

NCDappendix3

From: Mision Permanente ONU - Ginebra <onuginebra@cancilleria.gob.ec>
Sent: Thursday, June 30, 2022 2:56 PM
To: NCDappendix3
Cc: SLAMA, Slim
Subject: [EXT] RE: WHO - Process to update the 'set of best buys and other recommended interventions for the prevention and control of NCDs' (also known as the Updated Appendix 3 of the WHO Global NCD Action Plan)

Follow Up Flag: Follow up
Flag Status: Completed

Dear Sir/Madam:

With regards to the email of June 6, 2022, related to the updated appendix 3 of the WHO Global NCD Action Plan 2013-2030, the Permanent Mission would hereby like to convey the comments received from the Ministry of Public Health of Ecuador:

- Regarding specific interventions on unhealthy diets, it is suggested that the following be added: Strengthen the capacity of countries to implement the REPLACE Initiative with respect to industrially produced trans fats and the SHAKE Guide, on salt intake.
- Regarding the implementation the WHO set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children, it is suggested to add: and adolescents.
- Regarding the protection, promotion and support of breastfeeding practices it is advisable to include: with emphasis on compliance with the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes.
- With regards to the items referring to Objective 3: reduce modifiable risk factors for non-communicable diseases and underlying social determinants by creating health-promoting environments, tobacco use, harmful use of alcohol and physical inactivity, there are no corresponding observations.

Furthermore, it is necessary in the different objectives 3 and 4 of the WHO Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases to work on indicators that allow generating statistical information disaggregated by ethnicity. In order to have an impact on social determinants, indicators with inter-cultural relevance should also be defined to implement healthy lifestyles, visualizing the diversity of the population.

Kind regards,

MISION PERMANENTE DEL ECUADOR ANTE LA ONU – GINEBRA

Chemin Camille-Vidart 15 – 1202 Ginebra – Suiza

(0041) 022 732 49 55

onuginebra@cancilleria.gob.ec





Documento de debate de la OMS (versión del 8 de junio de 2022)

ReclutarApéndice 3 actualizado del plan de acción mundial contra las ENT 2013-2030 de la OMS

MANDATO

1. En el párrafo 3 a) de la decisión WHA72(11) se pidió al Director General que, entre otras cosas:

"Proponer actualizaciones de los apéndices del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020 de la OMS y el Plan de acción integral de salud mental de la OMS 2013-2020, según corresponda, en consulta con los Estados miembros y teniendo en cuenta las opiniones de otras partes interesadas, , asegurando que los planes de acción se mantengan basados en evidencia científica para el logro de los compromisos previos para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluida la meta 3.4 del Objetivo de Desarrollo Sostenible (para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a través de la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar) y otros objetivos y metas relacionados"

Este documento de debate de la OMS se prepara de conformidad con esta decisión.

ANTECEDENTES

2. De conformidad con el párrafo 3(a) de la decisión WHA72(11), la Secretaría de la OMS está actualizando el 2017 versión del Apéndice 3 del Plan de Acción Mundial contra las ENT 2013-2020 de la OMS, ahora extendido hasta 2030, considerando nueva evidencia científica así como nuevas recomendaciones de la OMS, desde la actualización de 2017.

3. El Plan de acción mundial contra las ENT de la OMS contiene cinco apéndices. El Apéndice 3 consta de un menú de opciones de políticas para apoyar la implementación de los 6 objetivos del Plan de acción mundial contra las ENT de la OMS. Esboza una lista de opciones políticas e intervenciones rentables que los Estados miembros deben priorizar para prevenir y controlar las ENT. La última revisión del Apéndice 3 del Plan de acción mundial contra las ENT de la OMS fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2017 (decisión WHA70.11). Ese respaldo por WHA70, en mayo de 2017, permitió a la Secretaría de la OMS incluir un Apéndice 3 actualizado en el informe del Secretario General de la ONU a la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las ENT de diciembre de 2017 (ver párrafos 10, 15, Tabla 3, Tabla 5, 53, 55, 59 y 60 de A/72/662).

¹Asamblea Mundial de la Salud 74 (2019) Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. WHA72(11) [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72\(11\).en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72(11).en.pdf)

²Organización Mundial de la Salud (2017). Abordar las ENT: 'mejores compras' y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>

Formatted: English (United States)

Formatted: English (United States)

Formatted: English (United States)

Field Code Changed

Formatted: English (United States)

Formatted: English (United States)

Field Code Changed

4. La actualización de 2017 del Apéndice 3 contenía 88 recomendaciones, incluidas 16 intervenciones que se clasificaron como "intervenciones muy rentables y asequibles para todos los Estados miembros"³(anteriormente denominadas "mejores compras"), así como otras intervenciones rentables (anteriormente denominadas "buenas compras")⁴.

5. Las principales razones para actualizar el Apéndice 3 son:

- Tener en cuenta la aparición de nuevas pruebas de rentabilidad y/o nuevas recomendaciones de la OMS desde la adopción del Plan de acción mundial contra las ENT 2013-2020 de la OMS,
- Ayudar a los países a seleccionar una combinación de estas intervenciones para definir paquetes de intervenciones adaptados localmente para acelerar las respuestas nacionales a las ENT en curso.

6. Esta versión actualizada del Apéndice 3 complementará una serie de productos técnicos que la OMS La secretaría está desarrollando junto con la hoja de ruta de implementación de ENT para el Plan de acción mundial de ENT de la OMS incluyendo el menú de la OMS de intervenciones de costo-efectividad para la salud mental, las intervenciones recomendadas para abordar el impacto en la salud de la contaminación del aire^{7,8,9} y el menú de intervenciones rentables para la salud bucodental que se están desarrollando.

PROCESO SEGUIDO POR LA SECRETARÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL ANEXO 3

7. La secretaría de la OMS utilizó la metodología WHO-CHOICE para actualizar el apéndice 3, que fue aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016¹⁰. Esto es para mantener la coherencia y la familiaridad con el Apéndice 3 existente y los métodos y estrategias globales previamente acordados. Esta actualización va acompañada de un anexo técnico que proporciona más información sobre la metodología utilizada para identificar y analizar las intervenciones, e incluye suposiciones utilizadas en el modelo económico de CHOICE de la OMS y describe las actualizaciones de la actualización de 2017. La información detallada sobre la evidencia y los supuestos subyacentes a las intervenciones se proporciona en resúmenes técnicos separados por área de enfermedad y factor de riesgo.

8. La Secretaría identificó una lista revisada de 81 intervenciones (excluyendo intervenciones generales/habilitantes) comportamiento). Éstos incluyen:

- 31 intervenciones que no han cambiado desde la actualización de 2017 y para las cuales se actualizaron los parámetros clave y se generaron estimaciones de rentabilidad,

³Generar un año extra de vida saludable por un costo inferior al ingreso anual promedio o PIB por persona

⁴OMS (2017). Abordar las ENT: 'mejores compras' y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>.

⁵OMS (2022). Proyecto de hoja de ruta para la implementación 2023-2030 del plan de acción mundial para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles 2013-2030. Anexo 1. Documento A75/10 Add.8. Organización Mundial de la Salud, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add8-en.pdf

⁶OMS (2021) Menú de la OMS de intervenciones rentables para la salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031081>.

⁷Compendio de la OMS y otras orientaciones de la ONU sobre salud y medio ambiente: <https://www.who.int/tools/compendium-on-healthand-environment>

⁸OMS (2021) Directrices globales de calidad del aire de la OMS: partículas (PM2.5 y PM10), ozono, dióxido de nitrógeno, dióxido de azufre y monóxido de carbono. Ginebra: Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228>

⁹ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R5-en.pdf

¹⁰http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_1Rev1-en.pdf

- 9 intervenciones de la actualización de 2017 que han sido revisadas para reflejar actualizaciones en la política de la OMS o evidencia científica,
- 7 intervenciones incluidas en la actualización de 2017 que no tenían un análisis realizado en ese momento y para las cuales se realizó un análisis de costo-efectividad para la actualización de 2022,
- 10 nuevas intervenciones de nuevas guías y herramientas de la OMS, y
- 24 intervenciones que se consideran prioritarias pero no cuentan con un análisis de costo-efectividad.

Se eliminaron dos intervenciones porque ya no eran pertinentes o se incorporaron a otra intervención.

El análisis de costo-efectividad de la intervención sobre "La fiscalidad de las bebidas azucaradas como parte de políticas fiscales integrales para promover dietas saludables" se encuentra en proceso de actualización y se presentará en la próxima ronda de consultas del 25 de julio.

