Descargado el: 16-11-2026 ISSN 1727-897X

EDITORIAL

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

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

Alberto Morales Salinas[1] Alain Francisco Morejón Giraldoni[2] María Josefina González López[3]

[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 trasmisibles. **Medisur** [revista en Internet]. 2018 [citado 2026 Nov 16]; 16(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: https://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 trasmisibles (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) ≥ 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 ¾ 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 ⅔ 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 cigarros[13]), así como la limitada disponibilidad de algunos medios diagnósticos (bio-marcadores[14], imagen cardiaca, 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 trasmisibles 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&lang=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.