

Las enfermedades cardiovasculares en España

JAVIER MUÑIZ GARCÍA*
ALFONSO CASTRO BEIRAS**

La importancia de las diferentes enfermedades puede ser evaluada desde muy diferentes puntos de vista, dependiendo del objeto de esa evaluación. Pueden ser evaluadas considerando el número de muertes que ocasionan. Pueden evaluarse también considerando no el número absoluto de muertes que ocasionan sino dándole un peso diferente a cada muerte de tal manera que pesaría más la muerte de una persona joven a la hora del cálculo que la muerte de una persona de avanzada edad, esta medida se conoce como *Años potenciales de vida perdida*.

* Instituto de Ciencias de la Salud.

** Presidente de la Asociación Española de Cardiología.

Pueden evaluarse también en términos del sufrimiento que suponen como invalideces, sufrimiento tanto para las propias personas que las padecen como para las familias de los enfermos. Pueden también evaluarse con otros fines, por supuesto, en términos de la cantidad de recursos que consume, recursos de muy diferente índole tanto humanos (personas de diferente perfil y a diferentes niveles necesarias para la atención de estos enfermos) como materiales en términos de camas, consumo de productos farmacéuticos, prótesis, pensiones, etc.

Desde otro punto de vista, pueden ser también evaluados en términos de en qué medida pueden afectar al “Modus Vivendi” de una determinada sociedad o, dicho de otra manera, en qué medida su prevención o control pasan necesariamente por alterar hábitos muy enraizados en la sociedad.

Las enfermedades cardiovasculares son unas enfermedades que, evaluadas desde prácticamente cualquiera de los puntos de vista anteriores y muchos otros que no se han considerado, ocupan una posición muy adelantada en un teórico ranking de enfermedades importantes para nuestra sociedad aquí en España. Por otra parte, España no es, en absoluto, una excepción. Somos uno de los países industrializados, ricos, en el contexto mundial, y estos países industrializados y ricos comparten el enorme peso que las enfermedades cardiovasculares suponen para sus índices de calidad de vida.

Hasta hace bien poco esta afirmación debería circunscribirse a los países industrializados. Ahora ya no es así. En el momento actual, dos grandes grupos de las enfermedades cardiovasculares, como son la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares, ya ocupan el primer y segundo lugar mundial, incluyendo los países no desarrollados, en número de muertes que ocasionan y se estima que seguirá siendo así en el año 2020. En cuanto a años de vida perdidos, en el momento actual esas dos condiciones ocupan la cuarta y séptima posiciones en este ranking a nivel mundial en el año 1990, pero se estima que para el citado año 2020 habrán ascendido al primer y tercer lugar. Si la situación en los países industrializados es mala, en los países no desarrollados es trágica en el sentido de que, sin haber sido capaces de librarse de las enfermedades propias de los países pobres, como son las enfermedades nutricionales carenciales y las enfermedades infecciosas, se ven enfrentados a una nueva avalancha de enfermedades para la que no tienen ni mentalidad ni tiempo ni recursos para hacer frente.

En este artículo nos centramos en cómo está la situación de las enfermedades cardiovasculares en España desde diversos puntos de vista, mortalidad, morbilidad, recursos disponibles para su atención, particularmente en el ámbito hospitalario, formación e investigación. Necesariamente, lo amplio del espectro de los puntos de enfoque obliga a que el análisis sea somero, con la idea de ofrecer una visión general del problema.

¿De qué hablamos cuando hablamos de enfermedades cardiovasculares?.

Cuando hablamos de enfermedades cardiovasculares, en particular en los países industrializados como es el caso de España, nos estamos refiriendo mayoritariamente a las que en general comparten el mismo sustrato anatomopatológico, como es la lesión conocida como arteriosclerosis. La arteriosclerosis es una lesión patológica que afecta a las arterias y que sirve de base a varias enfermedades de importancia (en función de la localización y territorio que riegan las arterias afectadas), como es la enfermedad arterial coronaria (donde se incluyen angina de pecho e infarto

agudo de miocardio), la enfermedad cerebrovascular y algunas enfermedades de la aorta y circulación arterial periférica.

Hay otros grandes grupos de enfermedades cardiovasculares pero, en el mundo industrializado, con una importancia mucho menor que las citadas. La excepción a esto es la insuficiencia cardíaca, de continuo crecimiento en nuestro país debido, por una parte, a que es, en muchas ocasiones, una secuela de la enfermedad coronaria y, ligado con esto, debido también a la mayor longevidad de la población.

Mortalidad y morbilidad. En cuanto a mortalidad, España ocupa un lugar privilegiado entre los países industrializados en lo que respecta a cardiopatía isquémica, presentando unas tasas de mortalidad por esta enfermedad que se encuentran entre las más bajas del mundo industrializado. En enfermedad cerebrovascular presenta unas tasas intermedias entre este grupo de países. La enfermedad cerebrovascular ha ido bajando, al igual que el conjunto de enfermedades cardiovasculares, en España desde mediados de los años 70 hasta el momento actual, en parte debido, probablemente, al mejor control poblacional de un importante factor de riesgo de la enfermedad cerebrovascular como es la hipertensión arterial. La evolución de la cardiopatía isquémica es un poco diferente en el sentido de que prácticamente desde mediados de los años 70 las tasas han permanecido estables. Pese a esta tendencia favorable y pese a la posición relativa beneficiosa para España con respecto a otros países, pese a todo ello, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en nuestro país, responsables del 32 por ciento de las muertes entre los hombres y del 44 por ciento de las muertes entre las mujeres.

Utilizando otro indicador para valorar la importancia de estas enfermedades, como se indicó en las primeras líneas de este trabajo, como puede ser la tasa de ingresos hospitalarios, vemos que pese a una evolución favorable en los últimos 20 años de estas enfermedades, los ingresos hospitalarios por las mismas no han dejado de subir. Así, tanto en hombres como en mujeres, en el período entre 1980 y 1995 han ido aumentando paulatinamente los ingresos tanto por enfermedad coronaria como por enfermedad cerebrovascular, multiplicándose por tres y por dos respectivamente en el período citado. Está claro que los determinantes de la frecuencia de los ingresos hospitalarios son otros además de la incidencia de la enfermedad. En particular, sobre la tasa en ingresos hospitalarios influyen mucho las prácticas médicas existentes en cada momento, prácticas que, necesariamente, se ven influidas por la disponibilidad de recursos y también la posibilidad de ofrecer en entorno hospitalario algo al paciente ingresado. Como se ve, a pesar de una evolución de las tasas de mortalidad ajustadas por edad estabilizadas o descendiendo, el envejecimiento de la población y los cambios en las pautas de ingreso y en la accesibilidad a los centros sanitarios ha ocasionado este incremento sostenido. Poniéndolo de otra manera, resumiendo la información que aborda la mortalidad y la morbilidad, puede decirse que a pesar que las tasas de mortalidad disminuyan, este efecto se ve atenuado en parte porque la población cada vez es más vieja y además debido a que cada vez somos capaces de ofrecer más servicios a segmentos más amplios de la población, los ingresos hospitalarios no permanecen estables o disminuyen como la mortalidad, sino que presentan un patrón opuesto, con un aumento sostenido los últimos años estudiados que no es previsible que vaya a frenar en un futuro inmediato.

En términos absolutos, las enfermedades cardiovasculares ocasionan al año en España más de doscientos cincuenta mil ingresos hospitalarios. Así fue en el año 1997, representando alrededor del 8,3 por ciento del total de altas que se produjeron en los hospitales españoles ese año. Esto supone para el conjunto del país alrededor de 650 ingresos anuales por 100.000 habitantes.

