

**LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, GESTIÓN DE SISTEMAS  
SUBNACIONALES DE SALUD Y RECOMENDACIONES PARA PLAN DE ACCIÓN\***  
**The cardiovascular diseases, the sub-national health system management and the recommendations  
for a plan of action**

*Julio Manuel Suárez Jiménez<sup>1</sup>*

## **RESUMEN**

Se definen los Sistemas Subnacionales de Salud en los espacios-población intermedio y local. De estos, los municipales o de comunas tienen un nivel de competencia y capacidades decisorias, restringidas. El espacio subnacional (estados o provincias), es una estructura fundamental de gestión de la salud para la prevención y atención de problemas en enfermedades cardiovasculares. El alto costo en enfermedad, muerte y gastos por enfermedades cardiovasculares, requiere una fuerte respuesta sanitaria. Para esto se proponen cinco recomendaciones para fortalecer los equipos gestores de los sistemas subnacionales de prevención y atención médica de las enfermedades cardiovasculares, estos son: 1. Garantía de la cobertura y acceso universal con equidad para la población del territorio a los programas y servicios; 2. Organización de la red de atención a las enfermedades cardiovasculares; 3. Generación y

## **ABSTRACT**

The subnational health systems in the intermediate and local population-spaces were defined; among them, the municipal or community ones have restricted level of competence and decision-making capacities. The subnational space (states or provinces) is a fundamental structure of health management for the prevention and care of cardiovascular problems. The high cost of disease, death and expenses from cardiovascular diseases requires sound health response. To this end, five recommendations were suggested to strengthen the managing teams of the subnational systems for medical care and prevention of cardiovascular diseases: 1. Assured coverage and universal equal access to programs and services by the population; 2. Organization of the network for caring of cardiovascular diseases; 3. Generation

---

\* Contribución al taller sobre prevención de enfermedades cardiovasculares. La Habana, noviembre de 2010.

<sup>1</sup> Máster en Salud Pública.

gestión de estrategias de intervención intersectoriales; 4. Educación permanente de los recursos humanos y 5. Monitoreo de la evolución de las enfermedades cardiovasculares y sus determinantes para detectar oportunamente tendencias negativas, necesidades de atención, brechas entre diferentes grupos de población y entre oferta y demanda de servicios.

**Palabras clave:** Enfermedades cardiovasculares, sistemas subnacionales de salud, prevención y atención, recomendaciones.

## GESTIÓN DE LA SALUD EN EL ESPACIO SUBNACIONAL

Los Sistemas de Salud en cada país responden a la lógica mayor de Organización de la Sociedad y el Estado. Los Sistemas Nacionales de Salud se integran por subsistemas que ocupan espacios-población subnacionales. Dependiendo del grado de descentralización o desconcentración de cada país y sistema de salud, los Sistemas Subnacionales desempeñan un grupo de funciones esenciales de salud pública.<sup>1,2</sup>

El espacio subnacional de acción en salud, responde a un territorio definido y una población que lo habita. Los Sistemas Subnacionales de Salud, habitualmente se utilizan para conformarse las divisiones político-administrativas creadas por los estados-naciones para facilitar la administración y el ejercicio de sus poderes. En la mayoría de los países predomina una estructura compuesta por una esfera o nivel de gestión nacional, uno intermedio y otro local que en cada país adquieren denominaciones y características específicas.

Hay dos modelos político-administrativos predominantes en la región de Las Américas, el federal y el unitario. Desde la perspectiva de toma de decisiones y gestión, en ambos modelos, el nacional representa el poder central con atributos y responsabilidades parecidas en todos los países y, en el caso de salud, la mayor cuota de poder en el ejercicio de la autoridad sanitaria. A nivel intermedio y local se aprecian mayores diferencias entre países y diferentes modelos, con mayor autonomía en los niveles subnacionales de los países federales, especialmente en la esfera intermedia, representada por los estados, provincias, departamentos y otras denominaciones. Países como Argentina, Brasil, Canadá, Estados Unidos y México, acumulan un alto grado de libertad en la gestión de su población, territorio en estados o provincias, en salud.

