

EDITORIAL

Metas y brechas del Plan 25 x 25 vs enfermedades crónicas no transmisibles

Goals and breaches of 25 x 25 Plan vs chronic non transmissible diseases

Alberto Morales Salinas¹ Alain Francisco Morejón Giraldoni² María Josefina González López³

¹ Cardiocentro Ernesto Che Guevara, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

² Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba

³ Policlínico Mario Antonio Pérez, Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba

Cómo citar este artículo:

Morales-Salinas A, Morejón-Giraldoni A, González-López M. Metas y brechas del Plan 25 x 25 vs enfermedades crónicas no transmisibles. **Medisur** [revista en Internet]. 2018 [citado 2024 Jul 14]; 16(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://medisur.sld.cu, medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3952>

Aprobado: 2018-04-03 10:03:41

Correspondencia: Alberto Morales Salinas. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara. Villa Clara albert@cardiovc.sld.cu

Desde hace varias décadas las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son el mayor problema de salud, así como la principal causa de mortalidad global y prematura a nivel mundial.¹ Sin embargo, las ECNT tuvieron una baja prioridad^{2,3} en las estrategias de la Organización Mundial de Salud y la Organización de Naciones Unidas (ONU) hasta el 2011-12.⁴ En el 2012 estas organizaciones establecieron el Plan 25 x 25 vs las ECNT, el cual deberá ser cumplido por todas las naciones y tiene como objetivo general reducir en un 25 % la mortalidad prematura (entre 30 y 70 años) de cuatro ECNT (enfermedades cardiovasculares (ECV), cáncer, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedades respiratorias crónicas) para el año 2025.⁴

El propósito de este Editorial es divulgar de manera sucinta las nueve metas del Plan 25 x 25, así como las principales barreras que existen para alcanzarlo.

Las metas son las siguientes:⁴

1. Reducir en un 25 % la mortalidad prematura por ECNT.
2. Reducir en un 10 % el uso nocivo del alcohol.
3. Reducir en un 10 % la prevalencia de sedentarismo.
4. Reducir en un 30 % la ingesta de sal/sodio.
5. Reducir en un 30 % la prevalencia de fumadores en mayores de 15 años de edad.
6. Reducir en un 25 % la prevalencia de hipertensión arterial descontrolada.
7. Detener el aumento de la prevalencia de DM2 y obesidad.
8. Que al menos el 50 % de las personas elegibles (mayores de 40 años de edad con un riesgo cardiovascular a 10 años (RCV) \geq 30 %, (incluyendo los sujetos con ECV existentes)) reciban asesoramiento y terapia farmacológica (incluido el control glucémico) para prevenir las ECV.
9. Alcanzar una disponibilidad del 80 % en tecnologías y medicamentos esenciales (incluidos los genéricos) para tratar las principales ECNT.

Las principales barreras para cumplir las metas anteriores, se pueden dividir en las siguientes categorías, interrelacionadas:

- a. Brechas en los sistemas de salud que afectan la prevención de las ECNT, como son: a) inequidades en el acceso a los servicios de salud, b) están diseñados más para el tratamiento de las afecciones agudas, que para el manejo integral y a largo plazo de las ECNT y c) dificultades en la asequibilidad y disponibilidad de tecnología y medicamentos esenciales para el tratamiento de ECNT.⁵
- b. Baja prevalencia de la salud cardiovascular ideal y elevado descontrol de los factores de riesgo (tanto en personas de alto RCV, como en las de bajo y moderado riesgo).⁵⁻⁸
- c. Baja adherencia al tratamiento medicamentoso. Las causas de no adherencia son multifactoriales y pueden dividirse en: a) factores socio-económicos (ingreso, educación, costo de los medicamentos, etcétera), b) relacionados con el sistema de salud (accesibilidad y disponibilidad de medicamentos), c) relacionados con la condición médica del paciente (comorbilidades, deterioro cognitivo, entre otros), d) relacionados con el tratamiento (polifarmacia, horario y número de dosis, efectos adversos, y otros elementos) y e) factores conductuales del paciente (percepción de riesgo, motivación, depresión, ansiedad, etcétera).^{5,9}
- d. Brechas en el diseño de los propios objetivos del Plan 25 x 25: a) las cuatro enfermedades incluidas en el Plan, no son responsables del 100 % de la mortalidad, sino de $\frac{3}{4}$ del total de muertes prematuras por ECNT, aunque varios de los factores de riesgo son comunes para múltiples de las ECNT, b) el plazo relativamente corto del Plan 25

x 25 está en contradicción con la evolución prolongada de las ECNT, c) uno de los principales factores de RCV, la hipercolesterolemia, no se incluyó entre las metas; además, el tratamiento de la hipercolesterolemia con estatinas puede ser una de las intervenciones más efectivas de la prevención cardiovascular, d) los pacientes con un RCV <30 % no se incluyeron en el Plan, a pesar de que pueden aportar $\frac{2}{3}$ de los eventos cardiovasculares totales, e) metas poco ambiciosas en cuanto a diabetes y obesidad, y f) las regulaciones legales deberían abarcar a todos los factores de riesgo modificables y no solo al tabaquismo.⁵