Recursos humanos. En un reciente informe que la Sociedad Española de Cardiología preparó en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo denominado *Estudio de los recursos, necesidades y organización para la atención al paciente cardiológico*(1), se recoge que hay una proporción aproximada de alrededor de 3 cardiólogos por 100.000 habitantes. Esta información se estima a partir de la proporcionada por las Comunidades Autónomas con transferencias y el propio INSALUD. No obstante, constituye seguramente una estimación a la baja ya que se refiere sólo a los cardiólogos trabajando en el sistema nacional de salud. Sin embargo, incluso asumiendo que es una infraestimación y que el número real tiene que ser algo superior, es una cifra muy pequeña para abordar la magnitud de la enfermedad indicada con anterioridad, magnitud que se ve multiplicada cuando consideramos la actividad extrahospitalaria. Afortunadamente, la responsabilidad del tratamiento de las enfermedades cardiológicas no reposa de manera exclusiva en el cardiólogo. Otros muchos especialistas tienen su parcela de responsabilidad en el tratamiento de estos pacientes tanto a nivel intra como extrahospitalario. Así, tomando como ejemplo la insuficiencia cardíaca, ésta es diagnosticada y tratada competentemente en muchos centros por especialistas en medicina interna y otros especialistas. A nivel extrahospitalario, el especialista de atención primaria tiene responsabilidad sobre el diagnóstico y tratamiento de un amplio espectro de pacientes con enfermedades cardiovasculares. Sin en lugar de centrarnos en el territorio del corazón nos centramos en otros sistemas como es del cerebro, como es obvio entran muchos más especialistas, como el neurólogo y otros.

En el mismo informe indicado con anterioridad se recoge el número de médicos actualmente formándose como especialistas en cardiología así como la evolución de su número en los últimos 15 años. En la actualidad hay 404 médicos formándose en cardiología en España. Su número ha aumentado paulatinamente cada año desde 1988 en que eran 101. En la actualidad casi todas las CC.AA. tienen acreditada alguna plaza para formar especialistas en cardiología y efectivamente los están formando.

A pesar de este enorme esfuerzo formativo en estos últimos años, como hemos visto, la cantidad de pacientes aumenta sin cesar y también aumenta la complejidad de los procedimientos que se realizan tanto en diagnósticos como terapéuticos, por lo que la variedad de especialistas que atienden estas enfermedades es un hecho deseable en particular en la medida que mantengan la buena coordinación tanto en especialidades como a niveles asistenciales.

Recursos materiales. Como se ha comentado con anterioridad la atención al paciente cardiológico ha aumentado en cantidad y complejidad en los últimos años. En la actualidad, el tratamiento integral de las enfermedades cardiovasculares obliga a disponer de complejas y costosas instalaciones, así como personal muy especializado en algunas áreas. Debido a los esfuerzos en formación, como al esfuerzo continuado en infraestructura, no se detectan áreas en las que la atención pueda ser precaria por estas causas. Coincidiendo con ello, en el informe de referencia, los cardiólogos no identifican carencias materiales o de preparación entre los problemas que afectan a

la atención de los pacientes. Sin embargo, sí colocan entre los principales problemas aspectos organizativos como la falta de coordinación entre niveles y la falta de incentivación, tanto desde el punto de vista científico como económico.

Investigación. En el país hay unos pocos grupos de investigadores que vienen desarrollando un trabajo de investigación de alto nivel.

A diferencia de lo que ocurre en otras facetas relacionadas con la atención al paciente cardiológico, en el apartado de la investigación sí existen enormes diferencias entre zonas de España. Alrededor del 60 por ciento de los proyectos de investigación cardiovascular que podrían considerarse del área básica financiados por agencias estatales de investigación se concentran en Madrid y Cataluña (principalmente Barcelona).

En el área clínica la concentración, siendo aún grande, en estas dos zonas, es menor que para la investigación básica. La producción sigue una senda paralela a la de la financiación de proyectos.

Propuestas de futuro. Para terminar este breve trabajo, proponemos, al hilo de estas carencias identificadas, un par de áreas en las que mejorar en el futuro.

Por una parte, potenciar y reforzar las estrategias y oportunidades existentes de colaboración y coordinación entre estratos asistenciales, así como favorecer la creación de nuevas posibilidades.

Por otra, mejorar la investigación cardiovascular en nuestro país, cuidando la ya existente y estimulando el desarrollo general a través de una mejora de la organización, coordinación y estímulo a la investigación.