En algunos países grandes en extensión y población, como es el caso en la región de Brasil, Canadá, Estados Unidos y México, algunos de sus subsistemas intermedios de salud abarcan todos los niveles de atención, incluyendo las unidades de referencia de alta complejidad. El nivel local representado por los municipios o comunas,

and management of intersectoral intervention strategies; 4. Continuing education of human resources and 5. Monitoring of cardiovascular diseases progression and their determinants to detect opportunely negative tendencies, care requirements, divisions among several population groups and gaps between the supply and the demand.

**Key words:** Cardiovascular diseases, subnational health systems, prevention and care, recommendations.

generalmente tiene un nivel de competencia y capacidad decisoria, restringida en salud a la organización y gestión del primer nivel de atención, aunque en algunos países con fuerte descentralización a los municipios, como es el caso de Brasil, incluyen la gestión de hospitales. Para corregir las limitaciones que genera la división político-administrativa en el abordaje específico a los problemas de salud, la mayoría de los países establecen regiones sanitarias que combinan niveles intermedios y locales en redes resolutivas que comprenden todos los niveles de atención.

Los Subsistemas Subnacionales de Salud, cuentan con entidades gestoras (secretarías, direcciones, entre otros) encargadas de ejercer y coordinar las funciones de salud en esa esfera. Como parte del cumplimiento de esas funciones, los gestores de Sistemas Subnacionales están responsabilizados en garantizar cobertura y acceso de la población a servicios de salud colectivos e individuales.<sup>3,4</sup> Esta responsabilidad incluye en muchos casos, la provisión propia o contratada de servicios públicos de salud para la atención médica.

Dado que la salud de una población es determinada por el conjunto de su entorno económico, social, cultural, ambiental y político, la responsabilidad de los sistemas de salud, no termina en las fronteras de su ámbito de autoridad y gestión directa, por lo que los gestores de Sistemas Subnacionales están obligados a expandir su horizonte de actuación para tratar de incidir en los determinantes sociales a través de una aproximación social e intersectorial a la situación de salud.<sup>5,6</sup>

Es así, que el espacio subnacional -representado por estados/provincias y municipios/comunas- es una esfera fundamental de gestión de la salud para la prevención y atención de problemas, en este caso, de las enfermedades cardiovasculares (ECV). Los gestores de los Sistemas Subnacionales intervienen sobre los problemas de salud, actuando sobre los determinantes sociales, a la vez que garantizan la provisión de servicios de salud colectivos e individuales. Su gestión implementa los programas nacionales de salud ajustados a su territorio, a la vez que desarrolla iniciativas y estrategias propias para enfrentar los problemas que presenta su realidad particular.

## LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y LA RESPUESTA SANITARIA

Las ECV constituyen una pandemia mundialmente reconocida. Según la OMS, el 29 % de las muertes ocurren por causas relacionadas con las ECV y para el año 2030, 23,6 millones de personas morirán por estas causas, que son además, una fuente importante de discapacidad, representan un costo enorme a las economías nacionales y provocan una carga significativa a los servicios de salud.<sup>7,8</sup> Es por ello, que su prevención y atención constituye una prioridad en prácticamente todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo económico.

