



PULSO VITAL

Alianza Cardiovascular

Propuestas de *mejora y llamada a la acción* institucional y legislativa
en el abordaje de las ECV en España



Elaborado por BioInnova Consulting, compañía de servicios profesionales de consultoría estratégica y de operaciones especializada en el ámbito de la salud, a partir de las conclusiones obtenidas de las reuniones de expertos de Pulso Vital – Alianza Cardiovascular.

Este documento es propiedad intelectual de BioInnova Consulting (Publi Choice S.L.), y queda prohibida su distribución.

ÍNDICE

Pág. 05

Contexto e introducción

Pág. 08

Metodología

Pág. 11

Comité de Expertos

Pág. 15

Profesionales de apoyo de Pulso Vital - Alianza Cardiovascular

Pág. 16

Líneas estratégicas y grupos de trabajo (GT)

Pág. 17

GT 1: Desarrollo de estrategias que permitan la excelencia en el proceso asistencial de la patología cardiovascular

Pág. 21

GT 2: Promoción de medidas que contribuyan a la disminución de la inequidad en la prevención y tratamiento de las ECV (y sus comorbilidades)

Pág. 24

GT 3: Aumentar la visibilidad de las ECV y la concienciación poblacional sobre su prevalencia e impacto

Pág. 27

GT 4: Fomentar que las enfermedades cardiovasculares sean una prioridad en el ámbito político y gestor

Pág. 30

Decálogo de propuestas

Pág. 35

Conclusiones

Pág. 38

Bibliografía

CONTEXTO E INTRODUCCIÓN

Las **enfermedades cardiovasculares (ECV)** constituyen uno de los mayores desafíos de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ECV son la **principal causa de muerte en el mundo**, cobrándose aproximadamente **17,9 millones de vidas** cada año, lo que representa el 31% de todas las muertes a nivel global¹.

En el contexto europeo, según datos recientes discutidos en una sesión del Consejo de la Unión Europea (UE) bajo la presidencia húngara, las ECV causan aproximadamente **1,7 millones de muertes al año en la UE**. Esta alarmante cifra ha llevado a que las ECV se conviertan en una **prioridad en la agenda de salud europea**. En una reciente sesión de trabajo titulada “Acción europea contra las enfermedades cardiovasculares” los ministros de Salud de la UE destacaron la **necesidad crítica de estrategias concretas para combatir estas enfermedades**, reconociendo que son la principal causa de mortalidad en la UE.

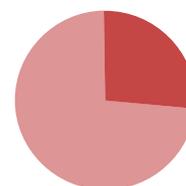
En **España**, la situación es igualmente alarmante: las ECV se cobran diariamente la vida de una media de 431 personas, lo que equivale a **157.315 fallecimientos anuales**². Esta cifra pone de manifiesto la magnitud y la urgente necesidad de combatir este problema de salud pública.

Según los últimos datos provisionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en **2023 las ECV fueron la segunda causa de muerte en España**, representando el **26,5% del total** de defunciones, solo superadas ligeramente por los tumores (26,6%). Respecto al año anterior, los fallecimientos por estas patologías aumentaron un 0,2%, mientras que los de enfermedades del sistema circulatorio **bajaron un 5,3%**³.

Esta dispar evolución provocó que, **por primera vez, la tasa de muerte por tumores** (237,8 por 100.000 habitantes) fuera **superior** a la de las **enfermedades del sistema circulatorio** (237,5)³.

A pesar de esta reducción en la mortalidad, las ECV siguen siendo una **causa principal de muerte y discapacidad en España**. Entre las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la causa de muerte **más frecuente en 2023**, con **27.203 personas fallecidas**, un 6,4% menos que en 2022. Les siguieron las enfermedades cerebrovasculares, con 23.173 defunciones (un 6,1% menos)³.

157.315

 fallecimientos
 anuales por ECV

26,5%

 del total de defunciones en
 2023 fue a causa de las ECV

Es importante destacar que, además del impacto en la mortalidad, las ECV también generan un **impacto significativo en la economía**. Según un equipo de investigadores del Centro de Investigación de Economía de la Salud de Oxford Population Health, en la Unión Europea se estima que en 2021 el coste

total de las ECV ascendió a aproximadamente **282 mil millones de euros**⁴.

A pesar de su alta incidencia, la mayoría de las ECV son **prevenibles: factores de riesgo modificables** como el tabaquismo, el sedentarismo, llevar una dieta poco saludable y el consumo de alcohol, contribuyen significativamente al aumento de la incidencia de estas patologías. Por lo tanto, una **mejor prevención y abordaje** de estas enfermedades podría **salvar millones de vidas cada año** y reducir sustancialmente los costes sanitarios.

En respuesta a esta problemática, desde el **Ministerio de Sanidad** se desarrolló la **Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud** (ESCAV), aprobada en abril de 2022, con el objetivo de mejorar el abordaje de la salud cardiovascular mediante un **enfoque integral y equitativo**, abordando aspectos clave como la prevención primaria, la detección precoz, el tratamiento y la rehabilitación.

“La mayoría de las ECV son prevenibles [...] Una mejor prevención y abordaje podría salvar millones de vidas cada año”

En este contexto nace **Pulso Vital – Alianza Cardiovascular**, con el objetivo de seguir contribuyendo a reducir la incidencia y mortalidad de las ECV, así como impulsar **estrategias de valor enfocadas a la excelencia en el abordaje integral** de las

mismas (diagnóstico, prevención, tratamiento y seguimiento).

Con el fin de lograr este propósito, se han identificado **4 objetivos específicos o líneas estratégicas** a abordar durante 2024:

- Desarrollar estrategias que permitan la **excelencia en el proceso asistencial** de la patología cardiovascular.
- Promover medidas que contribuyan a la **disminución de la inequidad** en la prevención y tratamiento de las ECV (y sus comorbilidades).
- Aumentar la **visibilidad** de las ECV y la **concienciación** poblacional sobre su prevalencia e impacto.
- Fomentar que las enfermedades cardiovasculares sean una **prioridad** en el ámbito político y gestor.

Estas líneas estratégicas están alineadas con los **objetivos globales de la Organización Mundial de la Salud** de **reducir en un 33% la mortalidad prematura** por enfermedades no transmisibles, incluidas las ECV, para 2030⁵.

| METODOLOGÍA

Como punto de partida de las actividades que se desarrollarán en el marco de esta **Alianza Cardiovascular**, se ha conformado un **Comité multidisciplinar de 22 expertos** nacionales de alto nivel.