9. La lista de intervenciones no es exhaustiva, pero pretende proporcionar información y orientación sobre eficacia y rentabilidad de las intervenciones individuales y basadas en la población basadas en la evidencia actual, y servir como base para el trabajo futuro para desarrollar y expandir la base de evidencia.

10 Se reconoce que existen desafíos inherentes en la identificación de una lista básica de intervenciones mientras suficientemente amplio para satisfacer las necesidades de los Estados miembros. Se reconocen las limitaciones de considerar la rentabilidad de forma aislada. Se recomienda que se utilicen criterios adicionales que reflejen los valores nacionales al determinar la lista de intervenciones que adoptarán los Estados miembros.¹¹.

CAMBIOS CLAVE Y PROPUESTA DEL APÉNDICE 3 ACTUALIZADO

11 Los cambios clave en comparación con la actualización de 2017 incluyen:

- Cambios en la definición de intervenciones e inclusión de nuevas intervenciones para alinearse con la nueva política y orientación de la OMS. Por ejemplo, las intervenciones dietéticas pasaron de un enfoque centrado en el impacto en la salud y el costo de la ingesta de sal solo a intervenciones que evalúan los resultados en la salud y el costo de las intervenciones que abordan múltiples nutrientes como fibras, verduras y sal. De manera similar, las intervenciones para enfermedades respiratorias crónicas (asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica) ahora distinguen entre el manejo de pacientes agudos y a largo plazo para estar en línea con la guía PEN de la OMS.
- Cambios en la modelización de las intervenciones. Esto incluye cambios como la inclusión de una población diferente con necesidades o la adición de nuevos resultados de salud debido a la disponibilidad de evidencia adicional sobre el impacto. Por ejemplo, para las enfermedades cardiovasculares, el uso de nuevos gráficos y umbrales de riesgo conduce a diferentes poblaciones con necesidades y terapias farmacológicas.
- La inclusión y el uso de datos a nivel nacional para 62 países de ingresos bajos y medianos en comparación con los datos regionales de 20 países de ingresos bajos, medianos y altos en la actualización de 2017.

12 El Anexo 1 describe la estructura propuesta y el contenido del Apéndice 3 actualizado. Esto incluye:

- Un texto de preámbulo propuesto para el Apéndice 3

¹¹OMS (2021) Principios de los paquetes de beneficios de salud <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020689>

- La lista actualizada de intervenciones para el Apéndice 3 principal, y
- Un esquema anotado del Anexo técnico propuesto, que incluye más detalles sobre el alcance y los aspectos metodológicos del análisis económico, con cuadros resumen que presentan los costos, los impactos en la salud y los índices de costo-efectividad para todas las intervenciones. Los resultados del análisis de costo-efectividad se presentan para 3 categorías de ingresos: países de ingresos bajos, países de ingresos medios-bajos y países de ingresos altos.

CRONOGRAMA Y PRÓXIMOS PASOS

13. Según el enfoque compartido con los Estados miembros, el calendario y los próximos pasos para finalizar el Apéndice 3 actualizado son los siguientes:

fechas	Actividad
1° de Junio al 26 de junio de 2022	La Secretaría publicará un primer borrador del Documento de debate de la OMS que contiene una propuesta de Apéndice 3 actualizado para una consulta basada en la web; incluidos los resultados disponibles de los análisis CHOICE completados
20 junio 2022	La Secretaría convocará una primera consulta informal con los Estados miembros y las organizaciones de la ONU
24 junio 2022	La Secretaría convocará una primera consulta informal con actores no estatales (organizaciones no gubernamentales, entidades del sector privado, fundaciones filantrópicas e instituciones académicas).
25 de julio al 21 de agosto de 2022	La Secretaría publicará un segundo borrador del Documento de debate de la OMS que contiene una propuesta de Apéndice 3 actualizado para una consulta basada en la web; incluidos los resultados actualizados de los análisis CHOICE.
16 septiembre 2022	La Secretaría convocará una segunda consulta informal con los Estados miembros y las organizaciones de la ONU
19 septiembre 2022	La Secretaría convocará una segunda consulta informal con actores no estatales

Anexo 1. Propuesta de actualización del Apéndice 3 del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2030

¿Qué es el apéndice 3?

Proporcionado a pedido de los Estados Miembros, el Apéndice 3 es un menú de opciones de política e intervenciones rentables para la prevención y el control de las principales enfermedades no transmisibles. El propósito es ayudar a los Estados Miembros a implementar, según corresponda, para el contexto nacional (sin perjuicio de los derechos soberanos de las naciones para determinar los impuestos entre otras políticas), acciones para lograr los nueve objetivos globales voluntarios para la prevención y el control de las ENT a través de los seis objetivos del Plan de acción mundial contra las ENT 2013-2030 de la OMS. La lista de intervenciones no es exhaustiva, pero pretende proporcionar información y orientación sobre la eficacia y la rentabilidad de las intervenciones individuales y basadas en la población basadas en la evidencia actual, y actuar como base para el trabajo futuro para desarrollar y ampliar la base de evidencia.

Por qué actualizar el apéndice 3

Las principales razones para actualizar el Apéndice 3 son, en primer lugar, tener en cuenta la aparición de nuevas pruebas de rentabilidad o nuevas recomendaciones de la OMS desde la adopción del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de 2013 y el Plan de acción mundial de 2013. 2030 y, en segundo lugar, perfeccionar la formulación existente de algunas intervenciones en función de las lecciones aprendidas del uso de las dos versiones anteriores. El área del Apéndice 3 donde esto es más relevante es bajo el Objetivo 3 (factores de riesgo) y el Objetivo 4 (sistemas de salud). Todas las intervenciones "muy rentables y asequibles para todos los Estados miembros" en los Apéndices originales se enumeraron en los Objetivos 3 y 4. De conformidad con el párrafo 3(a) de la decisión WHA72(11),

¿Que ha cambiado?

El menú de opciones enumeradas para los Objetivos 1 (aumentar la prioridad de las ENT), 2 (fortalecer el liderazgo y la gobernanza), 5 (investigación) y 6 (seguimiento y evaluación) son recomendaciones relacionadas con el proceso y no han cambiado.

Dentro de los Objetivos 3 (factores de riesgo) y 4 (sistemas de salud), en el Apéndice 3 actualizado a 2022, ahora hay un total de 81 intervenciones y 21 acciones generales/habilitantes, lo que representa una expansión de la lista original de 88. Este aumento es debido a la disponibilidad de evidencia científica propuesta por las unidades técnicas o grupos de expertos de la OMS desde la adopción del Plan de acción mundial contra las ENT 2013-2020 de la OMS.

En el apéndice de 2017, se consideraron 16 intervenciones con una relación costo-efectividad $\leq$ \$100 por AVAD evitado en países de ingresos bajos y medianos (anteriormente denominadas las "mejores compras") y 20

intervenciones con una relación costo-efectividad $> \$1200/\text{DALY}$ y (anteriormente denominadas "buenas compras"). Además, también se proporcionaron 36 intervenciones sin CEA pero que forman parte de la orientación de la OMS. En la actualización de 2022, los resultados se presentan como un menú de intervenciones rentables para enfermedades no transmisibles sin una referencia explícita a un umbral de rentabilidad. En la actualización actual, se examinó la rentabilidad de 57 intervenciones. Además, también se proporcionan 24 intervenciones sin análisis de costo-efectividad pero que forman parte de la orientación de la OMS.

Intervenciones	General/habilitación comportamiento	Intervenciones con ELECCIÓN DE QUIÉN análisis	Intervenciones sin OMS- Análisis de elección
Objetivo 3			
Tabaco	3	7	2
Uso nocivo del alcohol	4	5	6
Dieta saludable	1	6	5
La inactividad física	5	2	5
Objetivo 4			
Enfermedades cardiovasculares	8	13	3
Diabetes		6	
enfermedades respiratorias crónicas		4	3
Cáncer		14	
Total	21	57	24

Anexo técnico

La actualización del apéndice 3 va acompañada de un anexo técnico. Este anexo proporciona información más detallada sobre la metodología utilizada para identificar y analizar las intervenciones, e incluye los supuestos utilizados en el modelo económico de WHO-CHOICE. El Anexo técnico también presenta análisis económicos más detallados para cada intervención, e incluye tablas resumidas con costos, impactos en la salud y relaciones de costo-efectividad en bandas para todas las intervenciones presentadas por separado para 3 categorías de ingresos: países de ingresos bajos, países de ingresos medios-bajos y países de ingresos altos. países de ingresos.

