

Abordaje de la hipercolesterolemia en planes y estrategias de salud en España: estado actual y propuestas de futuro

The approach to hypercholesterolemia in health strategies and plans in Spain: present situation and future proposals

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0958>

M. Urtaran-Laresgoiti¹, R. Nuño-Solinís¹, E. Urizar¹, L. Pérez de Isla², P. Mata³, I. Leguina⁴

RESUMEN

Fundamento. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte a nivel mundial y la hipercolesterolemia (HC) es un importante factor de riesgo cardiovascular (FRCV). En España, aproximadamente un 25% de los adultos de mediana edad presentan hipercolesterolemia. Nuestro objetivo fue analizar las estrategias y planes de salud existentes en España respecto a las ECV y a la HC, y definir líneas de actuación para su control desde la gestión y política sanitaria.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo. En la primera fase se revisó la literatura y se realizaron seis entrevistas semiestructuradas; en una segunda fase, 12 expertos identificaron las barreras existentes y propusieron estrategias para reducir la mortalidad prematura por las ECV.

Resultados. Se identificaron 51 documentos de planificación, el 43% hacían referencia a la HC. Se detectó una alta variabilidad en la implementación de iniciativas a nivel autonómico para el control de la HC. Las barreras identificadas para explicar estos resultados fueron: banalización de la HC, falta de participación activa de agentes clave, desconocimiento del impacto de la HC, el modelo de atención y los circuitos asistenciales existentes, y las políticas sanitarias a corto plazo y con escasa dedicación de recursos a la HC.

Conclusiones. A pesar del impacto en salud y socioeconómico de las ECV y de la HC en España, el peso de la HC en las políticas de salud no parece corresponderse con esa relevancia. Faltan medidas para su abordaje, pese a la evidencia de su efectividad. Este estudio propone medidas concretas para avanzar en su control.

Palabras clave. Enfermedades cardiovasculares. Hipercolesterolemia. Estrategias y planes. Políticas de salud.

ABSTRACT

Background. Cardiovascular Diseases (CVD) are a major cause of death worldwide and Hypercholesterolemia (HC) is an important cardiovascular risk factor. In Spain, approximately 25% of middle-aged adults suffer from HC. Our objective was to analyse current health strategies and plans in Spain related to CVD and HC in order to define possible future courses of action to bring about better control from a health management and policy perspective.

Methods. The study was observational and descriptive. In the first step, a literature review was carried out, followed by six semi structured interviews. In the second step, a group of 12 experts in the field identified existing barriers to HC control and suggested ways to reduce premature mortality due to CVD.

Results. A total of 51 documents were identified, of which 43% referred to HC. There was a high variability at the regional level in the implementation of measures and initiatives for the control of HC. Barriers that were identified were: trivialization of HC, lack of active participation by key stakeholders, lack of understanding of the impact of HC, existing care models and pathways, and short-term health policies that limit the provision of resources for HC care and control.

Conclusion. Despite the considerable medical and socioeconomic burden of CVD and HC in Spain, the importance of HC is not reflected in health policies. There is a lack of HC control measures, even when they are shown to be highly feasible and beneficial. This article proposes specific measures to improve control of this issue.

Keywords. Cardiovascular diseases. Hypercholesterolemia. Strategies. Health policies.

1. Deusto Business School Health. Deusto Business School. Universidad de Deusto. Bilbao. España
2. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
3. Fundación Hipercolesterolemia Familiar. Madrid.
4. Public Affairs Sanofi. Bilbao. España.

Correspondencia:

Maider Urtaran-Laresgoiti
Hermanos Aguirre, 2-3ª planta
48014 Bilbao
España
E-mail: maider.urtaran@deusto.es

Fuente de financiación: Este informe ha contado con el patrocinio no condicionante de Sanofi España.

Declaración de conflicto de intereses: I. Leguina trabaja para Sanofi España. El resto de autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recepción: 22/12/2020
Aceptación provisional: 04/02/2021
Aceptación definitiva: 07/04/2021

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de mortalidad y de años de vida perdidos en el mundo¹. La hipercolesterolemia (HC) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV), asociándose especialmente al desarrollo de cardiopatía isquémica²; el riesgo relativo de sufrir un evento cardiovascular en personas con HC es 3,57 (2,55-5,02)¹.

Considerando que la HC se define como un nivel de colesterol >200 mg/dL, la prevalencia en la población adulta española es del 50%, de los cuales solo el 23,7% estaría tratado y el 13,2% controlado. La prevalencia de pacientes con colesterol total (CT) >240 mg/dL está entre el 20 y el 25%³⁻⁵. Además, la HC familiar (HF) es la enfermedad genética más prevalente; aproximadamente una de cada 250 personas en la población general presenta HF^{6,7}, aunque en España solo el 20% de la población con HF está diagnosticada^{8,9}. Ello conlleva una falta de prevención eficaz de las ECV, afectando a la calidad de vida de los pacientes¹⁰.

La HC es el cuarto problema de salud más importante en términos de costes sanitarios en Europa, y las ECV suponen más de 9.000 millones de euros de gasto al año para el Sistema Nacional de Salud¹¹. Por tanto, las ECV, la HC y la HF son un reto de salud pública que precisan de actuación en su prevención; las principales autoridades y organismos en salud a nivel mundial corroboran esta situación¹².