Este Comité se ha dividido en **4 grupos de trabajo**, cada uno integrado por 5/6 expertos, y cada grupo se ha centrado en una de las 4 líneas estratégicas identificadas, con el objetivo de **concretar propuestas para su implementación**.

Durante la **primera reunión** del Comité de Expertos (CdE), celebrada el 9 de mayo de 2024 en la Casa del Corazón, se analizaron los **desafíos que enfrentan las enfermedades cardiovasculares en**

España y se identificaron y concretaron las correspondientes propuestas que ayuden a impulsar estas 4 líneas estratégicas.

Después de este encuentro, se seleccionaron las **3-5 propuestas clave de cada grupo**, las cuales se analizaron durante la **segunda reunión** del CdE, celebrada el 26 de junio de 2024.

Estas propuestas fueron evaluadas de acuerdo con los siguientes **criterios específicos**:

<p>ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN</p>	<p>Nacional/Regional/Local</p>	<p>NIVEL DE IMPACTO</p>	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
<p>Determinar si la medida propuesta debe aplicarse a nivel nacional, regional o local, justificando la respuesta. Algunas propuestas pueden ser pertinentes para múltiples niveles de implantación.</p>		<p>Explicar y calificar el potencial nivel de impacto que la implementación de esta medida podría tener en el manejo de las ECV, utilizando una escala del 1 al 5, donde 5 representa el mayor impacto.</p>	
<p>PUNTO DE PARTIDA</p>	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>	<p>VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD</p>	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
<p>Identificar la situación actual, evaluándola en una escala del 1 al 5, donde 1 indica un estado poco avanzado y 5 representa una situación ideal. Si se considera necesario, en alguna propuesta se determinarán los recursos necesarios para alcanzar los objetivos deseados.</p>		<p>Evaluar la viabilidad de la medida en términos de acción, utilizando una escala del 1 al 5, donde 1 representa una accionabilidad a largo plazo/viabilidad muy baja, y 5 a corto plazo/viabilidad muy alta.</p>	

En el proceso de evaluación, se examinó minuciosamente cómo cada propuesta cumplía con estos criterios, garantizando que las seleccionadas tuvieran un **impacto significativo** en el **ámbito cardiovascular** y contribuyeran al **cumplimiento de los objetivos estratégicos** de la ESCAV.

Toda la información recopilada en ambas reuniones se ha unificado en este **informe final** titulado **“Propuestas de mejora y llamada a la acción institucional y legislativa en el abordaje de las ECV en España”**, el cual será presentado a los diferentes stakeholders en sede institucional en septiembre de 2024.

Como broche final, en este informe se han **priorizado las propuestas identificadas** en un **decálogo** en función de los criterios específicos anteriormente descritos.

Además, con miras a **2025**, Pulso Vital planea abordar **nuevas líneas estratégicas**

con el objetivo de identificar desafíos emergentes en este ámbito y desarrollar propuestas innovadoras para enfrentarlos. Asimismo, la Alianza **continuará integrando nuevos colaboradores** para ampliar y **fortalecer la red de trabajo conjunto.**



Reunión del Comité de Expertos del 26 de junio.

“Pulso Vital planea abordar nuevas líneas estratégicas con el objetivo de identificar desafíos emergentes en este ámbito y desarrollar propuestas innovadoras para enfrentarlos”

| COMITÉ DE EXPERTOS



Comité de Expertos



Agustín Blanco

Medicina Interna del Hospital 12 de Octubre. Responsable de la Ud. de Lípidos y Arteriosclerosis. Representante de la SEA.



Alfonso Martín

Coordinador del Área de Procesos clínicos y Códigos Asistenciales del SERMAS.



Ana M. Cuartero

Diputada del Grupo Parlamentario VOX. Portavoz de la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid.



Carmen Suárez

Jefa de Servicio de Medicina Interna del H. U. de La Princesa y responsable de la Unidad de HTA y Riesgo vascular. Presidenta de AMAREVA.



Cecilia Salvador

Vicepresidenta de la Plataforma de Pacientes FEC. Presidenta de AEPOVAC.



Cristina Tejera

Médico especialista en Endocrinología y Nutrición en el Servicio Gallego de Salud (SERGAS).



Elvira Velasco

Vicepresidenta Segunda de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados. Representante del GP Popular.



Estrella Barreñada

Enfermera en el Servicio de Cardiología de la Fundación H. de Alcorcón. Miembro del grupo de Rehabilitación Cardíaca fase III-Hospital con Atención Primaria.

Comité de Expertos



Javier Bermejo

Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Director científico del área de Cardiovasculares del CIBER.



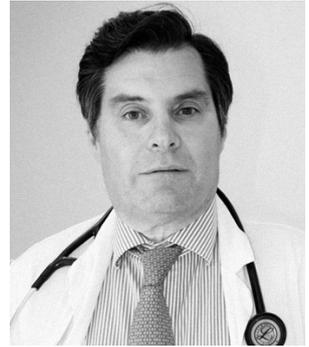
José Luis Zamorano

Catedrático de Medicina y Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Ramón y Cajal.



José Manuel M. Sesmero

Subdirector Médico del Hospital Clínico Lozano Blesa, Servicio Aragonés de Salud.



Lorenzo Silva

Jefe de la Sección de Cuidados Agudos Cardiológicos del H. U. Puerta de Hierro, Majadahonda. Representante de la SEC.



Maite San Saturnino

Presidenta de la Plataforma de Pacientes de la FEC. Presidenta de la Asociación Corazón Sin Fronteras.



M^{ra} Ángeles Cruz

Servicio de Farmacia AP. Dirección Asistencial Sur-Gerencia de Atención Primaria. SERMAS. Ex Vicepresidenta y miembro de la SEFAP.



María Marqués

Jefa de Sección Nefrología H.U.P.H. y Profesora Asociada de la UAM. Presidenta de SOMANE.



Mónica Estacio

Médico de Familia. Médico de urgencias y emergencias de Summa 112. Representante de la Fundación Humans.

Comité de Expertos



Modesto Pose

Vicepresidente Primero de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados. Representante del GP Socialista.



Paloma Sempere

Vocal de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.



Rubén Aguilar

Concejal de Salud, Consumo, Bienestar Animal y Servicios Generales del Ayto. de Coslada. Vocal de FEMP.



Sonia Peláez

Ex Jefa de gabinete de la secretaria de Estado de Sanidad y Ex Coordinadora técnica de la ESCAV del SNS.



Vicente J. Baixauli

Presidente de la SEFAC. Doctor en Farmacia. Farmacéutico comunitario en Mislata, Valencia.



Vicente Pallarés

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador Nacional del GdT de Hipertensión y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Profesionales de apoyo



Borja Smith

Director General de Biolnova Consulting.



