

6. ASEGURAR LA DISPONIBILIDAD Y EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS Y A OTRAS TECNOLOGÍAS ESENCIALES, INCLUIDAS LAS PRUEBAS DE LABORATORIO, PRESTANDO ESPECIAL ATENCIÓN A LAS POBLACIONES DESFAVORECIDAS.

En algunos países de la Región hasta el 78% del gasto en medicamentos es gasto de bolsillo, lo cual puede ser catastrófico para las familias y las poblaciones con bajos ingresos.

El mayor impacto de las ECV se observa en las poblaciones y países de medianos y bajos ingresos y son en gran medida el resultado de inequidades sociales y, a la vez, potentes perpetuadores de tales disparidades. Sus consecuencias catastróficas contrarrestan los esfuerzos de la lucha contra la pobreza.

Integración y sostenibilidad de las intervenciones

7. CONVERTIR EN UN ELEMENTO ESTRATÉGICO ESENCIAL DE ESTE TIPO DE PLAN LA VINCULACIÓN DE TODAS LAS ACCIONES RECOMENDADAS EN UN CONJUNTO DE INTERVENCIONES COHERENTES ENTRE SÍ Y VERTEBRADAS EN TORNO A UN EJE COMÚN Y EVITAR SU DESAGREGACIÓN.

Un plan dirigido a prevenir y controlar este grupo de dolencias produciría un beneficio directo para la prevención y el control de otras ECV, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer, así como para la obesidad.

Hay pruebas científicas que indican que es el efecto acumulativo y sinérgico de intervenciones coordinadas, no el de sus efectos individuales, lo que explica el impacto que puede tener un plan de acción de estas características. Las políticas de salud cardiovascular, para ser efectivas, han de abordar diferentes áreas simultáneamente (financiación, comercio, legislación, promoción, prevención, gestión de la oferta y demanda de servicios, regulación de precios y de tecnologías médicas, gestión de la información, educación, etc.).

Los mejores resultados se han obtenido en aquellos países donde las reformas de la financiación de los servicios de salud se han vinculado con el fortalecimiento de la prevención, del autocuidado, las mejo-

ras en la integración y la coordinación de los niveles de atención, así como de la participación comunitaria, y el uso adecuado de tecnologías de la información.

8. PRIORIZAR LA APLICACIÓN DE POLÍTICAS DE ALCANCE POBLACIONAL Y DE ALTO RIESGO PARA CREAR AMBIENTES QUE ELIMINEN EL HÁBITO DE FUMAR Y PROMUEVAN LA ALIMENTACIÓN SANA, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL CONTROL DEL PESO CORPORAL, LA TENSIÓN ARTERIAL, LA GLUCEMIA Y LA COLESTEROLEMIA.

Se puede prevenir hasta el 75% de la enfermedad isquémica del corazón y de los accidentes cerebrovasculares, si se gestiona el conocimiento científico disponible sobre la prevención y el control de sus factores de riesgo (consumo de tabaco, la inactividad física, la dieta poco saludable, el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión arterial, diabetes, colesterol elevado).

La reducción del riesgo cardiovascular exige combinar estrategias poblacionales y de alto riesgo y fortalecer y reorientar los sistemas de salud y la prestación de servicios.

9. GARANTIZAR EL APOYO INSTITUCIONAL Y LA FINANCIACIÓN A LARGO PLAZO DEL PLAN, ASIGNANDO UN PRESUPUESTO ESPECÍFICO BASADO EN LA CARGA Y EL IMPACTO DE LAS ECV, LA RELACIÓN DE COSTO-EFECTIVIDAD DE LAS TECNOLOGÍAS E INTERVENCIÓNES Y SU VALOR SOCIAL, SU IMPACTO PRESUPUESTARIO Y EL PRINCIPIO DE EQUIDAD. AJUSTAR PERIÓDICAMENTE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD CONFORME A ESTOS CRITERIOS.

El gasto económico que demanda la atención de las ECV puede llegar a alcanzar cotas catastróficas para individuos, familias, comunidades y sistemas de salud, y convertirse en una carga social y económica de tal magnitud que ponga en riesgo su sostenibilidad.

Existen intervenciones preventivas costo-efectivas y asequibles para reducir la carga de las enfermedades cardio y cerebrovasculares, incluso en poblaciones con renta baja.

IO. PROVEER RECURSOS TÉCNICOS E IMPLANTAR MEDIDAS PARA PREDECIR, MONITORIZAR, EVALUAR Y CONTROLAR ESPECÍFICAMENTE EL CONSUMO DE RECURSOS Y EL GASTO SANITARIO EN LAS PERSONAS CON ECV Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

El subgrupo de personas que padecen más de dos enfermedades crónicas y toman más de dos medicamentos ya asciende en algunos países al 10% de todos los pacientes, sus estancias hospitalarias y las visitas que realizan a centros de atención primaria representan casi el 45% y el 30% del total, y el gasto sanitario en ellos está aproximándose al 50% del gasto sanitario total y al 5% del PIB. La magnitud del ahorro derivado de sustituir los modelos vigentes de atención de enfermedades agudas por un modelo de enfermedades crónicas es muy elevada.