La Conferencia Internacional de Salud Global, celebrada en mayo de 2018, ponía la HF como ejemplo de prevención cardiovascular, donde se destacaban las potencialidades de detección y tratamiento precoz para evitar muertes cardiovasculares prematuras¹³. Se subrayó el interés y la responsabilidad de trasladar a las autoridades sanitarias y a los profesionales sanitarios la importancia de la detección precoz de la HF, así como el conocimiento científico generado para que sean aplicados en la práctica clínica. También se instaba a los responsables políticos a implantar medidas para mitigar el impacto en salud de esta enfermedad. De la conferencia salió un grupo de trabajo para situar en los próximos años la detección de la HF en la agenda de salud de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud¹³.

En la mayoría de países europeos, la HC no tiene clasificación de enfermedad y se considera FRCV, por lo que suele ser abordada en las políticas de prevención cardiovascular. Sin embargo, no parece contar con la misma priorización y consideración que el resto de factores de riesgo en las políticas de salud (como es el caso del consumo de tabaco o la promoción de hábitos de vida saludables).

El objetivo del estudio fue analizar las estrategias y planes de salud en España, a nivel nacional y regional, relacionados con la HC con el fin de identificar las barreras en su abordaje y definir una ruta de avance en su control que redunde en la mejora de la atención a las personas con hipercolesterolemia y disminuya su impacto a nivel poblacional. Este estudio quiere aportar conocimiento novedoso desde un enfoque de gestión y política sanitaria para un mejor abordaje de la HC e HF.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, realizado entre noviembre de 2016 y noviembre de 2017 en dos fases de trabajo: 1) revisión de la literatura y entrevistas semiestructuradas, y 2) sesiones de trabajo.

Primeramente, se realizó una revisión exploratoria de la situación de abordaje en las políticas de salud de las ECV, la HC y la HF en España mediante una búsqueda de los planes integrales de atención a las ECV, estrategias específicas de HC, Planes de Salud y Estrategias de Cronicidad para cada una de las comunidades autónomas (CCAA) en las páginas oficiales de las administraciones regionales y en el motor de búsqueda *Google*. Esta búsqueda se completó con una revisión de Planes integrales de atención a la Diabetes tipo 2 (DM2) dada la alta prevalencia de asociación entre ambas patologías. El análisis de los documentos consistió en la búsqueda de los términos *colesterol*, *hipercolesterolemia* y *dislipemia* o *dislipidemia* en los soportes escritos en formato electrónico. Esto permitió evaluar la consideración de estos FRCV en los planes, además de ayudar a los análisis de los objetivos y acciones descritos en ellos. No se aplicó ningún filtro de fechas de publicación.

A continuación se realizaron seis entrevistas semiestructuradas a expertos en las áreas de ECV, lípidos, y/o HC, siendo posible identificar algunos documentos de interés no seleccionados previamente, intervenciones regionales no publicadas, y la opinión sobre áreas de mejora para un correcto manejo de los pacientes con HC e HF. En la selección de las personas se buscó la representatividad de las principales CCAA por volumen de población, así como la heterogeneidad en el perfil de las personas entrevistadas. Estas corresponden a las especialidades médicas de Cardiología, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Salud Pública, así como a Farmacia Hospitalaria y Gestión Sanitaria.

Las entrevistas fueron grabadas en audio previo consentimiento de los informantes entre diciembre de 2016 y noviembre de 2017. Las transcripciones permitieron clasificar las iniciativas innovadoras, proyectos y prácticas relevantes para cada CCAA.

Posteriormente, se desarrollaron sesiones de trabajo con un grupo multidisciplinar de expertos en el área de gestión de la HC, con representación de las sociedades científicas implicadas en la atención de las personas con HC e HF. La selección de las personas participantes se basó en criterios de heterogeneidad geográfica y perfil profesional. Las reuniones se desarrollaron entre octubre y noviembre de 2017. Se emplearon metodologías de pensamiento de diseño (*design thinking*) para identificar barreras y soluciones desde una perspectiva de usuario, con el fin de plantear una hoja de ruta para el abordaje de la HC y ECV en España. La selección final de las iniciativas concretas a desarrollar se basó en criterios de viabilidad e impacto de las acciones.

El diseño de la hoja de ruta se inspiró desde el principio en el *Cholesterol Roadmap* desarrollado por la Federación Mundial del Corazón dentro de la campaña *25 by 25* para reducir la mortalidad prematura por ECV en un 25% para el año 2025¹⁴.

RESULTADOS

De los documentos identificados, se incluyeron en esta revisión aquellos con acceso al documento completo y, en su caso, al Plan de Salud más reciente. En total, se analizaron 51 documentos: 15 Estrategias de Cronicidad (una de ámbito nacional y 14 regionales), 16 Planes de Salud, y 20 documentos publicados en torno al manejo y tratamiento de las ECV que incluían planes integrales de atención de DM2 de Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha e Islas Baleares, y la Estrategia en Diabetes del SNS.

La Figura 1 recoge el diagrama de flujo y documentos seleccionados. El listado de las referencias seleccionadas se recoge en el Anexo 1.