En su clásico *The Strategy of Preventive Medicine*, Geoffrey Rose analiza el comportamiento de las enfermedades crónicas, entre ellas la ECV, y demuestra la importancia de actuar sobre toda la población y no solo sobre los grupos de riesgo para su prevención. Rose define su posición a favor de las estrategias de prevención poblacionales, como más efectivas y de largo aliento que las realizadas con grupos e individuos de alto riesgo, pero concluye que lo ideal es actuar simultáneamente en las dos direcciones, es decir, con intervenciones que abarcan a toda la población a través de políticas públicas y programas de promoción y prevención sobre las condiciones y estilos de vida relacionados con factores de riesgo (tabaco, sal, colesterol, obesidad, sedentarismo, entre otros) y a la vez sobre los grupos e individuos en mayor riesgo y los enfermos.<sup>9</sup>

La respuesta de los sistemas y servicios de salud es, en muchas realidades insuficiente e inapropiada para enfrentar el desafío de las ECV. Segmentación y fragmentación de los sistemas de salud que conspiran contra la universalidad y la equidad, impiden o limitan seriamente el funcionamiento en red y coartan la efectividad y eficiencia de estos sistemas de salud, financiamiento insuficiente, inequitativo e ineficientemente ejecutado, recursos humanos sin las competencias necesarias, carente de motivación y mal distribuido en la red de servicios y uso mal regulado e inapropiado de medicamentos y tecnologías, son ejemplos de la inadecuada respuesta de los sistemas y servicios a los problemas de salud, lo que en el caso de las enfermedades y condiciones crónicas como las ECV es muy negativo.<sup>10-13</sup>

En muchos sistemas de salud predomina un modelo de atención diseñado para la atención de eventos agudos, inapropiado para la atención de condiciones crónicas como

las ECV. Se trata de un modelo de atención que atiende episodios agudos y no la continuidad, basado en el hospital y los servicios de urgencia y no en la Atención Primaria de Salud (APS); modelo que ve al individuo aislado ignorando a la familia y a la comunidad y que privilegia el poder médico más que en los equipos de salud y las intervenciones sociales. Completa el cuadro un modelo de gestión rígido, centralizado, burocrático e ineficiente, que unido a las características antes mencionadas, configura una respuesta contraproducente a los desafíos sanitarios. Las condiciones crónicas requieren de una atención integral y continua como la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominada “Cuidados innovadores para Condiciones Crónicas”.<sup>14</sup>

Complementariamente la OMS, ha definido prioridades y emitido recomendaciones para la prevención secundaria integrada de las ECV, conformándose un conjunto de acciones basadas en evidencias para intervenciones integradas para la prevención y tratamiento de estas enfermedades.<sup>15,16</sup>

Finalmente, para lograr una respuesta integral al desafío de la ECV, se requiere dar atención priorizada a la gestión de tres asuntos críticos. En primer lugar, a los recursos humanos, para garantizar pertinencia, competencia y compromiso con los procesos y resultados esperados de la red de atención; en segundo lugar al financiamiento, para garantizar suficiencia y eficiencia en su asignación y ejecución en el sistema subnacional y en tercer lugar, a los medicamentos y tecnologías diagnósticas y terapéuticas para que no falten en el lugar y momento apropiados.<sup>17-19</sup>

### PROPUESTA PARA EL PLAN DE ACCIÓN

Se proponen cinco recomendaciones para ser implementadas por los equipos gestores de los sistemas subnacionales, mediante intervenciones de promoción de la salud, prevención y atención médica de las ECV en el espacio-población intermedio (estados, provincias y otros) y local (municipios, comunas, entre otros), en este último caso mejor aplicables en municipios (o equivalentes) de mediano y gran porte (población de 100 000 habitantes o más). Las recomendaciones están soportadas por diferentes documentos ya citados.<sup>8,10,12,14,15-17,19</sup> La propuesta no agota las posibilidades y opciones, más bien se centra en las intervenciones que considero prioritarias.