Justo Moreno

Director del Área de Salud de Biolnova Consulting.



Rubén Moreno

Ex Secretario General de Sanidad y Consumo.



Sonia Martínez-Bujanda

Consultora en Biolnova Consulting.



Salvador López

General Manager en Amarin Spain & Portugal.



Goretti Saumell

Senior Associate Value, Access & Policy en Amgen España.



Montse Tomillero

Public & Government Affairs Head en Boehringer Ingelheim.



Eder Alonso

National Value & Access Manager en Daiichi Sankyo.



Claudia Penzol

Government Affairs and Patient Advocacy Manager en Lilly.



María Gálvez

Corporate Affairs Lead en Novartis.



Marta Lozano

Market Access Manager en Novo Nordisk.

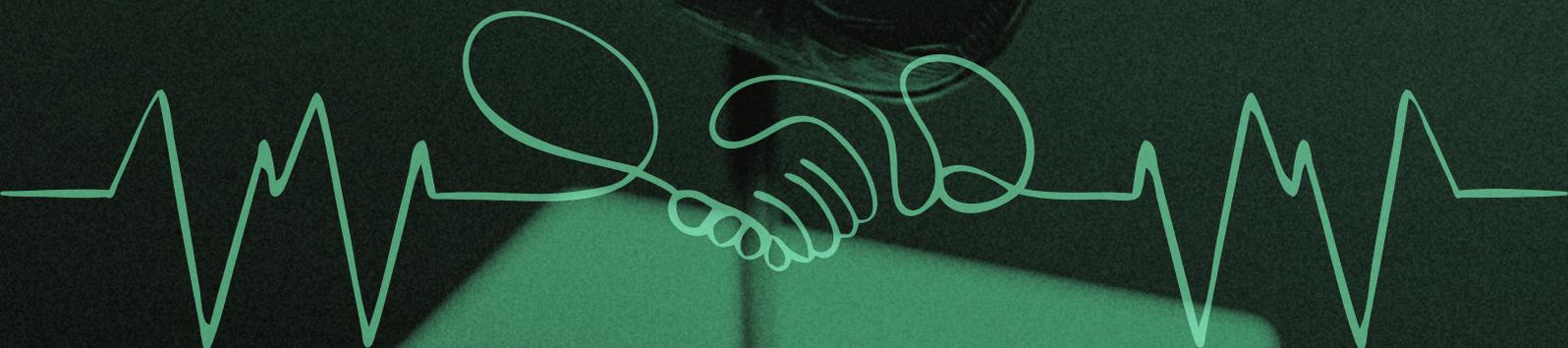


Júlia Meler

Public Affairs General Medicines & Vaccines en Sanofi.



LÍNEAS DE TRABAJO Y GRUPOS DE TRABAJO (GT)



GT 1:

Desarrollo de estrategias que permitan la excelencia en el **proceso asistencial de la patología cardiovascular**

1

Desarrollar un **sistema de información compartida** que permita la **coordinación efectiva entre todos los niveles**, y que posibilite a todos los profesionales sanitarios acceder a los datos completos y actualizados

de los pacientes. Esto requerirá definir los requisitos técnicos y funcionales para **integrar datos de múltiples fuentes y garantizar la interoperabilidad del sistema.**

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional/Regional	NIVEL DE IMPACTO	●●●●●
<p>La implantación ideal debería ser a nivel nacional, ya que la movilidad poblacional es una realidad hoy en día. No obstante, debido a la dificultad en la viabilidad a corto plazo, se podría empezar por una coordinación en el ámbito regional.</p>		<p>Muy alto. Este sistema facilitaría una atención integral y coordinada para los pacientes con riesgo cardiovascular.</p>	
PUNTO DE PARTIDA	●○○○○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	●●●○○
<p>Muy bajo/limitado. Este proceso, al tratarse idealmente de un sistema compartido nacional, debería estar liderado por el Ministerio de Sanidad. Para impulsar esta medida, se requieren recursos materiales, humanos y políticos (especialmente del Ministerio con la posterior implantación en las diversas comunidades autónomas).</p>		<p>Media e implementable a medio plazo. Este sistema podría ponerse en marcha de manera progresiva, logrando su plena implementación en un plazo de 3 a 5 años. Esto se debe a la incompatibilidad de los diferentes sistemas informáticos actuales en el Sistema Nacional de Salud y la complejidad de integrar múltiples fuentes de datos. Además, este sistema debe estar accesible para los pacientes.</p>	

2

Reforzar el papel de la atención primaria y, en particular, de la **enfermería** en la prevención del riesgo cardiovascular. Para ello, se ofrecería una atención integral y continua a los pacientes, enfocándose en la **detección**

temprana, seguimiento, educación y manejo de factores que puedan desencadenar enfermedades cardiovasculares, asegurando una atención preventiva y personalizada.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional/Local	NIVEL DE IMPACTO	●●●●●
La iniciativa debería extenderse a nivel nacional , aunque la implementación debe realizarse a nivel local .		Muy alto. Además, esta medida es económicamente viable y realista, con un enfoque en la atención preventiva personalizada y continua.	
PUNTO DE PARTIDA	●●●○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	●●●○
Intermedio , ya que desde Atención Primaria ya se trabaja en la prevención del riesgo cardiovascular. A pesar de la elevada carga de trabajo de enfermería, los informes que realiza este servicio ya incluyen información detallada y útil para la accionabilidad de esta medida.		Alta e implementable a corto-medio plazo. Esta medida ya está en proceso de desarrollo, con especial énfasis en medidas preventivas adaptadas al riesgo de cada paciente.	