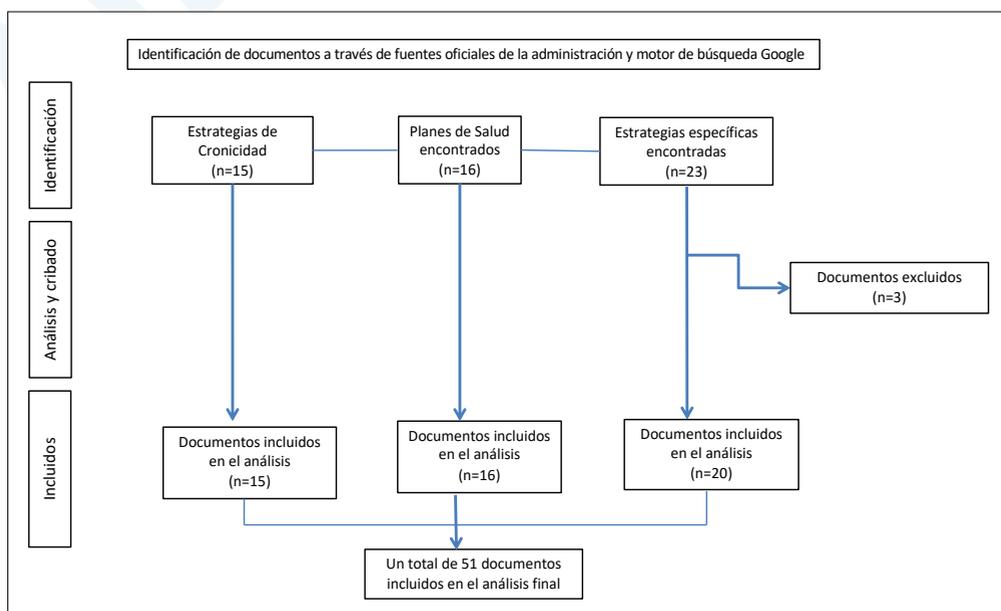


Figura 1. Diagrama de flujo y documentos seleccionados.

El 6,7% de las Estrategias de Cronicidad, el 31,2% de los Planes de Salud y el 70% de las estrategias específicas recogían medidas concretas para el abordaje de la HC. En general, las ECV y la HC aparecen recogidas de manera descriptiva destacando su importancia debido a su alta prevalencia y a la previsión del alto impacto de las ECV en salud. Existe una variabilidad en el grado de desarrollo de acciones para la atención de la HC en los diferentes documentos autonómicos, reconociendo la importancia de la HC como FRCV, aunque las estrategias específicas profundizan más en el desarrollo de medidas para el manejo y tratamiento de ECV concretas. Entre las más recomendadas en los documentos están la de sensibilizar a la población general y proporcionar educación para la salud sobre la prevención y detección precoz del RCV, y la de asegurar la identificación y registro de pacientes, mencionándose en el 13,7% y 17,6% de los documentos, respectivamente.

La tabla 1 recoge el resultado detallado del análisis de los documentos analizados en la primera fase.

Tabla 1. Análisis de los distintos tipos de documentos incluidos en el estudio

Documentos (n=51)		
Tipo (n) Incluyen: n (%) - palabras de búsqueda - medidas específicas de abordaje de HC	Contenido general	Contienen los siguientes objetivos y/o medidas (n; %)
Estrategias de Cronicidad (n=15) 10 (66%) 1 (6,7%)	Principalmente datos descriptivos de la magnitud de la HC. Escasez de medidas concretas para HC.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer y vigilar la prevalencia, incidencia e impacto de los FRCV (5; 9,8%) - Sensibilizar a la población general y proporcionar Educación para la Salud sobre la importancia de la prevención y detección precoz del RCV (7; 13,7%).
Planes de Salud (n=16) 12 (75%) 5 (31,2%)	Indicadores de prevalencia, incidencia, cobertura de servicios, volumen de seguimiento y diagnóstico de la HC. Variabilidad en cuanto a desarrollo de medidas y objetivos concretas para HC.	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con el departamento de Salud Pública para establecer y evaluar actividades preventivas (1; 2%). - Crear aplicaciones informáticas (o aprovechar la Historia Clínica Electrónica) para fomentar la valoración, control y registro del RCV global (5; 9,8%). - Incluir la valoración del RCV y la prevención en los objetivos de los proveedores y vincularlos a su paga variable (1; 2%). - Identificación y registro de los pacientes (N=9; 17,6%). - Crear material de apoyo y formar a los profesionales sobre el uso de guías, protocolos, fichas de recogida de datos, valoración, recomendaciones en la prevención, detección, tratamiento y seguimiento de la HC y protocolos de derivación (5; 9,8%).
Estrategias específicas (n=23; tres documentos no fueron analizados por imposibilidad de acceso al texto completo: n=20). 20 (100%) 14 (70%)	Tratamiento y manejo en general de ECV, y en concreto de cardiopatías isquémicas, enfermedad vascular aterosclerótica, lípidos, HC y/o dislipemias. Tres documentos abordan en especial la HC de manera directa.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a profesionales y crear una red para afrontar el RCV (2; 4%). - Establecer programas especiales de detección y seguimiento, logrando el control de las personas con HC (2; 4%). - Iniciar o seguir tratamiento hipolipemiente para lograr objetivos terapéuticos (2; 4%). - Reforzar medidas no farmacológicas en los pacientes (2; 4%).

HC: hipercolesterolemia; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; RCV: riesgo cardiovascular.

A continuación, se llevaron a cabo las entrevistas semiestructuradas. El perfil de las personas entrevistadas se recoge en la tabla 2; solo una de las seis personas entrevistadas era mujer.

Tabla 2. Expertos participantes en la entrevista semiestructurada (fase 1 del estudio)

Especialidad	CCAA	Sexo
Cardiología	Andalucía	H
Medicina Interna	Cataluña	H
Medicina Familiar y Comunitaria	Madrid	H
Salud Pública	Cataluña	M
Farmacia Hospitalaria	Valencia	H
Gestión Sanitaria	Galicia	H

CCAA: comunidad autónoma; H: hombre; M: mujer.