Cómo usar esta información

Los análisis económicos del anexo técnico, en los que se basa esta lista, dan una evaluación de la relación costo-efectividad, basada en el impacto en la salud y el costo económico de la intervención. Estos resultados económicos presentan un conjunto de parámetros para la consideración de los Estados miembros, pero se debe enfatizar que dichos análisis globales deben ir acompañados de análisis más adaptados al contexto local. Otras herramientas, como One Health Tool (<https://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>) están disponibles para ayudar a los países individuales a costear intervenciones específicas en su contexto nacional.

¹² El dólar internacional es una unidad monetaria hipotética que tiene la misma paridad de poder adquisitivo que tenía el dólar estadounidense en los Estados Unidos en un momento determinado.

Al considerar las intervenciones para la prevención y el control de cualquier enfermedad, incluidas las enfermedades no transmisibles, se debe hacer hincapié en los criterios económicos y no económicos, ya que ambos afectarán la implementación y el impacto de las intervenciones. Consideraciones de implementación no económicas como aceptabilidad, sostenibilidad, escalabilidad, equidad, ética¹³son esenciales en la preparación para lograr los objetivos del plan de acción mundial y deben considerarse antes de tomar la decisión de implementar las intervenciones en el Apéndice 3.

¹³OMS (2021) Principios de los paquetes de beneficios de salud <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020689>

Objetivo 1: Aumentar la prioridad otorgada a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las agendas mundiales, regionales y nacionales y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, mediante una mayor cooperación y promoción internacionales

Acciones generales/habilitantes

- Aumentar la conciencia pública y política, la comprensión y la práctica sobre la prevención y el control de las ENT
- Integrar las ENT en la agenda social y de desarrollo y en las estrategias de alivio de la pobreza
- Fortalecer la cooperación internacional para la movilización de recursos, el desarrollo de capacidades, la capacitación del personal sanitario y el intercambio de información sobre las lecciones aprendidas y las mejores prácticas
- Involucrar y movilizar a la sociedad civil y al sector privado según corresponda y fortalecer la cooperación internacional para apoyar la implementación del plan de acción a nivel mundial, regional y nacional.
- Implementar otras opciones de política en el objetivo 1

Objetivo 2: Fortalecer la capacidad nacional, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas para acelerar la respuesta de los países para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

Acciones generales/habilitantes

- Priorizar y aumentar, según sea necesario, las asignaciones presupuestarias para la prevención y el control de las ENT sin perjuicio del derecho soberano de las naciones a determinar las políticas tributarias y de otro tipo **de manera permanente.**
- Evaluar la capacidad nacional para la prevención y el control de las ENT
Desarrollar e implementar una política y un plan nacional multisectorial para la prevención del control de las ENT a través de la participación de múltiples partes interesadas, **con la respectiva asignación del recurso necesario de manera permanente**
- Implementar otras opciones de política en el objetivo 2 para fortalecer la capacidad nacional, incluida la capacidad humana e institucional, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas para la

Deleted:

Objetivo 3: Reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que promuevan la salud

El consumo de tabaco

Acciones generales/habilitantes

Para las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS): - Fortalecer la implementación efectiva del CMCT de la OMS y sus directrices, así como del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, si corresponde. - Establecer y hacer operativos mecanismos nacionales para la coordinación de la implementación del CMCT de la OMS como parte de la estrategia nacional con mandato, responsabilidades y recursos específicos Para los Estados miembros que no son Partes en el CMCT de la OMS: - Considerar la implementación de las medidas establecidas en el CMCT de la OMS y sus directrices, así como el Protocolo para eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco, si corresponde, como instrumentos fundamentales en el control mundial del tabaco.
--

Intervenciones específicas con análisis WHO-CHOICE

Nº	Intervención	Consideraciones no financieras
T1	Aumentar los impuestos especiales y los precios de los productos de tabaco	Se podría solicitar que estos impuestos sean asignados a salud
T2	Implementar empaquetado sencillo/estandarizado y/o advertencias sanitarias gráficas grandes en todos los paquetes de tabaco	Requiere capacidad para implementar y hacer cumplir los reglamentos y la legislación
T3	Promulgar y hacer cumplir prohibiciones integrales sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.	
T4	Eliminar la exposición al humo de tabaco ajeno en todos los lugares de trabajo cerrados, lugares públicos, transporte público	
T5	Implementar campañas efectivas en los medios de comunicación que eduquen al público sobre los daños del tabaquismo/uso de tabaco y el humo de segunda mano.	
T6	Prestación de apoyo eficaz y cubierto por los costos para toda la población (incluidos consejos breves, servicios de líneas telefónicas nacionales gratuitas para dejar de fumar y mCessation) para dejar de fumar para todos los consumidores de tabaco.	Requiere suficientes proveedores capacitados y un mejor funcionamiento del sistema de salud
T7	Provisión de intervenciones farmacológicas efectivas con costos cubiertos para todos los consumidores de tabaco que desean dejar de fumar.	

Otras intervenciones de la guía de la OMS (sin análisis WHO-CHOICE)

Nº	Intervención
T8	Establecer un sistema de seguimiento y localización para apoyar la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco
T9	Prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos del tabaco, incluso a través de medios modernos de comunicación

Uso nocivo del alcohol

Acciones generales/habilitantes

- Implementar la estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol a través de acciones multisectoriales en las áreas objetivo recomendadas¹⁴
- Implementar el plan de acción sobre el alcohol para apoyar y complementar las medidas de política e intervenciones implementadas a nivel nacional en las 10 áreas recomendadas de la estrategia global¹⁵
- Fortalecer el liderazgo y aumentar el compromiso y la capacidad para abordar el uso nocivo del alcohol
- Aumentar la concienciación y fortalecer la base de conocimientos sobre la magnitud y la naturaleza de los problemas causados por el uso nocivo del alcohol mediante programas de concienciación, investigación operativa, mejora de los sistemas de seguimiento y vigilancia

Intervenciones específicas con análisis WHO-CHOICE

Nº	Intervención	Consideraciones no financieras
A1	Aumentar los impuestos especiales sobre las bebidas alcohólicas	La recaudación de impuestos debe combinarse con otras medidas de precios, como la prohibición de descuentos o promociones. Considerar que el resultado de estos impuestos sea asignado a salud en cada uno de los estados.
A2	Promulgar y hacer cumplir prohibiciones o restricciones integrales sobre la exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas (en múltiples tipos de medios)	Requiere capacidad y infraestructura para implementar y hacer cumplir los reglamentos y la legislación
A3	Promulgar y hacer cumplir restricciones sobre la disponibilidad física de alcohol vendido al por menor (a través de horarios reducidos de venta)	
A4	Promulgar y hacer cumplir las leyes sobre conducción bajo los efectos del alcohol y los límites de concentración de alcohol en la sangre a través de puntos de control de sobriedad	
A5	Proporcionar intervención psicosocial breve para personas con consumo peligroso y nocivo de alcohol	Requiere proveedores capacitados en todos los niveles de atención médica

Otras intervenciones de la guía de la OMS (sin análisis WHO-CHOICE)

Nº	Intervención
A6	Llevar a cabo revisiones periódicas de los precios en relación con el nivel de inflación y los ingresos.
A7	Establecer precios mínimos para el alcohol cuando corresponda.
A8	Promulgar y hacer cumplir una edad mínima adecuada para la compra o el consumo de bebidas alcohólicas y reducir la densidad de puntos de venta al por menor
A9	Restringir o prohibir las promociones de bebidas alcohólicas en relación con patrocinios y actividades dirigidas a jóvenes
A10	Proporcionar prevención, tratamiento y atención para los trastornos por consumo de alcohol y condiciones comórbidas en los servicios sociales y de salud.
A11	Proporcionar información al consumidor sobre las bebidas alcohólicas y etiquetarlas para indicar el daño relacionado con el alcohol.