## Recomendaciones

1. Garantía de la cobertura y acceso universal con equidad para la población del territorio a los programas y servicios (agenda de salud para Las Américas).
  - a) En el marco de los sistemas nacionales, generación de esquemas para la extensión de coberturas a población desprotegida y garantizar la protección financiera contra gastos catastróficos derivados de la atención a las ECV.
  - b) Desarrollo de estrategias para la disminución de inequidades entre población, cubierta por diferentes esquemas de protección social en salud en la realidad subnacional.
  - c) Desarrollo de programas y proyectos específicos para facilitar el acceso a los servicios de salud.
  - d) Trabajar en la obtención de recursos financieros de fuentes de nivel intermedio y local, previstas en la legislación, y adicionales de fuentes nacionales e internacionales.
  - e) Garantizar acceso a los medicamentos esenciales para la atención a las ECV.
2. Organización de la red de atención a las ECV.
  - a) Organización de la red de atención, incluyendo APS, unidades móviles, servicios de urgencia, unidades de cuidados intensivos y hospitalización.
  - b) Fortalecimiento de la capacidad resolutoria en las unidades de la red ambulatoria y hospitales de media complejidad, mediante la capacitación de los recursos humanos y la disponibilidad de tecnologías diagnósticas y medicamentos, de acuerdo con la misión de cada unidad en la red de atención a las ECV.
  - c) Desarrollo de procesos para la mejorar la calidad de atención a las ECV a lo largo de la red.
  - d) Implementación de expedientes electrónicos, guías y protocolos de atención, referencia y contrarreferencia, sistemas de garantía de la calidad, atención domiciliar, control de pacientes de alto riesgo.
  - e) Implementar procesos de mejoría de la eficiencia en el uso de los recursos financieros bajo gestión subnacional.
  - f) Fortalecer la gestión de medicamentos a lo largo de la red.
  - g) Incentivar y facilitar la participación social en la atención a las ECV, en las esferas de gestión y atención, incluyendo la interrelación con organizaciones de usuarios y pacientes.
3. Generación y gestión de estrategias de intervención intersectoriales.
  - a) Abogacía y asesoría ante los gobiernos subnacionales y otros actores del estado y la sociedad, para la generación de políticas públicas sobre tabaco, alimentación, actividad física, ambientes saludables y determinantes y factores de riesgo asociados.
  - b) Promoción y facilitación de la participación social a favor de la promoción de la salud y la prevención de la ECV, potenciando su capacidad de presión sobre las instituciones presentes en la realidad subnacional.
  - c) Apropiación y ajuste de los programas nacionales para la prevención, control y atención de las ECV a la realidad subnacional (no implementar mecánicamente).
  - d) Movilización de recursos políticos, culturales, comunitarios y financieros para los programas y proyectos.
4. Educación permanente de los recursos humanos.
  - a) Establecer acuerdos con universidades para la capacitación en el servicio de los equipos gestores y del personal de las unidades de atención.
  - b) Generar espacios para la discusión técnica en los servicios.
  - c) Facilitar acceso en los servicios a estudios y documentación científica actualizada sobre las ECV.
  - d) Organizar reuniones y seminarios regionales, con participación de homólogos en otros sistemas subnacionales.
5. Monitoreo de la evolución de las ECV y sus determinantes, para detectar oportunamente tendencias negativas, necesidades de atención, brechas entre diferentes grupos de población y entre ofertas y demandas de servicios.
  - a) Fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud.
  - b) Promoción, patrocinio y financiamiento cuando sea posible, de estudios en investigaciones de asociación con universidades.
  - c) Estrechar relaciones con el Sistema Nacional de Información y Vigilancia en Salud, y con los sistemas subnacionales de homólogos.

Para desempeñar estas acciones, se debe desarrollar la capacidad gestora de los equipos de dirección en los espacios intermedio y local, entre ellas, ajustes de marco normativo y legal para favorecer la gestión subnacional, fortalecimiento de la capacidad de desempeño de las funciones esenciales de la salud pública en estos niveles y desarrollo de un grupo de competencias y habilidades en los equipos de dirección. En el recuadro se presentan algunos ejemplos de funciones, instrumentos y habilidades necesarias.