A partir de la revisión y las entrevistas se identificó que en España se han puesto en marcha distintas iniciativas y políticas en prevención cardiovascular por parte de administraciones sanitarias y sociedades científicas.

Entre los documentos de consenso y guías más destacadas para la prevención y control de la hipercolesterolemia y el riesgo cardiovascular se encuentran la *Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular*, desarrollado por el Instituto de Salud Carlos III y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA)¹⁵; el documento *Control de la colesterolemia en España. Un instrumento para la prevención cardiovascular*, publicado en 2000 por el Ministerio de Sanidad¹⁶ con la participación de varias sociedades científicas, así como la adaptación española de las guías europeas (última publicada en 2016) impulsada por el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular¹⁷.

Asimismo, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFyC) publica desde 1998 el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)¹⁸.

En 2016 se publicó el documento de consenso de la Sociedad Española de Arteriosclerosis sobre las indicaciones de los inhibidores de la PCSK9¹⁹, y desde 2006 distintas CCAA han impulsado el denominado Código Infarto para garantizar atención de calidad en pacientes que sufren infartos.

Por su parte, la Fundación Hipercolesterolemia Familiar desarrolló en 2017²⁰ una ecuación para estimar el riesgo de desarrollar un evento CV tanto en prevención primaria como secundaria en pacientes con HF.

Por último, cabe mencionar los sistemas de información y vigilancia implantados a nivel regional. A nivel comunitario, en 2002, la Asociación Española de Hipertensión puso a disposición de los pacientes y profesionales en portal de Internet El Club del Hipertenso, y desde 2005 se celebra el Día Europeo para la Prevención del Riesgo Cardiovascular.

Las sociedades científicas organizaron actividades de prevención, manejo y divulgación científica sobre ECV e HC en concreto.

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar (FHF)²¹ ha creado el estudio prospectivo de cohorte SAFEHEART²⁰, que dispone de una base de datos de familias con HF para analizar la evolución de la enfermedad y generar evidencia científica. En 2015 promovió la publicación de un documento de consenso para revisar la información disponible acerca del diagnóstico y el tratamiento de la HF y acordar con un grupo de expertos recomendaciones que ayuden a los especialistas clínicos y médicos de AP a realizar un adecuado diagnóstico, tratamiento y cribado familiar para prevenir el desarrollo de la enfermedad coronaria prematura (ECP). Asimismo, en 2010 y a instancias de la FHF, la Comisión de Sanidad del Senado aprobó una Proposición No de Ley que sirvió para instar al gobierno a elaborar una estrategia nacional de detección genética de la HF en colaboración con las CCAA y dentro del Consejo Interterritorial. Desde 2004, los pacientes con HF se benefician de la Aportación Reducida para los fármacos hipolipemiantes.

Las prácticas más extendidas a nivel regional para la prevención, detección, manejo y seguimiento de los pacientes con ECV e HC fueron las unidades de atención integrada de RCV, así como los distintos procesos asistenciales integrados de RCV. Cada CCAA ha adoptado distintas formas de organización de sus equipos de profesionales.

En cuanto a financiación se refiere, en general la HC o HF no figuran de manera específica en los indicadores de seguimiento de planes. Los indicadores de control de los FRCV, sin embargo, son habituales en las herramientas de seguimiento de la práctica profesional. Los acuerdos de gestión contemplan en muchos casos indicadores y objetivos de control de los FR, uso de tablas para la valoración del RCV, porcentaje de control lipídico, y número de

altas e ingresos por ECV, ligando la financiación de los servicios a la consecución de dichos objetivos. La remuneración de los profesionales también está en algún caso ligada al alcance de su actividad y resultados en la atención de RCV (como, por ejemplo, en el caso de Galicia o Cataluña).

El grupo seleccionado para las sesiones de trabajo de la fase 2 tuvo representación multidisciplinaria en cuanto al área de conocimiento y heterogeneidad geográfica de las personas participantes (Tabla 3). Un 25% fueron mujeres.

Tabla 3. Expertos participantes en las sesiones de trabajo multidisciplinares (segunda fase del estudio)

Especialidad	CCAA	Sexo
Representante de pacientes	Madrid	H
Cardiología	Madrid	H
Medicina Interna	Madrid	H
Enfermería	Valencia	M
Medicina Familiar y Comunitaria, Gestión	Valencia	H
Gestión	Madrid	H
Farmacia hospitalaria	Andalucía	H
Medicina Familiar y Comunitaria	Madrid	M
Medicina Familiar y Comunitaria	Castilla y León	H
Universidad	Reino Unido	H
Universidad	País Vasco	H
Industria Farmacéutica	Cataluña	M

CCAA: comunidad autónoma; H: hombre; M: mujer.

Las dos sesiones de trabajo han permitido identificar las barreras en el desarrollo de políticas específicas para el abordaje de la HC y HF. Para la mayor consideración en el manejo de la HC en las políticas sanitarias, estas barreras se han clasificado en cinco grandes apartados, detallados en aspectos concretos (Tabla 4).

