



**WORLD HEART  
FEDERATION®**



**SIAC**

Sociedad Interamericana de Cardiología

# Declaración de Rosario

**Summit de Salud del MERCOSUR**

2019

# DECLARACIÓN DE ROSARIO

## Summit de salud del Mercosur

Los días 29 y 30 de mayo de 2019, organizado por la World Heart Federation (WHF), por la Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC) y por la Unión de Parlamentarios Sudamericanos y del MERCOSUR (UPM), se llevó a cabo en la Ciudad de Rosario, Argentina, el Primer Summit de Salud del MERCOSUR bajo la consigna de propiciar un “Diálogo para el Acceso a la Salud Pública”.

Formaron parte del evento instituciones científicas, parlamentarios, parlamentarias y funcionarios del sector salud, quienes trataron la problemática de accesos a los servicios de salud, a los medicamentos y a políticas para promover estilos de vida saludable en relación a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Como conclusión de este encuentro se redacta la presente Declaración que tiene por objeto la difusión hacia la comunidad y el análisis para la producción parlamentaria en relación a una problemática que implica cada año millones de muertes en el continente, muchas de las cuales pueden ser prevenidas a partir de estrategias integrales de prevención.

---

### CONTENIDOS

---

- A. Fundamentos
- B. Objetivos de desarrollo sostenible de la agenda 2030 (ODS)
- C. Objetivo 25 x 25. Rol de las Instituciones Científicas. “Roadmaps” (Hojas de Ruta) de la World Heart Federation
- D. Acceso a medicamentos esenciales. Adherencia a los tratamientos
- E. Abordaje poblacional. Políticas saludables.
- F. Conclusiones



---

## A) FUNDAMENTOS

---

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen una de las principales amenazas sanitarias para el continente americano. Causan cada año 4 de cada 5 muertes en la región, representadas principalmente por las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes.

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte y discapacidad en el mundo, estimándose que se cobra 17 millones de vidas al año. Asimismo es causa de muertes prematuras, lo que lleva implícito altos costos para el sistema de salud y para el aparato productivo de los países.

Desde la Reunión de Alto Nivel desarrollada por las Naciones Unidas en torno a las ECNT en el año 2011, se ha generado el ámbito propicio para el desarrollo de estrategias de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares a nivel mundial, como nunca ocurrió en la historia de la salud pública. Dentro de las variables que han determinado este nuevo escenario encontramos el explícito reconocimiento de la amenaza que el impacto de estas patologías significa para las economías de los países y la toma de conciencia respecto de la responsabilidad que le cabe a los gobiernos en encontrar respuestas adecuadas y efectivas, con el acompañamiento de todos los sectores de la sociedad. A partir de esta nueva instancia, cada Estado miembro, debe fortalecer e integrar políticas y programas destinados al control de las ECNT.

En este camino las acciones deben abarcar desde la prevención de factores de riesgo en el primer nivel de atención hasta la asistencia y rehabilitación una vez instalada la enfermedad. Estas acciones deben implementarse de manera sustentable, sostenida y coordinada, basadas en evidencia, ser costo efectivas y equitativas, resaltando la importancia de empoderar a la comunidad.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (ODS) forman parte de un documento emitido por las Naciones Unidas que establece 17 objetivos globales, 169 metas, y más de 230 indicadores hacia el año 2030 en todos los países del mundo, incluidos los países del MERCOSUR. Este nuevo documento, que si incluye a las ECNT en el ODS vinculado a Salud y Bienestar, es motivo de intenso debate respecto de si podrá orientar la dirección de políticas nacionales y la asignación de recursos económicos de manera efectiva. El objetivo 3.4 es la de reducir un tercio de las muertes por ECNT en el

mundo para el año 2030, y si bien todavía no hay información disponible respecto de los resultados del primer año, el alcance de las metas dependerá de la adecuada inversión de recursos acompañando el monitoreo de los datos que surjan de los distintos indicadores. En este contexto la OMS, apoyada por organizaciones como la WHF y la SIAC, lanzó una convocatoria a reducir el 25% de las muertes prematuras causadas por ECNT para el año 2025 con fuerte respaldo internacional.

