latin America, *Food and Nutr Bull*, vol 25:175-182, No.2 UNU

4.4 Liderazgo y consenso en el campo de la salud pública

El mandato emanado de la 57.a Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a ejecutar la DPAS. El sector público, representado por la OMS/OPS a nivel regional y por el Ministerio de Salud a nivel de país, facilitará la ejecución de la DPAS en los Estados Miembros. El sector de la salud pública invitará a otros colaboradores e interesados directos, incluido el sector privado, a que participen en la ejecución de la DPAS. Las entidades cuyas contribuciones deben coordinarse son los ministerios de salud y las instituciones gubernamentales responsables de las políticas relacionadas con los alimentos, la agricultura, los jóvenes, la recreación, los deportes, la educación, el comercio y la industria, las finanzas, el transporte, los medios de comunicación, asuntos sociales y la planificación ambiental y urbana. Además, los ministerios de salud tienen la responsabilidad esencial de coordinar y facilitar las contribuciones de otros ministerios y dependencias gubernamentales.

A nivel regional y de país, la primera acción consistirá en convocar un grupo representativo de instituciones y personas para tratar la DPAS, las intervenciones y la participación futura. La institución coordinadora distribuirá un proyecto con algunas ideas preliminares sobre la ejecución de la DPAS.

Debido a la composición diversa del grupo inicial, así como los enfoques e intervenciones polifacéticos, es necesario evitar las reglas complejas y estrictas para la operación. En términos generales, debe haber una actitud positiva para alcanzar consenso.

5. METAS Y OBJETIVOS DE LA DPAS EN LAC

La focalización en un régimen alimentario saludable, la actividad física y el abandono del hábito de fumar, así como la promoción de estos aspectos, probablemente conduzcan a buenos resultados sanitarios, puesto que esos tres factores de riesgo están asociados a varias enfermedades, entre ellas la obesidad, la diabetes, la hipertensión, enfermedades cardiovasculares y varios tipos de cáncer. La mayoría de los hábitos nocivos se difunden rápidamente y se concentran entre los pobres, hecho que se ha constatado reiteradamente en las Américas²⁷. La dinámica económica, del mercado y cultural es una fuerza poderosa que influye en el proceso y debe abordarse para lograr los cambios de comportamiento deseados. Además, el papel del gobierno es crucial para lograr cambios duraderos en la salud pública. Los gobiernos tienen una función básica de conducción y rectoría en la iniciación y el desarrollo de la estrategia, vigilancia de su ejecución y seguimiento de sus repercusiones a largo plazo.

²⁷ PAHO, Health in the Americas 2002, Non-communicable diseases and injuries, STP No. 587: 276-278

La estrategia mundial debe fomentar la formulación y promoción de políticas nacionales, estrategias y planes de acción para mejorar el régimen alimentario y promover la actividad física. Las circunstancias nacionales determinarán las prioridades en el desarrollo de tales instrumentos. Debido a las grandes diferencias entre países y dentro de ellos, los órganos regionales deben colaborar en la formulación de estrategias regionales, lo cual podría representar un apoyo considerable para los países en la ejecución de sus planes nacionales. Por consiguiente, la DPAS en América Latina y el Caribe tiene un lema central: “Que las opciones saludables sean las más fáciles”.

5.1 Meta

Mejorar la salud de la población de América Latina y el Caribe mediante un mejor régimen alimentario y la adopción de modos de vida activos.

5.2 Objetivos generales

- Aumentar la conciencia y la comprensión de la importancia de un régimen alimentario saludable y un modo de vida activos para todos, haciendo hincapié en los pobres;
- elaborar y ejecutar planes nacionales, incluidas intervenciones y políticas que posibilitan cambios ambientales y de comportamiento y sean sostenibles con el transcurso del tiempo;
- promover la participación intersectorial, incluidas las instituciones de la sociedad civil y el sector privado;
- evaluar los cambios producidos por los planes de ejecución regionales y nacionales, incluida la identificación de intervenciones y políticas válidas y de los cambios en el régimen alimentario y el nivel de actividad física de la población; y
- asegurar el apoyo técnico activo de la OMS, la OPS y otros colaboradores para los planes de ejecución de los países.

5.3 Objetivos para el período 2006-2007

- Aumentar el conocimiento y la visibilidad de los problemas y las acciones promovidas por la DPAS-ALC entre el público en general, los profesionales de la salud y los líderes políticos de los países de América Latina y el Caribe;
- consolidar las alianzas intersectoriales y el trabajo en equipo a nivel regional;
- formular directrices para la ejecución de la DPAS, incluidas las actividades de nivel regional y de país; y

- ejecutar la DPAS en forma de proyecto piloto en tres o cuatro países.