Tabla 4. Barreras en la definición de políticas

Barrera	Detalle
Desconocimiento de la importancia de la HC (sociedad, políticos, clínicos, medios de comunicación)	<ul style="list-style-type: none"> - Banalización del problema - Falta de actualidad y bajo ruido mediático - Falta de sensibilización del impacto en prevención, costes, tratamiento - Presión industria alimenticia frente a uso de estatinas - Visión cortoplacista
Falta de participación activa y formación (ciudadanía, pacientes, profesionales, políticos y sociedades científicas)	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de grupo de presión de pacientes. Falta de formación. - No duele = no se presiona (por parte de pacientes). - No visualización por profesionales. Falta de concienciación de procesos y agentes de salud. - Poco peso de sociedades científicas en las decisiones.
Desencuentro y falta de objetivos concretos entre profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Controversias en efectividad de los tratamientos. - Falta credibilidad de objetivos, y conocimiento de los objetivos a alcanzar. - Recomendaciones confusas. - No criterios de derivación claros.
Modelo de atención: no prioriza HC	<ul style="list-style-type: none"> - Estratificación del riesgo y protocolos sin calar. - Escasa retroalimentación de los registros; indicadores. - Dependiente de otros FR; FR minimizado. - Escaso empoderamiento de enfermería y AP. - Recursos limitados: pruebas analíticas, y diagnóstico desde AP. - Falta de adherencia al tratamiento. - Excesivo trámite burocrático.
Falta de visibilización de la HF	<ul style="list-style-type: none"> - Visto como minoritario, no conocimiento de su prevalencia. - Falta de reconocimiento de la vulnerabilidad de las personas por su carácter genético.

HC: hipercolesterolemia; FR: factores de riesgo; AP: Atención Primaria; HF: hipercolesterolemia familiar.

A partir de este análisis de las barreras y posterior debate entre el grupo de expertos, se definió el reto de activar a los agentes clave en el ámbito de la HC, destacando las asociaciones y sociedades científicas como agentes transformadores para una mayor actuación y priorización en las políticas sanitarias que favorezca una mejor atención de este problema de salud. Posteriormente se idearon dos iniciativas concretas a desarrollar, adaptadas al ámbito y realidad local en España: impulsar una campaña de sensibilización dirigida a la ciudadanía y a los miembros de las sociedades científicas, con el objetivo de fomentar la activación e impulsar acciones que lleguen a incrementar el grado de conocimiento de los decisores sobre los riesgos de la HC e HF y hacer visibles a través de un sistema de información específico y automáticamente actualizado, las muertes prematuras por HC e HF en España y el impacto en la mortalidad de estas patologías.

El consenso de expertos ha sido avalado por numerosas sociedades científicas, fundaciones de pacientes y organizaciones a nivel internacional involucradas en el área de conocimiento. Destacan la Federación Mundial del Corazón, la Fundación Española del Corazón, la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, la Sociedad Española de Arteriosclerosis, y la Sociedad Española de Cardiología.

DISCUSIÓN

En la actualidad, la ECV es la causa principal de mortalidad con más de 17 millones de muertes anuales, de las cuales aproximadamente el 50% se producen en personas jóvenes (antes de los 60 años), lo que conlleva una importante carga sanitaria y económica. El papel de la HC y de la HF en el riesgo de enfermedad cardiovascular y su impacto en salud es innegable. Por tanto, las ECV, la HC y la HF son un reto de salud pública que precisan de una actuación urgente para su prevención a todos los niveles.

Si bien las ECV y la HC son reconocidas en las principales políticas y estrategias de salud debido a la alta prevalencia y la previsión del alto impacto que suponen, las medidas concretas para el abordaje de la HC y de la HF son escasas en comparación con otros FRCV (como es el caso de la DM2 u obesidad). Esta misma situación también se produce en la UE en general, donde se observa una falta de iniciativas políticas específicas en HC²².

Los resultados de este estudio demuestran el desarrollo de iniciativas y políticas en prevención cardiovascular por parte de administraciones sanitarias y sociedades científicas en España. Estas medidas van en línea con las que se realizan desde las principales autoridades y organismos en salud que hay a nivel mundial, las cuales corroboran la urgencia de tomar medidas en materia de prevención de las ECV^{12,13}.

Dentro de la campaña de la WHF 25 by 25, otros países a nivel mundial también han realizado análisis de situación para conocer el estado de abordaje de las ECV, así como otros FRCV. Brasil es uno de los pioneros en adaptar una hoja de ruta para el control de las ECV, para lo que ha completado un análisis de situación de la hipertensión y control del consumo de tabaco²³. En el documento apoyado por la Sociedad de Cardiología de Sao Paulo se corrobora el impacto de las ECV a nivel mundial y local, y se concluye que las principales barreras en el control de la hipertensión en el país son la falta de acceso al sistema sanitario, limitaciones en las prescripciones de tratamientos efectivos, así como la barrera económica de coste de los tratamientos médicos. Un documento realizado dentro de la misma campaña en India también destaca un infra diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión²⁴. Se vuelve a mostrar el alto impacto en términos de morbimortalidad y costes de las ECV, así como la falta de acceso al sistema sanitario, escasez de personal que prescriba intervenciones prioritarias para el manejo, y dificultades en la financiación de los tratamientos. En cambio, en España el infra-diagnóstico, el infra-tratamiento y la falta de control no se atribuyen a la falta de acceso al sistema sanitario, sino al desconocimiento de la importancia de la HC y de la HF, así como a la falta de objetivos concretos y no priorización de la HC en los planes y estrategias de salud, como se deriva de los resultados de este estudio. Estudios recientemente publicados corroboran estos resultados²⁵.

