

Situación de la salud cardiovascular en la Región de las Américas

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas causan la mayor combinación de defunciones y discapacidad a nivel mundial (\approx 60% de todas las muertes y \approx 44% de las muertes prematuras). Un 30% de todas las muertes que se producen en el mundo cada año son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares. Se estima que en 2010 fallecieron por estas causas 18,1 millones de personas, de las cuales el 80% vivía en países de ingresos bajos y medianos. La enfermedad cerebrovascular, que es la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad adquirida en el mundo, ocasionó 5,7 millones de muertes, 85% de ellas en los países en desarrollo.

El envejecimiento de la población, el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física, principalmente, en el contexto de la globalización y el crecimiento urbano muchas veces no planificado, explican las altas prevalencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad y con ello que las enfermedades cardiovasculares sean la primera causa de muerte. Actualmente, el número de fumadores en el mundo asciende a 1.300 millones de personas, 600 millones padecen hipertensión arterial y 220 millones están viviendo con diabetes, lo cual expone a más de 2 mil millones

de individuos al riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca, una enfermedad cerebrovascular o un problema de salud relacionado con estas enfermedades.

En 2007 ocurrieron en las Américas 1.5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares (\approx 30% de los fallecidos por todas las causas), de los cuales 662.011 tuvieron una cardiopatía isquémica (299.415 mujeres y 362.596 hombres) y 336.809, una enfermedad cerebrovascular (183.689 mujeres y 153.120 hombres). Esta situación es muy compleja en América Latina, porque alrededor de 40% de las muertes se producen prematuramente, justo en el momento de mayor productividad de la vida, cuando el impacto económico y social es más sustantivo, y porque la tasa de discapacidad resultante es una carga demasiado pesada para los individuos, las familias y los sistemas de salud.

La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, vistos en conjunto, explican más del 80% de las enfermedades cardiovasculares, pero la hipertensión es el factor de riesgo con más peso y se asocia con el 62% de los accidentes cerebrovasculares y el 49% de la cardiopatía isquémica. El aumento de la presión arterial es poco frecuente en sociedades donde el consumo de cloruro de sodio no supera los 50 mmol/día, y se dispone de pruebas científicas que señalan el consumo actual

de sodio como el principal factor que condiciona el aumento de la presión arterial en las poblaciones.

La epidemia de obesidad, que muchas veces comienza tempranamente en la infancia, ha aumentado en todo el mundo. En 2005, el número de personas obesas en la Región ascendía a 176 millones (103 millones de mujeres y 73 millones de hombres), y puede llegar a 289 en 2015 (164 millones de mujeres y 125 millones de hombres). Es probable que, si se dispusiera de más datos, la situación sería más grave de lo que aparenta. De hecho, es más complicada en determinados estratos sociales: vivir en un vecindario pobre puede conllevar un mayor riesgo de obesidad porque sus habitantes generalmente tienen poco acceso a fuentes de alimentos nutritivos y a lugares seguros para hacer ejercicio físico, o carecen de normas sociales que valoren positivamente la dieta saludable y la actividad física.

Datos recientes dan cuenta de que en la población adulta de siete países de América Latina un 18% padece de hipertensión arterial, 14% tiene el colesterol elevado, 7% está viviendo con diabetes, 23% es obesa y 30% fuma. Dado el perfil epidemiológico de la Región, se ha estimado que el porcentaje de la población adulta con menos de 70 años que está en riesgo de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años es alto: hasta un 41% de los hombres y un 18% de las mujeres en los países

con muy baja mortalidad tanto infantil como de adultos (por ejemplo, Canadá, Cuba y Estados Unidos), hasta un 25 y un 17% de los hombres y mujeres, respectivamente, en países con baja mortalidad infantil y en adultos (Argentina, Barbados y Chile), y hasta un 8% de los hombres y un 6% de las mujeres de los países con muy alta mortalidad infantil y mortalidad en adultos (Bolivia y Ecuador).

Las mujeres con infarto agudo del miocardio (IAM) acuden a los servicios de emergencia más tardíamente que los hombres y los médicos se demoran más en reconocer la enfermedad en ellas; luego de un IAM, las mujeres tienen una probabilidad menor que los hombres de ser diagnosticadas y tratadas adecuadamente, lo cual contribuye a que en ellas tasa de complicaciones y de muerte sea mayor; la brecha en la supervivencia luego de un año del episodio cardiovascular ha venido aumentando, afecta negativamente a las mujeres y ellas están menos representadas que los hombres en los ensayos clínicos para evaluar nuevos tratamientos. Asimismo, la enfermedad cardiovascular es más frecuente y más grave en las personas de raza negra que en las de raza blanca, pero particularmente entre los adultos jóvenes. Esta diferencia decrece con cada década de la vida hasta llegar a ser muy pequeña entre los 65-74 años. La mortalidad prematura es dos veces más elevada en la población de raza negra que en la de raza blanca.