3

Implementar un sistema estandarizado de estratificación del riesgo cardiovascular, que tenga en cuenta modificadores de riesgo como variables sociodemográficas, de estilo de vida, clínicas y socioeconómicas, con el fin de evitar la inequidad. Este sistema se aplicaría

de forma uniforme en todos los niveles asistenciales a nivel nacional, permitiendo identificar a los pacientes de mayor riesgo y aplicar medidas preventivas y de tratamiento adecuadas.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional/Local	NIVEL DE IMPACTO	●●●●●
<p>Esta medida sería implementable a nivel nacional y aplicable a nivel local. En este sentido, se puede tener en cuenta la escala Score 2 OP, usada como referencia a nivel europeo. Por otra parte, interesaría la adición de “modificadores de riesgo” (nivel socio-sanitario, polución ambiental, comorbilidades, inflamación, etc.) para individualizar la escala según las características del paciente.</p>		<p>Muy alto. Esta medida permitiría identificar y tratar adecuadamente a los pacientes de mayor riesgo, pudiendo prevenir eventos cardiovasculares graves.</p>	
PUNTO DE PARTIDA	●●○○○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	●●●●○
<p>Bajo. El grado de implantación varía según el centro en el que se lleve a cabo; por ejemplo, en el caso de la población madrileña, el 18% tiene registrado su riesgo cardiovascular.</p>		<p>Alta e implementable a corto-medio plazo. En este caso, sería necesario facilitar al personal sanitario la cumplimentación de la información de los pacientes en la misma consulta. La principal dificultad para esta medida son los sistemas informáticos, pudiendo solventarlo con la creación de alertas y automatizando los datos. En este sentido, para incentivar el cumplimiento de esta medida se podrían incorporar KPIs en los contratos programa de los centros/áreas sanitarias.</p>	

4

Implementar **guías de práctica clínica validadas** y desarrollar **protocolos de continuidad asistencial** para la atención cardiovascular. Estas guías, deben ser adoptadas y **aplicadas por todos los profesionales**, asegurando una coordinación

efectiva entre todos los niveles asistenciales. Para incentivar el cumplimiento de esta medida se podrían incorporar KPIs en los contratos programa de los centros/áreas sanitarias.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional	NIVEL DE IMPACTO	●●●●●
<p>Implantación nacional, asegurando la adopción y aplicación de las guías por todos los profesionales.</p>		<p>Muy alto. Esta medida permitiría identificar y tratar adecuadamente a los pacientes de mayor riesgo, pudiendo prevenir eventos cardiovasculares graves.</p>	

PUNTO DE PARTIDA	● ○ ○ ○ ○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	● ● ● ○ ○
<p>Muy bajo debido a la deficiente comunicación entre niveles asistenciales, que dificulta la continuidad del cuidado más que el propio cumplimiento de las guías. Es crucial homogeneizar estas guías ya existentes y abordar las disparidades locales para mejorar la atención sanitaria y asegurar la continuidad asistencial.</p>		<p>Medio e implementable a medio plazo. Si bien las guías ya están establecidas, los principales desafíos radican en la coordinación eficaz para el desarrollo de protocolos de continuidad asistencial entre diferentes niveles y la falta de profesionales para asegurar la correcta aplicación y seguimiento de estos protocolos.</p>	

5

Desarrollar e implementar un **informe de alta hospitalaria** que incluya información clave para garantizar la continuidad asistencial

y facilitar el seguimiento del paciente. Este informe debe ser **explicado y accesible a pacientes y cuidadores.**

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional	NIVEL DE IMPACTO	● ● ● ● ○
	<p>Ámbito de implantación nacional.</p>	<p>Alto y con un impacto directo sobre la continuidad asistencial.</p>	
PUNTO DE PARTIDA	● ● ○ ○ ○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	● ● ● ● ○
<p>Intermedio, ya que desde Atención Primaria ya se trabaja en la prevención del riesgo cardiovascular. A pesar de la elevada carga de trabajo de enfermería, los informes que este servicio realiza ya incluyen información detallada y útil para la accionabilidad de esta medida.</p>		<p>Alta e implementable a corto-medio plazo. Para hacer la medida accionable, se debería imponer la obligatoriedad de incluir diagnóstico, objetivos de control, tratamiento recomendado y seguimiento en los informes. Mejorar los sistemas informáticos existentes es tarea primordial para agilizar y estandarizar este proceso.</p>	

GT 2:

Promoción de medidas que contribuyan a la **disminución de la inequidad en la prevención y tratamiento de las ECV** (y sus comorbilidades)

1

Asegurar la **financiación de la ESCAV** y desarrollar un conjunto de **indicadores de supervisión para su implementación** en las comunidades autónomas. Estos indicadores, deben considerar los determinantes

socioeconómicos de la población diana y abarcar aspectos críticos de la estrategia, como la prevención primaria y secundaria, la continuidad asistencial, el acceso a tratamientos innovadores y los resultados de salud.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional/Regional	NIVEL DE IMPACTO	●●●●●
Se propone una financiación dual: nacional para garantizar mínimos y regional para proyectos específicos. Debería haber una estrategia nacional común con financiación y condiciones mínimas, permitiendo a las regiones destinar fondos según sus necesidades. Además, se debería dotar a todas las CC.AA. con instrumentos de medida para evaluar el impacto de la financiación.		Muy alto. Identificar a más pacientes con riesgo cardiovascular reduciría tanto la incidencia de enfermedades cardiovasculares como el impacto económico que estas generan en el sistema de salud.	
PUNTO DE PARTIDA	●○○○○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	●●●○○
Muy bajo. Hasta ahora, se ha asignado un presupuesto mínimo para la implementación de la estrategia, aunque existe una solicitud a nivel nacional de fondos europeos vinculada a la ESCAV.		Media e implementable a medio plazo. Para que haya una primera financiación y continuidad de la misma, se necesitaría justificar la eficiencia y resultados, incluir a pacientes y sociedades científicas, involucrar a medios de comunicación y alinearse con la estrategia europea.	

2

Asegurar que la **cartera común de servicios y prestaciones asistenciales terapéuticas esté disponible** en todas las comunidades autónomas y hospitales, y hospitales garantizando así **uniformidad en**

los criterios de acceso a los medicamentos en todo el territorio nacional. Para ello, se deben identificar y definir los servicios y prestaciones, basados en evidencia científica y en guías de práctica clínica.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional	NIVEL DE IMPACTO	●●●●●
<p>Nacional. Es crucial establecer una cartera de servicios y prestaciones asistenciales que sea común a todas las CC.AA. para asegurar uniformidad en los criterios de acceso a medicamentos en todo el territorio nacional. La identificación y definición de estos servicios debería basarse en evidencia científica y guías de práctica clínica.</p>		<p>Muy alto. Esta medida garantizaría la igualdad de oportunidades de tratamiento para todos los pacientes, así como la uniformidad en la libertad de prescripción de los profesionales de salud, eliminando las actuales disparidades en criterios asistenciales entre diferentes regiones.</p>	
PUNTO DE PARTIDA	●●○○○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	●●○○○
<p>Bajo. Actualmente, no se cumple con una cartera mínima uniforme en todas las CC.AA., lo que genera marcadas desigualdades. Esta situación se debe también a la falta de claridad en los procesos de evaluación y posicionamiento de las diferentes alternativas terapéuticas, así como a la interpretación discrecional por parte de los distintos decisores regionales y locales.</p>		<p>Baja e implementable a medio-largo plazo. Habría una posible resistencia por parte de las distintas CC.AA. frente a los cambios en la financiación de la cartera de servicios, lo que podría dificultar la implementación de esta medida.</p>	