- ¹⁴http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_strategy_reduce_harmful_use_alcohol/en/
- ¹⁵https://apps.who.int/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf

Dieta no saludable

Acciones generales/habilitantes

- Implementar la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud^{acción}

Intervenciones específicas con análisis WHO-CHOICE

Nº	Intervención	Consideraciones no financieras
H1	Políticas de reformulación para alimentos y bebidas más saludables	Requiere acciones multisectoriales con los ministerios pertinentes y el apoyo de la sociedad civil. Se necesita capacidad regulatoria junto con acción multisectorial.
H2	Etiquetado en el frente del paquete como parte de las políticas integrales de etiquetado nutricional	
H3	Políticas de compra y servicio público de alimentos para una alimentación saludable	
H4	Campaña de comunicación y medios de comunicación para el cambio de comportamiento a favor de dietas saludables	
H5	Protección, promoción y apoyo de prácticas óptimas de lactancia materna	
H6	La tributación de las bebidas azucaradas como parte de políticas fiscales integrales para promover dietas saludables	

Otras intervenciones de la guía de la OMS (sin análisis WHO-CHOICE)

Nº	Intervención
H7	Aplicar el conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños
H8	Subsidios a alimentos y bebidas saludables (por ejemplo, frutas y verduras) como parte de políticas fiscales integrales para dietas saludables
H9	Etiquetado del menú en el servicio de alimentos para promover dietas saludables (por ejemplo, reducir la ingesta total de energía (kcal) y/o la ingesta de azúcares, sodio y grasas no saludables)
H10	Limitar el tamaño de las porciones y los paquetes para reducir la ingesta de energía y el riesgo de sobrepeso/obesidad
H11	Educación y asesoramiento sobre nutrición en diferentes entornos (por ejemplo, en preescolares, escuelas, lugares de trabajo y hospitales) para promover dietas saludables

⁻⁻⁻ OMS (2014) Estrategia mundial sobre alimentación, actividad física y salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9241592222>

La inactividad física

Acciones generales/habilitantes

- Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: más personas activas para un mundo más saludable¹⁷
- ACTIVE: un paquete técnico para aumentar la actividad física¹⁸
- Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamiento sedentario¹⁹
- Liderazgo y compromiso de todo el gobierno para abordar la inactividad física utilizando un enfoque de ciclo de vida
- Fuerte promoción para aumentar la conciencia y el conocimiento sobre los beneficios transversales del aumento de la actividad física, la investigación operativa y la traducción del conocimiento y la mejora de los sistemas de seguimiento y vigilancia.

Intervenciones específicas con análisis WHO-CHOICE

Nº	Intervención	Consideraciones no financieras
P1	Proporcionar evaluación de actividad física, asesoramiento y apoyo para el cambio de comportamiento como parte de los servicios de atención primaria de salud de rutina mediante el uso de una intervención breve.	Requiere capacidad, y personal suficientemente capacitado en atención primaria
P2	Implementar campañas sostenidas de comunicación de mejores prácticas en toda la población para promover la actividad física, con enlaces a programas comunitarios y mejoras ambientales para permitir y apoyar el cambio de comportamiento.	Requiere acciones multisectoriales con los ministerios pertinentes y el apoyo de la sociedad civil

Otras intervenciones de la guía de la OMS (sin análisis WHO-CHOICE)

Nº	Intervención
P3	Implementar planificación urbana y de transporte y diseño urbano, en todos los niveles de gobierno, para proporcionar vecindarios compactos que brinden un uso mixto del suelo y redes conectadas para caminar y andar en bicicleta y acceso equitativo a espacios abiertos públicos seguros y de calidad que permitan y promuevan la actividad física y la movilidad activa.
P4	Implementar programas para toda la escuela que incluyan educación física de calidad e instalaciones, equipos y programas adecuados que apoyen los viajes activos hacia y desde la escuela y apoyen la actividad física para todos los niños de todas las capacidades durante y después de la escuela.
P5	Mejorar la infraestructura para caminar y andar en bicicleta asegurando el acceso universal y equitativo para permitir y promover caminar, andar en bicicleta y otras formas seguras de micromovilidad (por ejemplo, sillas de ruedas, scooters y patines) por parte de personas de todas las edades y habilidades.
P6	Implementar programas de actividad física en el lugar de trabajo de componentes múltiples
P7	Brindar y promover la actividad física a través de la provisión de programas deportivos y recreativos basados en la comunidad (de base) y llevar a cabo eventos gratuitos de participación masiva para alentar la participación de personas de todas las edades y habilidades.

¹⁷<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>

¹⁸<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275415>

¹⁹<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

Objetivo 4: Fortalecer y orientar los sistemas de salud para abordar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales subyacentes a través de la atención primaria de salud centrada en las personas y la cobertura universal de salud

Acciones generales/habilitantes

- Integrar intervenciones de enfermedades no transmisibles muy rentables en el paquete básico de atención primaria de salud con sistemas de derivación a todos los niveles de atención para avanzar en la agenda de cobertura universal de salud
- Explorar mecanismos viables de financiación de la salud y herramientas económicas innovadoras respaldadas por pruebas
- Ampliar la detección temprana y la cobertura, priorizando intervenciones muy rentables de alto impacto, incluidas intervenciones rentables para abordar los factores de riesgo conductuales.
- Capacitar al personal de salud y fortalecer la capacidad del sistema de salud, particularmente en el nivel de atención primaria, para abordar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
- Mejorar la disponibilidad de tecnologías básicas asequibles y medicamentos esenciales, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, tanto en establecimientos públicos como privados.
- Implementar otras intervenciones rentables y opciones de política en el objetivo 4 para fortalecer y orientar los sistemas de salud para abordar las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo a través de la atención de la salud centrada en las personas y la cobertura universal de salud, **todo esto basado en la revisión de la evidencia científica.**
- Desarrollar e implementar una política de cuidados paliativos, incluido el acceso a analgésicos opioides para el alivio del dolor, junto con la capacitación de los trabajadores de la salud.
- Ampliar el uso de tecnologías digitales para aumentar el acceso a los servicios de salud y la eficacia para la prevención de las ENT, y para reducir los costos en la prestación de atención médica

Enfermedad cardiovascular

Intervenciones específicas con análisis WHO-CHOICE

Se propone la intervención de la creación de un fondo nacional en cada estado para fortalecer los servicios en atención a pacientes con enfermedades crónicas, para que se cuente desde el primer nivel de atención con el personal, equipamiento y medicamentos para garantizar la prestación integral de los servicios de cada una de las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial a las más desatendidas.

Nº	Intervención	Consideraciones no financieras
CV1	Tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos usando cualquiera de los siguientes: agentes tiazídicos y similares a las tiazidas; inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE-I)/bloqueador del receptor de angiotensina (ARB); bloqueadores de los canales de calcio (CCB).	Factible de implementar en todos los entornos y alineado con las últimas directrices de la OMS (2021) Los trabajadores no médicos pueden seguir protocolos simples según el contexto del país.
CV2a	Tratamiento farmacológico para controlar el riesgo de ECV utilizando un enfoque de riesgo total y asesoramiento a personas que han sufrido un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular y a personas con alto riesgo ($\geq 20\%$) de un evento cardiovascular mortal y no mortal en los próximos 10 años utilizando el Tablas actualizadas de riesgo de ECV de la OMS	Es necesario evaluar y determinar la viabilidad y la practicidad de la implementación. Control de glucosa no incluido en esta intervención.
CV2b	Tratamiento farmacológico para controlar el riesgo de ECV mediante un enfoque de riesgo total y asesoramiento a personas que han sufrido un infarto de miocardio o un ictus y a personas con alto riesgo ($\geq 10\%$) de un evento cardiovascular mortal y no mortal en los próximos 10 años utilizando el Tablas actualizadas de riesgo de ECV de la OMS	Es necesario evaluar y determinar la viabilidad y la practicidad de la implementación. Control de glucosa no incluido en esta intervención.
CV3	Tratamiento de casos nuevos de infarto agudo de miocardio con: aspirina, o aspirina y trombólisis, o aspirina, trombólisis y clopidogrel, o intervenciones coronarias percutáneas (ICP) primarias tratadas inicialmente en un entorno hospitalario con seguimiento realizado a través de centros de atención primaria de salud en una tasa de cobertura del 95%	La selección de la opción depende de la capacidad del sistema de salud
CV4a	Tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico agudo con terapia trombolítica intravenosa	La viabilidad y la practicidad de la implementación deben evaluarse y determinarse de acuerdo con la capacidad de los sistemas de salud.
CV4b	Tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico agudo con trombectomía mecánica en un centro experimentado	La viabilidad y la practicidad de la implementación deben evaluarse y determinarse de acuerdo con la capacidad de los sistemas de salud. Requiere un centro quirúrgico con mano de obra debidamente capacitada.