Las enfermedades cardiovasculares se distribuyen de manera desigual, afectan más a los pobres y tienen un impacto catastrófico en la economía de los gobiernos y de las familias por el gasto derivado de los tratamientos y la pérdida de años de vida potencial y de productividad causadas por muertes prematuras y discapacidad. Estas enfermedades contrarrestan los esfuerzos de la lucha contra la pobreza y contribuyen a profundizar las inequidades en salud.

La consulta regional

En 2006, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la resolución *Estrategia regional y Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud* (en adelante, *Estrategia regional*). En 2010, la misma instancia examinó los progresos en la ejecución de la *Estrategia regional* y solicitó que la OPS y los Estados Miembros siguieran colaborando en la prevención y el control integrado de las enfermedades crónicas.

Teniendo en cuenta la situación antes descrita y entendiendo que existían numerosas oportunidades de mejora, la OPS, a solicitud de sus Estados miembros, inició un proceso de consulta regional a mediados del año 2010. El propósito de dicha con-

sulta fue identificar, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles, en criterios de coste-efectividad, valor social y equidad, las prioridades para la salud cardiovascular de esta Región con el objetivo de facilitar que los Estados miembros prioricen las acciones de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en sus planes nacionales de salud y que catalicen la aplicación de la *Estrategia regional*.

Este documento, que sintetiza las prioridades para la salud cardiovascular, es el resultado de un amplio proceso de consultas que se centró en la prevención a nivel poblacional, el control integrado de riesgos y enfermedades y en la organización de los servicios de salud. Las prioridades se articularon en torno a las siguientes cuatro líneas de acción de la Estrategia Regional: a) política pública y abogacía, b) vigilancia, c) promoción de la salud y prevención de las enfermedades y, d) control integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo. Asimismo, dichas prioridades son congruentes con la Agenda de Salud para las Américas y con el Plan de Acción de la OMS para la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aprobado en el 2008.

En la consulta participaron numerosos expertos, instituciones de profesionales y académicas, organizaciones de la sociedad civil y los ministerios de salud de la Región. Varios asesores de la

OPS que representaban a las diversas áreas técnicas trabajaron en torno a la Agenda de Salud para las Américas y acordaron la definición de estas prioridades.

Este documento se ha preparado pensando principalmente en quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones en política sanitaria. Por esta razón es muy importante reiterar uno de los mensajes cruciales de esta consulta: como las enfermedades cardiovasculares (isquémicas del corazón y cerebrovasculares) son la primera causa de mortalidad y de mortalidad prematura en la mayoría de los países de la Región y comparten con otras enfermedades crónicas sus determinantes, factores de riesgo y necesidades de servicios, jerarquizar las acciones definidas aquí como prioridades para la salud cardiovascular produciría un beneficio directo para la prevención y el control de la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer, así como para otras enfermedades cardiovasculares y la obesidad.

El principal objetivo de la consulta y también de este informe fueron las enfermedades cardiovasculares de origen aterosclerótico y sus principales factores de riesgo. Sin embargo, existen cuatro grupos de otras enfermedades cardiovasculares que para propósitos de prevención y el control merecen especial atención en algunos países. En primer lugar, las arritmias cardíacas, tales como la fibrilación auricular, presentes en la

quinta parte de todos los accidentes cerebrovasculares en los adultos mayores y cuya frecuencia aumenta con la edad. En segundo lugar, las enfermedades congénitas del corazón, que pueden prevenirse mediante medidas de salud pública tales como la vacunación contra la rubéola y la promoción universal de la utilización de sal fortificada con yodo y los alimentos fortificados con ácido fólico. A estos se añaden dos grupos de enfermedades desatendidas, que afectan con mayor frecuencia a las personas más pobres, como las enfermedades reumáticas del corazón, que continúan afectando mucho más a niños y adultos jóvenes que viven en países de renta per cápita baja y media, y la enfermedad de Chagas, con un alto potencial de eliminación en las Américas mediante de medidas para aliviar la pobreza y mejorar las condiciones de vida.

Para facilitar el seguimiento de las acciones emprendidas en cada país en el marco de la Estrategia y visualizar en una ojeada su estado de ejecución, al final del documento se ha incluido una lista de comprobación ordenada conforme a las cuatro líneas de acción y por prioridades.

Finalmente, este documento debe ser entendido como un menú de opciones de política, en ningún caso preceptivo, que deberá ser evaluado, antes de su aplicación, y adaptado al contexto de la situación económica, política y social de cada país.