

Salud en todas las políticas

Health in All Policies

RUBÉN TORRES¹

El de las enfermedades crónicas es un problema que, como muchos, trasciende el sector salud y se relaciona, acompaña y profundiza las inequidades que conforman la matriz social de nuestro país.

Si a ello agregamos las dificultades de un modelo de atención que no contiene a los enfermos, no los comprende y que se mantiene tradicionalmente estructurado y organizado para dar solución a problemáticas agudas, las personas portadoras de factores de riesgo y los enfermos se transforman en “padecientes” no solo de su enfermedad, sino también del propio sistema de salud (que en base a su “organización” sería más propio llamar sistema de enfermedad), ya que en su lógica es capaz de destinar cantidades de recursos a las agudizaciones de la patología y no a evitar su aparición.

La detección tardía, la peregrinación por diversos servicios y la dificultad para acceder a tratamientos regulares y sostenidos son solo algunos de los escalones de un camino que tiene una meta final ineludible: mayor inequidad.

Sin embargo, existe contundente evidencia de que la organización de los servicios de salud, con una mirada centrada en los pacientes, es una herramienta formidable para mejorar su cuidado. La gestión de los factores de riesgo, la coordinación entre el primer nivel de atención y los hospitales y el suministro de medicamentos concentran la eficacia de la atención primaria de la salud, y van más allá de la simple medida de incrementar el acceso. La incorporación de autocontrol, con apoyo del paciente, a lo largo del tratamiento es un claro ejemplo de esto. El trabajo que presentan Mariani y colaboradores en este número de la *Revista* (1) sobre disminución de mortalidad por accidente cerebrovascular y su relación con la provisión gratuita de antihipertensivos, a través del programa Remediar, es un claro ejemplo de una política pública enfocada en la disminución de inequidades, en la medida en que ha favorecido claramente a los más pobres.

Sin embargo, el desafío para el sistema de salud se mantiene, puesto que la evolución de los factores de riesgo asociados con la enfermedad cerebrovascular resulta adversa a lo largo de las tres Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo. Estudios realizados por nuestro equipo universitario muestran diferencias

estadísticamente significativas en la presencia de factores de riesgo cardiovascular en relación con ingreso, nivel educativo y cobertura explícita, siendo las clases más desfavorecidas y con menor nivel educativo las que presentan mayor prevalencia de dichos factores, y esta situación se mantiene a través del tiempo. La prevalencia de obesidad es un ejemplo muy significativo: 28% en los de nivel educativo primario contra 14% en los de nivel superior; así también para la prevalencia de hipertensión arterial (HTA), que es del doble en el primer grupo respecto del segundo.

El panorama de desigualdades se completa con la asociación entre lugar de residencia y factores de riesgo, donde el mapa nos muestra varias Argentinas, con un NOA y un NEA con 18% más de probabilidades de sobrepeso y obesidad y 20% de HTA que la CABA y el Gran Buenos Aires, reflejando diferencias en los niveles de acceso a alimentación saludable, servicios y variables socioeconómicas.

Resulta inadmisibles, para una sociedad con el nivel de desarrollo de la nuestra, que el lugar de nacimiento, las características del ingreso o el acceso a una educación de calidad sean factores que condicionen no solo la calidad de vida, sino también el tiempo y la forma de llegada de la muerte.

El gran desafío de construir una Argentina para todos debe ser una prioridad de las políticas públicas en general y de la salud en particular. Si bien el sistema y los servicios de salud mantienen una deuda en términos de eficiencia, eficacia y efectividad, la contribución de otros sectores es indispensable para alcanzar esa meta.

Para ello necesitamos una política de salud y salud en todas las políticas.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara que no posee conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario).

BIBLIOGRAFÍA

1. Mariani J, Ridao M, González G, Monsalvo M, Macchia A. Prescripción facilitada de drogas antihipertensivas y disminución de la muerte prematura por accidente cerebrovascular. *Rev Argent Cardiol* 2016;84:126-31.

REV ARGENT CARDIOL 2016;84:111. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v84.i2.8053>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO: *Rev Argent Cardiol* 2016;84:126-131. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v84.i2.8022>

Dirección para separatas: rectorado@isalud.edu.ar

¹ Médico, Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Exgerente del Área de Sistemas de Salud basados en la APS de la Organización Panamericana de la Salud. Rector de la Universidad ISALUD