3

Desarrollar un plan estratégico de **asignación de recursos y expansión de infraestructura sanitaria**, enfocado específicamente en las **áreas rurales y regiones con mayor necesidad y**

desigualdad en el acceso a la atención cardiovascular. Para ello, se deben incluir metas específicas, cronogramas detallados y una clara designación de responsables para su implementación efectiva.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Local	NIVEL DE IMPACTO	●●○○○
<p>Las áreas rurales y regiones con mayores necesidades tendrían un mejor conocimiento de los determinantes sociales y necesidades específicas de su población, lo que haría que la implementación local fuera más efectiva.</p>		<p>Bajo. Aunque la medida es crucial, su impacto sería limitado debido a que afecta a una población más pequeña. Sin embargo, la mejora de la infraestructura sanitaria en estas áreas tendría efectos significativos en la población afectada.</p>	

PUNTO DE PARTIDA	● ● ○ ○ ○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	● ● ● ○ ○
<p>Bajo. Se están desarrollando varias iniciativas locales, pero carecen de una coordinación central que asegure su efectividad y continuidad.</p>		<p>Media e implementable a corto-medio plazo. La ley de equidad que está llevando a cabo el Ministerio proporciona un respaldo adicional a esta medida. La implementación de un plan estratégico alineado con esta ley podría facilitar la movilización de recursos y la expansión de la infraestructura sanitaria en las áreas necesitadas.</p>	

4

Diseñar e implementar **programas de capacitación y sensibilización** dirigidos a **profesionales sanitarios**, con el objetivo de

dotarlos de herramientas para brindar una atención más equitativa, especialmente, en la **prevención y manejo de ECV en mujeres.**

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Regional	NIVEL DE IMPACTO	● ● ● ● ○
<p>Cada región debería realizar un diagnóstico de sus profesionales sanitarios e impulsar la formación necesaria para garantizar una atención equitativa en la prevención y manejo de ECV en mujeres.</p>		<p>Alto. La capacitación y sensibilización de los profesionales sanitarios mejoraría la atención preventiva y el manejo de ECV en mujeres, abordando las desigualdades de género en la atención sanitaria e impulsando una mejor prevención, diagnóstico y tratamiento.</p>	
PUNTO DE PARTIDA	● ● ● ○ ○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	● ● ● ● ●
<p>Intermedio. Existen variaciones notables en el nivel de formación y sensibilización de los profesionales sanitarios respecto a la atención equitativa de ECV en mujeres, lo cual implica que la situación sea muy diversa dependiendo de la CC.AA., e incluso dentro de las propias regiones.</p>		<p>Muy alta e implementable a corto plazo. Esta medida sería muy factible y políticamente atractiva debido al interés y los fondos disponibles de la industria farmacéutica para la formación. Existe una gran cantidad de recursos destinados a la educación que podrían ser aprovechados para implementar estos programas de capacitación y sensibilización.</p>	

GT 3:

Aumentar la visibilidad de las ECV y la concienciación poblacional sobre su prevalencia e impacto

1

Fomentar la **prevención primordial y primaria** desde edades tempranas mediante la inclusión en los planes de estudio de colegios e institutos de una **asignatura específica**

de educación para la salud, enfocada en la importancia de los hábitos cardiosaludables, como la alimentación equilibrada y saludable y la actividad física regular.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional	NIVEL DE IMPACTO	●●●●●
<p>Nacional. Esta iniciativa debería abarcar a todos los niños y adolescentes, con especial énfasis en la población menor de 13 años.</p>		<p>Muy alto. Promover hábitos saludables desde una edad temprana tendría un impacto significativo en la aparición de factores de riesgo y, por lo tanto, en la incidencia de estas enfermedades, además de ser una iniciativa altamente coste-efectiva.</p>	
PUNTO DE PARTIDA	●○○○○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	●●●○○
<p>Bajo. Resultaría crucial aprovechar precedentes de otras regiones o países, adaptar espacios escolares, regular máquinas dispensadoras y limitar el uso de pantallas para fomentar la actividad física y combatir el sedentarismo.</p>		<p>Media e implementable a medio plazo. Esta iniciativa supondría un cambio regulatorio a nivel nacional, la inclusión de charlas impartidas por personal sanitario en los colegios y la formación del profesorado por profesionales capacitados. Una alternativa más viable a corto-medio plazo sería el rediseño de una asignatura ya incluida en el plan de estudios (ej. educación física) para incluir contenidos teóricos creados por sanitarios y ejercicio físico regular.</p>	

2

Promover **hábitos cardiosaludables y la adherencia** a los tratamientos farmacológicos para pacientes que lo requieran. Para ello, se propone la **divulgación de mensajes a través de diversos canales**, adaptados a

las necesidades de cada grupo poblacional según sus características socioeconómicas, demográficas y culturales, y usando siempre un lenguaje sencillo y accesible.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional	NIVEL DE IMPACTO	
Esta iniciativa estaría dirigida a todos los pacientes, por lo que el alcance debe ser a nivel nacional, aprovechando las campañas de comunicación ya existentes a nivel local y regional.		Medio. La percepción social de las enfermedades cardiovasculares es baja, y el impacto dependería de los recursos invertidos en la campaña y su capacidad de llegar a la población.	
PUNTO DE PARTIDA		VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	
Bajo. A pesar de que existen materiales de promoción y concienciación sobre los hábitos cardiosaludables, el alcance no siempre es el esperado. Sería necesario lanzar campañas publicitarias (TV, redes sociales y medios de prensa genéricos y especializados), con la participación activa de las asociaciones de pacientes.		Media e implementable a medio-largo plazo. Realizar una campaña sería relativamente fácil y rápido, pero obtener resultados significativos en la concienciación pública es un proceso a largo plazo.	