6. PASO A LA ACCIÓN

6.1 Actividades regionales:

El plan de ejecución se pondrá en marcha en una reunión regional convocada por la OMS y la OPS. Esta reunión está programada para el 26 al 28 de abril de 2006. Entre los participantes habrá varios representantes de la sede y las oficinas regionales de la OMS y de los ministerios de salud de los países donde se ha iniciado la ejecución de la DPAS, así como de organizaciones colaboradoras, instituciones de salud pública y otras instituciones de la ONU tales como la FAO (la lista de instituciones colaboradoras figura en la sección 7). Los objetivos de esta reunión son tratar la ejecución de la DPAS y establecer un Comité Directivo que se encargará de dirigir la ejecución de la DPAS en América Latina y el Caribe y de identificar iniciativas, intervenciones y políticas en materia de régimen alimentario y promoción de la actividad física pertinentes para los objetivos de la DPAS (véase en la figura 1 la estructura orgánica propuesta para el plan de ejecución de la DPAS).

Las actividades propuestas para el Comité Directivo son las siguientes:

- i. planificar y supervisar la etapa piloto de ejecución de la DPAS;
- ii. seleccionar tres o cuatro países donde se llevará a cabo la estrategia a título piloto;²⁸
- iii. elaborar directrices para los planes de ejecución en los países con el aporte de colaboradores nacionales;
- iv. colaborar con una campaña regional de los medios de comunicación;²⁹ y
- v. contribuir a la resolución de la OPS sobre la ejecución de la DPAS.

²⁸ Criteria for selecting countries for participation includes: The burden of NCD has been identified, associated risk factors are subject of monitoring and study, there are public, private or civil society initiatives to prevent NCD or promote healthy eating and physical activity, there is political commitment to support DPAS, there are diverse local human and material resources for implementation

²⁹ DPAS implementation coincides with the planning of a regional media campaign to promote healthy eating and physical activity. Such campaign has been developed by PAHO (Public Information and DPC/NC) in association with Mr Mario Kreutzberger, a TV host (Univision) known as “Don Francisco.”

6.2 Actividades a nivel de país

Para los planes nacionales de ejecución se proponen las siguientes actividades:

- i. presentación de argumentos a favor de la acción a nivel de país;
- ii. selección de las principales intervenciones y políticas pertinentes que se promoverán gradualmente;
- iii. identificación de los recursos;
- iv. difusión y comunicación de las actividades; y
- v. evaluación.

6.3 Estructura orgánica

La estructura orgánica debe ser sencilla. Se sugiere que el Comité Directivo establezca dos grupos de trabajo (uno a cargo de la actividad física y otro a cargo del régimen alimentario y la nutrición) en vista de la especialización y las características singulares de ambos temas. Cada uno de estos grupos de trabajo podría incorporar otros miembros de países o instituciones colaboradoras si fuese necesario. La unidad de ENT de la OPS servirá de secretaría de todo el proceso y las actividades (véase el organigrama de la figura 1 al final de este documento).

6.4 Colaboradores e interesados directos en la DPAS

La aplicación eficaz de la DPAS depende de la capacidad de convocar a varios colaboradores e interesados directos. Ya que a nivel regional no estamos partiendo de cero, necesitamos un enfoque inclusivo y amplio. Algunos de ellos se enumeran a continuación, aunque no es una lista completa de interesados directos y colaboradores.

Sector de la salud pública: este sector está representado por la OMS, las oficinas de país de la OPS, los centros y las redes (es decir, CARMEN, Municipios Saludables y Escuelas Sanas) y los ministerios de salud de la Región de las Américas. Incluye en particular los departamentos o las divisiones que se encargan de la promoción de la salud y la prevención y el control de ENT.

Otros sectores públicos: abarca otros sectores, entre ellos la FAO al nivel del sistema de las Naciones Unidas, los ministerios de agricultura y de medio ambiente, los gobiernos locales y las municipalidades.

Organismos multilaterales: Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo.

Instituciones académicas y científicas: Consejo de Investigación de Salud del Caribe, INTA (Chile), INSP (Cuernavaca, México), Propia (Universidad de La

Plata, Argentina), IIN (Lima, Perú), Universidad de São Paulo (Brasil), CELAFISCs, (São Paulo, Brasil), Colegio Estadounidense de Medicina del Deporte (ACSM), IDRD (Bogotá), Fundación FES (Universidad del Valle, Colombia), etc.

Asociaciones profesionales: Asociación Latinoamericana de la Diabetes, IOTF (América Latina y Caribe).

