

# La salud pública en el centro del debate

## *Public Health at the Center of Debate*

ANDRES ROSENDE 

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de mortalidad en el mundo y la Argentina no es la excepción. (1) A pesar de los significativos progresos en su reducción observados en las últimas décadas, la tendencia se ha enlentecido durante los años recientes por una multiplicidad de factores. (2) En este contexto, a principios de 2020 irrumpió la pandemia de COVID-19, que generó gran incertidumbre en torno a las mejores políticas por ser aplicadas para prevenir el colapso del sistema sanitario, con el consiguiente incremento en el número de muertes a causa del virus. Tal es así, que todos hemos presenciado discusiones públicas y opiniones de lo más diversas, y con mayor o menor grado de sustento. Infectólogos, epidemiólogos, intensivistas, se paseaban por los estudios de televisión dando cátedra; pero también sociólogos, antropólogos, politólogos, funcionarios y políticos de todos los sectores intercambiaban sus puntos de vista, muchas veces no exentos de otros intereses distintos al del bienestar general de la población. Como si fuera poco, periodistas devenidos en “expertos en gestión de pandemias”, “opinólogos” de todos los colores, personajes variopintos del *prime time* televisivo bebiendo brebajes supuestamente infalibles contra el virus y muchas otras situaciones que marcaron una época signada por el desconcierto y el miedo.

El lector del trabajo de Charask y col. (3) podría llegar a adelantar conclusiones y afirmar que las políticas fueron equivocadas y que esto impactó en el exceso de mortalidad por todas las causas, registrado por las estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación. (4) Sin embargo, jamás contaremos con el escenario contrafactual de no haberlas implementado o de haberlo hecho en otra dirección, o con una intensidad o duración diferentes. ¿Hubiese muerto el mismo número de personas? ¿Tal vez menos? ¿Tal vez más?

Nadie sería capaz de aventurarlo. Sin embargo, lo que deja poco lugar a dudas es la asociación hallada por Charask y col. entre la irrupción de la pandemia de COVID-19 y el aumento del 15% de la mortalidad por infarto de miocardio.

Charask y col. ponen de manifiesto el súbito incremento en las tasas de mortalidad específica por infarto de miocardio durante los dos años de vigencia del ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) y su particular impacto sobre las mujeres y los menores de 60 años. Llegados a este punto, cabe hacerse algunas preguntas más. ¿Estarán relacionadas estas dos circunstancias? ¿Podemos inferir causalidad? ¿Se podría haber evitado, o al menos mitigado, el impacto de la pandemia sobre la mortalidad por infarto?

Analizar los mecanismos causales de la relación entre el ASPO y el aumento de la mortalidad por infarto de miocardio abre la puerta a un escenario complejo y multidimensional. ¿Qué explica realmente este aumento en la mortalidad por infarto? ¿Habría sido la masificación de la infección por COVID o las medidas sanitarias adoptadas en contexto del ASPO? Independientemente de que la primera opción continúe siendo objeto de investigación y debate, (5,6) todos hemos sido testigos, en mayor o menor medida, de los daños colaterales generados por el ASPO sobre el sistema sanitario. Retrasos en la consulta por temor al virus, restricciones de movilidad impuestas por las autoridades, un sistema de emergencias abocado casi exclusivamente a la atención de los casos de COVID-19, cancelación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos programados, unidades de cuidados intensivos vacías durante semanas, o incluso meses, a la espera de pacientes con COVID que tardaron demasiado en llegar y una fuerte alteración en los servicios de salud ambulatorios encargados de la prevención a

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:389-391. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i6.20706>

VER ARTICULO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2023;91:407-412. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i6.20708>

Declaración: Las opiniones expresadas en este artículo son responsabilidad del autor y no necesariamente reflejan las opiniones o las políticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

Consultor Internacional para la Iniciativa HEARTS en las Américas.

Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D. C., Estados Unidos de América.

través del control de los factores de riesgo, por citar solo algunos.

La pandemia de COVID-19 irrumpió en medio de un contexto sanitario con enormes desafíos estructurales en múltiples áreas, y particularmente en la relacionada con las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo. Según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del 2018, realizada en mayores de 18 años, en Argentina existe una prevalencia de tabaquismo del 22,2%, de sobrepeso u obesidad del 66,1% y de diabetes del 10,9%. Además, se constató una prevalencia de colesterol elevado del 39,5% y de hipertensión arterial del 46,6%, con un subdiagnóstico del 32% y una preocupante falta de control en 4 de cada 10 pacientes diagnosticados. (7) Si abordamos específicamente al infarto de miocardio con elevación del segmento ST, no encontraremos estadísticas oficiales detalladas, aunque diversos estudios independientes realizados en el país demuestran una realidad alarmante. Siendo la terapia de reperfusión precoz la medida de mayor impacto para reducir la morbimortalidad en este contexto, 4 de cada 10 pacientes no acceden a ella y entre aquellos que sí lo hacen mediante tratamiento con angioplastia primaria o fibrinolíticos, más de la mitad se encuentra por fuera de la ventana temporal recomendada. (8-10) Esto pone de manifiesto la urgencia de mejorar las redes de atención para su diagnóstico y tratamiento oportunos, pero también de fortalecer las políticas de salud pública dirigidas a controlar sus factores de riesgo y así prevenir o retrasar su aparición. (10,11)

