

Bruselas, 14 de noviembre de 2024
(OR. en)

15315/24

LIMITE

SAN 634

NOTA

De:	Secretaría General del Consejo
A:	Consejo
Asunto:	Conclusiones sobre la mejora de la salud cardiovascular en la Unión Europea - <i>Adopción</i>

1. El 28 de agosto de 2024, la Presidencia presentó al Grupo «Salud Pública» un proyecto de Conclusiones del Consejo sobre la mejora de la salud cardiovascular en la Unión Europea¹.
2. De entre los distintos actos celebrados en torno a este tema, el proyecto de Conclusiones del Consejo ha tenido en cuenta los resultados de la Conferencia de Alto Nivel sobre la Salud Cardiovascular de los días 3 y 4 de julio y de la reunión informal de ministros de Sanidad de los días 24 y 25 de julio de 2024.
3. El Grupo «Salud Pública» estudió el proyecto de Conclusiones del Consejo en sus reuniones de los días 9 y 25 de septiembre y 10 de octubre de 2024.
4. Tras una consulta escrita informal que finalizó el 23 de octubre, el Grupo «Salud Pública» alcanzó un acuerdo preliminar sobre el texto transaccional de la Presidencia para las Conclusiones del Consejo, que figura en el anexo del documento 14661/24.

¹ 12790/24.

5. El 6 de noviembre de 2024, el Comité de Representantes Permanentes confirmó el acuerdo alcanzado en el Grupo «Salud Pública» y, tras modificar una referencia, decidió presentar el texto al Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores del 3 de diciembre de 2024 para su adopción.
 6. Se invita al Consejo a adoptar, en su sesión del 3 de diciembre de 2024, las Conclusiones del Consejo sobre la mejora de la salud cardiovascular en la Unión Europea que figuran en el anexo de la presente nota.
-

Proyecto de Conclusiones del Consejo sobre la mejora de la salud cardiovascular en la Unión Europea

Introducción

En la Unión Europea, se ha identificado a las enfermedades cardiovasculares como la principal causa de mortalidad y como uno de los factores principales de morbilidad y discapacidad, lo que pone en riesgo los avances realizados en materia de prestación de asistencia sanitaria y atención integral de las enfermedades. Las medidas colectivas de la UE, pasadas y recientes¹, que se han puesto de manifiesto en iniciativas y programas sanitarios históricos, tienen por objeto abordar las enfermedades no transmisibles, incluida la amenaza generalizada que suponen las enfermedades cardiovasculares. A pesar de estos esfuerzos, la persistencia de elevadas tasas de mortalidad, la prevalencia —aún preocupante— de las enfermedades cardiovasculares, incluidos sus factores de riesgo comunes, y su considerable repercusión económica ponen de relieve la necesidad crucial de un enfoque estratégico y unificado de la salud cardiovascular a escala de la Unión, teniendo en cuenta que dicho enfoque también tendrá efectos positivos en otras enfermedades no transmisibles. Para ello se requerirá, sin perjuicio de las competencias nacionales, una mayor colaboración entre los Estados miembros, la formulación de estrategias globales de prevención, detección, diagnóstico, atención, tratamiento y rehabilitación, y el compromiso de utilizar las innovaciones sanitarias para reducir las consecuencias y la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares. En consonancia con las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud y del Parlamento Europeo, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible² (en particular los objetivos de desarrollo sostenible 3.4 y 3.8) hace hincapié en la importancia de reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares.

¹ https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_en?prefLang=es&ettrans=es

² <https://sdgs.un.org/es/goals>

EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA

CELEBRA:

1. Los avances logrados a través de iniciativas como las acciones conjuntas financiadas por la Unión Europea, la iniciativa «Más sanos juntos» y la reciente Comunicación de la Comisión sobre la Unión Europea de la Salud³. Estas iniciativas ponen de relieve el firme compromiso de reforzar la resiliencia y la cooperación en materia sanitaria en toda la Unión y sientan un precedente encomiable para futuras iniciativas relacionadas con la salud destinadas a mejorar el bienestar de todos los europeos.
2. Los trabajos efectuados y las medidas llevadas a cabo en el marco del Grupo de Expertos en Salud Pública y de su predecesor, el Grupo Director sobre Promoción y Prevención, para identificar y transferir una serie de iniciativas destinadas a mejorar la promoción de la salud, incluida la alimentación saludable, la actividad física y la reducción de factores de riesgo, como el consumo de alcohol y tabaco y de otros productos relacionados con el tabaco, con o sin nicotina, y para establecer acciones de calado en la prevención de todas las enfermedades que se abordan en los distintos capítulos de la iniciativa de la UE sobre enfermedades no transmisibles «Más sanos juntos», incluidas las enfermedades cardiovasculares.

³ Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones: La Unión Europea de la Salud: actuar juntos por la salud de las personas [COM(2024) 206 final].

RECUERDA QUE:

3. Con arreglo a lo dispuesto en el artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE), al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana y la Unión fomentará la cooperación entre los Estados miembros en el ámbito de la salud pública y, en caso necesario, prestará apoyo a su acción.
4. El artículo 168 del TFUE dispone que la Unión debe complementar y apoyar las políticas nacionales en materia de salud y facilitar la coordinación entre los programas de los Estados miembros, respetando plenamente las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de sus políticas de salud, así como a la organización, gestión y prestación de servicios sanitarios y atención médica.
5. Desde el año 2000, el Consejo de la Unión Europea ha seguido insistiendo en la importancia de tomar medidas en relación con las enfermedades cardiovasculares, en particular mediante la adopción de los siguientes textos de Conclusiones:
 - Conclusiones del Consejo sobre la salud en todas las políticas (2006)⁴;
 - Conclusiones del Consejo sobre la equidad y la salud en todas las políticas: solidaridad en materia de salud (2010)⁵;
 - Conclusiones del Consejo sobre la economía del bienestar (2019)⁶;
 - Conclusiones del Consejo tituladas «Alimentación sana para la infancia: un futuro saludable para Europa» (2018)⁷, en las que se invita a los Estados miembros a promover y aplicar políticas específicas relacionadas con las enfermedades no transmisibles, así como a considerar la alimentación poco saludable como uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles en los primeros años de vida;

⁴ <https://webportal.consilium.eu.int/econsilium/documents/ST%2016167%202006%20INIT/general>

⁵ <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9947-2010-INIT/es/pdf>

⁶ DO C 400 de 26.11.2019, p. 9.

⁷ Véanse los apartados 35 y 36 (DO C 232 de 3.7.2018, p. 1).