CV5a	Prevención primaria de la fiebre reumática y las cardiopatías reumáticas aumentando el tratamiento adecuado de la faringitis estreptocócica en el primer nivel de atención	
------	--	--

CV5b	Prevención secundaria de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática mediante el desarrollo de un registro de pacientes que reciben penicilina profiláctica regular	
CV6	Ácido acetilsalicílico en dosis bajas en un plazo de 24 a 48 horas para la prevención secundaria del accidente cerebrovascular isquémico	
CV7	Atención integral* al paciente con ictus agudo en unidades de ictus * La atención integral incluye estrategias como la dotación de un equipo multidisciplinario especialista en ictus, el acceso a equipos de seguimiento y rehabilitación.	Enfoque temprano multidisciplinario por determinar y dependiendo del contexto del país. Composición de la fuerza laboral de rehabilitación como parte integral de equipo multidisciplinario depende de la capacidad del sistema de salud.*

Otras intervenciones de la guía de la OMS (sin análisis WHO-CHOICE)

Nº	Intervención
	Tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva con inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, betabloqueante y diurético
	Rehabilitación cardíaca post infarto de miocardio
	Anticoagulación para la fibrilación auricular no valvular de riesgo medio y alto y para la estenosis mitral con fibrilación auricular

Diabetes

Intervenciones específicas con análisis WHO-CHOICE

Nº	Intervención	Consideraciones no financieras
D1	Cuidado de los pies para prevenir la amputación en personas con diabetes (incluidos programas educativos, acceso a calzado adecuado, clínicas multidisciplinarias)	
D2	Detección de retinopatía diabética para todos los pacientes con diabetes y fotocoagulación con láser para la prevención de la ceguera	Requiere capacidad del personal de salud para evaluación retinal y fotocoagulación
D3	Control glucémico para personas con diabetes, junto con monitoreo estándar de glucosa en el hogar para personas tratadas con insulina para reducir las complicaciones de la diabetes.	
D4	Detección de proteinuria en personas con diabetes y tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina para la prevención y el retraso de la enfermedad renal	
D5	Control de la presión arterial en personas con diabetes	
D6	Uso de estatinas en personas con diabetes > 40 años	

enfermedades respiratorias crónicas

Intervenciones específicas con análisis WHO-CHOICE

Nº	Intervención	Consideraciones no financieras
CR1	Tratamiento agudo de las exacerbaciones del asma con broncodilatadores inhalados y esteroides orales	Requiere proveedores capacitados en todos los niveles de atención médica
CR2	Tratamiento agudo de las exacerbaciones de la EPOC con broncodilatadores inhalados y esteroides orales	
CR3	Manejo a largo plazo del asma con broncodilatador inhalado y dosis bajas de beclometasona	
CR4	Manejo a largo plazo de la EPOC con broncodilatador inhalado	

Otras intervenciones de la guía de la OMS (sin análisis WHO-CHOICE)

Nº	Intervención
CR5	Vacunación contra la influenza para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica
CR6	Acceso a estufas mejoradas y combustibles más limpios para reducir la contaminación del aire interior
CR7	Intervenciones rentables para prevenir enfermedades pulmonares ocupacionales, por ejemplo, por exposición a sílice, asbesto

Cáncer

Intervenciones específicas con análisis WHO-CHOICE

Nº	Intervención	Consideraciones no financieras
CA1	Vacunación contra el virus del papiloma humano (1-2 dosis) de niñas de 9 a 14 años	
CA2	Cáncer de cuello uterino: examen de detección de ADN del VPH, a partir de los 30 años de edad con exámenes de detección regulares cada 5 a 10 años (usando un enfoque de detección y tratamiento o enfoque de detección, clasificación y tratamiento)	
CA3	Cáncer de cuello uterino: programas de diagnóstico temprano vinculados con el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral del cáncer	
CA4	Cáncer de mama: programas de diagnóstico temprano vinculados con el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral del cáncer	
CA5	Cáncer de mama: Detección con mamografía (una vez cada 2 años para mujeres de 50 a 69 años) vinculada con un diagnóstico oportuno y un tratamiento integral del cáncer de mama en entornos donde se recomienda el programa de detección mamográfica	Requiere sistemas para la detección organizada basada en la población
CA6	Cáncer colorrectal: programas de diagnóstico temprano vinculados con el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral del cáncer	
CA7	Cuidados paliativos básicos para el cáncer: atención domiciliar y hospitalaria con equipo multidisciplinario y acceso a opiáceos y medicamentos de apoyo esenciales	Requiere acceso a medicamentos controlados para el alivio del dolor
CA8	Prevención del cáncer de hígado a través de la inmunización contra la hepatitis B	
CA9	Cáncer oral: cribado en grupos de alto riesgo vinculado con un diagnóstico oportuno y un tratamiento integral del cáncer en entornos donde se recomienda una carga de enfermedad y un programa significativos	Requiere sistemas para la detección organizada basada en la población
CA10	Detección de cáncer colorrectal: programa basado en la población, incluso a través de pruebas en heces, según corresponda, a la edad > 50 años, vinculado con el tratamiento oportuno en entornos donde se recomienda el programa de detección	Requiere sistemas para la detección organizada basada en la población
CA11	Cáncer infantil: programas de diagnóstico temprano vinculados con un diagnóstico oportuno y un tratamiento integral del cáncer, centrándose en 6 tipos de cáncer índice de la Iniciativa mundial de la OMS para el cáncer infantil	

CA12	Cánceres de cabeza y cuello, incluidos los cánceres orales: programas de diagnóstico temprano vinculados con un diagnóstico oportuno y un tratamiento integral del cáncer	
CA13	Cáncer de próstata: programas de diagnóstico temprano vinculados con el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral del cáncer	
CA14	Detección temprana y tratamiento integral del cáncer para quienes viven con el VIH	

Objetivo 5: Promover y apoyar la capacidad nacional de investigación y desarrollo de alta calidad para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

Acciones generales/habilitantes

- Desarrollar e implementar una agenda nacional prioritaria de investigación para enfermedades no transmisibles
- Priorizar la asignación presupuestaria para la investigación sobre prevención y control de enfermedades no transmisibles
- Fortalecer los recursos humanos y la capacidad institucional para la investigación
- Fortalecer la capacidad de investigación a través de la cooperación con institutos de investigación nacionales y extranjeros.
- Implementar otras opciones de política en el objetivo 5 para promover y apoyar la capacidad nacional para la investigación, el desarrollo y la innovación de alta calidad.

Objetivo 6: Monitorear las tendencias y determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar el progreso en su prevención y control

Acciones generales/habilitantes

- Desarrollar metas e indicadores nacionales basados en un marco de monitoreo global y vinculados con una política y un plan multisectorial
- Fortalecer los recursos humanos y la capacidad institucional para la vigilancia y el seguimiento y evaluación
- Establecer o fortalecer un sistema integral de vigilancia de enfermedades no transmisibles, incluido el registro confiable de muertes por causa, registro de cáncer, recopilación periódica de datos sobre factores de riesgo y seguimiento de la respuesta nacional
- Integrar la vigilancia y el seguimiento de las enfermedades no transmisibles en los sistemas nacionales de información sanitaria, **con la generación de las respectivas gacetas para que estos sean la base para la toma de decisiones.**
- Implementar otras opciones de política en el objetivo 6 para monitorear las tendencias y los determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar el progreso en su prevención y control

Anexo técnico al Apéndice 3: índice propuesto

El anexo técnico proporcionará más información sobre los métodos utilizados en el desarrollo de la actualización de 2022 del Apéndice 3 y destacará las diferencias en comparación con la actualización de 2017. El contenido del Anexo incluirá;

1. Información metodológica detallada, que incluye:

- una. El enfoque metodológico y el proceso utilizado para actualizar el apéndice 3, incluida la selección de intervenciones
- b. Explicación del Análisis Generalizado de Costo-Efectividad y la metodología WHO-CHOICE
- c. Referencias a las fuentes de evidencia y suposiciones utilizadas en el modelo económico para intervenciones específicas

2. Resultados de los análisis económicos de WHO-CHOICE para las intervenciones incluidas en el Apéndice 3

La información detallada sobre los métodos, la evidencia y los supuestos subyacentes a las intervenciones por área de enfermedad y factor de riesgo se proporcionan en resúmenes técnicos separados.

Información metodológica detallada

Identificación de intervenciones

Los siguientes criterios utilizados para identificar las intervenciones en 2017 se aplicaron para la actualización de 2022:

- Una intervención debe tener un tamaño de efecto cuantificable y demostrado, de al menos un estudio publicado en una revista revisada por pares;
- Una intervención debe tener un vínculo claro con una de las metas mundiales para las ENT.