ONG, instituciones y redes privadas: IFAVA (Alianza Internacional de Frutas y Verduras), los grupos “Cinco al día” de Argentina, Chile, Perú, Brasil, México, Colombia, etc., Instituto Internacional de Ciencias de la Vida (ILSI), Fundación Interamericana del Corazón, Agita São Paulo, Muévete Bogotá, Red de Actividad Física de Colombia, Fundación Ciudad Humana (Bogotá, Colombia), Red de Actividad Física de las Américas (PANA/RAFA), El Foro Mundial (Santiago, Chile), Centro Internacional de Gestión Urbana (Quito, Ecuador).

Centros colaboradores de la OMS: centro colaborador de los CDC en el campo de la actividad física y la promoción de la salud (Atlanta, EE.UU.).

Sector privado: Produce for Better Health, industria de productos deportivos; Asociación de Mercadeo de Frutas y Hortalizas (Newark, Delaware, EE.UU.).

Comunicaciones: Sr. Mario Kreutzberger (Don Francisco), animador del programa televisivo “Sábado gigante” de Univisión, CNN, Telemundo, redes nacionales de teledifusión y radiodifusión que colaboran con la OPS.

6.5 El papel del sector privado

El sector privado (la industria de los alimentos, minoristas, empresas de servicio de comidas, fabricantes de productos deportivos, empresas de publicidad y recreación, grupos de compañías de seguros y bancos, empresas farmacéuticas y los medios de comunicación) tiene un papel importante que desempeñar como empleadores responsables y promotores de modos de vida sanos que fomenten los regímenes alimentarios saludables y la actividad física. Todas sus industrias podrían colaborar con los gobiernos y organizaciones no gubernamentales en la ejecución de medidas encaminadas a difundir mensajes positivos y uniformes que faciliten y propicien una acción integrada para promover la alimentación sana y la actividad física. Dado que muchas empresas operan a nivel mundial, la colaboración internacional es crucial. Las relaciones de cooperación con la industria ya han conducido a muchos resultados favorables relacionados con el régimen alimentario y la actividad física. Las iniciativas de la industria alimentaria para reducir el contenido de grasas, azúcar y sal de los alimentos procesados y el tamaño de las porciones, introducir más opciones innovadoras, saludables y nutritivas, y examinar las prácticas de mercadotecnia actuales podrían acelerar los beneficios para la salud en todo el mundo. Las líneas de acción propuestas a la industria alimentaria y los fabricantes de productos deportivos, entre otras empresas privadas, incluyen las siguientes:

- promover regímenes alimentarios saludables y la actividad física en conformidad con las pautas nacionales, las normas internacionales y los objetivos generales de la estrategia mundial;
- limitar el contenido de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres y sal en los productos actuales;
- seguir desarrollando y proporcionando opciones asequibles, saludables y nutritivas a los consumidores;
- proporcionar a los consumidores información exacta y comprensible sobre el producto y la nutrición;
- realizar un mercadeo responsable, en particular con respecto a la comercialización de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal, especialmente la dirigida a los niños;
- ayudar a elaborar y llevar a cabo programas de actividad física;
- apoyar la creación y la mejora de áreas públicas para recreación;
- apoyar el desarrollo y la puesta en práctica de sistemas de transporte públicos; y
- colaborar en la labor de comunicación de la DPAS mediante el acceso a los medios de difusión.

6.6 Funciones y responsabilidades del sector de la salud pública

El sector de la salud pública, representado por la OPS y los ministerios de salud de los países, tiene una responsabilidad fundamental en la ejecución de la DPAS-ALC. Por consiguiente sus funciones específicas se detallan a continuación:

OMS: prestar apoyo técnico y financiero para la ejecución de la DPAS, participar activamente en las etapas iniciales de la ejecución y seguir siendo miembro del Comité Directivo.

OPS:

- Convocar una reunión regional para tratar la DPAS y organizar a un Comité Directivo;
- buscar el apoyo político, logístico y financiero de los Cuerpos Directivos de la OPS y de los ministerios de salud de la Región para la DPAS-ALC;