3

Implementar, junto a las asociaciones de pacientes, un **programa de formación para profesionales sanitarios** enfocado en la mejora de la **comunicación efectiva** y la **escucha activa**. De esta manera, se

garantizará un incremento de la humanización en la atención, así como el empoderamiento de los pacientes y su adherencia a hábitos saludables.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional/Regional	NIVEL DE IMPACTO	●●●●●
<p>Es una medida que implica a todos los profesionales sanitarios, por lo que conviene una aplicación a nivel nacional adaptada a la situación actual de cada comunidad autónoma.</p>		<p>Muy alto. Mejorar la comunicación entre médicos y pacientes aumentaría la confianza, la adherencia al tratamiento y la predisposición al autocuidado.</p>	
PUNTO DE PARTIDA	●●○○○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	●●●○○
<p>Bajo. Actualmente, la carga de trabajo en los centros de salud (especialmente en atención primaria), limita el tiempo de las consultas y no se le da la importancia necesaria a la comunicación asertiva. Existe una clara falta de formación en comunicación entre los profesionales sanitarios, lo que podría causar desconfianza y malentendidos con los pacientes.</p>		<p>Media e implementable a medio plazo. Se requeriría un compromiso y cambio desde la base, con formación transversal y reglada para los profesionales sanitarios en comunicación efectiva. Sería importante generar materiales unificados a nivel nacional y representar la voz de los pacientes en la formación.</p>	

4

Definir y homogeneizar los **circuitos asistenciales** entre todos los profesionales

sanitarios que puedan atender al paciente (atención primaria, hospitalaria...).

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional/Regional	NIVEL DE IMPACTO	●●●●○
<p>La medida sería aplicable en todos los niveles asistenciales y con un alcance a nacional, aunque la implementación sería a nivel regional.</p>		<p>Alto. La definición de estos circuitos asistenciales mejoraría la continuidad asistencial y la comunicación interprofesional, optimizando el uso de recursos, incrementando la satisfacción del paciente y reduciendo complicaciones y hospitalizaciones.</p>	
PUNTO DE PARTIDA	●●●○○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	●●●○○
<p>Intermedio. Actualmente, existen algunos circuitos asistenciales, pero aún falta su homogeneización y aplicación. Para ello, sería importante garantizar la comunicación sobre datos del paciente entre profesionales sanitarios dentro del sistema; incluir indicadores de calidad del proceso; compartir estrategias de éxito de otras CC.AA. para definir los circuitos asistenciales.</p>		<p>Media e implementable a medio plazo. La implementación de estos circuitos requeriría de la colaboración y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y regiones.</p>	

GT 4:

Fomentar que las enfermedades cardiovasculares sean una **prioridad** en el ámbito político y gestor

1

Desarrollar una **estrategia preventiva integral para la edad adulta**, similar a los calendarios de vacunación. Esta estrategia deberá integrar **sistemas de alerta automática basados en la detección precoz**

poblacional y deberá sostenerse sobre una historia clínica unificada para facilitar la comunicación entre atención primaria y hospitalaria, asegurando el correcto monitoreo de datos homogéneos en todo el SNS.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional	NIVEL DE IMPACTO	●●●●●
<p>Nacional con directrices mínimas y adaptaciones regionales. Requeriría de una historia clínica unificada, así como la implementación de consultas de detección precoz. Esto supondría un aumento de costos y la necesidad de contratación de personal adicional. A su vez, se recomienda que esta medida comience a los 18 años, sea voluntaria y se acompañe de campañas de sensibilización.</p>		<p>Muy alto. Esta medida estandarizaría la detección y manejo de factores de riesgo cardiovasculares, facilitaría la intervención temprana, reduciría la incidencia y gravedad de enfermedades cardiovasculares, y mejoraría la salud pública a largo plazo. Además, se promovería una cultura de prevención que puede llevar a un descenso significativo en la morbilidad y mortalidad relacionadas con estas enfermedades.</p>	
PUNTO DE PARTIDA	●●○○○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	●●●●○
<p>Bajo. La historia clínica detallada ya está disponible, pero necesitaría unificación por CC.AA. e interoperabilidad con la sanidad privada. Se debería plantear una estrategia de cribado por antecedentes familiares y un sistema de alerta automática al detectarse riesgo cardiovascular.</p>		<p>Alta e implementable a corto-medio plazo. Es una medida que podría implementarse de forma relativamente rápida, pero son necesarios otros proveedores de sistemas de informatización de salud para mejorar la eficiencia y unificación de la historia clínica y obtención de información necesaria.</p>	

2

Aumentar la **dotación de recursos económicos y humanos en el primer nivel asistencial**, para asegurar el éxito de las estrategias de prevención a nivel nacional, regional y municipal. Además, es necesario

establecer indicadores de rendimiento claros y medibles, como porcentajes de participación y cumplimiento de objetivos, a fin de evaluar y justificar la inversión financiera.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional/Regional	NIVEL DE IMPACTO	●●●●●
<p>La financiación principal debería facilitarse desde el fondo nacional para la posterior reorganización presupuestaria en cada CC.AA. Finalmente, habría que segmentar esta financiación regional por patología, realizando estudios de coste-beneficio para optimizar los recursos y reducir costes asociados.</p>		<p>Muy alto. Aumentar los recursos económicos es esencial para mejorar la prevención de enfermedades. No obstante, con los recursos existentes, se deberían realizar una reestructuración organizativa e implicar a otros agentes para garantizar el éxito de las estrategias.</p>	
PUNTO DE PARTIDA	●○○○○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	●●●○○
<p>Muy bajo. Aunque el incremento de la dotación puede favorecer el éxito, por sí solo no lo garantiza. Se requeriría una reestructuración gradual con objetivos anuales definidos. Además, la gestión de RR.HH. en el conjunto de los sistemas sanitarios se puede considerar mala o muy mala, lo que supone un gran obstáculo para la implementación de medidas salvo que se permita la colaboración de nuevos agentes (mutuas, sanidad privada, farmacias, etc).</p>		<p>Media e implementable a corto-medio plazo. Aumentar la financiación puede ser complicado en el contexto actual, pero una reorganización efectiva podría ser más aceptable, manejable y viable a corto-medio plazo para las CC.AA.</p>	

3

Establecer un **programa de prevención** accesible para toda la población, mediante **actividades formativas** con información clara, concisa y adaptada a la variabilidad poblacional

(determinantes sociales). Esto promoverá la autorresponsabilidad en el monitoreo de la salud cardiovascular y garantizará el acceso universal a la prevención y tratamiento.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional	NIVEL DE IMPACTO	●●●●○
<p>Nacional. Implementación de campañas publicitarias y control de los canales de información para evitar la difusión de la desinformación.</p>		<p>Muy alto. Un programa de prevención accesible y una buena educación en salud podrían empoderar a la población para monitorear su salud, reduciendo la incidencia de enfermedades y mejorando el acceso a la prevención.</p>	

PUNTO DE PARTIDA	● ● ○ ○ ○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	● ● ● ○ ○
<p>Bajo. Existen programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero no tienen el impacto deseado en la población. La implementación de un programa de formación adaptado a las distintas edades, podría mejorar significativamente la concienciación y, por ende, los resultados.</p>		<p>Media e implementable a medio plazo. Viable con las herramientas actuales disponibles. La infraestructura y los recursos necesarios están disponibles, pero se requeriría una adecuada planificación y ejecución.</p>	