Se consideraron intervenciones adicionales utilizando los mismos criterios que antes. La lista de intervenciones para el Apéndice 3 actualizado de 2022 comprendía (i) intervenciones que no han cambiado desde la actualización de 2017, (ii) intervenciones de la actualización de 2017 que han sido reformuladas o revisadas para reflejar actualizaciones en la política de la OMS o evidencia científica (iii)) intervenciones incluidas en la actualización de 2017 para las que no se realizó un análisis en ese momento y para las cuales se realizó un análisis de costo-efectividad en la actualización de 2022, y (iv) nuevas intervenciones a partir de nuevas guías y herramientas de la OMS (Tabla 1).

Tabla 1: Lista de intervenciones para la actualización de 2022 y comparación con la actualización de 2017

Intervenciones	Actualización de originales 2017 intervenciones (yo)	Revisado 2017 intervenciones (ii)	intervención 2017 con nuevo CEA (iii)	Nuevo intervenciones con CEA (iv)
Objetivo 3				
Tabaco	6			1
Uso nocivo del alcohol	5			
Dieta saludable	1	4	1	
La inactividad física	2			
Objetivo 4				
Enfermedades cardiovasculares	7	2	2	2
Diabetes	3		1	2
enfermedades respiratorias crónicas		3		1
Cáncer	7		3	4
Total	31	9	7	10

CEA: análisis de rentabilidad

Elección de parámetros económicos

Los parámetros económicos se enumeran a continuación:

1. Un menú de intervenciones para las ENT basado en la metodología OMS-CHOICE (ver más abajo) y presentado como una proporción de dólares internacionales (I\$) por año de vida saludable ganado (HLYg)²⁰.
una. Los índices de costo-efectividad se presentan en bandas, que van desde < I\$ 100/HLYg hasta > I\$ 50 000/HLYg²¹. La decisión de clasificar la relación costo-eficacia se basó en el consenso de que los datos representan estimaciones globales, por lo que la clasificación de la relación costo-efectividad enfatiza la magnitud relativa de la relación costo-efectividad en lugar de una cantidad específica.
2. Magnitud de la ganancia en salud: la magnitud esperada del impacto en la salud de la población para cada intervención se calculó en función del total de AVISA ganados por año en un modelo estandarizado.²² población de 1 millón de personas. Los AVSA ganados debido a una intervención se calculan en un marco de tiempo de 100 años y se evalúan con una cobertura del 95 %.
3. Costo económico de implementación: Se estimó el costo total requerido por año para implementar cada intervención, con base en el costo en millones de I\$ para implementar en una población estandarizada de 1 millón de personas (es decir, I\$ per cápita)

²⁰ El HLY es el equivalente de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) que se usó en la actualización de 2017, pero enmarcado de manera positiva. Los AVAD se evitan mientras que los AVISA se ganan.

²¹ Las bandas de costo-efectividad (en I\$) son: <100, 100-\$500, 500-1,000, 1,000-5,000, 5,000-10,000, 10,000-20,000, 20,000-50,000, > 50,000.

²² Estandarizado sobre la población total de los países analizados por grupo de ingreso

Selección de país

Se evaluaron parámetros económicos para 3 grupos de ingresos de países: países de ingresos bajos, países de ingresos medios bajos y países de ingresos medios altos y esto es diferente en comparación con la actualización de 2017, donde se presentaron resultados para 2 grupos de ingresos de países (países de ingresos bajos y bajos). los países de ingresos medianos como un grupo y los países de ingresos medianos altos y altos como el segundo grupo). La actualización actual incluye países seleccionados de ingresos bajos y medianos (LMIC) solo porque los resultados del Apéndice 3 actualizado son más relevantes para estos países. Los países fueron seleccionados de modo que estuviera representada una proporción significativa de la población total y la carga de salud.

Sesenta y dos países fueron considerados en el análisis y se enumeran a continuación²³. La lista de países incluía todos los países de ingresos bajos, los 20 países de ingresos medianos bajos más poblados y los 20 países de ingresos medianos altos más poblados. Combinados, representan casi el 80% de la población total y el 80% de la carga mundial de morbilidad. Para algún tipo de intervenciones (p. ej., consumo nocivo de alcohol), el análisis se basó en un subconjunto más pequeño de países.

Tabla 2: Clasificación de países por nivel de ingreso del Banco Mundial (2019)

Países de bajos ingresos	Ingreso medio bajo países	Ingreso medio alto países ²⁴
Afganistán	Argelia	Argentina
Burkina Faso	angola	Brasil
Burundi	bangladesh	Porcelana
República Centroafricana	Camerún	Colombia
Chad	costa de marfil	República Dominicana
República Democrática del Congo	Egipto	Ecuador
Eritrea	Ghana	Guatemala
Etiopía	India	Indonesia
Gambia	Kenia	Irán (República Islámica del)
Guinea	Marruecos	Irak
Guinea-Bisáu	Birmania	Jordán
Haití	Nepal	Kazajstán
Madagascar	Nigeria	Malasia
Malawi	Pakistán	México
Malí	Filipinas	Perú
Mozambique	Sri Lanka	Federación Rusa
Níger	Ucrania	Sudáfrica
Ruanda	República Unida de Tanzania	Tailandia
Sierra Leona	Uzbekistán	Pavo
Sudán	Vietnam	
Tayikistán		
Para llevar		
Uganda		

²³ La actualización de 2017 incluyó 20 países.
²⁴ Se excluyó un país de ingresos medianos altos durante el análisis debido a la falta de datos

WHO-CHOICE: Una breve descripción metodológica

Enfoque general

La relación calidad-precio y la eficiencia son consideraciones fundamentales que guían la inversión en salud, y WHO-CHOICE ofrece una forma de medirlas. Esto es cierto en entornos donde la falta de financiamiento ya no es la mayor barrera para lograr mejores resultados de salud; también es cierto en entornos con menos recursos, donde la ineficiencia se mide en vidas perdidas y sufrimiento humano.

El análisis de costo-efectividad apoya el establecimiento de prioridades mediante la definición de áreas de acción donde se pueden lograr los mayores beneficios para la salud.

El análisis generalizado de costo-efectividad (WHO-CHOICE) también permite la definición de un conjunto óptimo de intervenciones, teniendo en cuenta factores específicos del entorno, como la carga de enfermedad, la práctica del sistema de salud y las condiciones económicas. Se encuentran disponibles herramientas para facilitar el análisis de costo-efectividad a nivel de país de una amplia gama de actividades de salud. Paralelamente, WHO-CHOICE publica y difunde en línea una base de conocimientos de información sobre rentabilidad a nivel regional.²⁵

El uso de análisis de costo-efectividad dentro de los procesos de toma de decisiones en salud es cada vez más común a nivel mundial. Sin embargo, una serie de deficiencias metodológicas pueden limitar la aplicación práctica de los resultados del análisis de rentabilidad.

Dos ejemplos de esto son las diferencias metodológicas entre los estudios que limitan la comparabilidad y el uso de la práctica actual como comparador, que supone implícitamente que el uso actual de los recursos es eficiente. El Análisis de Costo-Efectividad Generalizado (GCEA) fue desarrollado para superar tales deficiencias del análisis de costo-efectividad tradicional.

El enfoque GCEA permite evaluar simultáneamente tanto las intervenciones existentes como las nuevas. El comparador utilizado en GCEA es un escenario hipotético "nulo", donde se eliminan los impactos de todas las intervenciones implementadas actualmente. Excepcionalmente, este método permite analizar intervenciones existentes y nuevas al mismo tiempo.

Los análisis de costo-efectividad anteriores se han limitado a evaluar la eficiencia de agregar una sola intervención nueva al conjunto existente, o reemplazar una intervención existente con una alternativa. Al usar WHO-CHOICE, el analista ya no está limitado por lo que ya se está haciendo, y los formuladores de políticas pueden revisar y revisar las opciones anteriores si es necesario y factible. Tendrán una base racional para decidir reasignar recursos entre intervenciones para lograr objetivos sociales.