Ámbitos	Funciones	Instrumentos	Competencias/habilidades
Población total (espacio-población-territorio). Escuelas, centros de trabajo, centros deportivos, prisiones. Grupos especiales: niños, adolescentes, mujeres, amas de casa, trabajadores, adultos de la tercera edad. Grupos de riesgo y alto riesgo. Individuos.	Desempeño de las FESP.* Diagnóstico de salud que identifique grupos y factores de riesgo. Gestión del trabajo en red: (desarrollo de espacios de concertación y coordinación, protocolos de gestión). Creación de espacios docentes y de discusión técnica, compartidos por unidades de diferentes niveles de atención. Promoción de espacios y mecanismos de participación social.	Leyes y regulaciones: prohibiciones de fumar, información obligatoria en etiquetas de alimentos y otros. Negociación de acuerdo con actores prioritarios como productores de alimentos (panaderías), comercios, mercados populares, centros culturales, restaurantes, centros deportivos y otros, para fomentar y facilitar intervenciones de promoción y prevención. Comunicación social: prensa escrita, radial, TV (medios comunitarios, regionales, locales). Programas de salud dirigidos a toda o parte de la población, nacional o generado por iniciativa propia de acuerdo a las características socioculturales y epidemiológicas del territorio-población, conducidos por la secretaría (dirección provincial y municipal). Instrumentos de gerencia de recursos, financieros, equipos, medicamentos y bienes e inmuebles. Instrumentos para la gestión en APS y hospitales de media complejidad.	Conocimientos de epidemiología y administración de salud, gestión de recursos humanos, financiamiento de la salud, gestión de medicamentos y tecnologías, planificación estratégica. Trabajo en equipo, análisis de actores, negociación, facilitación de procesos, diseño e implementación de proyectos, abogacía, asesoría, fomento de la participación social, facilitación de procesos, coordinación intersectorial, comunicación social.

\*Funciones Esenciales de la Salud Pública.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS; 2002.
2. A gestão da saúde nos estados. Avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília: CONASS-OPAS; 2007.
3. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Washington, D.C.: OPS; 1989.
4. SUS, avances y desafíos. Brasília: CONASS; 2006.
5. Subsana las desigualdades de una generación. Avanzar en la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2009.
6. Renovación de la APS en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2007.
7. State of the heart. Cardiovascular disease report. World Health Federation [sitio en Internet]. 2010 [citado 1 Dic 2009]. Available in: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/index.html](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/index.html)
8. Rose G. The strategy of preventive medicine. Londres: Oxford University; 1992.
9. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2010.
10. Perfiles de los sistemas de salud. Washington, D.C.: OPS; 2006.
11. Informe sobre la salud en el mundo, 2008. La APS, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
12. Maximizing positive synergies between health systems and global health initiatives. Ginebra: WHO; 2008.
13. Innovative care for chronic conditions (ICCC). Building blocks for action. Global report. Geneva: WHO; 2002.
14. Cardiovascular diseases. Secondary prevention of major noncommunicable diseases through community based and health interventions. WHO, Geneva [sitio en Internet]. [citado 1 Dic 2009]. Available in: <http://www.who.int/en/>
15. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2008.
16. Estrategias para desarrollar las competencias para la salud pública en la fuerza de trabajo, basadas en políticas actuales y en evidencias. Washington, D.C.: OPS; 2007.
17. Llamado a la acción de Toronto 2006-2015 [sitio en Internet]. [citado 1 Dic 2009]. Disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=14536&IDCompany=5>
18. Suárez J. Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en ALC en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2010 [citado 1 Dic 2010];36(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300009&lng=es)
19. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. Geneva: WHO; 2004.
20. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. Geneva: WHO; 2004.

Recibido: 9 de noviembre de 2010. Aprobado: 13 de diciembre de 2010.  
*Julio Manuel Suárez Jiménez.* Asesor para el desarrollo de sistemas y servicios de salud. Oficina Panamericana para la Salud/Organización Mundial para la Salud. Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura. Santiago de Chile, Chile.  
 Correo electrónico: [juliosu@gmail.com](mailto:juliosu@gmail.com)