Las ECV causan aproximadamente el 45 % de todas las muertes por ECNT. Lo cual justifica que varias de las metas y brechas estén vinculadas a las ECV. No hay dudas de que el éxito del Plan 25 x 25 dependerá en gran parte de los avances en la prevención cardiovascular.^{4,5,10}

El cumplimiento del Plan 25 x 25 depende de la disponibilidad de recursos, por lo que el reto será mayor para las naciones con menos ingresos. Cuba, a pesar de ser un país del III Mundo, posee uno de los mejores sistemas de salud y ha cumplido satisfactoriamente con metas previas de la OMS y ONU, como los Objetivos del Milenio,¹¹ entre otros logros. No obstante, para alcanzar las metas propuestas por el Plan, el país requerirá de un perfeccionamiento e integración de las acciones gubernamentales y del Ministerio de Salud en función de priorizar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el control de las ECNT. En este sentido, la no ratificación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco,¹² la aplicación de medidas contrarias a lo recomendado por este Convenio (como la reciente disminución de los precios de cigarrillos¹³), así como la limitada disponibilidad de algunos medios diagnósticos (bio-marcadores¹⁴, imagen cardíaca, etcétera) y de fármacos esenciales para el tratamiento de ECNT,¹⁵ y la necesidad de priorizar, en ocasiones, los recursos en función de sensibles e importantes programas (materno infantil, enfermedades transmisibles como dengue, cólera, entre otras), pueden ser debilidades para cumplir los objetivos del Plan 25 x 25.

Resumiendo, las metas del Plan 25 x 25 parecen muy exigentes para las naciones con menos recursos. Existen múltiples barreras para la prevención de las ECNT tanto a nivel global como en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997 ; 349 (9064): 1498-1504.
2. Morales A, Coca A. A propósito del Día Mundial del Corazón. *Rev Esp Cardiol* [revista en Internet]. 2006 [cited 18 Mar 2018] ; 59 (2): [aprox. 3p]. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es/a-proposito-del-dia-mundial/articulo/13084650/>.
3. Fuster V, Voute J, Hunn M, Smith SC. Low priority of cardiovascular and chronic diseases on the global health agenda: a cause for concern. *Circulation*. 2007 ; 116: 1966-70.
4. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2018. [cited 16 Mar 2018] Available from: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.
5. Salinas A, Kones R. Barriers to Global Action Plan for the Prevention and Control of Non communicable Diseases: Proposal Modifications to the Voluntary Targets. *J Prev Med* [revista en Internet]. 2018 [cited 16 Mar 2018] ; 3 (1): [aprox. 12p]. Available from: <http://preventive-medicine.imedpub.com/barriers-to-global-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-proposal-modifications-to-the-voluntary.pdf>.
6. Bambs C, Kip KE, Dinga A, Mulukutla SR, Aiyer AN, Reis SE. Low prevalence of “ideal cardiovascular health” in a community based population. *Circulation*. 2011 Mar 1 ; 123 (8): 850-7.
7. Kones R. Is prevention a fantasy, or the future of medicine? a panoramic view of recent data, status, and direction in cardiovascular prevention. *Ther Adv Cardiovasc Dis*. 2011 ; 5 (1): 61-81.
8. Morales A, Coca MH, Olsen R, Sánchez WK, Sebba R, Kones V, et al. Clinical Perspective on

Antihypertensive Drug Treatment in Adults with Grade 1 Hypertension and Low to Moderate Cardiovascular Risk. *Curr Probl Cardiol.* 2017 ; 42 (7): 198-225.

9. Ferdinand KC, Senatore FF, Clayton-Jeter H, Cryer DR, Lewin JC, Nasser SA, et al. Improving medication adherence in cardiometabolic disease: Practical and regulatory implications. *J Am Coll Cardiol.* 2017 ; 69 (4): 437-51.

10. Smith SC, Chen D, Collins A, Harold JG, Jessup M, Josephson S, et al. Moving from political declaration to action on reducing the global burden of cardiovascular diseases. *Glob Heart.* 2013 ; 8 (4): 383-6.

11. Sistema de Naciones Unidas en Cuba. Los Objetivos del Milenio en Cuba [Internet]. La Habana: Sistema de Naciones Unidas en Cuba; 2012. [cited 16 Mar 2018] Available from: <http://onu.org.cu/document/a9ee224ee91111e19d59673b25a0f1bc/details/>.

12. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

(CMCT OMS) [Internet]. Washington: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2017. [cited 16 Mar 2018] Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1317&Itemid=1185&language=es.

13. Tamayo R. Reducen precio al Popular Auténtico. *Juventud Rebelde* [revista en Internet]. 2017 [cited 16 Mar 2018] ; 2017: [aprox. 3p]. Available from: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2017-08-18/reducen-precio-al-popular-autentico>.

14. Martínez J. En el mostrador de la farmacia. *Granma* [revista en Internet]. 2018 [cited 16 Mar 2018] ; 2018: [aprox. 6p]. Available from: <http://www.granma.cu/cuba/2018-02-03/en-el-mostrador-de-la-farmacia-03-02-2018-00-02-57>.

15. Morales A, Madrazo Y, Ramírez JI, Castañeda L, Machín W, Álvarez L, et al. Acute Myocardial Infarction Incidence, Mortality and Case Fatality in Santa Clara, Cuba, 2007-2008. *MEDICC Rev.* 2011 ; 13 (4): 23-9.