4

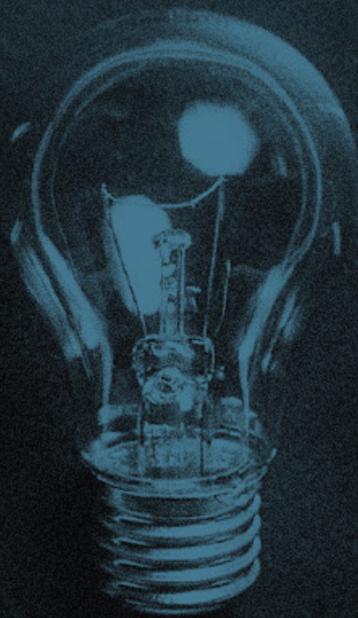
Realizar un **informe público de seguimiento** del estado de situación de las comunidades autónomas con los compromisos adquiridos. Para ello, sería importante desarrollar indicadores de salud que sean visibles para la ciudadanía y comparables con el resto de

CC.AA. Estos informes incluirán indicadores específicos de progreso e impacto, lo que permitirá evaluar los avances regionales y ajustar las estrategias según las necesidades locales y regionales.

ÁMBITO DE IMPLANTACIÓN	Nacional	NIVEL DE IMPACTO	● ● ● ● ●
<p>Nacional. Desarrollar un “observatorio” de enfermedades cardiovasculares para monitorear y establecer marcadores comunes de ECV. Realizar un primer informe para determinar la situación actual y las inequidades en el territorio nacional.</p>		<p>Muy alto. Los informes públicos de seguimiento son cruciales para evaluar el progreso, ajustar estrategias y garantizar la transparencia y equidad en la atención sanitaria, siendo una herramienta necesaria para la mejora continua del sistema sanitario.</p>	
PUNTO DE PARTIDA	● ○ ○ ○ ○	VIABILIDAD/ ACCIONABILIDAD	● ● ○ ○ ○
<p>Muy bajo. Es necesario realizar un primer informe para conocer las faltas de equidad a nivel nacional en el abordaje de las ECV, así como reevaluarlas a lo largo del tiempo. Este informe inicial es esencial para establecer una línea base y dirigir los recursos hacia los puntos que más lo necesitan.</p>		<p>Baja e implementable a medio-largo plazo. Requiere acceso y homogenización de los registros de datos. En este sentido, la viabilidad es limitada debido a la diversidad de registros entre CC.AA. Para impulsar esta iniciativa de homogenización de datos e indicadores, es necesario que el Ministerio de Sanidad lidere estos esfuerzos para asegurar cohesión y equidad. Además, los recursos deben ir asociados a unos indicadores de seguimiento.</p>	

|

DECÁLOGO DE PROPUESTAS



UNO

Reforzar el papel de atención primaria y enfermería en la prevención y seguimiento del riesgo CV, incrementando la dotación de recursos económicos y humanos en el primer nivel asistencial.

- Incluir en la cartera de servicios una atención integral y continua para los pacientes, con un enfoque en la detección temprana, seguimiento, educación y manejo de factores que puedan desencadenar enfermedades cardiovasculares; asegurando así una atención preventiva y personalizada.

- Implementar programas de formación específica en riesgo cardiovascular para médicos y enfermeros.



DOS

Implementar un sistema estandarizado de estratificación de riesgo cardiovascular.

- Desarrollar una herramienta digital a nivel nacional para la estratificación de riesgo cardiovascular, incorporando variables sociodemográficas y de estilo de vida.

- Integrar esta herramienta con la historia clínica electrónica para facilitar su uso en la práctica diaria.

TRES

Desarrollar una estrategia preventiva integral con sistemas de alerta automática.

- Crear un sistema nacional de alertas basado en historias clínicas digitales, que envíe recordatorios automáticos para cribados y controles periódicos.

El propósito es mejorar la prevención primaria y secundaria a través de un enfoque proactivo y personalizado.



CUATRO

Diseñar e implementar programas de capacitación y sensibilización sobre el manejo de ECV, especialmente en mujeres, dirigidos a profesionales sanitarios.

- Fomentar una formación especializada para conseguir una atención equitativa, a través de cursos online y presenciales sobre ECV en mujeres, incluyendo módulos sobre síntomas atípicos y factores de riesgo específicos.
- Crear un programa de mentorías entre cardiólogos y médicos de atención primaria, enfermería y farmacia.



CINCO

Desarrollar e implementar un informe de alta hospitalaria que garantice la continuidad asistencial y el seguimiento del paciente.

- Crear una plantilla estandarizada de informe de alta que incluya un plan de diagnóstico, tratamiento, seguimiento detallado y objetivos de control terapéuticos para asegurar una transición adecuada y segura del hospital a atención primaria.
- Implementar un sistema de notificación automática al médico de atención primaria/enfermería correspondiente tras el alta hospitalaria.



SEIS

Asegurar la financiación de la ESCAV y desarrollar un conjunto de indicadores de supervisión para su implementación en las CC.AA.

- Asignar un presupuesto específico para la ESCAV tanto en los Presupuestos Generales del Estado, como a nivel autonómico.
- Crear un cuadro de mando con indicadores clave de procesos y resultados, así como publicar informes anuales de seguimiento por parte de las CC.AA. para asegurar una correcta monitorización de su implementación.

SIETE

Implementar guías de práctica clínica validadas a nivel nacional y desarrollar protocolos de continuidad asistencial para la atención cardiovascular, incluyendo un sistema de información compartida que permita la coordinación efectiva entre todos los niveles asistenciales.

- Homogeneizar los circuitos asistenciales entre CC.AA. y mejorar la comunicación interprofesional, a través de la difusión y formación.
- Implementar un sistema de historia clínica compartida entre niveles asistenciales y entre CC.AA., con un módulo específico para la salud cardiovascular.
- Incorporar indicadores clave de desempeño (KPIs) en los contratos programa de los diferentes centros y/o áreas sanitarias.



OCHO

Asegurar que la cartera común de servicios y prestaciones asistenciales y terapéuticas esté disponible en todas las CC.AA. y hospitales, e implementar un informe público de seguimiento del estado de situación con los compromisos adquiridos.

- Definir una cartera de servicios para las ECV que sea mínima, obligatoria y de carácter vinculante para todas las CC.AA. Esta cartera deberá estar parcialmente alineada con el proyecto de Ley para consolidar la equidad y cohesión del SNS, aprobado en junio de 2024 por el Consejo de Ministros.
- Crear un “observatorio” nacional de salud cardiovascular con informes semestrales públicos, para fomentar la equidad en la atención y la transparencia en las gestiones.