Se estima que el uso de datos públicos de mortalidad ha sido aprovechado en el caso de otras patologías distintas a la HC y a la HF para mostrar la tendencia en mortalidad prematura²⁶ y a su vez activar a los agentes implicados. En esta línea, el grupo de expertos aboga por crear un registro *ad hoc* específico con actualización sistemática de la mortalidad prematura, lo que contribuiría a dar una mayor visibilidad al impacto en mortalidad por HC e HF.

El estudio combinó fuentes de informaciones diversas y complementarias, lo que permite el contraste de la información pública con la realidad, a través de la versión de primera mano de los profesionales en las organizaciones y servicios de salud. El estudio tiene limitaciones en cuanto a la falta de acceso a entrevistas de profesionales de otras áreas, además de no incorporar representantes de todas las CCAA de España, lo que hubiera permitido recoger la realidad más cercana de otras regiones más pequeñas en número de población atendida y presupuesto sanitario *per cápita*. Se reconoce también la complejidad que entraña el análisis debido a la división geográfica y el reparto de competencias en materia de sanidad de las distintas CCAA.

De este artículo se concluye que la respuesta política frente al abordaje directo de estas enfermedades es mejorable. Aunque existe una amplia evidencia y consenso sobre el impacto en salud de las ECV, la HC y la HF, la respuesta política para su abordaje no se corresponde con el mismo. Se estima una amplia variabilidad en la atención a la HC y a la HF en las distintas CCAA. El consenso de expertos identifica barreras principalmente en el área de sensibilización y concienciación, tanto ciudadana como de los profesionales sanitarios, sobre el impacto en salud de estas enfermedades, lo que a su vez acarrea una falta de implicación y activación en la respuesta por parte de los distintos agentes en el área. En este sentido, se aboga por potenciar iniciativas de sensibilización y promoción de fuentes de información específicas periódicamente actualizadas que permita crear evidencia, sensibilizar y visibilizar el impacto de la HC y de la HF que influya en la toma de decisiones de las políticas preventivas de salud pública.

La puesta en marcha de las iniciativas propuestas contribuiría a mejorar la atención y gestión de la HC e HF desde los ámbitos de gestión y política sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. FÉLIX-REDONDO F, LOZANO MERA L, ALVAREZ-PALACIOS ARRIGHI P, GRAU MAGANA M, RAMÍREZ-ROMERO J, FERNÁNDEZ-BERGÉS D. Impacto de los factores de riesgo cardiovascular en la población extremeña: aportación de la cohorte HERMEX para una estrategia preventiva. *Atención Primaria* 2020; 52: 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.11.006>
2. ESCRIBANO HERNANDEZ A, VEGA ALONSO AT, LOZANO ALONSO JE, ÁLAMO SANZ R, CASTRODEZA SANZ JJ, LLERAS MUÑOZ S et al. Dislipidemias y riesgo cardiovascular en la población adulta de Castilla y Leon. *Gac Sanit* 2010; 24: 282-287. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.04.004>
3. GUALLAR-CASTILLÓN P, GIL-MONTERO M, LEÓN-MUÑOZ L, GRACIANI A, BAYÁN-BRAVO A, TABOADA J et al. Magnitud y manejo de la hipercolesterolemia en la población adulta de España, 2008-2010: el estudio ENRICA. *Rev Esp Cardiol* 2012; 65: 551-558. doi: 10.1016/j.recesp.2012.02.005
4. GUALLAR E, BANEGAS JR, BLASCO-COLMENARES E, JIMÉNEZ FJ, DALLONGEVILLE J, HALCOX JP et al. Excess risk attributable to traditional cardiovascular risk factors in clinical practice settings across Europe – The EURIKA Study. *BMC Public Health* 2011; 11: 704. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-704>
5. BARRIOS V, ESCOBAR C, LLISTERRI JL, RODRÍGUEZ ROCA G, BADIMÓN JJ, VERGARA J et al. Características clínicas basales y manejo de los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN. *Semergen* 2015; 41: 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.09.010>
6. BANEGAS JR, LOPEZ-GARCIA E, DALLONGEVILLE J, GUALLAR E, HALCOX JP, BORGHÍ C et al. Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURIKA study. *Eur Heart J* 2011; 32: 2143-2152. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr080>
7. NORDESTGAARD BG, CHAPMAN MJ, HUMPHRIES SE, GINSBERG HN, MASANA L, DESCAMPS OS et al. European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease: Consensus Statement of the European Atherosclerosis Society. *Eur Heart J* 2013; 34: 3478-3490. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehf273>
8. GIDDING SS, CHAMPAGNE MA, DE FERRANTI SD, DEFESCHE J, ITO MK, KNOWLES JW et al. American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Young Committee of Council on Cardiovascular Disease in Young, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Functional Genomics and Translational Biology, and Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health. The agenda for familial hypercholesterolemia: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2015; 132: 2167-2192. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000297>
9. The EAS Familial Hypercholesterolaemia Studies Collaboration (FHSC). Vallejo-Vaz AJ, De Marco M, Stevens CAT et al. Overview of the current status of familial hypercholesterolaemia care in over 60 countries. *Atherosclerosis* 2018; 277: 234-255. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2018.08.051>