²⁵ Programa de la Organización Mundial de la Salud para elegir intervenciones rentables (OMS-CHOICE): <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/economic-analysis>

ELECCIÓN DE QUIÉN:

- Utiliza un método estandarizado para el análisis de costo-efectividad que se puede aplicar a todas las intervenciones en diferentes entornos
- Todas las intervenciones se evalúan frente al "nulo", escenario en el que modelamos la ausencia de intervenciones sanitarias
- Los modelos de impacto se desarrollan utilizando un enfoque basado en la población, y los años de vida saludable ganados debido a una intervención se calculan sobre un marco de tiempo de 100 años. Los impactos en la salud no se descartan.
- Los costos de cada intervención se desarrollan utilizando una metodología de costos económicos basada en ingredientes. Los costos se expresan en dólares internacionales (\$) para garantizar la comparabilidad entre países y grupos de países por ingresos. Los costos se calculan sobre un marco de tiempo de 100 años y se descuentan al 3% por año.
- Todas las intervenciones se evalúan al 95% de cobertura.

Tabla 3: Resumen de los análisis económicos de WHO-CHOICE para las intervenciones para la prevención y el control de las ENT

Notas: Las siguientes tablas enumeran todas las intervenciones para las cuales está disponible el análisis económico de WHO-CHOICE. En este ejemplo, se proporcionan tablas separadas para cada uno de los cuatro factores de riesgo principales y las cuatro enfermedades principales cubiertas por los Objetivos 3 y 4 del Plan de acción mundial contra las ENT de la OMS. El nombre de la intervención contiene detalles más exactos sobre la intervención que se modeló; tenga en cuenta que estos pueden diferir ligeramente de la redacción de las intervenciones recomendadas por la OMS. Este Anexo se proporciona únicamente como información científica de referencia y no debe utilizarse como un menú específico para la implementación.

		De bajos ingresos			Ingreso medio-bajo			Ingreso medio-alto		
Nº	Intervención	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año (Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año (Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año (Yo \$ en millones por 1 millón)
El consumo de tabaco										
T1	Aumentar los impuestos especiales y los precios de los productos de tabaco	<100	1,717	<0.01	<100	2,674	0.01	<100	3,093	0.01
T2	Implementar empaquetado sencillo/estandarizado y/o advertencias sanitarias gráficas grandes en todos los paquetes de tabaco	<100	1,212	<0.01	<100	2,181	0.01	<100	2,319	0.01
T3	Promulgar y hacer cumplir prohibiciones integrales sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.	<100	933	<0.01	<100	1,490	0.01	<100	1,535	0.01
T4	Elimine la exposición al humo de tabaco ajeno en todos los espacios interiores, lugares de trabajo, lugares públicos, transporte público	<100	1,475	<0.01	<100	2,845	0.01	<100	3,077	0.02
T5	Implementar campañas efectivas en los medios de comunicación que eduquen al público sobre los daños del tabaquismo/uso de tabaco y el humo de segunda mano.	<100	1,345	0.01	<100	2,516	0.03	<100	2,701	0.10
T6	Prestación de apoyo eficaz y cubierto por los costos para toda la población (incluidos consejos breves, servicios de líneas telefónicas nacionales gratuitas para dejar de fumar y mCessation) para dejar de fumar para todos los consumidores de tabaco.	<100	1,028	0.02	<100	1,724	0.05	<100	1,800	0.09
T7	Provisión de intervenciones farmacológicas efectivas con costos cubiertos para todos los consumidores de tabaco que desean dejar de fumar.	<100	1,761	0.08	100 - 500	3,583	0.71	100 - 500	3,924	1.32

		De bajos ingresos			Ingreso medio-bajo			Ingreso medio-alto		
Nº	Intervención	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año(Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año(Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año(HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año(Yo \$ en millones por 1 millón)
Uso nocivo del alcohol										
A1	Aumentan los impuestos especiales sobre las bebidas alcohólicas	<100	155	0.01	<100	445	0.02	<100	797	0.04
A2	Promulgar y hacer cumplir prohibiciones o restricciones integrales sobre la exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas (en múltiples tipos de medios)	<100	121	<0.01	<100	377	0.01	100 - 500	158	0.03
A3	Promulgar y hacer cumplir restricciones sobre la disponibilidad física de alcohol vendido al por menor (a través de horarios reducidos de venta)	<100	132	0.01	<100	383	0.03	100 - 500	190	0.05
A4	Promulgar y hacer cumplir las leyes sobre conducción bajo los efectos del alcohol y los límites de concentración de alcohol en la sangre a través de puntos de control de sobriedad	100 - 500	104	0.01	100 - 500	321	0.04	1,000 - 5,000	44	0.11
A5	Proporcionar intervención psicosocial breve para personas con consumo peligroso y nocivo de alcohol	<100	244	0.02	100 - 500	647	0.07	100 - 500	691	0.29
Dieta no saludable										
H1	Políticas de reformulación para alimentos y bebidas más saludables	<100	2,449	0.01	<100	4,038	0.02	<100	4,704	0.06
H2	Etiquetado en el frente del paquete como parte de las políticas integrales de etiquetado nutricional	<100	4,042	<0.01	<100	7,441	0.01	<100	9,069	0.02
H3	Políticas de compra y servicio público de alimentos para una alimentación saludable	<100	449	0.01	<100	472	0.02	<100	441	0.04
H4	Campaña de comunicación y medios de comunicación para el cambio de comportamiento a favor de dietas saludables	<100	1,516	0.01	<100	3,505	0.03	<100	4,734	0.12
H5	Protección, promoción y apoyo de prácticas óptimas de lactancia materna	<100	2,052	0.04	<100	3,049	0.13	<100	2,964	0.16

		De bajos ingresos			Ingreso medio-bajo			Ingreso medio-alto		
Nº	Intervención	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año(Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año(Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año(HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año(Yo \$ en millones por 1 millón)
H6	Reducir el consumo de azúcar a través de impuestos efectivos sobre las bebidas azucaradas	Los resultados de esta intervención se publicarán próximamente y se incluirán en la segunda ronda de consultas.								
La inactividad física										
P1	Intervención de consejería breve sobre actividad física en atención primaria de salud	100 - 500	246	0.07	100 - 500	732	0.30	1,000 - 5,000	296	0.90
P2	Campaña de sensibilización y educación pública sobre actividad física	<100	185	<0.01	<100	617	0.01	100 - 500	162	0.04
Enfermedades cardiovasculares										
CV1	Tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos usando cualquiera de los siguientes: agentes tiazídicos y similares a las tiazidas; convertidor de angiotensina inhibidores enzimáticos (ACE-I)/bloqueadores del receptor de angiotensina (ARB); bloqueadores de los canales de calcio (CCB).	100 - 500	5,281	2.12	500 - 1,000	1,435	0.78	500 - 1,000	3,002	1.97
CV2a	Tratamiento farmacológico para controlar el riesgo de ECV utilizando un enfoque de riesgo total* y asesoramiento para personas que han sufrido un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular y para personas con alto riesgo (≥ 20 %) de un evento cardiovascular mortal y no mortal en los próximos 10 años utilizando el Tablas de riesgo de ECV de la OMS	100 - 500	435	0.21	1,000 - 5,000	274	0.29	500 - 1,000	1,166	0.82
CV2b	Tratamiento farmacológico para controlar el riesgo de ECV utilizando un enfoque de riesgo total* y asesoramiento a personas que han sufrido un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular y a personas con alto riesgo (≥ 10 %) de un evento cardiovascular mortal y no mortal en los próximos 10 años utilizando el Tablas de riesgo de ECV de la OMS	500 - 1,000	2,389	1.24	500 - 1,000	762	0,64	500 - 1,000	2,107	1.79