Como actores importantes en la construcción de políticas sanitarias, ya sea en su fundamentación o en el armado del respaldo reglamentario de su diseño, las sociedades científicas, los cuerpos legislativos y los funcionarios de salud se convocaron a la realización del Summit de salud del Mercosur.

---

## **B) OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA AGENDA 2030 (ODS)**

---

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es un compromiso a escala mundial que tiene como objetivos eliminar la pobreza y guiar al mundo en un sendero sostenible hacia un desarrollo inclusivo. Esta ambiciosa agenda fue aprobada por los líderes de los gobiernos en la Cumbre de las Naciones Unidas de septiembre de 2015, y su núcleo lo conforma una serie de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas de acción, las cuales pueden ser desarrolladas en diversas escalas territoriales, con una inclusión diversa de actores y sectores.

Los ODS han sido diseñados para focalizar y coordinar las políticas públicas hacia una visión del futuro de la humanidad; incluyen los tres pilares -económico, social y ambiental- del desarrollo sostenible y añade los esfuerzos en fortalecer las instituciones a fin de promover la nueva agenda de desarrollo global. Estos objetivos impulsan el cambio en el modo en que nos aproximamos a la complejidad de los problemas sociales, económicos y ambientales ayudando a trascender las barreras entre el trabajo de los diferentes actores y geografías, y generando el espacio de oportunidades para el surgimiento de nuevas formas de colaboración en torno a agendas o problemas específicos.

De este modo, la Agenda 2030 y los ODS reafirman el compromiso de poner fin a la pobreza sin exclusiones, y nos invitan a crear un planeta más sostenible, seguro y próspero para las presentes y futuras generaciones.



En ese contexto, el desarrollo de políticas, programas y proyectos que coordinen los esfuerzos internacionales, nacionales y locales de forma efectiva y asociativa es fundamental para la articulación de los esfuerzos globales. Así, a través de una mayor y más eficiente coordinación entre y con los diversos sectores y actores podemos influir en el modo en que se implementan los ODS.

Para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal. Sin embargo, en muchas regiones, entre ellas el MERCOSUR, se enfrentan a graves riesgos para la salud, como altas tasas de mortalidad materna y neonatal, la propagación de enfermedades infecciosas y no transmisibles y una mala salud reproductiva. En las últimas décadas, se han obtenido grandes avances en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna. Asimismo, para alcanzar el objetivo de reducir las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles en un tercio para 2030 se requerirá por ejemplo de aplicar tecnologías más eficaces de combustibles limpios para cocinar y educación sobre los riesgos del tabaco.

Se necesitan muchas más iniciativas para erradicar por completo una amplia gama de enfermedades y para hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud. Si nos centramos en proporcionar una financiación más eficiente de los sistemas de salud, mejorar el saneamiento y la higiene, aumentar el acceso a los servicios médicos y proveer más consejos sobre cómo reducir la contaminación ambiental, lograremos progresos significativos en ayudar a salvar las vidas de millones de personas.

---

### **C) OBJETIVO 25 X 25. ROL DE LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS. “ROADMAPS” (HOJAS DE RUTA) DE LA WORLD HEART FEDERATION**

---

En septiembre de 2011 se reunieron, en las Naciones Unidas, los Jefes de Estados de todas las naciones del mundo, para tratar la problemática de las ECNT (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas). Producto de esa reunión fue la “Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y Control de ECNT”. En ella, los Jefes de Estado dicen: “1. Reconocer que la carga global y la amenaza de las ECNT constituye uno de los principales



desafíos para el desarrollo en el siglo XXI, que socava el desarrollo social y económico en todo el mundo y amenaza el logro de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente”.

Teniendo en cuenta esta grave situación de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que el objetivo prioritario global en ECNT es reducir las muertes prevenibles en 25% para el año 2025. Este objetivo se ha denominado “25x25”.

#### ❖ **Perspectiva epidemiológica en Sudamérica**

Los países del Sudamérica tienen una situación epidemiológica similar al resto del mundo respecto a las causas de mortalidad con una alta prevalencia de muerte por ECNT. Sin embargo, a diferencia de los de América del Norte, deben hacer frente tanto a las ECNT, en aumento en la región, como a las enfermedades transmisibles, aún de alta prevalencia. América del Norte ha hecho grandes progresos en la prevención y control de la ECNT. Por el contrario se verifica un aumento de la mortalidad por estas causas en Sudamérica. Es decir, este es un tema pendiente y prioritario para las agendas de gobierno. Además, se prevé que el mayor aumento en la prevalencia de ECNT sucederá en los próximos años en los países de ingresos bajos o medios. Más aún, se verifica que precisamente estas son las que reciben menos tratamiento inmediato y a largo plazo para las ECNT.

#### ❖ **Factores de Riesgo**

En epidemiología, se considera como factor de riesgo a toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Este concepto, de suma importancia en prevención, considera factores biológicos como la edad, el sexo y factores constitucionales y factores del estilo de vida, hasta considerar el medio social y comunitario como las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales. Así ha emergido el concepto de “determinantes sociales de la salud” que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Como lo señala la OMS “esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”.

#### ❖ **Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares**

El concepto moderno de la salud incluye necesariamente desde el tratamiento episódico (evento agudo) al manejo poblacional, pasando por el tratamiento de la enfermedad. Como lo señala la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General

sobre la Prevención y Control de ECNT, existe consenso acerca de que: 1) las ECNT son una prioridad en el desarrollo y la agenda económica, 2) se requiere un enfoque global de gobiernos y sociedad para implementar las recomendaciones sobre vigilancia, prevención y cuidado de la salud de la OMS y 3) es imprescindible el protagonismo de la OMS para coordinar la acción global contra las ECNT.

Sudamérica enfrenta un desafío enorme ante las ECNT no solo desde la perspectiva de la salud, sino también para su desarrollo sustentable. En estas circunstancias resulta esencial lograr la prevención de las ECV para reducir su carga. Factores de riesgo como la hiperlipidemia, la hipertensión, la obesidad y la diabetes pueden evitarse y tratarse a muy bajo costo.

Los objetivos fijados por la OMS para la prevención y control de las ECNT:

- Mortalidad prematura por ECNT  
*Objetivo: reducción relativa de 25% en la mortalidad de las ECNT.*
- Hipertensión arterial  
*Objetivo: reducción relativa de 25% en la prevalencia de hipertensión.*
- Consumo de tabaco  
*Objetivo: reducción relativa de 30% de la prevalencia actual de tabaquismo.*
- Ingesta de sal/sodio  
*Objetivo: reducción relativa de 30% en el consumo medio de sal de la población, con el fin de alcanzar una meta de menos de 5 g de sal por día.*
- Inactividad física  
*Objetivo: reducción relativa de 10% de la prevalencia de actividad física insuficiente.*
- Obesidad  
*Objetivo: evitar el aumento en la prevalencia de la obesidad*
- Ingesta de grasas

*Objetivo: reducción relativa de 15% en la proporción promedio del consumo total de energía de ácidos grasos saturados con la meta de lograr el nivel recomendado de menos de 10% del consumo total de energía.*

- Alcohol

*Objetivo: reducción relativa de 10% en el consumo total de alcohol (incluyendo el consumo peligroso y nocivo de alcohol).*

- Colesterol total elevado

*Objetivo: reducción relativa de 20% en la prevalencia de colesterol total elevado.*

- Disponibilidad de medicamentos esenciales genéricos de ECNT y tecnologías básicas para tratar las principales ECNT

*Objetivo: disponibilidad de 80% en instalaciones públicas y privadas de tecnologías básicas y medicamentos genéricos esenciales necesarios para tratar las principales ECNT.*

- Tratamiento farmacológico para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares

*Objetivo: 50% de las personas elegibles debe recibir un tratamiento con drogas para prevenir ataques al corazón y accidentes cerebrovasculares y asesoramiento.*

#### ❖ **Perspectiva histórica de los “roadmaps” (hojas de ruta) de la WHF**

La Medicina Basada en las Evidencias (MBE) se define por “el uso preciso, explícito, juicioso y razonable de la mejor evidencia actual para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales. En relación con la MBE aparecen la Guías de Práctica Clínica (GPC) que son “enunciados que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar el cuidado del paciente en base a un examen sistemático de las evidencias y una evaluación de los beneficios y daños de las alternativas de cuidado”. Sin embargo, las GPC no aseguran la implementación universal de una determinada recomendación. Ello es atribuible a diferentes factores como precio de los medicamentos, disponibilidad, asequibilidad, incumplimiento de la prescripción, etc. En respuesta a esta necesidad surge



la idea del “roadmap”. Estos constituyen, una herramienta de salud pública y clínica de implementación que integra la mejor evidencia disponible, explicitada en la GPC, con la atención del paciente. La WHF define “roadmap” como un marco diseñado para ayudar a identificar los obstáculos y sugerir soluciones potenciales en el camino a 25x25. Los “roadmaps” de la WHF están destinados a servir como modelos para que las regiones y los países desarrollen sus propios “roadmaps” y creen o actualicen sus planes de acción nacionales en ECNT. Ofrecen un marco para reunir a las partes interesadas con el objetivo de determinar, priorizar e implementar soluciones para reducir las muertes prematuras por ECV en un contexto específico, en un enfoque colaborativo y consultivo.

#### ❖ Los “roadmaps” de la WHF

Los “roadmaps” ofrecen un marco para que gobiernos, ONG, activistas de la salud, profesionales de la salud y muchos otros actúen para reducir la mortalidad prematura cardiovascular en su país. Con un enfoque de colaboración en mente, pueden involucrar defensores de la salud, corporaciones, instituciones académicas y de investigación, responsables de políticas, profesionales de la salud, pacientes, etc. Como se describe arriba, los “roadmaps” de la WHF se centran en temas alineados con los objetivos del Plan de Acción Mundial de la OMS para las ECNT. Estos temas se han identificado sobre la base de que potencialmente pueden tener el mayor impacto en la mortalidad prematura para 2025.

Los “roadmaps” no son una rígida herramienta prescriptiva sino, por el contrario, un instrumento para identificar obstáculos y diseñar soluciones eficientes, efectivas y factibles. En efecto, a nivel nacional y regional los “roadmaps” deberían servir como modelos para que los países desarrollen sus propios “roadmaps” y creen o actualicen sus planes de acción nacionales de las ECNT.

#### ❖ Conclusiones

La situación de salud en Sudamérica comparte el desafío mundial que representan las ECV en el contexto de la ECNT. Para la comprensión de este fenómeno es necesario considerar los determinantes sociales de la salud y adherir a los objetivos fijados por la OMS para la prevención y control de las ECNT. En este escenario, las organizaciones científicas, nacionales, regionales, continentales y mundiales, deben cumplir un papel fundamental no solo orientado al desarrollo profesional, la investigación y la diseminación del conocimiento sino también a la conformación de alianzas y a la abogacía por la salud de los habitantes de Sudamérica.



---

## D) ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS

---

### ❖ Listado de medicamentos esenciales de la OMS

Los medicamentos esenciales son fármacos que deben satisfacer las necesidades prioritarias de salud en la población. Idealmente deben ser relevante para la salud pública, eficaces, seguros, y costo efectivos.

El primer listado de medicamentos esenciales (LME) fue desarrollado por la organización mundial de la salud (OMS) en 1977, y en 2019 se realizó el listado número 22.

Actualmente más de 160 países cuentan con LME. El mismo sirve de referencia pero cada país debe adaptarlo a la epidemiología local (las prioridades en salud son diferentes en cada país y región). En los países de bajos y medianos recursos, sirve como herramienta para señalar a los políticos cuáles son los medicamentos esenciales, mientras que en países de altos recursos el LME ofrece a las empresas de cobertura en salud un punto neutral para los reembolsos (“está o no está en el listado”). También es útil para las donaciones de medicamentos y ayuda internacional.

Se ha reclasificado en dos listados, listado esencial o “core”, y listado “complementario” de fármacos útiles pero que requieren tecnología adicional (médicos de segundo o tercer nivel de atención, infraestructura para su administración). Con respecto a las patentes, la mayoría de los fármacos tienen las patentes vencidas, pero que un fármaco aún conserve patente no lo excluye de ser considerado medicamento esencial.

Quienes determinan si un fármaco pertenece al LME son miembros de la OMS, la cual cada 2 años reúne evaluadores independientes, especialistas contactados y comité de expertos, ofreciéndose además un espacio de opinión a organizaciones no gubernamentales.

La revisión se publica en el sitio web de la OMS, siendo los revisores no identificados a fin de evitar cualquier posible intento de influencia, quedando la misma abierta a la formulación de comentarios. Con posterioridad el Comité se reúne en pleno durante cinco días para recopilar la Lista Modelo y finalmente se realiza la aprobación final o no por parte del Director General de la OMS.

Características buscadas en un fármaco para ser incorporado al LME: Útil en enfermedades prevalentes (aunque no siempre, por ejemplo medicamento que provoca la

remisión total de un cáncer poco prevalente), eficaz, seguro, costo-efectivo (sobre todo en fármacos de una misma categoría terapéutica, se debe contemplar en este punto el costo del tratamiento completo), farmacocinética apropiada, condiciones de almacenamiento no complejas, disponible en formulaciones que permitan garantizar buena calidad, y en general, sólo un principio activo, aunque se han incorporado tratamientos a dosis fijas combinadas en ciertas condiciones (por ejemplo en HIV o tuberculosis).

Implementación del LME: Los medicamentos esenciales incorporados por cada país, deben estar disponibles en los sistemas de salud en todo momento, en cantidades suficientes, con garantía de la calidad de su producción (justamente no se debe caer en la producción de genéricos de mala calidad), a un precio que los pacientes y la comunidad puedan pagar.

Costos: el costo de los nuevos medicamentos es una preocupación mayor, fármacos con mejor tasa de éxito o mejor farmacocinética o perfil de efectos adversos, pero que aún conservan su patente, muchas veces no pueden ser sostenidos económicamente por los sistemas de salud de los países de recursos bajos o intermedios. Como ejemplo, en el último listado en 2019 se presentaron más de 10 medicamentos con patente vigente, entre ellos algunos fármacos antineoplásicos con precios muy elevados.

Un programa de la universidad de Toronto (<https://essentialmeds.org/>) ofrece un análisis actualizado de la aplicación del LME en cada país del mundo. Todos los países de Sudamérica y miembros del Mercosur cuentan actualmente con LME, aunque muy diferentes entre ellos. Una idea atractiva sería unificar criterios para la selección de fármacos cardiovasculares comunes a las necesidades regionales de los países miembros del Mercosur. En la Unión Europea, como ejemplo, ha sido útil para unificar criterios en las compras de medicamentos de alto costo para patologías poco prevalentes.

#### ❖ Adherencia a los tratamientos. Rol de la Polipíldora

La carga de enfermedad cardiovascular es la causa principal de discapacidad y de mortalidad prematura. En este sentido, un punto muy destacable es que prácticamente el 80 % de los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular mayor presentan enfermedad cardiovascular previa, hipertensión arterial o son fumadores. Esto debe tenerse en cuenta a la hora de plantear estrategias de intervención en este grupo de población.

Las intervenciones farmacológicas más frecuentes en términos de prevención secundaria después de un infarto agudo de miocardio incluyen fundamentalmente aspirina, estatina, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y betabloqueantes.

Si se considera el impacto de la suma de las reducciones del riesgo aportadas por cada uno de los fármacos, resulta que entre todos se logra una reducción de alrededor del 70 % en la probabilidad de tener eventos en el seguimiento.

Estas intervenciones farmacológicas (aspirina, estatina e IECA) han sido incluidas en todas las guías clínicas de prevención cardiovascular, tanto en pacientes con enfermedad coronaria como en pacientes después de haber sufrido un accidente cerebrovascular o en pacientes con enfermedad vascular periférica.

Sin embargo, existe una enorme brecha entre el conocimiento y la acción, es decir, entre las pautas de actuación sobre las que hay consenso y lo que ocurre en el mundo real. Según datos de la World Heart Federation, el porcentaje de pacientes que, después de haber sufrido un infarto de miocardio, reciben la medicación adecuada no supera el 14 % en términos globales. En el contexto del accidente cerebrovascular, la cifra es aún menor, ya que menos del 8 % de los pacientes reciben los tres medicamentos esenciales.

En Latinoamérica, estas cifras son muy parecidas: los datos del estudio PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) demuestran que solo el 14-15 % de los pacientes tras un infarto de miocardio reciben los tres medicamentos esenciales y cerca de un 30 % no reciben ningún tratamiento. La situación es aún peor entre aquellos que han sufrido un accidente cerebrovascular.

El concepto de polipíldora es muy sencillo. Puesto que es bien sabido que la cantidad de medicamentos que se toman es uno de los motivos que más influye en que el paciente abandone el tratamiento, si se incluyen todos los medicamentos en un solo comprimido tomado una vez al día obviamente debería mejorar la adherencia. Este concepto fue introducido de forma teórica en 2001 por la Organización Mundial de la Salud. Un año después, en su informe anual, insistió en el mismo concepto, ya que en ese momento no existían polipíldoras en el ámbito de la cardiología. En 2003, Wald y Law publicaron un artículo en el que proponían una polipíldora compuesta por combinaciones fijas de medicaciones que individualmente han demostrado modificar de modo efectivo los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Desde el punto de vista conceptual, si cada uno de estos medicamentos obtiene beneficios por sí mismo y administrados conjuntamente se potencian, una estrategia que permita garantizar la toma de todos ellos en un solo comprimido debería ser claramente efectiva.

Un metanálisis con más de 3000 pacientes de seis países valoró la eficacia de la polipíldora comparada con la terapia habitual. En términos de control de la hipertensión arterial y del colesterol, la polipíldora se mostró más eficaz que la terapia habitual por separado.

Una revisión sistemática de la Cochrane publicada en 2017 mostró que la polipíldora lograba una significativa reducción de la presión arterial y también una significativa reducción del colesterol

Por tanto, desde el punto de vista de la eficacia, esta estrategia es particularmente válida para controlar los factores de riesgo (hipertensión arterial y colesterol), seguramente a través del incremento de la adherencia. Por otro lado, se han hecho estudios de coste-efectividad, que han demostrado que esta estrategia es coste-efectiva en distintos países, como México, España y Chile.

No ha podido demostrarse hasta el momento que esta intervención reduzca la mortalidad, pero fundamentalmente porque los estudios hasta el día de hoy se han llevado a cabo solo para demostrar eficacia en el control de los factores de riesgo. La realidad es que parece lógico pensar que, si hay un mejor control de los factores de riesgo, en especial de la presión arterial y del colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL), habrá también una reducción de los eventos cardiovasculares. Los estudios que están en marcha en la actualidad proporcionarán información al respecto.

Todos estos datos han tenido un gran impacto en la comunidad médica, de modo que en los últimos años numerosas guías clínicas se han pronunciado respecto a la polipíldora y la han incluido en sus recomendaciones, entre ellas la Sociedad Europea de Cardiología, la Sociedad Europea de Hipertensión, la Sociedad Española de Cardiología y las sociedades de cardiología de diversos países latinoamericanos, como México, Chile y Argentina.

La Sociedad Interamericana de Cardiología ha asumido un fuerte compromiso con la estrategia de la polipíldora y tomado la iniciativa de desarrollar un consenso y un documento de posicionamiento. Para ello convocó a un grupo de más de 40 expertos de toda Latinoamérica, representantes de trece sociedades científicas, con el objetivo de



posicionarse sobre la utilidad de la polipíldora en términos de prevención y reducción de la carga de enfermedad aterosclerótica en nuestra región.

Las conclusiones más importantes fueron las siguientes:

- La polipíldora reduce de modo significativo la presión arterial sistólica, el colesterol total y el c-LDL.
- Con la polipíldora no se produce un aumento significativo de efectos adversos.
- Es probable que se dé una reducción de eventos cardio y cerebro vasculares, aunque los estudios que han de aportar esta información están en marcha en la actualidad.
- La polipíldora es una recomendación muy coste-efectiva.

Por lo tanto, el comité de expertos, basándose en estas conclusiones, recomienda la incorporación de la polipíldora en los programas de salud pública para la prevención cardiovascular, especialmente la prevención secundaria.

❖ **Conclusiones:**

- El tratamiento con una polipíldora ha demostrado ser una estrategia eficaz y segura para controlar los factores de riesgo (reducción de la presión arterial sistólica, del colesterol total y del c-LDL), para reducir costes y posiblemente para disminuir la presencia de eventos cardiovasculares en el seguimiento.
- La implementación de esta simple estrategia es particularmente útil en términos de mejorar la salud cardiovascular global, en especial en los países de nuestra región.

---

## **E) ABORDAJE POBLACIONAL. POLÍTICAS SALUDABLES.**

---

La implementación de acciones efectivas en el campo de las ECNT depende de estrategias que contemplen:

- La vigilancia epidemiológica, es decir el relevamiento de datos sanitarios que alimenten un tablero de mando
- Abordaje individual de las personas con riesgo elevado de desarrollar enfermedad o con enfermedad activa, para facilitar su acceso a los servicios de salud y a los medicamentos necesarios para sus tratamientos

- Abordaje poblacional, con acciones que incidan transversalmente sobre toda la población, independientemente del riesgo de cada individuo, asegurando de esta manera un mejor estado de la salud de la comunidad.

Desde hace décadas, con el objetivo de sensibilizar, conocer, tratar y controlar los factores de riesgo se implementan programas y acciones denominadas de "intervención poblacional". Hay evidencia científica clara respecto de la eficacia de estas intervenciones en los cambios de conducta de la comunidad. En una evaluación sistemática de 36 programas comunitarios desarrollados entre 1970 y 2008 (Pennant M. et al 2010) se vio que a pesar de la diversidad de perfiles de implementación, todos muestran en general siempre resultados positivos, con diferente magnitud de impacto en términos de reducción del riesgo cardiovascular e inclusive de las tasas de mortalidad global.

Algunos componentes de estas intervenciones poblacionales tienen que ver con trabajo de campo para la detección de factores de riesgo, la valoración de riesgo cardiovascular global, el desarrollo de campañas focalizadas en concientizar y movilizar a la comunidad en pos de un estilo de vida saludable, el aprovechamiento de los medios de comunicación, con actividades informativas, educativas y de promoción de salud abiertas a la comunidad. Sin embargo el mayor impacto se logra cuando el respaldo de normas y leyes regula aspectos que pueden ser perjudiciales o beneficiosos para la salud. Un ejemplo claro del impacto que pueden alcanzar iniciativas integrales ha sido la respuesta a las políticas sobre el consumo de tabaco que han llevado a una reducción significativa. Mayores impuestos al tabaco, prohibiciones de publicidad, límites en la promoción y patrocinio del tabaco, normativas que aseguran ambientes libres de humo en todos los lugares públicos y de trabajo, advertencias sanitarias grandes y gráficas en los paquetes de tabaco han sido herramientas poderosas.

Hoy la obesidad, como resultado de la mala alimentación y el sedentarismo, constituye quizás el mayor desafío sanitario a vencer. Dentro de las múltiples acciones a implementar en este campo sin lugar a dudas se distingue el etiquetado frontal de alimentos, acción ya puesta en marcha en países como Chile y Uruguay. La experiencia muestra que este tipo de acciones que inciden sobre los intereses de la industria alimentaria encuentran numerosos escollos a la hora de ponerse en práctica. Sin embargo son un paso insoslayable para frenar la escalada de enfermedad, que no encuentra freno hasta la actualidad, con un fuerte impacto en los costos para el sistema de salud e indirectamente sobre la economía de los países, al comprometer a muchos individuos en edad laboral. Este factor de riesgo es más prevalente en las poblaciones más vulnerables, que son la de



menor nivel educativo y menores ingresos. Este dato es relevante ya que según la CEPAL 184 millones de latinoamericanos, más del 30%, viven por debajo de la línea de pobreza. El 46 % de los niños hasta 14 años son pobres mientras que un 17,3 % padecen una pobreza extrema. Esta perspectiva muestra una mayor dimensión de la problemática, ya que en un escenario adverso los recursos insuficientes o su mala administración tienden a profundizar la amenaza. Para la mejor relación de costo efectividad de las intervenciones es crucial la articulación entre los sectores de salud y de educación, con un claro rol de las Instituciones científicas.

Un paso preliminar en este tipo de estrategias es lograr una adecuada información a la comunidad, que muchas veces se ve víctima de contenidos en medios de comunicación y redes sociales que llevan a una profunda distorsión respecto de perjuicios y beneficios verdaderos. Esta realidad confiere un importante rol a las Instituciones científicas como generadores de opinión confiables. De esta manera las Guías de práctica clínica y los Consensos deben contemplar material para informar a la comunidad. Estos contenidos deben ser material de acceso para los cuerpos legislativos, quienes de esta manera puedan estar en condiciones de elaborar normas con impacto sanitario real.

En este camino son de gran utilidad las campañas de promoción de salud que instituciones como la WHF y la SIAC desarrollan en todo el mundo y de manera particular en el continente americano a través de sus sociedades miembros. Estas intervenciones tienen por objeto la participación de la sociedad y su empoderamiento para lograr la inserción efectiva en la agenda pública de temas como el acceso a una alimentación saludable, espacios públicos apropiados para la actividad física, ambientes no contaminados por el humo de tabaco u otros agentes, el acceso a medicamentos esenciales, el acceso a los servicios de salud con fines de prevención y no solo de atención de enfermedades.

Indudablemente esta toma de conciencia por parte de la sociedad debe verse acompañada de un marco legislativo que ayude a generar cambios profundos y así revertir el estado sanitario actual. Un niño nacido hoy en cualquiera de los países del Mercosur tiene una expectativa de vida unos 7 años menor que los nacidos en países del mundo desarrollado.

Esta dura realidad lleva a que las Instituciones científicas deban realizar además tareas de "advocacy" interpretada esta como un mecanismo para articular con diversas agencias del Estado en pos de objetivos sanitarios. Espacios para la discusión de acciones de salud, asesoramiento técnico, elaboración de documentos de consenso, monitoreo de políticas





sanitarias, discusión de la incorporación de nuevas tecnologías, capacitaciones de equipos de salud son entre otros los aportes que ellas deben realizar de manera permanente.

---

## F) CONCLUSIONES

---

Desde las Naciones Unidas ha emanado un compromiso asumido por los países miembros a trabajar en pos de una Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que incluye objetivos concretos en salud en torno a la reducción de la carga de morbi-mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en el mundo.

En este contexto la Organización Mundial de la Salud ha lanzado el desafío de reducir el 25% de las muertes prematuras para el año 2025.

El Summit del Mercosur ha sido un encuentro de Instituciones científicas y legisladores para analizar la problemática de ACCESOS en la región. Este documento, denominado "Declaración de Rosario", condensa información respecto de las principales iniciativas a tenerse en cuenta al momento de la elaboración de normas en ámbitos nacional, provincial y municipal para prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo su mayor utilidad radica en ser fuente de debate para el análisis de situación en cada rincón del continente, permitiendo que el material legislativo generado se adapte a las necesidades de cada comunidad.

La *joint venture* entre Instituciones Científicas, Legisladores y Funcionarios públicos es una matriz que debe replicarse en todos los países del continente a los fines que en todas las comunidades sean respetados los principios de equidad en el acceso a la salud y así contribuir al alcance de las metas propuestas.

## **Presidentes**

Fausto Pinto (WHF) Gustavo Restrepo (SIAC) Emiliano Reparaz (UPM)

## **Presidentes Honorarios**

Jorge Camilletti (FAC) Ana María Salvati (SAC)

### **Presidente Comité Organizador**

Ricardo Lopez Santi (SIAC)

### **Comité**

Jean Luc Eiselle (WHF)

Daniel Piñeiro (WHF)

Fernando Wyss (SIAC)

German Lopez (UPM)

Laura Mariel Giachello (UPM)

Carlos Barrero (SAC)

Guillermo Fábregues (SAC)

Nestor Vita (FAC)

Daniel Piskorz (FAC)

### **Comité de Redacción:**

Carlos Amanquez

Ricardo Lopez Santi

Daniel Piñeiro

Alvaro Sosa Liprandi

### **Presidente Comité Científico**

Álvaro Sosa Liprandi (SIAC)

### **Comité**

Alvaro Averzum (WHF)

Pablo Perel (WHF)

Carlos Ponte (SIAC)

Kennedy Nunes (UPM)

Alberto Lorenzatti (FAC)

Felipe Martinez (FAC)

Jorge Tartaglione (SAC)

Néstor Pérez Baliño (SAC)

Luz Cabral (Sociedad Paraguaya de Cardiología)