- Conclusiones del Consejo tituladas «Subsanar las desigualdades sanitarias en el seno de la UE mediante una acción concertada para promover hábitos saludables de vida» (2011), en las que se expresa el compromiso de impulsar avances en la lucha contra hábitos de vida poco saludables relacionados con las enfermedades cardiovasculares⁸;
- Conclusiones del Consejo sobre la nutrición y la actividad física (2014), en las que se reconoce la relación entre nutrición, actividad y enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares⁹;
- Conclusiones del Consejo sobre una estrategia comunitaria para reducir los daños derivados del consumo de alcohol (2001)¹⁰, en las que se llama la atención sobre la relación entre el consumo de alcohol y la miocardiopatía alcohólica;
- Conclusiones del Consejo sobre la promoción de la salud cardiovascular (2004)¹¹, en las que se hace referencia a varias resoluciones y Conclusiones anteriores del Consejo sobre este tema y se proponen estrategias nacionales en materia de salud pública para abordar la promoción de la salud cardiovascular y el correspondiente apoyo de la Comisión;
- Conclusiones del Consejo sobre la obesidad, la nutrición y la actividad física (2005)¹², en las que se destaca la relación entre la obesidad y la salud cardiovascular;
- Conclusiones del Consejo sobre la salud de las mujeres (2006)¹³, en las que se afirma que las enfermedades cardiovasculares afectan de forma diferente a las mujeres, representan una de las causas principales de muerte y están relacionadas con el tabaquismo;
- Conclusiones del Consejo sobre la promoción de formas de vida sanas y la prevención de la diabetes de tipo 2 (2006)¹⁴, en las que se reconoce que las enfermedades cardiovasculares pueden deberse a complicaciones asociadas a la diabetes de tipo 2 (véase el apartado 8), y que «la prevención de la diabetes tiene efectos positivos directos en otras enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares»;
- Conclusiones del Consejo sobre el papel de la UE en la salud mundial (2010)¹⁵, en las que se hace referencia a las enfermedades no transmisibles y la salud mental;

⁸ Véase el apartado 9 (DO C 359 de 9.12.2011, p. 5).

⁹ Véase el apartado 15 (DO C 213 de 8.7.2014, p. 1).

¹⁰ Véase el apartado 10 (DO C 175 de 20.6.2001, p. 1).

¹¹ Véanse los apartados 26 a 28, <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9627-2004-INIT/es/pdf>.

¹² Véase el apartado 8, <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9803-2005-INIT/es/pdf>.

¹³ Véanse los apartados 12 a 14 (DO C 146 de 22.6.2006, p. 4).

¹⁴ Véase el apartado 13 (DO C 147 de 23.6.2006, p. 1).

¹⁵ Véase el apartado 4, <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9644-2010-INIT/es/pdf>.

- Conclusiones del Consejo para contribuir a detener el aumento del sobrepeso y la obesidad infantiles (2017)¹⁶, en las que se destaca el vínculo entre la obesidad y la salud cardiovascular y la correlación entre la alimentación y las enfermedades cardiovasculares;
- Conclusiones del Consejo sobre aspectos transfronterizos de la política relativa al alcohol. Lucha contra el consumo nocivo de alcohol (2017)¹⁷, en las que se anima a los Estados miembros a reforzar la prevención de las enfermedades no transmisibles;
- Recomendación del Consejo, de 8 de junio de 2009, relativa a una acción en el ámbito de las enfermedades raras¹⁸;
- Conclusiones del Consejo tituladas «Alimentación sana para la infancia: un futuro saludable para Europa» (2018)¹⁹, en las que hace referencia a la relación entre alimentación y enfermedades no transmisibles y enfermedades cardiovasculares en varios lugares y se invita a los Estados miembros y a la Comisión a tomar medidas en varios ámbitos;
- Conclusiones del Consejo sobre el refuerzo de la Unión Europea de la Salud (2021)²⁰, en cuya introducción se afirma que «las enfermedades no transmisibles representan el 87 % de la carga de morbilidad en la UE»;
- Conclusiones del Consejo sobre la mejora de los alimentos (2016)²¹, en las que se observa con preocupación que las cifras de sobrepeso, obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta de la población europea son demasiado elevadas y siguen aumentando y que esto tiene una incidencia negativa sobre la esperanza de vida, reduce la calidad de vida de los ciudadanos de la Unión y afecta a la sociedad, induciendo a unos elevados gastos sanitarios que pueden afectar a la sostenibilidad de los sistemas de salud.

¹⁶ Véanse los apartados 3 a 6 (DO C 205 de 29.6.2017, p. 46).

¹⁷ Véase el apartado 24 (DO C 441 de 22.12.2017, p. 3).

¹⁸ DO C 151 de 3.7.2009, p. 7.

¹⁹ DO C 232 de 3.7.2018, p. 1.

²⁰ DO C 512 I de 20.12.2021, p. 2.

²¹ DO C 269 de 23.7.2016, p. 21.

- Conclusiones del Consejo sobre el futuro de la Unión Europea de la Salud²², adoptadas el 21 de junio de 2024, en las que se destaca la importancia fundamental de abordar las enfermedades que dan lugar a elevadas tasas de mortalidad. En estas Conclusiones se hace hincapié en un enfoque integrado que abarque la prevención, la gestión, el tratamiento, el diagnóstico y la rehabilitación, con el fin de mejorar los resultados sanitarios en toda la Unión. Asimismo, en las Conclusiones se invita a los Estados miembros y a la Comisión Europea a «proseguir e intensificar los trabajos de la Iniciativa de la UE sobre enfermedades no transmisibles “Más sanos juntos” con la aplicación y la finalización paulatina de un planteamiento general, integrador, global y multisectorial a escala de la UE, para apoyar la aplicación de políticas eficaces en el ámbito de las enfermedades no transmisibles, también en forma de capítulos y de planes de acción sobre determinantes de la salud, cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, salud mental y trastornos neurológicos, y enfermedades raras».

6. En mayo de 2024 la Comisión Europea adoptó la Comunicación sobre la Unión Europea de la Salud, en la que se confirma que las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, siguen siendo una prioridad absoluta (como demuestra, por ejemplo, el refuerzo de la iniciativa «Más sanos juntos»). Asimismo, la Comisión adoptó una serie de medidas en el ámbito de la salud cardiovascular, por las que se establecieron:

- la Acción Conjunta sobre Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes (JACARDI)²³ y nueve subvenciones de acciones para financiar proyectos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares;
- el repositorio de mejores prácticas y prácticas prometedoras en materia de prevención de enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares²⁴;
- el Grupo de Expertos en Salud Pública y, en particular, el subgrupo sobre prevención de enfermedades no transmisibles²⁵;

²² <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11597-2024-INIT/es/pdf>

²³ <https://ec.europa.eu/newsroom/sante/newsletter-archives/49312>

²⁴ Portal de mejores prácticas de la UE.

²⁵ [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022D1212\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022D1212(01))

- la iniciativa de la UE sobre enfermedades no transmisibles «Más sanos juntos», que proporciona un marco estratégico para la actuación preventiva en relación con las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas, la salud mental y los trastornos neurológicos, así como en relación con los determinantes de la salud²⁶.
7. En el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se han adoptado los siguientes documentos en el ámbito de la salud cardiovascular:
- la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles (2011)²⁷;
 - el Plan de Acción Mundial 2013-2020 de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (2013)²⁸;
 - la Declaración de Viena, de 5 de julio de 2013, sobre nutrición y enfermedades no transmisibles en el contexto de «Salud 2020»²⁹;
 - el Plan de Acción Mundial de la OMS sobre Salud Bucodental 2023-2030: de la estrategia a la acción³⁰;
 - la Declaración política de la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental (2023)³¹;
 - la Declaración de Budapest de la Séptima Conferencia Ministerial sobre Medio Ambiente y Salud celebrada en Budapest (Hungría) del 5 al 7 de julio de 2023³².
8. El Reglamento (UE) 2021/522 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de marzo de 2021, por el que se establece un programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud («programa EUproSalud») para el período 2021-2027 tiene por objeto mejorar y promover la salud en la Unión y reducir la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles apoyando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, reduciendo las desigualdades en materia de salud y fomentando estilos de vida saludables y el acceso a la asistencia sanitaria.

²⁶ https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_en?prefLang=es&etrans=es

²⁷ [https://digitallibrary.un.org/record/710899?ln=es&v=pdf\(A_66_L-1-ES.pdf\)](https://digitallibrary.un.org/record/710899?ln=es&v=pdf(A_66_L-1-ES.pdf))

²⁸ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236> (en inglés)

²⁹ <https://data.europa.eu/doi/10665/350439> (en inglés)

³⁰ <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240090538>

³¹ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_6-sp.pdf

³² <https://www.who.int/europe/publications/i/item/EURO-Budapest2023-6> (en inglés)

9. La Comisión Europea adoptó la Comunicación sobre el Pacto Verde Europeo en diciembre de 2019, que aspira, entre otras cosas, a proteger la salud y el bienestar de los ciudadanos frente a los riesgos y efectos medioambientales. En su Comunicación de 12 de mayo de 2021 titulada «La senda hacia un planeta sano para todos. Plan de acción de la UE: “Contaminación cero para el aire, el agua y el suelo”», la Comisión estableció el plan de acción «Contaminación Cero» que, entre otras cosas, aborda los factores relacionados con la contaminación que se recogen en el Pacto Verde Europeo y que también pueden provocar enfermedades cardiovasculares, y se compromete además a reducir, de aquí a 2030, las repercusiones de la contaminación atmosférica en la salud en más de un 55 % (con respecto a la situación de 2005) armonizando las concentraciones con las directrices más recientes de la OMS basadas en datos científicos. Incluye una visión para 2050 en la que la contaminación del aire se reduzca a unos niveles que ya no se consideren perjudiciales para la salud y los ecosistemas naturales.
10. La Resolución del Parlamento Europeo sobre la prevención, la gestión y la mejora de la atención de la diabetes en la UE señala que un tercio de los diabéticos desarrolla enfermedades cardiovasculares³³.
11. La Resolución del Parlamento Europeo sobre las enfermedades no transmisibles hace referencia a las interconexiones entre las enfermedades no transmisibles, en particular entre la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares³⁴.

³³ https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0409_ES.html

³⁴ https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2023-0467_ES.html

CONSIDERA QUE:

12. Las enfermedades cardiovasculares son enfermedades relacionadas con el corazón y el sistema circulatorio (vascular), que incluyen, entre otras, la insuficiencia cardíaca, la cardiopatía isquémica, la cardiopatía estructural, el ictus, las alteraciones del ritmo cardíaco (por ejemplo, la fibrilación auricular), la hipertensión, la miocardiopatía, las cardiopatías congénitas, las afecciones cardíacas hereditarias y las enfermedades de la aorta, las válvulas cardíacas y las arterias periféricas.
13. Se calcula que 60 millones de personas padecen enfermedades cardiovasculares en la UE y que estas causan aproximadamente una de cada tres muertes³⁵. A pesar de la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares en muchos países de la Unión Europea, estas enfermedades siguen siendo la causa más común de muerte, pues provocan alrededor de 1,7 millones de fallecimientos al año en los veintisiete Estados miembros de la UE, lo que equivale al 37 % del total de fallecimientos³⁶. Además, muchos pacientes sufren los efectos a largo plazo de las enfermedades cardiovasculares³⁷ y tienen discapacidades importantes durante años. Se calcula que, en 2019, 53 millones de personas padecían enfermedades cardiovasculares en la Unión, lo que convierte a estas enfermedades en la principal causa de muerte en la actualidad³⁸.
14. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³⁹, en la que son Partes todos los Estados miembros y la UE, reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad y que los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar su acceso a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud (artículo 25). Sin embargo, las necesidades no

³⁵ Sociedad Europea de Cardiología, Atlas of Cardiology [Atlas de Cardiología], <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>

Sociedad Europea de Cardiología, Cardiovascular Realities 2024 [Actualidad cardiovascular 2024], <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>

³⁶ Sociedad Europea de Cardiología, Atlas of Cardiology [Atlas de Cardiología], <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>

Sociedad Europea de Cardiología, Cardiovascular Realities 2022 [Actualidad cardiovascular 2024], <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>

³⁷ Colaboradores en materia de enfermedades y lesiones del Estudio sobre la carga mundial de morbilidad de 2021 (2024). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 [Incidencia mundial, prevalencia, años vividos con discapacidad, años de vida ajustados por discapacidad, y esperanza de vida saludable en relación con 371 enfermedades y lesiones en 204 países y territorios y 811 localizaciones subnacionales, 1990-2021: análisis sistemático para el Estudio sobre la carga mundial de morbilidad de 2021]. *Lancet (Londres, Inglaterra)*, 403(10440), 2133-2161. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8)

³⁸ Timmis, A., Vardas, P., Townsend, N., Torbica, A., Katus, H., De Smedt, D., Gale, C. P., Maggioni, A. P., Petersen, S. E., Huculeci, R., Kazakiewicz, D., de Benito Rubio, V., Ignatiuk, B., Raisi-Estabragh, Z., Pawlak, A., Karagiannis, E., Treskes, R., Gaita, D., Beltrame, J. F., McConnachie, A., ... Atlas Writing Group, Sociedad Europea de Cardiología (2022). European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021 [Sociedad Europea de Cardiología: estadísticas sobre enfermedades cardiovasculares de 2021]. *European heart journal*, 43(8), 716-799, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab892>

³⁹ <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

satisfechas de exámenes médicos declaradas por las personas con discapacidad siguen siendo mucho más elevadas que las declaradas por las personas sin discapacidad (el 5 % frente al 1,4 % en 2023)⁴⁰.

15. Las enfermedades cardiovasculares suponen una carga económica considerable para los pacientes, los sistemas sanitarios, la sociedad y las familias de los pacientes. El coste total de las enfermedades cardiovasculares en la Unión se estimó en 282 000 millones EUR en 2021, lo que representa el 2 % del PIB de la Unión. Las pérdidas de productividad asociadas a la incapacidad laboral y a la mortalidad prematura se estimaron en 32 000 millones EUR y 15 000 millones EUR, respectivamente, y el coste de los cuidados no remunerados prestados por amigos o familiares se calculó en 79 000 millones EUR⁴¹. Invertir en la promoción de la salud, en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y en los sistemas sanitarios es fundamental para reducir los gastos sanitarios individuales, garantizar un mercado laboral resiliente y reforzar la competitividad de la UE⁴².
16. La carga de las enfermedades cardiovasculares afecta de manera desigual a las personas y los países y aumenta las desigualdades en la Unión entre los distintos grupos socioeconómicos y de población, los países y las regiones. Los determinantes más generales de la salud cardiovascular, incluidos los determinantes socioeconómicos de la salud, como la educación, los ingresos y las condiciones de vida, así como los determinantes comerciales, desempeñan un papel crucial en estas disparidades, ya que influyen tanto en la prevalencia como en las repercusiones de las enfermedades cardiovasculares en diferentes comunidades y hacen que algunas poblaciones y comunidades se vean afectadas de manera desproporcionada. Las estrategias de promoción de la salud y de prevención deben dirigirse a estas poblaciones de alto riesgo y hacer hincapié en la promoción de la salud y en la prevención a lo largo de la vida, teniendo en cuenta las desigualdades generacionales en la salud cardiovascular.

⁴⁰ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/HLTH_DH030 (en inglés)

⁴¹ Luengo-Fernández, R., Walli-Attaei, M., Gray, A., Torbica, A., Maggioni, A. P., Huculeci, R., Bairami, F., Aboyans, V., Timmis, A. D., Vardas, P., y Leal, J. (2023). Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study [La carga económica de las enfermedades cardiovasculares en la Unión Europea: estudio de costes basado en la población]. *European heart journal*, 44(45), 4752–4767, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad583>

⁴² Letta, E. (2024). Much more than a market [Mucho más que un mercado] <https://www.consilium.europa.eu/media/ny3j24sm/much-more-than-a-market-report-by-enrico-letta.pdf>

17. El porcentaje de fallecimientos por enfermedades cardiovasculares es mayor entre las mujeres que entre los hombres y las enfermedades cardiovasculares son responsables del 35 % de todas las muertes en mujeres en la UE⁴³. Las enfermedades cardiovasculares afectan más gravemente a las mujeres que a los hombres, ya que, por ejemplo, las mujeres tienen mayor riesgo de muerte tras un infarto de miocardio. El hecho de que culturalmente las enfermedades cardiovasculares se etiqueten erróneamente como «enfermedades masculinas» y el desconocimiento de los síntomas en las mujeres pueden ser en parte responsables de que el riesgo de mortalidad tras un infarto de miocardio sea un 20 % mayor entre las mujeres que entre los hombres. Los factores de riesgo cardiovascular específicos de las mujeres⁴⁴, como la menarquia temprana o tardía, la menopausia, el embarazo⁴⁵⁴⁶ y otros problemas de salud, a menudo se pasan por alto en la epidemiología, el diagnóstico y la atención. Las mujeres también tienen menos probabilidades de recibir tratamientos basados en datos contrastados para las enfermedades cardiovasculares y son más propensas a sufrir retrasos en la asistencia. Estas disparidades de género ponen de relieve la necesidad de estrategias cardiovasculares adaptadas que aborden los riesgos y los retos sanitarios específicos a los que se enfrentan las mujeres.
18. Los factores de riesgo metabólicos, como la hipertensión arterial, los altos niveles de colesterol, por trastornos lipídicos hereditarios u otras causas, el sobrepeso y la obesidad y los niveles elevados de azúcar en sangre, junto con factores de riesgo conductuales, como el consumo de tabaco u otros productos que contienen nicotina, el consumo de alcohol, el estilo de vida sedentario, la mala alimentación y la elevada ingesta de sal, azúcar y grasas saturadas son muy frecuentes en la UE, lo que pone de relieve la necesidad de una mayor implantación de programas de prevención primaria y promoción de la salud basados en datos contrastados y de una legislación de la Unión más estricta que regule los determinantes comerciales, en beneficio de las generaciones actuales y futuras.

⁴³https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics&oldid=629164#Deaths_from_cardiovascular_diseases (en inglés)

⁴⁴ Sociedad Europea de Cardiología, Atlas of Cardiology [Atlas de Cardiología], <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>

Sociedad Europea de Cardiología, Cardiovascular Realities 2024 [Actualidad cardiovascular 2024], <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>

⁴⁵ O'Kelly, A. C., Michos, E. D., Shufelt, C. L., Vermunt, J. V., Minissian, M. B., Quesada, O., Smith, G. N., Rich-Edwards, J. W., Garovic, V. D., El Khoudary, S. R., y Honigberg, M. C. (2022). Pregnancy and Reproductive Risk Factors for Cardiovascular Disease in Women [Embarazo y factores de riesgo reproductivos de las enfermedades cardiovasculares en mujeres]. *Circulation research*, 130(4), 652-672, <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319895>

⁴⁶ Roos-Hesselink, J. W., van der Zande, J. A., y Johnson, M. R. (2023). Pregnancy outcomes in women with heart disease: how to improve? [Desenlace del embarazo en mujeres con cardiopatías: cómo mejorar] *European heart journal*, 44(17), 1541–1543, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad035>

19. Alrededor del 10 % de las muertes por enfermedades cardiovasculares están directamente relacionadas con el tabaquismo. Las personas que fuman tienen un 30 % más de riesgo de desarrollar cardiopatías coronarias que las que no fuman. Se calcula que el tabaquismo pasivo aumenta el riesgo de ictus en la misma proporción⁴⁷.
20. Por lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, el consumo nocivo de alcohol, con independencia de las cantidades y pautas de consumo, tiene un efecto perjudicial, sobre todo en el caso de las cardiopatías hipertensivas, el ictus hemorrágico, la miocardiopatía inducida por el alcohol y la fibrilación o el aleteo auricular⁴⁸.
21. La alimentación poco saludable es uno de los factores de riesgo más importantes de las enfermedades cardiovasculares relacionados con el estilo de vida, y existen pruebas de las consecuencias que tienen, por ejemplo, el sobrepeso o la obesidad⁴⁹ y la ingesta elevada de grasas saturadas, grasas trans, sodio y azúcar⁵⁰. La reducción de los factores de riesgo alimentarios, como la ingesta excesiva de sal, azúcar, grasas saturadas y ácidos grasos trans, que ya pueden estar presentes en la infancia, es fundamental para la prevención.
22. Los determinantes comerciales, como las prácticas de comercialización nocivas⁵¹ que promueven productos poco saludables y dificultan las elecciones saludables, también desempeñan un papel crucial y deben abordarse para reducir estos riesgos de forma eficaz. Se necesitan iniciativas dirigidas a mejorar la alfabetización sanitaria de la población, las organizaciones y los sistemas para ayudar a las personas a acceder a la información y los servicios y a entenderlos, evaluarlos y utilizarlos de una manera que favorezca y contribuya al mantenimiento de la buena salud y el bienestar.

⁴⁷ Gernun, S., Franzen, K. F., Mallock, N., Benthien, J., Luch, A., Mortensen, K., Drömann, D., Pogarell, O., Rütther, T., y Rabenstein, A. (2022). Cardiovascular functions and arterial stiffness after JUUL use [Funciones cardiovasculares y rigidez arterial tras el consumo de JUUL]. *Tobacco induced diseases*, 20, 34, <https://doi.org/10.18332/tid/144317>

⁴⁸ <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240096745>

⁴⁹ Roberto, C. A., Swinburn, B., Hawkes, C., Huang, T. T., Costa, S. A., Ashe, M., Zwicker, L., Cawley, J. H., y Brownell, K. D. (2015). Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking [Avances dispares en la prevención de la obesidad: ejemplos nuevos, obstáculos fosilizados y planteamientos novedosos]. *Lancet (Londres, Inglaterra)*, 385(9985), 2400-2409, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61744-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61744-X)

⁵⁰ Kotseva, K., De Backer, G., De Bacquer, D., Rydén, L., Hoes, A., Grobbee, D., Maggioni, A., Marques-Vidal, P., Jennings, C., Abreu, A., Aguiar, C., Badariene, J., Bruthans, J., Castro Conde, A., Cifkova, R., Crowley, J., Davletov, K., Deckers, J., De Smedt, D., De Sutter, J., ... investigadores de EUROASPIRE* (2019). Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry [Estilo de vida y repercusiones en el control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes coronarios en veintisiete países: resultados del registro ESC-EORP EUROASPIRE V de la Sociedad Europea de Cardiología]. *European journal of preventive cardiology*, 26(8), 824-835, <https://doi.org/10.1177/2047487318825350>

⁵¹ <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061162> (en inglés)

23. La inactividad física es otro importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares relacionado con el estilo de vida. Existen pruebas sólidas de los efectos de la actividad física en la mejora de la salud cardiovascular, ya que el potencial de reducción del riesgo relativo de mortalidad por enfermedad cardiovascular en las personas que realizan el nivel recomendado de actividad física es del 27 %⁵². A pesar de ello, buena parte de la población infantil y adulta sigue estando muy lejos de cumplir las directrices relativas a la práctica de actividad física. La promoción de programas de actividad física basados en datos contrastados para personas de todos los niveles de aptitud debe ser un componente fundamental de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades cardiovasculares.
24. La diabetes aumenta el riesgo de padecer diversas enfermedades cardiovasculares, entre ellas la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca y el ictus⁵³. Los elevados niveles de azúcar en sangre asociados a la diabetes pueden dañar los vasos sanguíneos y los nervios que controlan el corazón, lo que, junto con la alteración de la función renal, aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular. Del mismo modo, los pacientes con insuficiencia renal crónica también presentan un elevado riesgo cardiovascular, que se manifiesta como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, arritmia y muerte súbita de origen cardíaco. Por lo tanto, el tratamiento eficaz de la diabetes y de la insuficiencia renal crónica —lo que incluye mantener bajo control los niveles de azúcar, la tensión arterial y el colesterol en sangre, llevar una alimentación cardiosaludable, practicar ejercicio físico, mantener una salud periodontal óptima y evitar el tabaquismo, el consumo de tabaco y nicotina y el consumo nocivo de alcohol, con independencia de la cantidad y las pautas de consumo— es esencial para minimizar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y otras complicaciones derivadas de la diabetes.
25. La obesidad, que puede tener un origen conductual y genético, es muy frecuente entre los pacientes con enfermedades cardiovasculares y afecta considerablemente a la evolución y al pronóstico de la enfermedad. Es un reto que requiere programas globales, una detección precoz y una gestión eficaz.

⁵² [https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-\(CCP\)/Cardiopactice/physical-activity-for-cardiovascular-prevention](https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-(CCP)/Cardiopactice/physical-activity-for-cardiovascular-prevention) (en inglés)

⁵³ Shah, A. D., Langenberg, C., Rapsomaniki, E., Denaxas, S., Pujades-Rodríguez, M., Gale, C. P., Deanfield, J., Smeeth, L., Timmis, A., y Hemingway, H. (2015). Type 2 diabetes and incidence of cardiovascular diseases: a cohort study in 1.9 million people [Diabetes de tipo 2 e incidencia de las enfermedades cardiovasculares: estudio de cohortes en 1,9 millones de personas]. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 3(2), 105-113. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(14\)70219-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(14)70219-0)

26. La salud cardiovascular y el bienestar mental están estrechamente interconectados. El estrés crónico, los trastornos de ansiedad, la depresión⁵⁴ y otras enfermedades mentales se han asociado a enfermedades cardiovasculares de inicio temprano y a una salud cardiovascular deficiente en adultos jóvenes⁵⁵. Por otro lado, las propias enfermedades cardiovasculares pueden dar lugar a problemas de salud mental, entre ellos el aumento de los niveles de estrés, la ansiedad y la depresión.
27. Los factores ambientales del estrés también contribuyen al riesgo de enfermedad cardiovascular. Existe un conocimiento cada vez mayor de la relación entre las distintas enfermedades cardiovasculares y la contaminación atmosférica, la exposición al ruido y el aumento de la temperatura debido al cambio climático⁵⁶, lo que constituye otro ámbito de actuación crucial. El cambio climático, en particular, agrava las desigualdades existentes en materia de salud y afecta especialmente a las poblaciones vulnerables, lo que requiere prevención en todos los sectores. La contaminación atmosférica es la principal causa ambiental de muerte temprana en la UE, pues provoca 300 000 muertes prematuras al año debido principalmente a enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares. Los grupos vulnerables (entre ellos la población infantil, las personas de edad avanzada, las personas con enfermedades preexistentes y las poblaciones desfavorecidas desde el punto de vista socioeconómico) se ven afectados de manera desproporcionada. El aumento de los niveles de contaminación por partículas está directamente relacionado con un mayor riesgo de muerte por causas cardiovasculares. Los adultos expuestos al humo ambiental de tabaco tienen entre un 25 % y un 30 % más de riesgo de desarrollar enfermedad coronaria y entre un 20 % y un 30 % más de riesgo de padecer ictus⁵⁷. Además, el ruido ambiental contribuye a una mayor incidencia de la hipertensión arterial, el infarto de miocardio y el ictus^{58,59}. Estos resultados ponen de relieve la necesidad fundamental de abordar los factores ambientales del estrés en el marco de las estrategias globales de prevención de las enfermedades cardiovasculares.

⁵⁴ Borkowski, P., y Borkowska, N. (2024). Understanding Mental Health Challenges in Cardiovascular Care [Entender los retos en materia de salud mental en la atención cardiovascular]. *Cureus*, 16(2), e54402. <https://doi.org/10.7759/cureus>

⁵⁵ Kwapong, Y. A., Boakye, E., Khan, S. S., Honigberg, M. C., Martin, S. S., Oyeka, C. P., Hays, A. G., Natarajan, P., Mamas, M. A., Blumenthal, R. S., Blaha, M. J., y Sharma, G. (2023). Association of Depression and Poor Mental Health With Cardiovascular Disease and Suboptimal Cardiovascular Health Among Young Adults in the United States [Asociación de la depresión y la mala salud mental con la enfermedad cardiovascular y una salud cardiovascular deficiente en adultos jóvenes en los Estados Unidos]. *Journal of the American Heart Association*, 12(3), e028332. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.028332>

⁵⁶ Münzel, T., Hahad, O., Sørensen, M., Lelieveld, J., Duerr, G. D., Nieuwenhuijsen, M., y Daiber, A. (2022). Environmental risk factors and cardiovascular diseases: a comprehensive expert review [Factores de riesgo ambientales y enfermedades cardiovasculares: un análisis global de expertos]. *Cardiovascular research*, 118(14), 2880–2902. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvab316>

⁵⁷ Adegboye O. A., Alele F. O., Castellanos M. E., Pak A. y Emeto T. I. (2023). Editorial: Environmental stressors, multi-hazards and their impact on health [Factores ambientales del estrés, peligros múltiples y sus efectos en la salud]. *Front. Public Health*. 11:1231955. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1231955>

⁵⁸ Sociedad Europea de Cardiología, Atlas of Cardiology [Atlas de Cardiología], <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>

Sociedad Europea de Cardiología, Cardiovascular Realities 2024 [Actualidad cardiovascular 2024], <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>

⁵⁹ Münzel, T., Herzog, J., Schmidt, F. P. y Sørensen, M. (2017). Environmental stressors and cardiovascular disease: the evidence is growing [Factores ambientales del estrés y enfermedad cardiovascular: nuevos hallazgos] *European heart journal*, 38(29), 2297–2299, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx306>

28. Un ámbito importante que debe mejorarse es la ampliación y optimización de la cobertura del cribado basado en datos contrastados en todos los Estados miembros para factores de riesgo específicos de las enfermedades cardiovasculares. Al mejorar la detección precoz de enfermedades como la hipertensión, las alteraciones del ritmo cardíaco, la diabetes, la enfermedad renal o los trastornos del metabolismo lipídico, pueden abordarse mejor las enfermedades cardiovasculares, también las que no se asocian a factores modificables. El refuerzo de estas iniciativas ofrece un potencial considerable para reducir la carga de los factores de riesgo no diagnosticados y no tratados a fin de mejorar los resultados sanitarios mediante una intervención más temprana.
29. Existen datos que apuntan a que la vacunación contra infecciones (como la gripe⁶⁰, el neumococo⁶², el SARS-CoV-2⁶³ y el virus respiratorio sincicial⁶⁴) es especialmente importante para los pacientes con un mayor riesgo cardiovascular o que ya padezcan una enfermedad cardiovascular, especialmente entre las personas de edad avanzada. Reforzar las campañas de sensibilización y hacer hincapié en la protección cardiovascular que ofrecen las vacunas en estos grupos de riesgo es importante para mejorar las tasas de vacunación y los resultados generales en materia de salud.
30. A menudo, a las personas con enfermedades cardiovasculares comunes, como la insuficiencia cardíaca, la cardiopatía estructural o las afecciones hereditarias, entre ellas la hipercolesterolemia familiar o los niveles elevados de lipoproteína (a), se las diagnostica en una fase tardía de la evolución de la enfermedad, por lo que se pierde una oportunidad importante de retrasar su avance. Esta situación da lugar a una carga de morbilidad, hospitalización y muerte prematura innecesariamente elevada. La realización de campañas de sensibilización pública en torno a las enfermedades cardiovasculares y una mayor atención a la detección precoz podrían servir para detectar estas enfermedades antes, reduciendo así potencialmente su gravedad y mejorando su tratamiento. Además, los programas de atención integral de las enfermedades también pueden contribuir a mejorar los resultados sanitarios.

⁶⁰ Modin, D., Lassen M. C. H., Claggett, B., Johansen, N. D., Keshtkar-Jahromi, M., Skaarup, K. G., Nealon, J., Udell J. A., Vardeny O., Solomon, S. D., Gislason, G. y Biering-Sørensen, T. (2023). Influenza vaccination and cardiovascular events in patients with ischaemic heart disease and heart failure: A meta-analysis [Vacunación contra la gripe y episodios cardiovasculares en pacientes con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca: metaanálisis]. *Eur J Heart Fail.*, 25(9), 1685-1692. <https://doi.org/10.1002/ehf.2945>. Publicación electrónica: 5 de julio de 2023.

⁶¹ Udell, J. A., Zawi, R., Bhatt, D. L., Keshtkar-Jahromi, M., Gaughran, F., Phrommintikul, A., Ciszewski, A., Vakili, H., Hoffman, E. B., Farkouh, M. E., y Cannon, C. P. (2013). Association between influenza vaccination and cardiovascular outcomes in high-risk patients: a meta-analysis [Asociación entre la vacunación contra la gripe y los episodios cardiovasculares en pacientes de riesgo: metaanálisis]. *JAMA*, 310(16), 1711–1720. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.279206>

⁶² Vlachopoulos, C. V., Terentes-Printzios, D. G., Aznaouridis, K. A., Pietri, P.G. y Stefanadis, C. I. (2015). Association between pneumococcal vaccination and cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies [Asociación entre la vacunación contra el neumococo y los episodios cardiovasculares: revisión sistemática y metaanálisis de estudios de cohortes]. *Eur J Prev Cardiol.*, 22(9), 1185-99. <https://doi.org/10.1177/2047487314549512>. Epub 2014, 24 sep.

⁶³ Xie, Y., Xu, E., Bowe, B., y Al-Aly, Z. (2022). Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19 [Consecuencias cardiovasculares a largo plazo de la COVID-19]. *Nature medicine*, 28(3), 583–590. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3>.

⁶⁴ Shi, T., Vennard, S., Jasiewicz, F., Brogden, R., Nair, H.; investigadores del RESCEU. (2022). Disease Burden Estimates of Respiratory Syncytial Virus related Acute Respiratory Infections in Adults With Comorbidity: A Systematic Review and Meta-Analysis [Estimación de la carga de morbimortalidad de infecciones respiratorias agudas relacionadas con el virus respiratorio sincicial en adultos con comorbilidad: análisis sistemático y metaanálisis]. *J Infect Dis.*, 226(Supl. 1): S17-S21. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab040>.

31. Las enfermedades raras, en su mayoría de origen genético, suelen estar infradiagnosticadas y mal tratadas y ser objeto de retrasos en el diagnóstico debido a la falta de conocimientos médicos y a la escasa información sobre estas enfermedades, lo que agrava la elevada carga social y financiera a la que tienen que hacer frente las personas afectadas, así como sus familiares y cuidadores. Esto se aplica especialmente a las enfermedades cardiovasculares raras⁶⁵. Si no se diagnostican ni se tratan, estas enfermedades pueden dar lugar a complicaciones cardiovasculares potencialmente mortales, como infartos de miocardio o muerte súbita a una edad temprana, que normalmente se producen en personas sanas. Los profesionales sanitarios deben recibir la formación y la preparación adecuadas y tener acceso a redes de centros especializados como las redes europeas de referencia, entre ellas la ERN GUARD-Heart y la VASCERN, y los centros nacionales de conocimientos especializados, que facilitan el acceso al diagnóstico y tratamiento de enfermedades raras y complejas del aparato cardiovascular⁶⁶.
32. Es necesario garantizar la accesibilidad y disponibilidad de tratamientos eficaces, incluidos los tratamientos nuevos o existentes basados en datos contrastados, que aporten beneficios considerables para la salud, puesto que, a pesar de la enorme carga sanitaria que conllevan las enfermedades cardiovasculares, la cartera de nuevos medicamentos en fase desarrollo para tratar estas enfermedades es reducida. Es necesario que la innovación y la investigación se centren en las mayores necesidades no satisfechas para desarrollar nuevos diagnósticos y tratamientos, que se adapten a las necesidades de los pacientes, se integren en modelos asistenciales y sean ampliamente accesibles.
33. El artículo 108 del Reglamento (UE) 2017/745 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de abril de 2017, sobre los productos sanitarios, exige a la Comisión y a los Estados miembros que adopten las medidas adecuadas para fomentar la creación de registros y bancos de datos de determinados tipos de productos que contribuyan a la evaluación independiente de la seguridad y del funcionamiento a largo plazo de los productos, estableciendo principios comunes para recopilar información comparable. Estos datos comparables e independientes sobre la seguridad y el funcionamiento a largo plazo de los dispositivos cardiovasculares implantables son necesarios para seguir mejorando la calidad del tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

⁶⁵ <https://www.orpha.net/en/disease/classification/group/156265?orphaCode=97929&firstParent=1&name=Rare-cardiac-disease&mode=name>

⁶⁶ https://health.ec.europa.eu/rare-diseases-and-european-reference-networks/european-reference-networks_es

34. Los pacientes con enfermedades cardiovasculares suelen presentar un alto riesgo de tener otro episodio o enfermedad cardiovascular, por ejemplo, el síndrome cardiovascular, renal y metabólico, que se define como un trastorno de la salud atribuible a la obesidad, la diabetes de tipo 2, la insuficiencia renal crónica y las enfermedades cardiovasculares. Para mejorar el pronóstico, es fundamental aplicar estrategias eficaces de prevención secundaria centradas en el control de los factores de riesgo, que mejoren los conocimientos de los pacientes e impulsen la alfabetización sanitaria. Además, la participación de los pacientes a nivel individual (como en la toma de decisiones compartida) y a nivel colectivo (como en la consulta a organizaciones de pacientes) contribuye a promover medidas destinadas a mejorar la salud cardiovascular. El cumplimiento del plan de tratamiento puede mejorar significativamente si se dispone de sistemas sólidos de asistencia al paciente.
35. Los pacientes con enfermedades cardiovasculares se benefician sustancialmente del acceso oportuno a los servicios de rehabilitación, lo que puede mejorar los resultados funcionales y reducir la probabilidad de recaída. Garantizar la disponibilidad y accesibilidad generalizadas de programas de rehabilitación cardíaca y neurorrehabilitación es esencial para la recuperación integral de los pacientes y para garantizar la salud a largo plazo. A fin de maximizar su eficacia, estos programas deben adaptarse a las necesidades y circunstancias de cada paciente.
36. La carga que suponen las enfermedades cardiovasculares en la Unión no puede reducirse de manera significativa si no se tienen en cuenta las necesidades de la población por lo que respecta a la prevención, la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades cardiovasculares, así como los factores ambientales del estrés y las comorbilidades. Para lograr la equidad sanitaria, debe prestarse especial atención a las necesidades y condiciones de los grupos vulnerables, que presentan una mayor carga de morbilidad y una menor esperanza de vida.
37. Los Estados miembros están trabajando para alcanzar los objetivos de la Organización Mundial de la Salud en relación con las enfermedades no transmisibles y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, en particular el objetivo 3.4, consistente en reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles. En 2025 se convocará la cuarta Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles.

INVITA A LOS ESTADOS MIEMBROS A QUE:

38. ADOPTEN o actualicen, cuando proceda y sea necesario, medidas en materia de salud cardiovascular en el marco de programas estratégicos independientes o de mayor alcance sobre enfermedades no transmisibles, que reflejen también los resultados de las acciones conjuntas en el contexto nacional, con la participación de las partes interesadas pertinentes y con vistas a:
- a) reforzar las políticas de promoción de la salud y de prevención primaria a lo largo de la vida para reducir la mortalidad y la morbilidad prematuras en la población determinando las políticas y medidas más eficaces para llegar a las personas con un riesgo elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares y tratarlas, en el marco de un enfoque integrado relativo a las enfermedades no transmisibles;
 - b) adoptar medidas para mejorar la alfabetización sanitaria de la población;
 - c) abordar los determinantes sociales, como la situación socioeconómica, que influyen en el acceso a la asistencia sanitaria, así como los aspectos relacionados con el género y la edad, y poner en marcha programas educativos integrales en las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades para aumentar la sensibilización y los conocimientos respecto de la importancia de la salud cardiovascular, haciendo hincapié en la incidencia de las decisiones relativas al estilo de vida;
 - d) abordar los peligros para la salud cardiovascular en sus políticas de seguridad e higiene en el trabajo;
 - e) ampliar la prevención secundaria mediante revisiones de la salud cardiovascular basadas en datos contrastados que incorporen un cribado oportuno, la detección precoz y un diagnóstico preciso y se adapten a las distintas necesidades de la población, incluida la evaluación de la función renal;

- f) incluir medidas dirigidas a reducir los factores de riesgo alimentarios, como la ingesta elevada de sal, grasas saturadas y azúcar, y la ingesta reducida de cereales integrales⁶⁷, fruta y verdura⁶⁸, por ejemplo, reformulando alimentos, haciendo campañas de salud pública para fomentar la elección de alimentos más sanos y abordando los determinantes comerciales, como la comercialización;
- g) tener en cuenta la relación de las enfermedades cardiovasculares con la diabetes y la obesidad, e incorporar, cuando proceda, medidas globales para hacer frente a estas enfermedades y tratarlas;
- h) aplicar intervenciones globales para combatir y prevenir los daños relacionados con el alcohol, el consumo de tabaco y de otros productos relacionados con el tabaco, con o sin nicotina;
- i) mejorar la salud cardiovascular aplicando las políticas de contaminación cero que se han acordado y abordando los determinantes medioambientales mediante, cuando proceda, medidas que reduzcan la contaminación atmosférica y acústica; fomentar prácticas medioambientales sostenibles, promover una planificación urbana y un transporte «cardiosaludables» y garantizar que los efectos del cambio climático y otros factores ambientales del estrés se integren plenamente en las acciones estratégicas relacionadas con las enfermedades cardiovasculares basadas en el enfoque de «Una sola salud». Reforzar además la protección preventiva de la salud frente a los efectos del calor, es decir, a través de iniciativas sanitarias dirigidas a afrontar el calor;
- j) mejorar la igualdad de acceso a una atención sanitaria cardiovascular de calidad fomentando, si procede, soluciones de asistencia innovadoras y precisas, incluida la adopción de tecnologías avanzadas como los sistemas de diagnóstico basados en la IA y la telemedicina;
- k) mejorar la igualdad de acceso a la rehabilitación cardiovascular y a la neurorrehabilitación aumentando la disponibilidad de programas adaptados en todos los entornos sanitarios y garantizando que los pacientes reciban el apoyo continuado necesario para una recuperación y gestión óptimas de la salud cardiovascular;

⁶⁷ Ross, A. B., van der Kamp, J. W., King, R., Lê, K. A., Mejbourn, H., Seal, C. J. y Thielecke F; Healthgrain Forum. (2017) Perspective: A Definition for Whole-Grain Food Products-Recommendations from the Healthgrain Forum [Perspectiva: una definición de los alimentos integrales. Recomendaciones del Foro sobre los Cereales Sanos]. *Adv Nutr.*, 8(4): 525-531. <https://doi.org/10.3945/an.116.014001>.

⁶⁸ Wang, D. D., Li, Y., Bhupathiraju, S. N., Rosner, B. A., Sun, Q., Giovannucci, E. L., Rimm, E. B., Manson, J. E., Willett, W. C., Stampfer, M. J., y Hu, F. B. (2021). Fruit and Vegetable Intake and Mortality: Results From 2 Prospective Cohort Studies of US Men and Women and a Meta-Analysis of 26 Cohort Studies [Ingesta de fruta y verdura y mortalidad: resultados de dos estudios prospectivos de cohortes de hombres y mujeres estadounidenses y metaanálisis de veintiseis estudios de cohortes]. *Circulation*, 143(17), 1642–1654. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048996>

- l) reforzar las actividades de formación del personal sanitario, las actividades de comunicación, incluidas las que tienen lugar entre el personal sanitario y los pacientes, y las intervenciones destinadas a mejorar el cumplimiento terapéutico y promover estilos de vida saludables para las personas afectadas por enfermedades cardiovasculares o que presentan factores de riesgo asociados a estas enfermedades;
- m) fomentar vínculos más estrechos entre los sectores de la salud y la actividad física para integrar mejor la actividad física o la actividad física adaptada en la gestión de la asistencia a pacientes con enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles, promoviendo y, en su caso, prescribiendo a las personas con enfermedades cardiovasculares o con riesgo de padecerlas, actividades físicas adaptadas y deporte terapéutico que puedan practicar las personas de todos los niveles de aptitud física;
- n) abordar el sueño y los trastornos relacionados con el sueño como factor determinante de la salud cardiovascular, a fin de proporcionar mejor información sobre la importancia de un sueño de calidad y una mejor detección, atención y tratamiento de los trastornos del sueño;
- o) estudiar posibilidades para facilitar los flujos de información desde y hacia las personas que padecen enfermedades mentales por lo que respecta a los posibles efectos de su enfermedad en su salud cardiovascular, y fomentar revisiones periódicas para prevenir problemas cardiovasculares;
- p) estudiar la posibilidad de promover a escala nacional, regional o local, según proceda, la instalación y el uso de desfibriladores externos automáticos (DEA) tanto en entornos hospitalarios como fuera de ellos, por ejemplo, en comunidades y centros de actividad física, y aplicar o reforzar iniciativas para la atención inminente y de calidad de las urgencias cardíacas, abordando específicamente la parada cardíaca. Estas iniciativas podrían incorporar campañas públicas de formación y sensibilización, programas de formación de los servicios de emergencia, el mantenimiento periódico de los DEA y la coordinación entre los servicios de emergencia.

INVITA A LA COMISIÓN EUROPEA A QUE:

39. **ADOPTÉ MEDIDAS** relativas a la salud cardiovascular inspirándose en el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, sobre la base de un marco integrado que incluya medidas sanitarias preventivas (primarias, secundarias y terciarias) y la promoción de la salud, propiciando al mismo tiempo el debate sobre mejores formas de fomentar el cribado sistemático, la vacunación, las opciones de tratamiento globales y los programas de rehabilitación sólidos en los sistemas sanitarios nacionales. Estas medidas deben dirigirse específicamente a reducir los principales factores de riesgo modificables identificados que prevalecen en todos los Estados miembros de la UE. Entre los factores de riesgo que se deben abordar se incluyen la baja alfabetización sanitaria, los riesgos asociados a la salud mental, con independencia de la edad, y los riesgos relacionados con la conciliación de la vida profesional y la vida privada y el mantenimiento continuo de la capacidad laboral y social.
40. **DEFINA** intervenciones eficaces en materia de salud pública para la prevención de las enfermedades no transmisibles, prestando especial atención a las enfermedades cardiovasculares, a través del Portal de mejores prácticas de la UE y de una revisión exhaustiva de los estudios existentes y de programas de éxito de toda la UE.
41. **FOMENTE** las inversiones en iniciativas de investigación y desarrollo para comprender mejor los mecanismos estructurales por los que los factores de riesgo influyen en las enfermedades no transmisibles y, en particular, en la salud cardiovascular, y para desarrollar respuestas innovadoras y eficaces en materia de salud pública a estos retos estructurales. Se trata, entre otras cosas, de elaborar marcos de competencias y formación para la educación terapéutica de los pacientes, adaptados al ámbito cardiovascular, con el fin de mejorar el nivel de capacitación y autonomía de los pacientes. La investigación también debe tener por objeto apoyar y ampliar, según sea necesario, los registros de enfermedades cardiovasculares y la integración de datos en toda la UE, así como respaldar la colaboración académica.

42. GARANTICE que la financiación de la UE disponible se utilice para ejecutar estas intervenciones de manera generalizada, garantizando al mismo tiempo que puedan adaptarse a las necesidades nacionales.
43. TOME MEDIDAS, como, por ejemplo, valorar la elaboración de un programa de reducción de la ingesta de sal en la UE, e iniciativas conjuntas para reforzar las actividades de reformulación de alimentos y abordar los determinantes comerciales de la salud respaldando un cambio de paradigma y cambios en la actitud de los consumidores a una edad temprana. Estas medidas deben basarse en pruebas sólidas y deben dar preferencia a iniciativas dirigidas a toda la población y que afecten a todo el sistema, que aborden la ingesta elevada de sal, azúcar, grasas saturadas y ácidos grasos trans, así como la obesidad, el sobrepeso, los estilos de vida sedentarios, el tabaquismo, el consumo de productos con nicotina y el consumo de alcohol, haciendo hincapié en las intervenciones tempranas desde la infancia para establecer hábitos alimentarios saludables y aumentar la alfabetización nutricional y sanitaria.
44. ADOPTE, cuando proceda, propuestas legislativas y siga trabajando en las medidas anunciadas en el marco del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, prestando especial atención a las iniciativas relacionadas con los determinantes de la salud, incluidos los socioeconómicos y comerciales. Entre otras cosas, debería evaluar y revisar la legislación sobre el tabaco, en particular abordando las preocupaciones sobre el acceso de los jóvenes a nuevos productos del tabaco y a base de nicotina⁶⁹, y las medidas legislativas y no legislativas para prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol y mejorar la promoción de la salud mediante el acceso a una alimentación saludable y a la actividad física⁷⁰.

⁶⁹ Véase la carta de mandato de Ursula von der Leyen al comisario propuesto de Salud y Bienestar Animal.

⁷⁰ Véase el apartado 41 de las Conclusiones del Consejo sobre el futuro de la Unión Europea de la Salud (véase la nota 22).

45. EXAMINE la viabilidad de los siguientes elementos y, en su caso, los proponga:

- a) de conformidad con las normas nacionales y europeas en materia de protección de datos, aprovechar, en el marco vigente aplicable, las infraestructuras sanitarias digitales existentes y futuras para mejorar el uso primario de las historias clínicas electrónicas normalizadas para la atención de los pacientes y la toma de decisiones clínicas en la salud cardiovascular y, en su caso, promover los usos secundarios para la investigación y la innovación. Esto incluye consolidar datos fragmentados para facilitar tanto la atención directa de los pacientes como la actividad de investigación en todas las enfermedades circulatorias, así como promover el uso de modelos de datos y la normalización de estos datos en los registros sanitarios electrónicos y en los conjuntos de datos de los registros sanitarios. Cuando proceda, estas iniciativas deben favorecer una recopilación de datos más exhaustiva, fundamentar la elaboración de políticas, mejorar los resultados clínicos e impulsar medidas de salud pública que estén en consonancia con el programa de la UE en materia de salud cardiovascular;
- b) aprovechar el trabajo de la OMS, la OCDE, Eurostat y el ECDC para supervisar, documentar y difundir información sobre la evolución de la salud cardiovascular. Estos esfuerzos deben centrarse en promover y adaptar iniciativas sanitarias fructíferas entre los Estados miembros y a escala nacional, en particular, cuando proceda, utilizando los instrumentos pertinentes para el pacientes que existan para medir la calidad de vida y los resultados notificados por los pacientes en materia de salud cardiovascular a escala europea;
- c) establecer una red de expertos o utilizar una que ya exista en la Plataforma de Política Sanitaria para tratar los procesos de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación tras un ictus en la UE y, cuando corresponda, integrar soluciones de salud digital para mejorar el alcance y la eficacia de los servicios de rehabilitación;

- d) prestar apoyo para impulsar la investigación básica y traslacional —incluida la basada en la salud pública y la epidemiológica— en el ámbito de la salud cardiovascular y de los factores de riesgo subyacentes y sus respectivos efectos. Esa investigación mejorará la comprensión de las causas y los mecanismos de las enfermedades cardiovasculares, incluidos los efectos de la contaminación, las molestias, el estilo de vida, el cambio climático y los problemas de salud mental, y facilitará el desarrollo de diagnósticos y tratamientos más eficaces centrados en las mayores necesidades no satisfechas, que ofrezcan importantes beneficios para la salud, maximizando el potencial en el ámbito de la salud digital;
- e) incluir, en las medidas relativas a la salud cardiovascular, ejemplos y recomendaciones basados en datos contrastados en materia de reconocimientos médicos con el fin de promover la prevención primaria y secundaria.
-