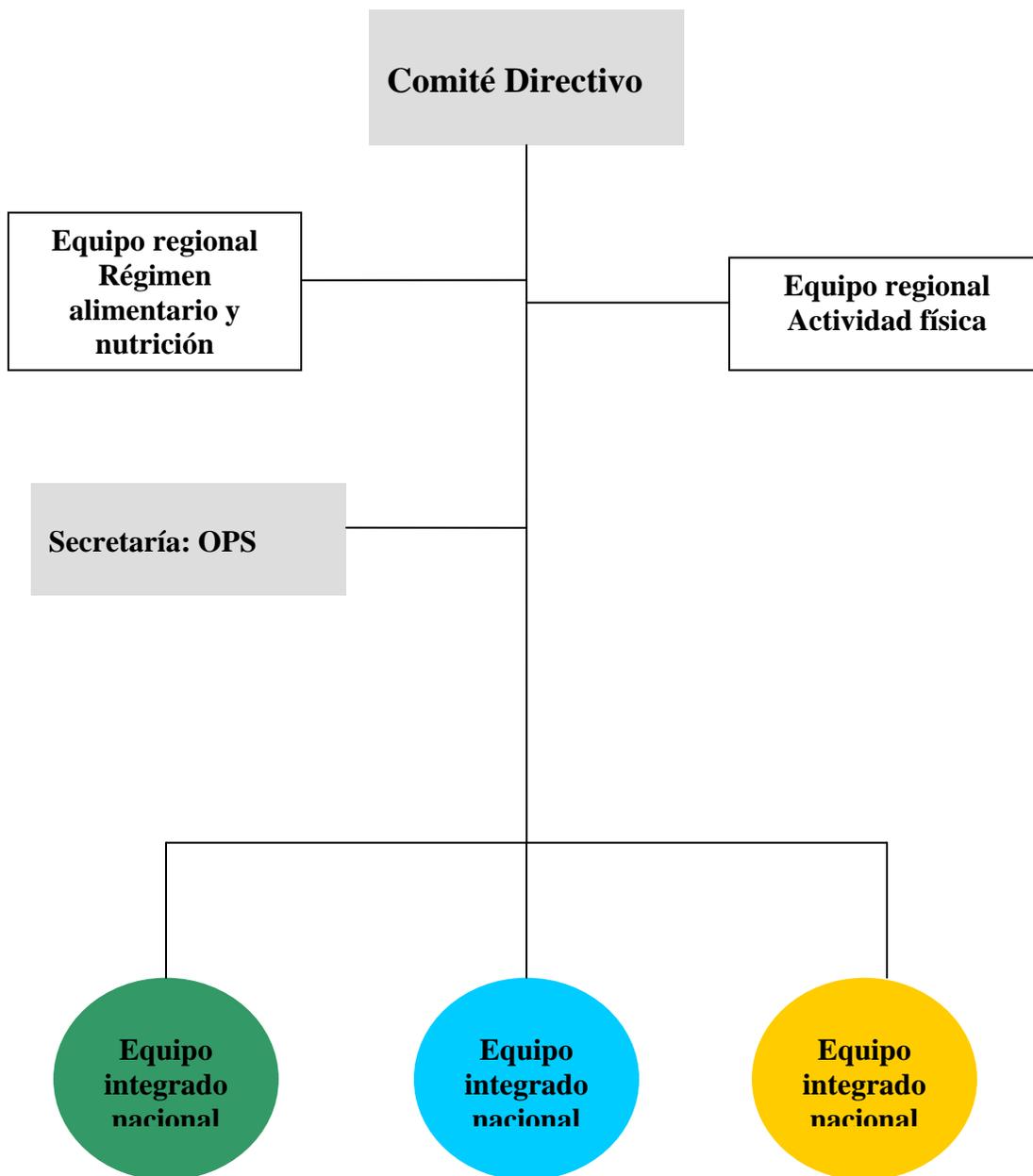
- desempeñar la función de secretaría en el plan de ejecución de la DPAS-ALC;
- preparar el proyecto de documento para la reunión del Consejo Directivo de 2006;
- colaborar en la creación de un sitio web que facilite la circulación de información entre diferentes niveles institucionales y el público; y
- llevar a cabo actividades de recaudación de fondos y proporcionar recursos para actividades regionales de la DPAS-ALC.

Ministerio de salud:

- Convocar a los interesados directos a nivel nacional, incluida la participación intersectorial y desarrollar un plan de ejecución;
- proporcionar apoyo logístico y fondos para la puesta en práctica del plan de ejecución nacional de la DPAS y su evaluación; y
- realizar actividades de recaudación de fondos.

CRONOGRAMA

Fecha	Actividad
27 de febrero de 2006	Borrador de la resolución del Consejo Directivo de la OPS
27-28 de abril de 2006	Reunión regional para la ejecución de la DPAS
Septiembre de 2006	Comienzan las actividades piloto de ejecución al menos en tres países
Octubre de 2006	Reunión del Consejo Directivo de la OPS para tratar la resolución sobre la DPAS
Mayo de 2007	El Comité Directivo trata la resolución basada en los planes de ejecución y la experiencia de los países.



**Figura 1: Organización propuesta de la DPAS
Plan de ejecución en América Latina y el Caribe**