		De bajos ingresos			Ingreso medio-bajo			Ingreso medio-alto		
Nº	Intervención	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año(Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año(Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año(HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año(Yo \$ en millones por 1 millón)
CV3a	Tratamiento de casos nuevos de infarto agudo de miocardio con aspirina tratados inicialmente en un ámbito hospitalario con seguimiento realizado a través de los establecimientos de atención primaria de salud con una tasa de cobertura del 95 %	10,000 - 15,000	7.9	0.08	15.000 - 20,000	2.7	0.04	20.000 - 50,000	3.9	0.08
CV3b	Tratamiento de casos nuevos de infarto agudo de miocardio con aspirina y trombólisis tratados inicialmente en un ámbito hospitalario con seguimiento realizado a través de los establecimientos de atención primaria de salud con una tasa de cobertura del 95 %	5,000 - 10,000	13.0	0.13	15.000 - 20,000	3.7	0.06	15.000 - 20,000	6.1	0.12
CV3c	Tratamiento de los casos nuevos de infarto agudo de miocardio con aspirina, trombólisis y clopidogrel, tratados inicialmente en un ámbito hospitalario con seguimiento realizado a través de los servicios de atención primaria de salud con una tasa de cobertura del 95 %	5,000 - 10,000	15.4	0.14	15.000 - 20,000	4.2	0.06	15.000 - 20,000	7.2	0.12
CV3d	Tratamiento de los casos nuevos de infarto de miocardio con intervenciones coronarias percutáneas (ICP) primarias, aspirina y clopidogrel, inicialmente tratados en un ámbito hospitalario con seguimiento realizado a través de los centros de atención primaria de salud con una tasa de cobertura del 95 %	> 50.000	7.8	1.00	> 50.000	2.6	0.24	> 50.000	3.9	0.56
CV4a	Tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico agudo con terapia trombolítica intravenosa	5,000 - 10,000	18.3	0.17	10,000 - 15,000	5.3	0.07	15.000 - 20,000	16.9	0.27
CV4b	Tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico agudo con trombectomía mecánica en un centro experimentado	20.000 - 50,000	8.0	0.40	20.000 - 50,000	2.9	0.10	> 50.000	7.6	0.48
CV5a	Prevención primaria de la fiebre reumática y las cardiopatías reumáticas aumentando el tratamiento adecuado de la faringitis estreptocócica en el primer nivel de atención	100 - 500	3,430.0	0.44	100 - 500	989.0	0.14	100 - 500	622.4	0.28

		De bajos ingresos			Ingreso medio-bajo			Ingreso medio-alto		
Nº	Intervención	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año (Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año (Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año (Yo \$ en millones por 1 millón)
CV5b	Prevención secundaria de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática mediante el desarrollo de un registro de pacientes que reciben penicilina profiláctica regular	<100	722.2	0.03	<100	200.0	0.01	<100	121.9	0.01
CV6	Ácido acetilsalicílico en dosis bajas en un plazo de 24 a 48 horas para la prevención secundaria del accidente cerebrovascular isquémico	20.000 - 50,000	0.8	0.03	10,000 - 15,000	1.2	0.02	> 50.000	1.0	0.06
CV7	Atención integral al paciente con ictus agudo en unidades de ictus	> 50.000	1.6	0.22	> 50.000	1.4	0.11	> 50.000	1.8	0.39
Diabetes										
D1	Cuidado de los pies para prevenir la amputación en personas con diabetes (incluidos programas educativos, acceso a calzado adecuado, clínicas multidisciplinarias)	100 - 500	80	0.03	1,000 - 5,000	99	0.10	1,000 - 5,000	176	0.20
D2	Detección de retinopatía diabética para todos los pacientes con diabetes y láser fotocoagulación para la prevención de la ceguera	1,000 - 5,000	32	0.04	1,000 - 5,000	48	0.17	1,000 - 5,000	133	0.34
D3	Control glucémico para personas con diabetes, junto con monitoreo estándar de glucosa en el hogar para personas tratadas con insulina para reducir las complicaciones de la diabetes.	500 - 1,000	1,091	0.75	1,000 - 5,000	1,996	2.51	1,000 - 5,000	2,784	3.96
D4	Detección de proteinuria en personas con diabetes y tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina para la prevención y el retraso de la enfermedad renal	100 - 500	526	0.12	100 - 500	1,012	0.44	500 - 1,000	1,192	0.78
D5	Control de la presión arterial en personas con diabetes	100 - 500	274	0.04	100 - 500	532	0.17	500 - 1,000	824	0.50
D6	Uso de estatinas en personas con diabetes > 40 años	<100	515	0.05	100 - 500	1,271	0.22	100 - 500	1,559	0,61

		De bajos ingresos			Ingreso medio-bajo			Ingreso medio-alto		
Nº	Intervención	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año (Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año (Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año (Yo \$ en millones por 1 millón)
enfermedades respiratorias crónicas										
CR1	Tratamiento agudo de las exacerbaciones del asma con broncodilatadores inhalados y esteroides orales	<100	1,220	0.05	100 - 500	1,051	0.13	500 - 1,000	828	0.43
CR2	Tratamiento agudo de las exacerbaciones de la EPOC con broncodilatadores inhalados y esteroides orales	<100	183	<0.01	100 - 500	378	0.04	100 - 500	389	0.16
CR3	Manejo a largo plazo del asma con broncodilatador inhalado y dosis bajas de beclometasona	<100	1,204	0.10	100 - 500	1,123	0.16	100 - 500	733	0.32
CR4	Manejo a largo plazo de la EPOC con broncodilatador inhalado	<100	920	0.03	<100	1,811	0.16	100 - 500	1,723	0.39
Cáncer										
CA1	Vacunación contra el virus del papiloma humano (1-2 dosis) de niñas de 9 a 14 años	<100	2,170	0.04	<100	1,878	0.05	<100	2,524	0.05
CA2	Cáncer de cuello uterino: examen de detección de ADN del VPH, a partir de los 30 años de edad con exámenes de detección regulares cada 5 a 10 años (usando un enfoque de detección y tratamiento o enfoque de detección, clasificación y tratamiento)	<100	856	0.02	<100	804	0.05	<100	1,431	0.14
CA3	Cáncer de cuello uterino: programas de diagnóstico temprano vinculados con el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral del cáncer	<100	621	0.02	<100	605	0.02	<100	578	0.03
CA4	Cáncer de mama: programas de diagnóstico temprano vinculados con el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral del cáncer	<100	929	0.05	<100	1,405	0.11	100 - 500	2,721	0.30
CA5	Cáncer de mama: Detección con mamografía (una vez cada 2 años para	100 - 500	990	0.17	100 - 500	1,492	0.39	100 - 500	2,900	0,94

		De bajos ingresos			Ingreso medio-bajo			Ingreso medio-alto		
Nº	Intervención	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año (Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año (Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año (Yo \$ en millones por 1 millón)
	mujeres de 50 a 69 años) vinculados con un diagnóstico oportuno y tratamiento integral del cáncer de mama en entornos donde se recomienda un programa de detección mamográfica									
CA6	Cáncer colorrectal: programas de diagnóstico temprano vinculados con el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral del cáncer	<100	356	0.02	<100	643	0.04	100 - 500	2,877	0.34
CA7	Cuidados paliativos básicos para el cáncer: atención domiciliar y hospitalaria con equipo multidisciplinario y acceso a opiáceos y medicamentos esenciales de apoyo. ²⁶			<0.01			<0.01			0.02
CA8	Prevención del cáncer de hígado a través de la inmunización contra la hepatitis B	<100	213	0.01	<100	175	0.01	<100	684	0.01
CA9	Cáncer oral: cribado en grupos de alto riesgo vinculado con un diagnóstico oportuno y un tratamiento integral del cáncer en entornos donde se recomienda una carga de enfermedad y un programa significativos	1,000 - 5,000	12	0.02	100 - 500	390	0.05	1,000 - 5,000	62	0.11
CA10	Detección de cáncer colorrectal: programa basado en la población, incluso a través de pruebas en heces, según corresponda, a la edad > 50 años, vinculado con el tratamiento oportuno en entornos donde el programa de detección es recomendado	100 - 500	1,057	0.42	500 - 1,000	1,623	0.93	500 - 1,000	3,508	1.77
CA11	Cáncer infantil: programas de diagnóstico temprano vinculados con el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral del cáncer, centrándose en 6 cánceres índice	<100	327	0.02	<100	1,088	0.10	100 - 500	310	0.03

²⁶Modelo de impacto no disponible para cuidados paliativos

		De bajos ingresos			Ingreso medio-bajo			Ingreso medio-alto		
Nº	Intervención	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año(Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año (HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año(Yo \$ en millones por 1 millón)	Costo en bandas- eficacia relación	Salud impacto por año(HLY ganado por 1 millón)	Económico costo por año(Yo \$ en millones por 1 millón)
	de la Iniciativa Mundial de la OMS para el Cáncer Infantil									
CA12	Cánceres de cabeza y cuello, incluidos los cánceres orales: programas de diagnóstico temprano vinculados con un diagnóstico oportuno y un tratamiento integral del cáncer	500 - 1,000	18	0.01	500 - 1,000	102	0.08	1,000 - 5,000	47	0.05
CA13	Cáncer de próstata: programas de diagnóstico temprano vinculados con el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral del cáncer	100 - 500	224	0.03	100 - 500	272	0.05	100 - 500	1,040	0.19
CA14	Detección temprana y tratamiento integral del cáncer para quienes viven con el VIH	<100	247	0.01	<100	84	<0.01	100 - 500	34	<0.01