NUEVE

Establecer un programa de prevención, así como un programa de adherencia a los tratamientos farmacológicos, que estén adaptados, dirigidos y sean accesibles para toda la población.

- Crear un programa de “paciente experto en ECV” para formar y apoyar a los pacientes.
- Difundir dicho documento a través de medios de comunicación generalistas y especializados.
- Elaborar un argumentario sobre prevención y adherencia, donde se cuente con la participación activa de las asociaciones de pacientes.
- Incluir en los planes de estudio de colegios e institutos una asignatura específica de educación para la salud, enfocada en la importancia de los hábitos cardiosaludables.

DIEZ

Desarrollar un plan estratégico de asignación de recursos y expansión de infraestructura sanitaria, enfocado en áreas con desigualdad en el acceso a la atención cardiovascular.

- Realizar un mapeo de las necesidades de atención cardiovascular por áreas geográficas, alineado con la estratificación de pacientes en base al riesgo.
- Implementar unidades móviles de diagnóstico cardiovascular en áreas rurales y áreas de especial condición sociodemográfica, con el objetivo de reducir las desigualdades en la atención cardiovascular que no se deban al propio código genético.



CONCLUSIONES

El presente informe *“Propuestas de mejora y llamada a la acción institucional y legislativa en el abordaje de las ECV en España”* representa un **hito significativo** en la lucha contra las enfermedades cardiovasculares en nuestro país y una **llamada a la acción coordinada para todos los actores** del sistema sanitario español.

Fruto de un exhaustivo análisis, y mediante la colaboración de un panel multidisciplinar de expertos, este documento no solo identifica áreas clave de mejora, sino que propone un **plan de acción con medidas concretas para abordar el desafío existente en salud cardiovascular en España.**

En esta misma línea, el **Consejo de la Unión Europea**, bajo la presidencia húngara, ha situado a las enfermedades cardiovasculares como una **prioridad en su agenda.**

Las líneas estratégicas planteadas y las propuestas sugeridas en este documento constituyen un **enfoque integral** abarcando un amplio espectro de acciones, desde el fortalecimiento de la atención primaria y la implementación de sistemas de estratificación de riesgo cardiovascular, hasta el desarrollo de estrategias preventivas integrales y la mejora de la formación de los profesionales sanitarios.

Este abordaje holístico considera todos los aspectos del proceso asistencial: **prevención primaria y secundaria, diagnóstico precoz, tratamiento efectivo y personalizado y seguimiento continuo a largo plazo de los pacientes;** todo ello respaldado por una sólida base de evidencia científica gracias al panel de expertos participantes, y adaptado a la realidad sociosanitaria española.

El **decálogo de propuestas presentado constituye la piedra angular de este informe**, ofreciendo un plan de acción concreto y viable para mejorar significativamente el abordaje de las ECV en España. Estas **diez medidas prioritarias** han

sido cuidadosamente seleccionadas por su potencial impacto y viabilidad, y representan un compromiso con la excelencia en la atención cardiovascular.

La **implementación** de estas propuestas busca establecer una **marca de calidad en la excelencia del abordaje e impacto de las enfermedades cardiovasculares en España y sirve de refuerzo a la Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud.** Al adoptar un enfoque integral, involucrando a todos los niveles del sistema sanitario, se prevé una mejora sustancial en los resultados de salud cardiovascular de la población española.

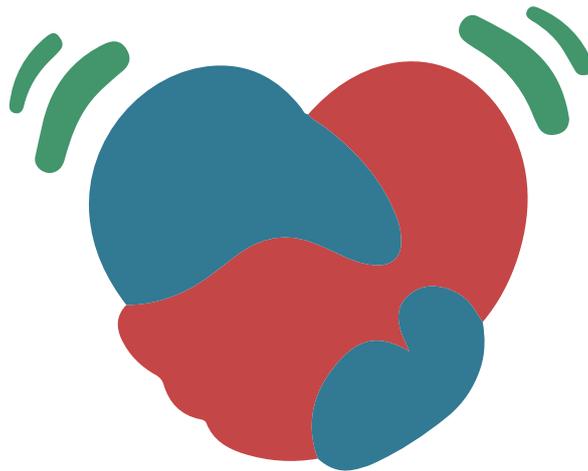
Un aspecto crucial de este informe es su **compromiso con la transparencia y la mejora continua**, poniendo especial énfasis en la equidad en el acceso a la atención y en el seguimiento, asegurando una **mayor cohesión en el Sistema Nacional de Salud.**

Este documento sentará las bases para una transformación profunda en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares en España, marcando así un precedente en la forma en que se gestionan estas patologías a nivel nacional.

La implementación de estas propuestas busca establecer una marca de calidad en la excelencia del abordaje e impacto de las enfermedades cardiovasculares en España y sirve de refuerzo a la Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud.

En conclusión, esta hoja de ruta representa una llamada a la acción para todos los *stakeholders* del sistema sanitario español. Su **éxito** dependerá de la **colaboración estrecha entre las instituciones, los profesionales sanitarios, los pacientes y la sociedad civil**. Con la implementación de

estas propuestas, España tiene la oportunidad de **liderar el camino hacia un futuro con menor incidencia y mejor manejo de las enfermedades cardiovasculares**, elevando significativamente la calidad de vida de sus ciudadanos y la eficiencia del Sistema Sanitario.



España tiene la oportunidad de liderar el camino hacia un futuro con menor incidencia y mejor manejo de las enfermedades cardiovasculares

BIBLIOGRAFÍA

- 1. WORLD HEALTH ORGANIZATION.** (2021). Cardiovascular diseases (CVDs). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- 2. IMMEDICOHOSPITALARIO.** (2024). Las enfermedades cardiovasculares se cobran diariamente la vida de una media de 431 personas en España. Recuperado de <https://www.immedicohospitalario.es/noticia/46086/las-enfermedades-cardiovasculares-se-cobran-diariamente-la-vida-de-u.html>
- 3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA.** (2024). Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2023.
- 4. REVISTA ESPAÑOLA DE ECONOMÍA DE LA SALUD.** (2024). El coste económico de las ECV para los sistemas sanitarios europeos. <https://economiadelasalud.com/topics/difusion/casi-300-000-millones-de-euros-el-coste-economico-de-las-ecv-para-los-sistemas-sanitarios-europeos/>
- 5. WORLD HEALTH ORGANIZATION.** (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018.

INICIATIVA
LIDERADA POR:



CON EL
APOYO DE:



EN COLABORACIÓN CON:

