

# PREVENCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR: POLÍTICAS CHILENAS

## *PREVENTION OF CARDIOVASCULAR RISK: CHILEAN POLICY*

DRA. MARÍA CRISTINA ESCOBAR F. (1)

1. JEFA DEPARTAMENTO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. DIVISIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES. MINISTERIO DE SALUD.

Email: mescobar@minsal.cl

### RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares, las isquémicas del corazón y cerebrovasculares son la principal causa de muerte en Chile. Las acciones preventivas incluyen estrategias de salud pública y de alto riesgo, complementarias entre sí. Se destacan iniciativas intersectoriales, legales y acuerdos con la industria. La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 señala las prioridades sanitarias del Ministerio de Salud e incluye metas e indicadores para aumentar los factores protectores de la salud y mejorar la sobrevivencia de los pacientes que han tenido un evento cardiovascular. Las garantías explícitas en Salud (GES/AUGE), y la atención primaria de salud a través del Programa Salud Cardiovascular son iniciativas que contribuyen a mejorar la detección y control de las personas en riesgo. Se destaca la disponibilidad de información epidemiológica de buena calidad, encuestas y registros de mortalidad que permiten monitorear tendencias. Es necesario fortalecer los servicios preventivos en la atención primaria de salud.

*Palabras clave:* Enfermedad cardiovascular, prevención, salud pública, salud primaria.

### SUMMARY

Cardiovascular diseases, ischemic heart and cerebrovascular, are the leading cause of death in Chile. Preventive actions include a mix of public health and high risk strategies. It highlights examples of intersectoral initiatives, laws and agreements with industry. The National Health Strategy 2011-2020 outlines the health priorities of the Ministry of Health

and includes targets and indicators to increase protective factors for cardiovascular health and improve survival of patients who have had a cardiovascular event. Explicit Health Guarantees (GES/AUGE), and the Cardiovascular Health Program at the primary health level are initiatives that help improve detection and control of persons at risk. Chile has good quality epidemiological information, surveys and registries, that allow monitoring risk factor and mortality trends. There is a need to strengthen preventive services in primary health care.

*Key words:* Cardiovascular diseases, prevention, public health, primary health.

### INTRODUCCIÓN

En Chile, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, con 24.819 defunciones anuales; ello representa el 29% del total de muertes del 2008, lo que constituye la segunda causa de muerte prematura después de las neoplasias malignas. Son la tercera causa de años de vida saludables perdidos (AVISA), tanto en hombres como en mujeres, de los cuales 66,7% son por discapacidad. Han aumentado su importancia relativa de un 15% el año 1970 a un 28% el 2007. Sin embargo, el riesgo de morir por estas enfermedades se redujo de 161,8 por 100.000 habitantes en 1998 a 136,6 por 100.000 habitantes el 2007, lo que representa una reducción de 16% en los últimos 10 años (MINSAL 2010).

El grupo de las enfermedades isquémicas del corazón, cuyo principal diagnóstico es el infarto agudo al miocardio y las enfermedades cere-

brovasculares, particularmente el infarto y hemorragia cerebral, representan aproximadamente dos tercios de la mortalidad cardiovascular en Chile y son las dos principales causas específicas de muerte tanto en hombres como en mujeres, con un 10.2% y un 8.3% del total de las defunciones entre los años 2001-2008, respectivamente (Icaza G, 2010).

Las acciones preventivas se dirigen a intervenir sobre la población en general (estrategia poblacional) y personas enfermas (estrategia de alto riesgo), estrategias complementarias entre sí. La mayoría de los eventos cardiovasculares en una población ocurre en personas con un nivel promedio o con una elevación ligera en los factores de riesgo, y no en aquel segmento de la población, reducido en tamaño, con una elevación significativa en los niveles de los factores de riesgo cardiovascular. Basado en este conocimiento es que las estrategias poblacionales o de salud pública se utilizan para trasladar la distribución poblacional de los factores de riesgo hacia niveles más favorables. Con estrategias poblacionales exitosas, pequeños cambios pueden resultar en mejoras significativas en las tasas de morbi-mortalidad cardiovascular (Lloyd-Jones DM, 2012).

### ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA

En los últimos años destacan diversas iniciativas poblacionales de promoción de la salud y de carácter intersectorial liderados por el gobierno. El Sistema de Protección Integral a la Infancia, a través de Chile *Crece Contigo* (ChCC), se basa en evidencia científica que señala la importancia de la salud en los primeros años de la vida del niño para prevenir las enfermedades no transmisibles en la vida adulta, entre ellas las cardiovasculares. Su objetivo es garantizar igualdad de condiciones para un óptimo crecimiento y desarrollo del niño durante los primeros años de vida en su etapa de mayor vulnerabilidad. *La Estrategia Global contra la Obesidad (EGO-Chile)*, implementada durante el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet y más recientemente durante el gobierno del Presidente Sebastián Piñera, el programa *Elige Vivir Sano (EVS)* liderado por la Primera Dama. Se trata de iniciativas de promoción de la salud e intersectoriales con la participación de la empresa privada en coordinación con los organismos estatales. Su objetivo es promover un estilo de vida más saludable entre los chilenos a través de la adopción de una dieta saludable y el fomento de la actividad física, para prevenir la obesidad y las enfermedades no trasmisibles asociadas.

### INICIATIVAS LEGALES

El tabaquismo es hoy la principal causa de muerte prevenible en el mundo. Mata al menos uno de cada dos fumadores, 15 años prematuramente, en promedio. Es el principal factor de riesgo de la enfermedad isquémica del corazón y un factor de riesgo importante del ataque cerebral (WHO 2008). Por su importancia como problema de salud pública, Chile ratificó, el año 2005, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (OMS 2003), lo que contribuyó a modificar la antigua Ley de Tabaco y avanzar en los siguientes aspectos: limitar el acceso al tabaco a los menores de 18 años, prohibir la promoción y publicidad del ta-

baco en los medios de comunicación, incorporar advertencias gráficas rotatorias en los envases de tabaco, y declarar espacios libres de humo de tabaco en establecimientos educacionales, de salud, en lugares de trabajo, transporte público, y restaurantes. Estas estrategias han tenido impacto en reducir el consumo mensual de tabaco en escolares, con una prevalencia de 33% el 2009, 9 puntos menos que la del año 2005 (CONACE 2009). Sin embargo, en la población adulta la prevalencia permanece alrededor de 40%, sin cambios en los últimos 6 años (ENS 2009-10), lo que probablemente se debe a la implementación incompleta de las medidas efectivas señaladas en el Convenio Marco, por ejemplo, incremento en el precio de los cigarrillos, prohibición de fumar en lugares públicos, barreras de acceso a la compra de cigarrillos, programas de apoyo para dejar de fumar. Un nuevo proyecto de ley, que modifica la Ley 19.419 de Tabaco, está actualmente en discusión en el Congreso con el objetivo principal de avanzar hacia espacios 100% libres del humo del tabaco.

Desde el 2006, según el Reglamento Sanitario de los Alimentos, es obligatorio el etiquetado nutricional de todos los alimentos envasados con información sobre el contenido de nutrientes específicos: entre ellos el contenido de calorías, proteínas, grasas, hidratos de carbono y el contenido de sodio, por 100g y por porción de consumo habitual. Si el alimento contiene 3 ó más gramos de grasa por consumo habitual deberá entregar información desagregada según el tipo de ácidos grasos: saturados, moniinsaturados, poliinsaturados, trans y colesterol. Por otra parte, si el alimento contiene 35 mg ó menos de sodio, se aceptará la declaración de que el alimento no contiene más de 35 mg por porción.

El 2012, después de cinco años de tramitación en el Congreso, se aprobó la Ley de Composición de los Alimentos y su Publicidad (Ley 20.606). La nueva Ley prohíbe la venta de alimentos elevados en grasa, azúcar o sal (comida "chatarra") en establecimientos de enseñanza parvularia, básica y media. Además la Ley indica que la venta de alimentos especialmente destinados a menores de 14 años no podrá efectuarse mediante ganchos comerciales tales como regalos, concursos, juegos u otro elemento de atracción infantil no relacionados con la promoción propia del producto. La norma obliga a las empresas productoras, distribuidoras o importadoras de alimentos a informar en sus envases los ingredientes, incluyendo aditivos e información nutricional. Además, se entrega al Ministerio de Salud la facultad de determinar los alimentos que, de acuerdo con su volumen o por porción de consumo, tengan elevados contenidos de calorías, grasas, grasas trans, azúcares, sal u otros ingredientes, los que deben ser rotulados con un mensaje de advertencia, "alto en..." , o con una denominación equivalente. Se espera que esta Ley contribuya a la selección de alimentos más saludables por parte de los consumidores.

### INICIATIVAS SECTORIALES

En Chile, una de cada siete muertes es atribuible directamente a hipertensión. Por otra parte, estimaciones nacionales indican que una baja en el consumo de sal que logre una disminución de aproximadamen-

te 4 mmHg (3% reducción de la PAS) evitaría 1254 muertes anuales (MINSAL 2008).

Adhiriendo a la iniciativa liderada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud propuso un Plan de Acción 2010 – 2015 para reducir la ingesta de sal en la población a través de tres líneas de acción:

- 1- Alertar a la población sobre el riesgo que representa para la salud una ingesta elevada de sal/sodio.
- 2- Disminuir el contenido de sodio en alimentos elaborados mediante la regulación y los acuerdos voluntarios con la industria.
- 3- Generar información que contribuya al aumento de la disponibilidad y el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio (MINSAL 2010 b).

Los principales avances a la fecha son la determinación de la excreción de sodio en orina (ENS 2009 -10), que se estima en 9,8 g/día. Prácticamente duplica la ingesta recomendada y la meta global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2025, que es lograr un consumo de menos de 5g de sal por persona/día. Considerando que el pan es uno de los alimentos más consumidos por los chilenos, el Ministerio de Salud ha llegado a acuerdos voluntarios con la Federación Chilena de Industriales Panaderos y la Asociación Gremial de Supermercados de Chile AG, para reducir en forma progresiva el contenido de sal en el pan hasta llegar a una reducción del 50% el 2014. Ya se hizo mención más arriba a la promulgación de la nueva Ley de Alimentos, que rotulará con mensajes de advertencia a aquellos alimentos con un alto contenido de sodio (el nivel aún no está definido), lo que se traducirá en una advertencia al consumidor (ejemplo: “alto en sal”) que lo incite a considerar la elección de un alimento alternativo más saludable. Esta Ley no permite la venta de alimentos “chatarra” a niños en las escuelas, lo que contribuirá a reducir el acceso a alimentos altos en sodio.

### OBJETIVOS SANITARIOS PARA LA DÉCADA 2011-2020

Las prioridades de salud del país para la próxima década están explicitadas en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, cuyo objetivo es mejorar la salud de la población, disminuir las desigualdades sociales en materia de acceso a la salud, aumentar la satisfacción de las personas y asegurar la calidad de las prestaciones de salud (MINSAL 2011). Esta Estrategia incluye metas específicas dirigidas a reducir la prevalencia de tabaquismo, el consumo perjudicial de alcohol, el sobrepeso y obesidad en población infantil y aumentar la prevalencia de actividad física en adolescentes y jóvenes entre los factores de riesgo conductuales priorizados; adicionalmente, se pretende aumentar la cobertura efectiva del tratamiento de las personas con hipertensión arterial y diabetes (personas hipertensas y diabéticos en la población general con presión arterial bajo 140/90 mmHg y HbA1c bajo 7%, respectivamente), e incluye metas específicas para aumentar la sobrevivencia de las personas que han tenido un infarto agudo al miocardio o ataque cerebral.

Una de las metas más desafiantes es la de “salud óptima”, que propone aumentar la proporción de chilenos con al menos cinco factores protectores de los ocho siguientes:

- No fumar
- Tener peso normal (Índice de Masa Corporal, IMC, bajo 25)
- Realizar al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana
- Consumir al menos cinco porciones de frutas o verduras al día
- Tener presión arterial bajo 120/80 mm Hg
- Colesterol total bajo 200 mg/dl,
- Glicemia bajo 100 mg/dl.

Hoy en día la proporción de chilenos que cumple con este estándar es sólo de un 16,7%. Para el logro de las metas, la estrategia propone una serie de resultados esperados con sus respectivos indicadores, que permitirán monitorear y evaluar el avance y logro de las metas a mitad de período, el 2015 y al término de la década, el 2020.

Una estrategia transversal de la ENS 2011-2020 es adecuar la provisión de servicios para mejorar la calidad del cuidado de la salud de las personas con enfermedades no transmisibles, que incluye aquellas con factores de riesgo o las que han tenido un evento cardiovascular. Se requiere la implementación progresiva de un modelo de atención que transforme la atención de salud desde un sistema esencialmente reactivo, el cual actúa principalmente cuando la persona está sintomática, a una atención proactiva y anticipatoria que se centra en mantener a la persona en las mejores condiciones de salud. Esta transformación involucra hacer cambios significativos en la organización de los servicios, sistemas de información, competencias de los recursos humanos, diseño de la atención y la vinculación con los recursos comunitarios, especialmente en la atención primaria de salud.

### GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

Desde el año 2005, las siguientes condiciones: hipertensión arterial, infarto agudo del miocardio, enfermedad cerebrovascular isquémica, hemorragia subaracnoidea aneurismática, más otras condiciones que aumentan el riesgo cardiovascular, como son la diabetes tipo 1 y tipo 2, la enfermedad renal crónica (ERC), ERC terminal, la depresión y los cuidados paliativos, están incluidos en el listado de condiciones con garantías explícitas de salud (GES o AUGÉ), garantizando el acceso, oportunidad y protección financiera a los beneficiarios (MINSAL, 2010). Son un derecho por Ley de los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el seguro público, Fondo Nacional de Salud (FONASA), o el seguro privado, a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), según corresponda. La implementación del GES ha contribuido a avanzar en forma más equitativa a asegurar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes beneficiarios del sistema público y privado con enfermedades no transmisibles. La hipertensión arterial está entre los diez problemas GES que representan el 80% de la demanda en FONASA y las ISAPRES; es la principal causa de demanda en el seguro público y la segunda en el sistema privado. Además, está entre los ocho problemas de salud que concentran el 50% del costo de las garantías explícitas. Entre los logros asociados al Plan AUGÉ está el acceso precoz a la terapia trombolítica que ha contribuido a reducir

la mortalidad por infarto agudo del miocardio (Nazzari C. et al, 2008). El mismo Decreto GES en su Título II establece metas de cobertura para el Examen de Medicina Preventiva (EMP), derecho que tienen todos los afiliados y beneficiarios tanto del seguro público como del privado. El EMP del adulto incluye la detección de los factores de riesgo cardiovascular mayores como son el tabaquismo, la diabetes, la hipertensión y el colesterol elevado, y los condicionantes: obesidad, sedentarismo, ingesta perjudicial de alcohol, para una intervención oportuna. Sin embargo, este derecho no es suficientemente conocido por la población y tiene una baja cobertura del control preventivo de los adultos.

El GES por Ley requiere que toda condición incluida en el listado de condiciones con garantías explícitas esté apoyada por una Guía de Práctica Clínica (GPC). Es así como las 69 condiciones GES, además del EMP tienen el respaldo de una GPC actualizada, las que están publicadas en la página web del Ministerio de Salud ([www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)). Su objetivo es hacer recomendaciones de práctica clínica basada en la evidencia científica, por una parte, y otorgar el fundamento técnico para considerar la inclusión de una nueva prestación en las canastas financiadas por el sistema GES.

### ROL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En respuesta a la transición epidemiológica acelerada observada en Chile que se caracteriza por un incremento absoluto y relativo de la población adulta y de los mayores de 65 años, y el aumento en la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, se han desarrollado programas de prevención y control para estas patologías en la atención primaria de salud. Entre otros, se destaca el Programa Salud Cardiovascular (PSCV), con más de un millón y medio de personas con diabetes, hipertensión, dislipidemia o tabaquismo en control. El PSCV, a cargo de un equipo de salud multidisciplinario (médico general, enfermera y nutricionista, entre otros), utiliza un enfoque terapéutico basado en el nivel de riesgo cardiovascular absoluto, cuyo objetivo es mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y su efectividad. Las personas inscritas en el Programa tienen derecho a las garantías explícitas de salud asociadas a la hipertensión y la diabetes, más otras prestaciones o servicios adicionales vinculados a la organización para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes en PSCV (MINSAL 2009).

Anualmente y por Resolución, a los establecimientos en atención primaria de salud se les fijan metas sanitarias cuyo objetivo es promover la calidad y oportunidad de la atención. Es así como para el año 2012 se monitorean y evalúan metas de cobertura efectiva para diabetes e hipertensión arterial cuyo cumplimiento está asociado a incentivos financieros (Resol. Ex N°767/2011).

### VIGILANCIA

Uno de los avances más significativos de los últimos 15 años en el país es disponer de información sobre los factores de riesgo cardiovascular. El Ministerio de Salud ha realizado dos Encuestas Nacionales de Calidad de Vida los años 2000 y 2006 y dos Encuestas Nacionales de Salud, el 2003 y la última el 2009-10. Estas encuestas han permitido conocer la magnitud y la tendencia de los principales factores de riesgo cardiovasculares y su asociación con otras conductas o características en la población de 15 años y más. Este hecho, junto a que el país dispone de un registro nacional de mortalidad y también de egresos hospitalarios de larga data y de una calidad razonablemente buena, ha permitido la elaboración de la primera Norma Técnica de Vigilancia de las Enfermedades no Transmisibles (VENT), que busca responder no sólo a las necesidades de información sanitaria nacional o local, sino además a requerimientos del área clínica y de gestión sanitaria. Tanto el infarto agudo al miocardio como la enfermedad cerebrovascular y los factores de riesgo cardiovasculares mayores están incluidos en el modelo de VENT el que utiliza las etapas de la "Historia Natural de la Enfermedad" y el enfoque de determinantes sociales de la salud (Minsal 2011b).

### DESAFÍOS

La prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares son de los principales desafíos sanitarios del país. Esto requerirá de un mayor compromiso (recursos) no solo del sector salud sino también de otros sectores, para reducir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares en la población. A nivel de la red de servicios de salud, es fundamental fortalecer y ampliar la oferta de servicios de salud preventivos en la atención primaria de salud y mejorar la articulación entre los distintos niveles de atención para asegurar la continuidad y una mejor calidad de la atención.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. (CONACE) Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes 2009. Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile 8° Básico a 4° Medio [http://www.senda.gob.cl/wpcontent/uploads/2011/04/2009\\_octavo\\_estudio\\_escolar.pdf](http://www.senda.gob.cl/wpcontent/uploads/2011/04/2009_octavo_estudio_escolar.pdf)
2. (ENS) Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-20 <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/encuesta-nacional-de-salud/resultados-ens/>
3. (EVS) Elige Vivir Sano <http://www.eligevivirsano.cl/>
4. ChCC. Gobierno de Chile. Sistema de Protección Integral a la Infancia. <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/>
5. Icaza G, Núñez L, Soto A, Torres F, Díaz D, Villarroel J, Edwards W. Algunos resultados del Atlas de Principales Causas de Muerte en Chile 2001-2008. Presentación powerpoint a los encargados del PSCV del SNSS agosto 2011.
6. Ley 20.606, sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad.

Diario Oficial de la República de Chile, 6 de Julio 2012.

7. loyd-Jones DM. Improving the cardiovascular health of the US population. JAMA. Published online March 16, 2012.
8. MINSAL 2009. Implementación del Enfoque de Riesgo en el Programa Salud Cardiovascular. [http://www.redcronicas.cl/index.php?option=com\\_docman&Itemid=138](http://www.redcronicas.cl/index.php?option=com_docman&Itemid=138)
9. MINSAL 2010. Aprueba Garantías Explícitas de Salud del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud. Decreto N°1, 6.01.2010, publicado en el Diario oficial el 27.02.2010.
10. MINSAL 2010. Estrategia para la Reducción del Consumo de Sal en Chile. Departamento de Alimentos y Nutrición. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción.
11. MINSAL 2010b. Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación final del período.
12. MINSAL 2011. Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf>
13. Minsal 2011b. Norma Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria. <http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/vent/NormaTecnicaVENT.pdf>
14. MINSAL, 2008. Informe final. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible.
15. MINSAL/PUC 2011. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. [http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/page/minsalcl/g\\_home/submenu\\_portada\\_2011/ens2010.pdf](http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/page/minsalcl/g_home/submenu_portada_2011/ens2010.pdf)
16. Nazzal C, Campos P, Corbalán R, Lanás F, Bartolucci J, Sanhueza P, Cavada G, Prieto JC, en representación del Grupo GEMI. Departamento de Estudios Multicéntricos, Sociedad Chilena de Cardiología y Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Rev Méd Chile 2008; 136: 1231-1239.
17. OMS 2003. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf> Bajado 8.07.2011
18. Resolución Exenta N°767/2011. Diario Oficial de la República de Chile, N°40.063; 16.09.2011.
19. WHO 2008. Report on the Global Tobacco Epidemic. The MPOWER package.

La autora declara no tener conflictos de interés, con relación a este artículo.