

# I Políticas públicas

## Acción multisectorial y determinantes sociales

**I. ESTABLECER UN MECANISMO MULTISECTORIAL DE ALTO NIVEL, A ESCALA NACIONAL Y SUBNACIONAL, QUE, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, COORDINE LAS ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ECV Y OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES A NIVEL POBLACIONAL.**

La prevención y el control de las ECV requiere la voluntad política de los gobiernos, una labor armónica y sistemática de amplios sectores de la sociedad (la sociedad civil, la empresa privada y la universidad), y mecanismos de alto nivel, regionales, subregionales y nacionales, para coordinar una respuesta integral y sostenible.

La formulación de políticas públicas efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles ha estado directamente relacionada con el desarrollo científico-técnico, el pensamiento crí-

tico en Salud Pública, la madurez de los gobiernos, la eficacia de sus mecanismos de regulación, así como con la capacidad de trascender dichos ámbitos y situarse dinámica y participativamente en el centro del debate público.

El solapamiento entre las actuaciones destinadas a prevenir y controlar las ECV, así como entre sus determinantes, plantean como imperativo que, para lograr sus cometidos, en los países se logre coordinar de forma robusta y eficiente, no sólo los sistemas de salud pública y de servicios de salud, sino todos los estamentos implicados de los gobiernos y de la sociedad en su conjunto.

**2. GARANTIZAR QUE UNO DE LOS OBJETIVOS EXPLÍCITOS DE UN PLAN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ECV SEA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RIESGOS, LA CARGA DE ENFERMEDAD Y LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CONTROL.**

El riesgo de tener una ECV está intensa e inversamente relacionado con el nivel socioeconómico. La reducción de las desigualdades y de la carga de las ECV depende en buena medida de que se actúe sobre los factores asociados con el aumento de las desigualdades socioeconómicas en la población. Las ECV y sus factores de riesgo son a un tiempo causa y consecuencia de la pobreza.

**3. FORTALECER EL TRABAJO DE LAS REDES REGIONALES Y SUBREGIONALES Y COMPARTIR LAS MEJORES PRÁCTICAS QUE DIMANAN DE LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ECV.**

El trabajo en redes, ya sea en el marco de los mecanismos de integración económico y político de los países, en el de las agencias especializadas o en el de instituciones académicas y de investigación a escala global, regional, subregional, nacional o subnacional, contribuye a que se compartan las experiencias acumuladas en la prevención y el control de las ECV y otras enfermedades no transmisibles. Ayuda, asimismo, a mejorar la comunicación y la coordinación entre países, estandarizar la evaluación, seleccionar las mejores prácticas, asignar mejor los recursos, estimular la innovación, diseminar el conocimiento, vincular a los diferentes agentes, fortalecer las relaciones entre ellos, y a coordinar políticas de alimentación, comercio, fiscales y de salud.

## Cobertura universal y acceso equitativo a los servicios de salud

**4. AVANZAR HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL Y EL ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD, RECONOCIENDO QUE LA PROMOCIÓN, LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN CALIFICADA Y EFICIENTE DE LOS PACIENTES CON ECV FORMAN PARTE INTEGRAL DEL DERECHO A LA SALUD.**

En todos los países se observan notables disparidades en la carga de enfermedad, en la prevalencia de factores de riesgo y en la cobertura y el acceso a los servicios de salud.

Los sistemas de salud que más contribuyen a mejorar la salud de la población y la equidad son aquellos cuyos servicios están organizados en torno al principio de cobertura universal, en los cuales la atención primaria promueve acciones a través de toda la gama de los determinantes sociales, los que equilibran las intervenciones de prevención y promoción con las curativas, y los que hacen hincapié en el nivel primario de la atención con mecanismos apropiados de coordinación.

**5. INCORPORAR INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LAS ECV, BASADAS EN PRUEBAS CIENTÍFICAS, EN LOS ESQUEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EXISTENTES.**

En muchos países de la Región, las intervenciones de prevención y control de los factores de riesgo y las ECV, basadas en pruebas, aun no están incluidas en los esquemas vigentes de protección social en salud.

Los sistemas de protección social en materia de salud de carácter universal están asociados con una mejor salud de la población y una mortalidad más baja en las personas mayores y los grupos sociales más desfavorecidos.

## 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.