Este escenario tan complejo desnuda los enormes desafíos que tiene el sistema sanitario argentino en términos de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo. De esta manera, la salud pública se coloca en el centro del debate, resaltando la importancia de la planificación de políticas sanitarias que al trazar sus objetivos contemplan el costo de oportunidad, en pos de hacerlas más eficientes. Resulta necesario aprender de los aciertos y errores cometidos durante esta pandemia que sorprendió a la humanidad, y cuyo impacto real aún estamos conociendo, para poder mejorar nuestro posicionamiento a la hora de enfrentar otra crisis sanitaria similar que pudiera producirse en el futuro. (12,13) Esto implica trabajar en la extensión de las políticas de intervención poblacional que detengan la pandemia silenciosa de sobrepeso y obesidad, continúen reduciendo el consumo de tabaco y alcohol, la ingesta de sal, eliminen las grasas trans y promuevan ambientes que favorezcan la práctica de actividad física. Al mismo tiempo, fortalecer la atención primaria de salud resulta fundamental, dotándola de recursos e instrumentos que mejoren el diagnóstico, tratamiento y control de factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes y la hipercolesterolemia. (14) Por último, trabajar en la creación y fortalecimiento de las redes para la atención del infarto de miocardio con el objetivo de incrementar el acceso a las terapias de reperfusión en tiempo y forma, sin limitaciones de

cobertura, y asegurando una prevención secundaria eficaz. (11)

Todos los países del mundo han sufrido las consecuencias de la pandemia de COVID-19 y también los daños colaterales de las medidas adoptadas para enfrentarla. (15) Sin dudas, algunos lo habrán hecho mejor que otros y el lugar que ocupará la Argentina en este triste ranking está por verse. En un tiempo donde los servicios públicos y su gestión se encuentran en el centro del debate a la luz de un nuevo gobierno, solo resta defender las políticas sanitarias exitosas y trabajar en mejorar aquellas que muestran un pobre desempeño. Resulta prioritario abogar por una cobertura universal de salud eficiente, sustentada en la planificación sanitaria basada en datos y guiada por las prioridades epidemiológicas en el sentido más amplio del término, con el objetivo de proveer más y mejor salud para toda la población. El trabajo de Charask y col. es sin dudas un insumo fundamental en este debate y hacer caso omiso a sus resultados, o no aprender de ellos, sería un error muy costoso para la salud de la población argentina.

#### **Declaración de conflicto de intereses**

El autor declara que no tiene conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses del autor en la web).

#### **Bibliografía**

1. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al; GBD-NHLBI-JACC Global Burden of Cardiovascular Diseases Writing Group. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76:2982-3021. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
2. Martínez R, Soliz P, Mujica OJ, Reveiz L, Campbell NRC, Ordunez P. The slowdown in the reduction rate of premature mortality from cardiovascular diseases puts the Americas at risk of achieving SDG 3.4: A population trend analysis of 37 countries from 1990 to 2017. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020 ;22:1296-309. <https://doi.org/10.1111/jch.13922>
3. Charask A, Tajer C, Gagliardi J, Castillo Costa Y, D'Imperio H, Delfino F. Mortalidad por infarto agudo de miocardio en la Argentina durante la pandemia. Datos oficiales de las Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación. *Rev Argent Cardiol* 2023;91:407-12. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i6.20708>
4. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Estadísticas vitales. Información básica - 2021. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie\\_5\\_nro\\_65\\_anuario\\_vitales\\_2021\\_-\\_web.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_65_anuario_vitales_2021_-_web.pdf)
5. Zuin M, Rigatelli G, Battisti V, Costola G, Roncon L, Bilato C. Increased risk of acute myocardial infarction after COVID-19 recovery: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol*. 2023;372:138-43. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2022.12.032>
6. Katsoularis I, Fonseca-Rodríguez O, Farrington P, Lindmark K, Fors Connolly AM. Risk of acute myocardial infarction and ischaemic stroke following COVID-19 in Sweden: a self-controlled case series and matched cohort study. *Lancet*. 2021;398:599-607. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00896-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00896-5)
7. Instituto Nacional de Estadística y Censos; Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. 1a ed.; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INDEC; 2019. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68>

8. Piombo A, Rolandi F, Fitz Maurice M, Salzberg S, Strumminger M, Zylbersztein E, y cols. Registro de calidad de atención del infarto agudo de miocardio en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:132-38
9. Ferrante D, Spolidoro J, Caruso O, Budassi N, Onetto L, Blanco I, y cols. Mejora en la reperfusión del infarto de miocardio en Argentina. *Rev Argent Salud Pública* 2013;4:31-8.
10. Silberstein A, De Abreu M, Mariani J, Kyle D, González Villa Monte G, Sarmiento R, y cols. Programa en red para la reperfusión del infarto con telemedicina. *Rev Argent Cardiol* 2015;83(3):187-93.
11. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Guía de Práctica Clínica Nacional para la Reperfusión del Infarto Agudo de Miocardio 2023. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-nacional-para-la-reperfusion-del-infarto-agudo-de-miocardio>
12. Frieden TR, McClelland A. Preparing for Pandemics and Other Health Threats: Societal Approaches to Protect and Improve Health. *JAMA*. 2022;328:1585-6. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.18877>
13. Global Coalition for Circulatory Health; Ferat LR, Forrest R, Sehmi K, Santos RD, Stewart D, Boulton AJM, et al. Preventing the Next Pandemic: The Case for Investing in Circulatory Health - A Global Coalition for Circulatory Health Position Paper. *Glob Heart*. 2021;16:66. <https://doi.org/10.5334/gh.1077>
14. Rosende A, DiPette DJ, Martinez R, Brettler JW, Rodriguez G, Zuniga E, et al. HEARTS in the Americas clinical pathway. Strengthening the decision support system to improve hypertension and cardiovascular disease risk management in primary care settings. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1102482. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1102482>
15. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas 2020. Washington D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-evaluacionrapida-prestacion-servicios-para-enfermedades-no-transmisibles>