

Editorial

Un reto para Colombia: mejorar la utilización de medicamentos probadamente beneficiosos en la prevención secundaria cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) causan 30% del total de las muertes en todo el mundo; de estas 80% sucede en los países en vía de desarrollo¹. El 1% de las personas en el mundo presenta un evento coronario agudo o cerebrovascular por año y la mitad de estos eventos se produce en individuos con enfermedad vascular preexistente². Los países de bajos y medianos ingresos presentan un incremento en la carga de las ECV y la mayoría no tiene programas concretos y bien definidos para su prevención³.

Se ha estimado que para el año 2020, habrá un aumento entre 120% y 137% en la incidencia de enfermedad coronaria en las mujeres y los hombres respectivamente, en los países en desarrollo⁴. Este fenómeno se explica, entre otras razones, por la denominada transición epidemiológica, que se asocia con un notable aumento en la prevalencia de factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo exagerado de alcohol, los cambios en los hábitos nutricionales y el sedentarismo. Estos factores están relacionados con la rápida urbanización que han sufrido los países de bajos y medianos ingresos^{5,6}.

El gasto en salud *per cápita* en los países de bajos y medianos ingresos no alcanza el 10% de la cantidad que se invierte en atención en salud en los países de altos ingresos⁷. Esta situación, así como el estricto control presupuestario de los sistemas de salud de los países de bajos y medianos ingresos obliga a tener políticas de salud pública eficientes, que deben priorizar las intervenciones preventivas y curativas basadas en estudios que generen una indiscutible evidencia. Por esto se propone que la prevención de las ECV en Colombia debe ofrecer al menos un adecuado programa de prevención secundaria, es decir, garantizar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrezca un manejo eficiente de los individuos con cardiopatía coronaria, enfermedad

cerebrovascular o vasculopatía periférica establecida, lo que redundaría en la reducción de eventos agudos y de muerte prematura tanto en las personas con ECV establecida como en aquellas con alto riesgo cardiovascular^{8,9}. La evidencia es contundente porque el tratamiento farmacológico (antiplaquetarios, beta bloqueadores, estatinas e inhibidores del sistema renina-angiotensina tipo IECAS o ARAS) en estos pacientes reduce el riesgo de nuevos eventos cardiovasculares¹⁰⁻¹³.

En los países de altos ingresos estas intervenciones farmacológicas demostraron una disminución de la mortalidad por ECV; sin embargo, el escenario es desolador en los países de bajos y medianos ingresos¹⁴ porque no existen datos del impacto de programas de prevención secundaria de ECV con la utilización de las 4 familias de medicamentos que se han mostrado beneficiosos en la reducción de la morbimortalidad por estas enfermedades, a pesar de la existencia de una serie de reportes en los que se propone el costo-beneficio que tendrían estos programas preventivos. Así, por ejemplo, Lim *et al.*¹⁵ informaron que el aumento de la cobertura del uso conjunto de medicamentos en prevención secundaria cardiovascular (aspirina, estatina y dos medicamentos hipotensores) podría evitar 17.9 millones de muertes por ECV (IC 95%: 7.4-25.7 millones). Además, se obtendría una disminución del 56% de las muertes evitables en los menores de 70 años y en las mujeres. El costo anual promedio *per cápita* de esta intervención sería de U\$1.08 (IC 95%: 0.75-1.40) en Estados Unidos, pero solo de U\$0.43 a U\$0.90 en países de bajos ingresos y de U\$0.54 a U\$2.93 en los de medianos ingresos¹⁵, lo que facilitaría el uso de medicamentos en la prevención secundaria de las ECV, sobre todo la enfermedad cardíaca isquémica y la enfermedad cerebrovascular.

Con el objeto de profundizar en el conocimiento de la situación de la prevención secundaria cardio-