10. LÁZARO P, PÉREZ DE ISLA L, WATTS GF, ALONSO R, NORMAN R, MUÑIZ O et al. Cost-effectiveness of a cascade screening program for the early detection of familial hypercholesterolemia. *J Clin Lipidol* 2017; 11: 260-271. <https://doi.org/10.1016/j.jacl.2017.01.002>
11. Fundación Española del Corazón. ¿Cuánto cuesta un enfermo cardiovascular?. <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2208-cuanto-cuesta-enfermo-cardiovascular.html>
12. World Health Organization. Newsroom. Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: WHO, 2017. [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
13. Fundación Hipercolesterolemia Familiar. Conferencia Internacional de Salud Global 2018: el modelo de la HF. <https://www.colesterolfamiliar.org/conferencia-internacional-de-salud-global-el-modelo-de-la-hf/>
14. GRAINGER-GASSER A, PEREL P, LAGIER-HÄSSIG L, WOOD D. The Road to 25x25: Update on WHF CVD Roadmaps. *Global Heart* 2017; 12: 269-270. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.05.004>
15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_567_Lipidos_Osteba_compl.pdf
16. PLAZA PÉREZ I, VILLAR ÁLVAREZ F, MATA LÓPEZ P, PÉREZ JIMÉNEZ F, MAIQUEZ GALÁNE A, CASASNOVAS LENGUAS JA et al. Control de la colesterolemia en España, 2000: un instrumento para la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 815-837.
17. ROYO-BORDONADA MÁ, ARMARIO P, LOBOS BEJARANO JM, BOTET JP, VILLAR ALVAREZ F, ELOSUA R et al. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Salud Publica* 2016; 90: e1-e24.
18. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. <https://papps.es/>
19. ASCASO JF, CIVEIRA F, GULJARRO C, LÓPEZ-MIRANDA J, MASANA L, MOSTAZA JM et al. Indicaciones de los inhibidores de PCSK9 en la práctica clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA), 2019. *Clin Investig Arterioscler* 2019; 31: 128-139. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2019.04.002>
20. PÉREZ DE ISLA L, ALONSO R, MATA N, FERNÁNDEZ-PÉREZ C, MUÑIZ O, DÍAZ-DÍAZ JL et al. Predicting cardiovascular events in familial hypercholesterolemia: the SAFEHEART registry (Spanish Familial Hypercholesterolemia Cohort Study). *Circulation* 2017; 135: 2133-2144. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.024541>
21. PAYNE J, WILLIAM S, MAXWELL D, PARIENTE MT, ARROYO-OLIVARES R, JANSSEN TEN HAAF M et al. Familial hypercholesterolaemia patient support groups and advocacy: A multinational perspective. *Atherosclerosis* 2018; 277: 377-382. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2018.08.020>
22. MATA P, ALONSO R, RUIZ A, GONZALEZ-JUANATEY JR, BADIMÓN L, DÍAZ-DÍAZ JL et al. Diagnóstico y tratamiento de la hipercolesterolemia familiar en España: documento de consenso. *Aten Primaria* 2015; 47: 56-65. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.015>
23. World Heart Federation. WHF Roadmap to reducing premature CVD mortality in Brazil – situation analysis. Version 27.09.16. <https://www.world-heart-federation.org/cvd-roadmaps/>
24. World Heart Federation. WHF Roadmap to reducing premature cardiovascular disease (CVD) mortality in India – secondary prevention and hypertension summary situation analysis. Version 27.09.16. <https://www.world-heart-federation.org/cvd-roadmaps/whf-global-roadmaps/cholesterol/>
25. ALONSO R, PÉREZ DE ISLA L, MUÑIZ-GRIJALVO O, MATA P. Barriers to early diagnosis and treatment of familial hypercholesterolemia: current perspectives on improving patient care. *Vasc Health Risk Manag* 2020; 16: 11-25. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S192401>
26. GÓMEZ-MARTÍNEZ L, OROZCO-BELTRÁN D, QUESADA JA, BERTOMEU-GONZÁLEZ V, GIL-GUILLÉN VF, LÓPEZ-PINEDA A et al. Tendencias en la mortalidad prematura por insuficiencia cardíaca por comunidad autónoma en España: 1999 a 2013. *Rev Esp Cardiol* 2018; 71: 531-537. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.09.014>

ANEXO 1. Listado referencias incluidas a partir de la revisión del estudio

Estrategias de cronicidad

- Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas, 2012-2016. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af06533c7e30_PIEC.pdf
- Programa de atención a enfermos crónicos dependientes, 2006. <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/LIBRO%20Programa%20de%20Atencion%20a%20Enfermos%20Cronicos%20Dependientes.pdf/f3fb7d4b-3db9-c272-16fe-d7c5017c6795>
- Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria, 2015-2019. <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
- Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial, 2014-2017. https://www.revistaseden.org/boletin/files/9494_plan_cronicos.pdf
- Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, 2013-2016. https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon.ficheros/319121-Estrategia%20de%20Atenci%C3%B3n%20al%20Paciente%20Cr%C3%B3nico%20en%20Castilla_y_Le%C3%B3n.pdf
- El Programa de prevención i atenció a la cronicitat de Catalunya, 2011-2014. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/Programa.pdf
- Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid, 2014-2017 (ampliado 2021). <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-atencion-personas-enfermedades-cronicas>
- Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana, 2014. <http://www.san.gva.es/documents/156344/5074523/presentacion.pdf>
- Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>
- Estrategia de Atención al Paciente Crónico en La Rioja, 2014-2020. <https://web.larioja.org/plan?n=pla-estrategia-para-enfermos-cronicos>
- Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos, 2013. <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C4EFE71-438B-4C29-80F3-308DF10C13AD/268233/EstrategiaCronicosyPluripatologicosVersionResumida.pdf>
- Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, 2010. <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2016/04/EstrategiaCronicidad.pdf>
- Estrategias de Salud y Atención a la Población con enfermedad Crónica en Asturias, 2014-2015. https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Estrategia+Cronicidad_online.pdf/cddd1f8f-5b7f-369f-a986-70d1280f23c9
- Estrategia para la Atención de la Cronicidad (Murcia), 2013-2015. https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/305538-estrategia_cronicidad.pdf
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, 2012. https://www.aragon.es/documents/20127/674325/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD_SNS_2012.pdf/d56e821e-caa1-4620-5ed9-6a02273b0701

Planes de salud

- IV Plan Andaluz de Salud, 2013. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/IV_PAS_v9.pdf
- Plan de Salud 2030 [Borrador de trabajo], 2019. http://aragonparticipa.aragon.es/sites/default/files/plan_de_salud.pdf
- Plan de salud de Cantabria, 2014-2019. https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/plan_salud_cantabria_2014-2019_lt.pdf
- Plan de Salud de Castilla La Mancha, 2019-2025. https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20191230/borrador_plan_de_salud_dic_2019.pdf
- IV Plan de Salud Castilla y León. Perspectiva 2020, 2016. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon.ficheros/706616-IV%20plan%20de%20salud%20.pdf>
- Pla de Salut de Catalunya, 2016-2020. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
- IV Plan de Salud 2016-2020 Comunitat Valenciana. <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/forum-pla-de-salut>
- Plan de Salud de Extremadura, 2013-2020. https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContent/PLAN%20DE%20SALUD%20DE%20EXTREMADURA%202013-2020.pdf
- Estrategia SERGAS. La Sanidad Pública al Servicio del Paciente, 2014. https://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
- Plan-IB Salud 2020. Promoción de la Salud, 2011 [Borrador]. <https://www.ibsalud.es/hcin/attachments/article/101/ProyectoIBSalud2020.pdf>

- Plan de Salud de Canarias, 2016-2017. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/546c8bb1-8487-11e6-a33b-757951c5b2fa/PlanDeSalud2016.pdf>
- III Plan de Salud, La Rioja, 2015-2019. <https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/III-plan-salud.pdf>
- Plan de Salud de Navarra, 2014-2020. http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020+Ciudadania/
- Osasuna, Pertsonen Eskubidea, Guztion Ardura. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_salud_2013_2020/es_def/adjuntos/plan_salud_2013_2020-web%2012_03_2018.pdf
- Plan de Salud para Asturias 2004-2007. La salud como horizonte, 2004-2007. <http://www.mindbank.info/item/946>
- Plan de Salud 2010 2015 de la Región de Murcia, 2010-2015. http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=1652&idsec=88

Estrategias específicas

- Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía, 2005-2009. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af0653474b10_Plan_Cardiopatias.pdf
- Cartera servicios Atención Primaria, Junta de Andalucía, 2014. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/3-atencion-la-edad-pediatrica/31-seguimiento-de-la-salud-infantil/312-promocion-de-la-lactancia-alimentacion-adecuada-y-otros-habitos-saludables/deteccion-precoz-y>
- Plan Integral de Diabetes de Andalucía, actualización 2016. <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/pidma3.pdf>
- Plan Integral de Diabetes Mellitus de Castilla-La Mancha, 2007-2010. [http://bases.cortesaragon.es/bases/NDocumen.nsf/b4e47719711a1d49c12576cd002660cc/8235603d808d99a1c12576660043d133/\\$FILE/plan%20integral%20diabetes%20CLM%202007%202010.pdf](http://bases.cortesaragon.es/bases/NDocumen.nsf/b4e47719711a1d49c12576cd002660cc/8235603d808d99a1c12576660043d133/$FILE/plan%20integral%20diabetes%20CLM%202007%202010.pdf)
- Programa de Detección Precoz de la HF. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-deteccion-precoz-hipercolesterolemia-familiar>
- Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori (Plan Director de enfermedades del aparato circulatorio), 2017-2019. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Aparell-circulatori/Documentacio/pdmac_2017_2019.pdf
- Plan de promoción de la salud y prevención [Comunidad de Madrid], 2011-2013. <https://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1391.pdf>
- Plan de Salud Cardiovascular [Comunidad de Madrid], 2013. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd112.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220370012943&sbinary=true>
- Plan de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares [Comunidad Valenciana], 2006-2008. <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1420-2006.pdf>
- Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura, 2017-2021. https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Documento_PIEC_2017_2021_382.pdf
- Estratègia de diabetis de les Illes Balears, 2011-2015. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:P9CNt7EcCJoJ:www.caib.es/govern/rest/arxiu/795676+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es>
- Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vasculat Aterosclerótica de Canarias, 2013. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/665e1471-d27e-11e2-8241-7543da9db-b8a/ProgramaEVACompleto.pdf>
- Plan de cuidados para el abordaje de la dislipidemia [Gobierno de Canarias]. https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b35cf913-cf08-11e4-b8de-159dab37263e/09_Abordaje_Dislipemia.pdf
- Riesgo Cardiovascular. Evidencias que orientan la actuación clínica [Navarra], 2003. https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B31A650F-3952-4E42-A4C2-1439ED42F72D/147802/Riesgo_cardiovascular.1.pdf
- Programa Integral de Atención a la Cardiopatía Isquémica [Región de Murcia], 2010-2013. <http://www.smumfyc.es/data/grupos/PIA%20CARDIOPATIA%20ISQUEMICA%202010%202013.pdf>
- Estrategia de Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud, 2009. https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cardiopatia_isquemica/Estrategia_Cardiopatia_Isquemica.pdf
- Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud, 2012. https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf