



Alianza
Estratégica para
la Salud Vascular

EN DEFENSA DE LA SALUD VASCULAR



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España

Farmacéuticos
Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

FEP
foro
español
de pacientes

GRUPOOAT



seacv
Sociedad Española
de Angiología y
Cirugía Vascular



SEMERGEN
Asociación Española
de Medicina
de Atención
Primaria
CNC 3225-00137-AJUL

SEMI
Sociedad Española de Medicina Interna
La asistencia integral de la persona enferma

**SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA**

**Organización
de pacientes
FUNDACIÓN
ESPAÑOLA DEL
CORAZÓN**

Impulsada por

SERVIER
moved by you



Desde Servier España queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a las diez entidades que constituyen la Alianza Estratégica para la Salud Vascular y que han hecho posible este documento. Profesionales de la gestión sanitaria, la medicina, la farmacia y la enfermería, sociedades científicas y asociaciones de pacientes se han reunido por primera vez en España en un espacio común de diálogo y reflexión, con el objetivo compartido de avanzar en el conocimiento y el abordaje integral de la salud vascular.

La participación activa, el compromiso y la generosidad de todas estas entidades han permitido construir una visión pluridisciplinar, rigurosa y centrada en el paciente, que enriquece el análisis y las conclusiones de este trabajo. Desde Servier España nos sentimos orgullosos de haber promovido e impulsado esta Alianza, convencidos de que la colaboración entre todos los agentes implicados es clave para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades vasculares, y para contribuir de forma tangible a una mejor salud y calidad de vida de la población.

En defensa de la salud vascular
© LABORATORIOS SERVIER, S.L.
Primera edición: Marzo, 2026

ISBN:978-84-09-84344-2

Autorías: Isabel Chacón, María M.Chimeno, Carlos Esteban, Joaquín Estévez, Guadalupe Fontán, Andoni Lorenzo, José Ramón March, Nieves Martell, Rafael Micó, Susana Montenegro, Tamara Peiró, Pablo Pérez, José Polo, Luis Rodríguez, Maite San Saturnino, Raquel Varas.

Reservados todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Han intervenido en las sesiones de debate

Isabel Chacón	Directora Técnica SEDISA
María Montserrat Chimeno	Presidenta SEMI
Carlos Esteban	Coordinador Medicina Vascular de la SEACVE
Joaquín Estévez	Presidente Fundación SEDISA
Guadalupe Fontán Vinagre	Instituto Español de Investigación Enfermera (CGE)
Andoni Lorenzo	Presidente Foro Español de Pacientes
José Ramón March	Presidente SEACVE
Nieves Martell Claros	Vocal del Comité Científico del Grupo OAT
Rafael Micó Perez	Vicepresidente SEMERGEN
Susana Montenegro	Consejo General de Enfermería
Tamara Peiró	Responsable del área asistencial CGCOF
Pablo Pérez Martínez	Vicepresidente SEMI
José Polo García	Presidente de SEMERGEN
Luis Rodríguez Padial	Presidente SEC
Maite San Saturnino	Presidenta Pacientes Fundación Española del Corazón
Raquel Varas Doval	Responsable área de Campañas Sanitarias CGCOF



Impulsada por **SERVIER**
moved by you

ÍNDICE

1. Introducción. La salud vascular y la adherencia terapéutica como retos estructurales de los sistemas sanitarios.	11
2. La adherencia terapéutica y el riesgo de la inercia diagnóstica y terapéutica en la salud vascular	15
3. La concienciación como consecuencia necesaria	20
4. Manifiesto en defensa de la salud vascular	24

EN DEFENSA DE LA SALUD VASCULAR

Resumen

Este documento presenta a la salud vascular como un desafío estructural prioritario para los sistemas sanitarios, destacando que su impacto en la mortalidad y discapacidad es comparable o incluso superior al de enfermedades de alta visibilidad como el cáncer de colon. El documento identifica la falta de adherencia terapéutica y la inercia diagnóstica y terapéutica como las principales barreras que impiden obtener resultados clínicos efectivos en pacientes crónicos.

Para revertir esta situación, la Alianza Estratégica para la Salud Vascular propone un modelo de atención integral y multidisciplinar que simplifique los tratamientos y refuerce el acompañamiento profesional. Asimismo, se subraya la necesidad urgente de lanzar estrategias de concienciación social e institucional sostenidas en el tiempo para que la patología vascular deje de ser una amenaza silenciosa. En última instancia, el texto aboga por integrar la continuidad asistencial y la corresponsabilidad del paciente como indicadores clave de la calidad del sistema de salud.

El presente documento tiene como finalidad presentar una síntesis estructurada de las conclusiones derivadas de los trabajos de reflexión multidisciplinar llevados a cabo por la Alianza Estratégica para la Salud Vascular (AESV) entre los meses de octubre de 2025 y enero de 2026. El objetivo es aportar elementos útiles para el debate estratégico, el diálogo institucional y el diseño de iniciativas que permitan mejorar la atención y los resultados en salud de las personas con enfermedad vascular.

Cuando hablamos de salud vascular, nuestro fin es una visión holística de la enfermedad, en la que se incluye tanto la patología cardíaca como vascular periférica (arterial, venosa y pie diabético), cerebrovascular e isquemia visceral.

1. Introducción. La salud vascular y la adherencia terapéutica como retos estructurales de los sistemas sanitarios.

1.1. Las enfermedades vasculares en el contexto de las enfermedades no transmisibles

Las enfermedades vasculares constituyen un problema de salud pública de primer orden en Europa, con un importante impacto en mortalidad prematura, discapacidad y costes sanitarios y sociales en el mundo. Como respuesta a este problema crítico, los marcos estratégicos recientes, tanto a nivel nacional como europeo, establecen que la salud vascular debe ser una prioridad de las políticas sanitarias, subrayando la necesidad de reforzar la prevención -tanto primaria como secundaria-, el diagnóstico precoz y la continuidad asistencial^{1,2}.

En esta línea, las enfermedades vasculares deben ser entendidas como un conjunto de condiciones crónicas, progresivas y frecuentemente infravaloradas en sus fases iniciales, cuya evolución y pronóstico se ven condicionados por la coexistencia de factores de riesgo y comorbilidades altamente prevalentes². En paralelo, la evidencia científica apunta a la conveniencia de realizar enfoques integrados que contemplen el eje vascular desde una perspectiva transversal, y que permitan identificar de forma temprana a los pacientes con mayor riesgo^{3,4}.

1.2. Las enfermedades vasculares como problema de salud pública de primer orden

Pero, lamentablemente, la enfermedad vascular no siempre es percibida en su justa dimensión y, por consiguiente, no se le otorga la importancia que merece.

La razón por la que conviene poner extrema atención a la salud vascular es su elevada carga clínica, social y económica. En España, las enfermedades vasculares son la segunda causa de muerte,⁵ responsables del 26 % de los fallecimientos. Según el INE, en 2024 se registraron 113.620 fallecimientos en España, una cifra muy cercana a las 115.578 defunciones atribuidas al cáncer, principal causa de muerte⁶.

Además, las enfermedades vasculares a menudo derivan en trombosis, infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares (ictus), que provocan una alta carga vital entre quienes las sufren, y su entorno personal más próximo.

Este importante impacto tiene también una significativa dimensión económica: el coste asociado para el sistema sanitario es de aproximadamente el 0,7 % del PIB, es decir, más de 11.000 millones de

¹ Comisión Europea, Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria (DG SANTE). *Call for evidence for an initiative (without an impact assessment): EU cardiovascular health plan*. Ref. Ares (2025) 6517618; 11 de agosto de 2025.

² Ministerio de Sanidad. *Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV)*. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/Estrategia_de_salud_cardiovascular_SNS.pdf

³ Rymer, J.A. et al: Association of disease progression with cardiovascular and limb outcomes in patients with peripheral artery disease: insights from the EUCLID trial, *Circulation: Cardiovascular Interventions* 2020 Oct;13(10):e009326. <https://doi.org/10.1161/circinterventions.120.009326>

⁴ Del Río-Solá ML, Cenizo-Revueña N, Saiz Viloria L, et al. The cardiovascular impact of chronic venous disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders* 2025;102310. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2025.102310>

⁵ Ministerio de Sanidad. *Defunciones según la causa de la muerte en España, 2024*. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defun2024_NOTA_TFC.pdf

⁶ Instituto Nacional de Estadística: *Defunciones según la causa de muerte más frecuente. Resultados definitivos 2024*. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

euros, considerando gastos directos e indirectos. Solo las enfermedades cardiovasculares suponen para el Sistema Nacional de Salud español un coste anual aproximado de 9.000 millones de euros.⁷ La insuficiencia cardíaca, por ejemplo, —una de las principales enfermedades vasculares— representa alrededor de 3.600 millones de euros al año⁸ en gasto sanitario, lo que equivale aproximadamente al 4 % del gasto sanitario total de España.

La escasa visibilización de las enfermedades vasculares es un elemento que explica por qué los ciudadanos, las administraciones sanitarias e incluso los profesionales sanitarios no le dan la importancia que merece. La diferencia existente entre el impacto real que tiene la enfermedad vascular y su percepción social resulta especialmente llamativa cuando es comparada con la situación de patologías de alta notoriedad pública, como el cáncer de mama o de colon.

Así, por ejemplo, el cáncer de mama, ante el cual existe una extendida concienciación social y una elevada visibilidad pública, presenta una supervivencia relativa a cinco años del 91 %⁹. Sin embargo, la enfermedad arterial periférica, mucho menos conocida y que genera

menos atención social, registra una supervivencia notablemente inferior (70 %) y un pronóstico desfavorable de morbi-mortalidad del 30 % a 5 años¹⁰.

Esta supervivencia del 70% no se aleja de la del cáncer de colon, que, con una supervivencia relativa a 5 años del 63 % (en todas las etapas combinadas)¹¹ tiene, sin embargo, una percepción social asociada habitualmente a un mal pronóstico.

Por otra parte, el 20 % de las infecciones derivadas de pie diabético terminan en amputación. A nivel mundial, cada 20 segundos se realiza una amputación de pie o pierna por complicaciones de la diabetes, una señal contundente de problemas circulatorios ante una falta de diagnóstico oportuno o un tratamiento tardío¹².

Estos ejemplos ilustran con claridad que la enfermedad vascular, pese a su menor presencia en el imaginario colectivo, puede tener un impacto poblacional y un riesgo equiparable o incluso superior al de enfermedades ampliamente temidas; precisamente por ello, visibilizar la salud vascular en la agenda pública y asistencial no es una cuestión de sensibilidad, sino de coherencia con el impacto real de la enfermedad¹³.

⁷ Fundación Española del Corazón.

<https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/2208-cuanto-cuesta-enfermo-cardiovascular.html?>

⁸ Revista Española de Economía de la Salud, junio, 2024. <https://economidelasalud.com/topics/difusion/la-insuficiencia-cardiaca-supone-el-4-del-gasto-total-en-sanidad/?utm>

⁹ American Cancer Society. Breast cancer survival rates, Cancer.org. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tasas-de-supervivencia-del-cancer-de-seno.html>

¹⁰ Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV), Sociedad Española de Cardiología (SEC), Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Enfermería Vascular y Linfática (SEVYL). *Guía española de consenso multidisciplinar en Enfermedad Arterial Periférica de extremidades inferiores* [internet]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/guia-consenso-enfermedad-arterial-periferica.pdf>

¹¹ American Cancer Society. Survival rates for colorectal cancer, Cancer.org. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/tasas-de-supervivencia.html>

¹² Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos de España. <https://cgcop.es/amputacion-en-un-20-de-infecciones-de-pie-diabetico/>

¹³ La presión arterial alta afecta a unos 1.000 millones de adultos en el mundo, mata a 10,8 millones al año y es el principal factor de riesgo de pérdida de salud (pérdida de años de vida ajustados por discapacidad) en mayores de 49 años" Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 Lancet., 396 (2020), pp. 1223-1249, cit. en Banegas JR, et al. Cifras e impacto de la hipertensión arterial en España. *Revista Española de Cardiología* 2024 Sep;77(9):767-778 <https://doi.org/10.1016/j.recsep.2024.03.002>

1.3. La adherencia terapéutica como desafío global en las enfermedades crónicas

Precisamente a causa de la escasa percepción del riesgo, la adherencia terapéutica se convierte en uno de los factores esenciales para reducir el impacto de las enfermedades vasculares.

La adherencia terapéutica se define como el grado en que el comportamiento de la persona, respecto a la toma de medicación, el seguimiento de recomendaciones y los cambios en estilo de vida, corresponde con lo acordado con los profesionales sanitarios¹⁴. Se trata de un desafío ampliamente documentado en las enfermedades crónicas, que tiene un impacto directo en los resultados en salud, las hospitalizaciones evitables y la propia sostenibilidad del sistema^{15, 16, 17, 18, 19}.

En el ámbito vascular, el efecto real de las intervenciones quirúrgicas —incluso de aquellas que han demostrado mayor eficacia clínica— se reduce a causa de la falta de adherencia, la cual contribuye también a un mayor riesgo de complicaciones.

En esta línea, abordar la adherencia como una prioridad permite mejorar los resultados y maximizar el valor de las estrategias terapéuticas y preventivas ya disponibles²⁰.

Los factores clínicos, conductuales y organizativos influyen en la adherencia terapéutica^{21,22}. En particular, la fragmentación asistencial y la ausencia de itinerarios claros de derivación y seguimiento dificultan tanto la persistencia terapéutica como la detección temprana de descompensaciones o progresión de la enfermedad²³.

En este sentido, hay que considerar el riesgo de incurrir en la inercia diagnóstica y terapéutica cuando se abordan las patologías vasculares: retrasos en la identificación del riesgo, en la confirmación diagnóstica o en la intensificación del abordaje pese a la evidencia clínica disponible.

Este fenómeno es especialmente relevante en condiciones de evolución gradual, donde síntomas y limitaciones pueden infravalorarse, retrasando decisiones clínicas y empeorando el pronóstico²⁴.

14 World Health Organization (WHO). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.

15 Therapeutic Adherence Policies. *Unlocking the potential of therapeutic adherence as a priority for a forward-looking approach to healthcare policies* [informe de políticas]. 2024. Disponible en: https://therapeuticadherence-policies.com/images/240130_Policy%20Paper_MAB.pdf

16 González-Anglada MI. La adherencia, el talón de Aquiles de la enfermedad cardiovascular. *Revista de Calidad Asistencial* 2012;27(2):69-71

17 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2019). *Diseño, evaluación del impacto e implantación de un Servicio profesional de Adherencia Terapéutica a pacientes crónicos desde el ámbito de la Farmacia Comunitaria*. <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2020/02/2019-informe-resultados-adherenciamed.pdf>.

18 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2014). *Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de seguimiento farmacoterapéutico a mayores polimedicados, en la Farmacia Comunitaria española: Informe 2011-2014*. <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2020/02/Resultados-Definitivos-Programa-Consigue-Impacto-2011-2014.pdf>

19 Barbosa da Silva, M.V. et al. Effectiveness of nursing strategies to promote therapeutic adherence to vitamin K antagonists: a systematic review. *Journal of Vascular Nursing*. 2025;43(3):157-165. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2025.07.003> y Berardinelli D. et al. Nurse-Led Interventions for Improving Medication Adherence in Chronic Diseases: A Systematic Review. *Healthcare* (Basel). 2024 Nov 22;12(23):2337. <https://www.mdpi.com/2227-9032/12/23/2337>

20 Therapeutic Adherence Policies. *Unlocking the potential of therapeutic adherence as a priority for a forward-looking approach to healthcare policies* [informe de políticas]. 2024. Disponible en: https://therapeuticadherence-policies.com/images/240130_Policy%20Paper_MAB.pdf

21 World Health Organization (WHO). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.

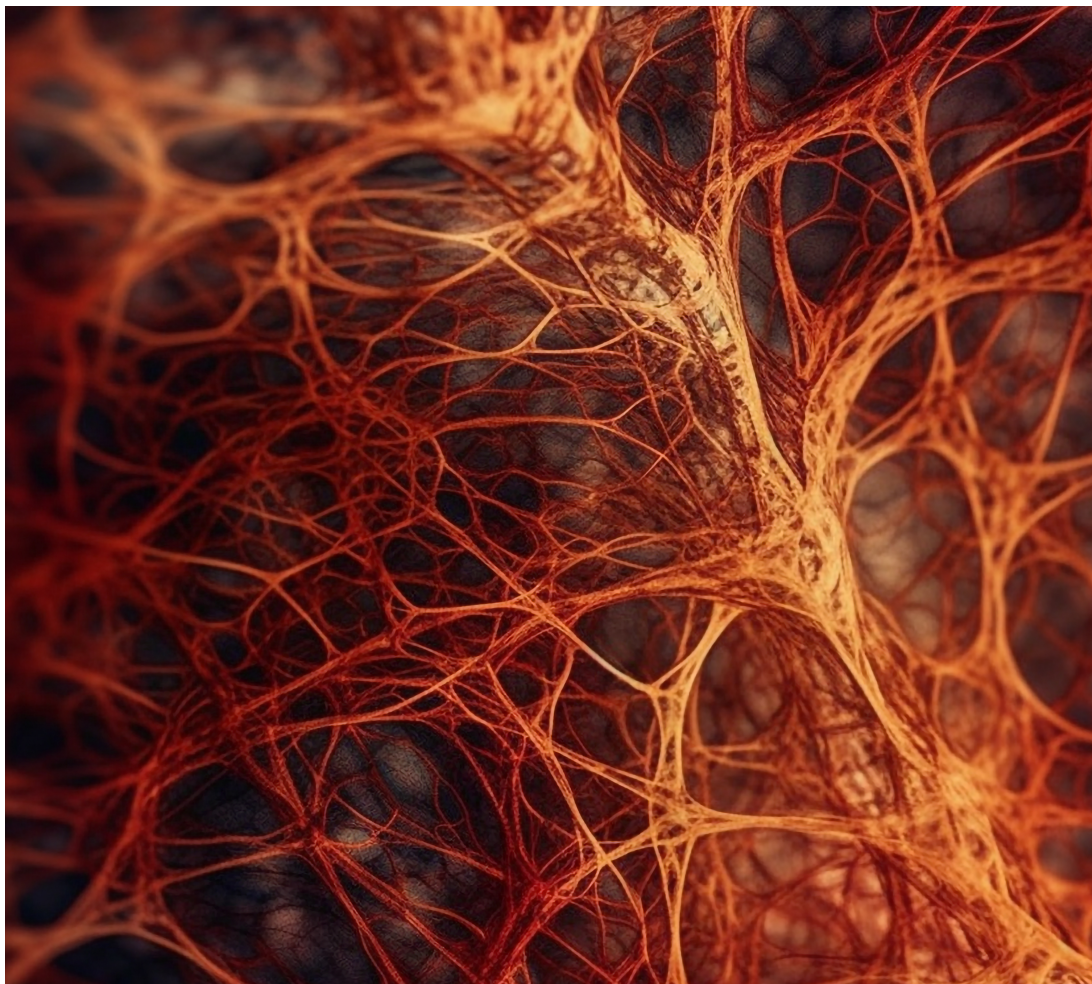
22 González-Anglada MI. La adherencia, el talón de Aquiles de la enfermedad cardiovascular. *Revista de Calidad Asistencial* 2012;27(2):69-71.

23 Ministerio de Sanidad. *Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV)*. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/Estrategia_de_salud_cardiovascular_SNS.pdf

24 Prochaska JH, Arnold N, Falcke A, et al. Chronic venous insufficiency, cardiovascular disease, and mortality: a population study. *European Heart Journal*. 2021;42:4157-4165. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab495>

Todas estas circunstancias que rodean a la adherencia terapéutica tienen su consecuencia en el ámbito institucional. A nivel europeo, se plantea la necesidad de reforzar la prevención, mejorar la detección precoz y promover enfoques centrados en el paciente que reduzcan

desigualdades y mejoren resultados en salud²⁵. A nivel nacional, la Estrategia en Salud Cardiovascular del SNS identifica igualmente áreas de mejora vinculadas a continuidad asistencial, empoderamiento del paciente y optimización del abordaje del riesgo cardiovascular²⁶.



²⁵ A estos objetivos responde también el Plan Europeo de Salud Cardiovascular que en estos días ha presentado la Comisión Europea. Comisión Europea (DG SANTE). Call for evidence for an initiative (without an impact assessment): *EU cardiovascular health plan*. Ref. Ares (2025) 6517618; 11 Aug 2025. https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/14755-EU-cardiovascular-health-plan_en

²⁶ Ministerio de Sanidad. *Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV)*. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/Estrategia_de_salud_cardiovascular_SNS.pdf

2. La adherencia terapéutica y el riesgo de la inercia diagnóstica y terapéutica en la salud vascular

Este bloque recoge las conclusiones consensuadas alcanzadas tras las deliberaciones de la Alianza Estratégica para la Salud Vascular en relación con dos barreras estructurales que condicionan de forma decisiva los resultados en salud: por un lado, la falta de adherencia terapéutica y, por otro, la persistencia de fenómenos de inercia diagnóstica y terapéutica en el abordaje del paciente vascular.

El análisis llevado a cabo por la Alianza pone de manifiesto que ambos retos no deben ser abordados de forma aislada ni exclusivamente desde el ámbito clínico, sino que requieren decisiones de sistema, coordinación entre niveles asistenciales y el convencimiento de que el paciente vascular ha de ser considerado el protagonista activo del proceso de atención sanitaria. En este sentido, el papel de los directivos de la salud y de la gestión sanitaria resulta decisivo.

2.1. La adherencia terapéutica como condición para la efectividad clínica y la prioridad estratégica

Todos los miembros que constituyen la Alianza Estratégica para la Salud Vascular coinciden en señalar que la adherencia terapéutica es una condición imprescindible para que las intervenciones disponibles en salud vascular —tanto desde la prevención primaria como en la secundaria— (control de factores de riesgo, tratamiento farmacológico y medidas de seguimiento en la cronicidad) alcancen su efectividad real en la práctica clínica.

En las patologías vasculares —frecuentemente de curso silencioso o progresivo— la falta de adherencia favorece la persistencia del riesgo y la progresión de la enfermedad²⁷; incrementando, además, no solo la probabilidad de complicaciones evitables sino también el consumo de recursos sanitarios; por ello, aumentar la adherencia terapéutica se asocia a un doble objetivo de salud pública: salvar vidas y mejorar eficiencia.

Desde esta perspectiva, se considera que la adherencia terapéutica debe ser abordada como una prioridad estratégica del sistema sanitario y no como una variable exclusivamente individual. En el caso del paciente crónico vascular, impulsar la adherencia terapéutica exige, por un lado, el abordaje holístico del riesgo y, por otro, una visión multidisciplinar. Respecto al primero, es necesario prestar atención concomitante a todos los factores de riesgo (hipertensión, dislipemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, etc.) y no solo a algunos de ellos de forma aislada. Por lo que respecta a la visión multidisciplinar, es a través de ella como podrá reforzarse la coordinación entre profesionales de diversas especialidades, instancias administrativas y entidades sanitarias. La visión multidisciplinar resulta esencial para poder detectar mejor los incumplimientos, ajustar los tratamientos y facilitar los controles periódicos, puesto que, a su vez, incentivan la persistencia terapéutica, especialmente en enfermedades de baja sintomatología o silenciosas.

27 González-Anglada MI. La adherencia, el talón de Aquiles de la enfermedad cardiovascular. *Revista de Calidad Asistencial* 2012;27(2):69–71.

En este sentido, el consenso identifica varias líneas de actuación con potencial de impacto y viabilidad:

- La comunicación profesional-paciente —que depende sobre todo de las habilidades de los profesionales sanitarios— resulta esencial para poder asegurarse no solo de que el paciente mantiene una buena adherencia al tratamiento sino también de que se encuentra suficientemente motivado a seguirlo con persistencia.
- La simplificación de los tratamientos y la generalización de los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) son excelentes herramientas para favorecer pautas terapéuticas más manejables y comprensibles para el paciente, por ejemplo, recurriendo a medicamentos en combinación a dosis fijas (CDF). Estos, al simplificar el régimen terapéutico, reducen el número de dosis y mejoran el cumplimiento²⁸. Existe evidencia de que las CDF mejoran la adherencia, la persistencia y la satisfacción del paciente, y reducen costes sanitarios²⁹. La incorporación de estos medicamentos depende no solo de la concienciación por parte del clínico sino también del sistema sanitario.
- El refuerzo del acompañamiento profesional a lo largo del proceso asistencial, especialmente en el seguimiento de pacientes con patología vascular crónica,

permitirá estimular la persistencia que, no obstante, es responsabilidad directa del paciente en última instancia.

- El impulso de acciones de educación sanitaria facilita la comprensión de la enfermedad, de sus riesgos y de la importancia del cumplimiento terapéutico. En este sentido, es imprescindible fomentar el conocimiento exhaustivo por parte de los profesionales sanitarios de las indicaciones contenidas en las guías clínicas, con el fin de poder cumplir eficazmente los objetivos de control. Por otra parte, la excesiva presión asistencial puede hacer que, a causa de la inercia, resulte más difícil el seguimiento de las guías. En este sentido, la exigencia del paciente estimula un mejor cumplimiento por parte del profesional.
- El reconocimiento, por parte tanto de los profesionales como del propio sistema sanitario, de que la prescripción por marca consigue mejores índices de adherencia³⁰. Teniendo como base el sistema de precios de referencia vigente en España, los medicamentos genéricos conservan el mismo precio que los medicamentos de marca que están incluidos en la financiación, por lo que la prescripción por marca de los medicamentos de receta, versus prescripción por principio activo o genérico no lesiona ni la sostenibilidad del sistema ni impacta en el bolsillo del paciente.

²⁸ Cfr. Alonso Moreno FJ, et al. Optimization of adherence to fixed-dose combination therapy in the treatment of cardiovascular risk factors in primary care. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2025;51:102337. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2024.102337/ehab495>. Guijarro C., et al. Eficiencia de las combinaciones a dosis fija de estatina y ezetimiba en el tratamiento de la hipercolesterolemia. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis* 2025;37:500753. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2024.500753> y Espinosa García J., et al. Adherencia terapéutica de pacientes con riesgo cardiovascular en atención primaria. Proyecto REAAP. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2023;49:102016. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102016>

²⁹ González-Domínguez, A., Durán, A., Hidalgo-Vega, Á. y Barrios. Coste-efectividad de la polipíldora CNIC frente a los monocomponentes separados en prevención secundaria cardiovascular en España. *Revista Clínica Española* 2023;223(7):414–422. <http://doi:10.1016/j.rceng.2023.06.007>

³⁰ Sicras-Mainar A, Sánchez-Álvarez L, Navarro-Artieda R, Darbà J. Treatment persistence and adherence and their consequences on patient outcomes of generic versus brand-name statins routinely used to treat high cholesterol levels in Spain: a retrospective cost-consequences analysis. *Lipids in Health and Disease* 2018;17:277. <https://doi:10.1186/s12944-018-0918-y>

- Prescribir por marca garantiza que el paciente recibe siempre la misma apariencia de envase y de medicamento; por el contrario, si se prescribe por principio activo o genérico, la apariencia podría ser diferente en cada dispensación, suponiendo un riesgo potencial para la seguridad y para la adherencia. Esto es especialmente sensible en pacientes polimedicados y en personas vulnerables³¹.
- Es necesario integrar la adherencia como un indicador relevante de calidad asistencial, alineado con la mejora de resultados en salud, y con incidencia directa en la reducción de los costes sanitarios.

Este enfoque desplaza la adherencia desde un plano exclusivamente clínico a un marco de gobernanza sanitaria, en el que las decisiones organizativas y de política sanitaria adquieren un papel determinante. En este sentido, la AESV considera que es necesario concienciar a los legisladores para que los planes de salud incorporen la adherencia terapéutica como un objetivo transversal a diversos ámbitos y administraciones y a los directivos y gestores sanitarios para que garanticen su aplicación en sus respectivos ámbitos de influencia.

2.2. El riesgo de la inercia diagnóstica y terapéutica en patología vascular

La evolución silenciosa o progresiva de muchas patologías vasculares, unida a la normalización de determinados síntomas, está favoreciendo retrasos en la identificación del riesgo, el diagnóstico y la intervención oportuna³².

Por eso, la Alianza subraya que la inercia diagnóstica y terapéutica y la falta de itinerarios de derivación y seguimiento constituyen barreras estructurales especialmente relevantes en el ámbito de la salud vascular.

Estas dificultades se ven complicadas aún más por factores como la presión asistencial o la fragmentación de la atención, lo que dificulta la detección precoz y la intensificación del abordaje cuando es necesario³³. La AESV subraya que la inercia diagnóstica y terapéutica y la falta de itinerarios de derivación y seguimiento no son únicamente problemas clínicos, sino también organizativos y sistémicos.

Como respuesta, se considera imprescindible avanzar hacia modelos que refuercen:

- El seguimiento continuado del paciente, evitando la pérdida de oportunidades de intervención.
- La dotación de herramientas y protocolos que faciliten la toma de decisiones clínicas en distintos niveles asistenciales. Es responsabilidad y compromiso de los directivos de la salud proveer a los profesionales de dichas herramientas, así como suprimir trabas administrativas para hacer posible la mejora de la toma de decisiones
- La formación continuada de los profesionales implicados en el abordaje del riesgo vascular.
- La revisión de los indicadores de prescripción de manera que guarden relación directa con los resultados y los objetivos de salud.

31 Fernández MD, Mateos MM. Influencia de la bioapariencia en la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos mayores de 60 años no dependientes. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2018 May 24;10(Suplemento 1):70

32 Ganesini S., et al. Cardiovascular insights for the appropriate management of chronic venous disease: A narrative review of implications for the use of venoactive drugs, *Advances in Therapy* 2023 Dec;40(12):5137-5154. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s12325-023-02657-0>

33 Ministerio de Sanidad. *Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV)*. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/Estrategia_de_salud_cardiovascular_SNS.pdf

- La responsabilidad y el compromiso de los directivos de la salud en orden a proveer a los profesionales de las organizaciones sanitarias de las herramientas para hacer frente a la inercia diagnóstica.
- La formación y educación sanitaria de la población a fin de que comprenda la necesidad de abordar seriamente la enfermedad.

2.3. Del consenso conceptual a la propuesta institucional

En vista de lo anterior, se da un paso desde la identificación de problemas compartidos hacia la necesidad de formular propuestas concretas y defendibles en el ámbito institucional.

Así, la Alianza define como prioritario combinar:

- Acciones de concienciación sostenidas en el tiempo.
- Medidas orientadas a mejorar la adherencia terapéutica.
- Un enfoque transversal que involucre a los distintos niveles y perfiles profesionales lo que permitirá un abordaje holístico de los factores de riesgo y la implantación y promoción de herramientas de gestión.
- Elementos de evaluación que permitan medir resultados y justificar decisiones, alineado con la mejora de resultados en salud. En este sentido, se hace necesario incorporar mejores mediciones de la adherencia. Esa medición va mucho más allá que saber si el paciente ha retirado de la farmacia los medicamentos, es decir limitándose a comparar el número de prescripciones con el número de dispensaciones. La evaluación de la adherencia terapéutica de cada paciente debería formar parte de la rutina de la práctica sanitaria en la consulta.

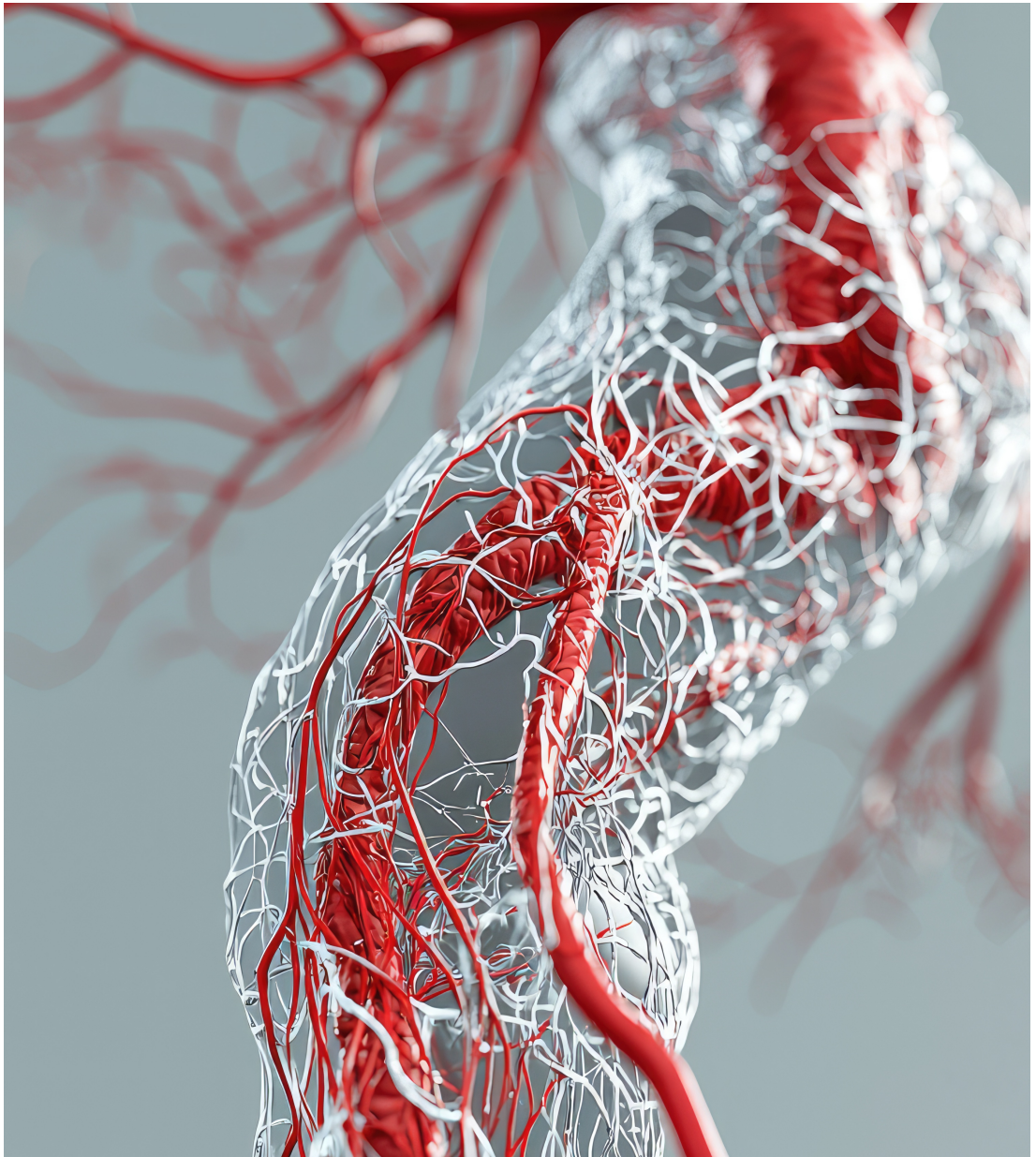
2.4. Principios esenciales compartidos en el marco de la Alianza

A partir del trabajo desarrollado por la Alianza, sus miembros articulan un conjunto de principios esenciales que orientan su posicionamiento:

- Si se parte de la definición de salud de la OMS (“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”), además de un abordaje holístico del paciente y de un enfoque multidisciplinar desde las distintas especialidades, resulta esencial no limitarse a los aspectos clínicos y farmacológicos e interesarse también por la dimensión psico-social y el conjunto de la calidad de vida.
- Es necesario concebir la adherencia terapéutica como un indicador de calidad del seguimiento del paciente vascular e incluso del propio sistema sanitario. En este sentido debe ser tratada con la prioridad política que merece, teniendo en cuenta las consecuencias directas tanto en la reducción del número de eventos como el ahorro inmediato que la adherencia terapéutica implica.
- Centralidad del paciente vascular y reconocimiento de su papel activo en el proceso asistencial. El paciente ha de ser actor y decisor en su tratamiento y ha de participar en la elaboración de las estrategias de salud y de gestión sanitaria.
- Abordaje integral del riesgo vascular, desde una perspectiva multidisciplinar y coordinada.
- Continuidad asistencial como condición para mejorar la adherencia y reducir los retrasos diagnósticos.
- Compromiso con la equidad territorial y la reducción de la variabilidad injustificada.

- Orientación a resultados en salud, incorporando la medición y la evaluación de la adherencia como elementos estructurales y revisando

los indicadores de prescripción, incluyendo el uso de herramientas de gestión homogéneas en todo el Estado.



3. La concienciación como consecuencia necesaria

3.1. Del diagnóstico compartido a la activación social y sanitaria

La Alianza Estratégica para la Salud Vascular considera que la concienciación constituye una consecuencia lógica y necesaria del análisis realizado acerca de la adherencia terapéutica y la inercia diagnóstica. Sin una adecuada percepción del riesgo vascular por parte de la población, de los profesionales sanitarios y de los decisores, resulta difícil activar conductas, decisiones y políticas que permitan mejorar de forma sostenida los resultados en salud.

Por consiguiente, la Alianza subraya que la concienciación no debe ser un fenómeno aislado, sino un elemento transversal que condiciona la prevención, el diagnóstico precoz, el seguimiento y la adherencia terapéutica en el ámbito de la salud vascular.

3.2. La necesidad de concienciar: una carencia estructural en salud vascular

Los miembros de la AESV identifican con unanimidad una brecha relevante entre la magnitud real de la enfermedad vascular y su percepción social. A pesar de su elevada prevalencia y de sus consecuencias en términos de mortalidad, discapacidad y pérdida de calidad de vida, la salud vascular continúa siendo un ámbito poco visible para amplios sectores de la población.

Esta falta de visibilidad se asocia, en gran medida, a la evolución progresiva y frecuentemente silenciosa de la enfermedad, así como a la normalización de síntomas que no siempre se reconocen como señales de alerta. Como consecuencia, se retrasa la consulta, el diagnóstico y la intervención, favoreciendo así que aparezcan complicaciones evitables.

La Alianza subraya que esta brecha de concienciación no afecta únicamente a la ciudadanía, sino que también se refleja en que la salud vascular no recibe la necesaria priorización institucional dado que el propio sistema sanitario sigue infravalorando la percepción del riesgo. La ausencia de una narrativa clara y compartida sobre la gravedad de la enfermedad vascular y la adherencia limita la capacidad de movilizar recursos, impulsar políticas específicas y generar cambios estructurales³⁴.

3.3. Concienciación dirigida a distintos niveles como palanca de mejora

A partir de estos presupuestos, la AESV concluye que la concienciación en salud vascular debe abordarse de manera diferenciada, atendiendo a los distintos públicos implicados y a su capacidad de influencia en el proceso asistencial.

En relación con la población general y los pacientes, la concienciación debe orientarse a mejorar el reconocimiento del riesgo vascular, facilitar la identificación de síntomas y reforzar la importancia del

³⁴ Bridgwood, B.M., Nickinson, A.T., Houghton, J.S., Pepper, C.J. y Sayers, R.D. Knowledge of peripheral artery disease: What do the public, healthcare practitioners, and trainees know? *Vascular Medicine* 2020;25(3):263-273. <http://doi:10.1177/1358863X19893003>. Keelan, S. et al: Poor patient awareness of peripheral arterial disease, it is time to act. *Surgeon*. 2022 Jun;20(3):157-163. <http://doi:10.1016/j.surge.2021.03.009>. Council of the European Union. *Cardiovascular health: Council calls for more robust efforts to help prevent cardiovascular diseases*. 3 Dec 2024. European Alliance for Cardiovascular Health (EACH). *A European Cardiovascular Health Plan: The Roadmap*. 2025.

seguimiento y la adherencia terapéutica, evitando la banalización de la enfermedad.

Desde una óptica de eficiencia, se destaca que actuar sobre la concienciación y los circuitos de continuidad permite impactar en un colectivo crítico: pacientes ya diagnosticados y tratados pero incumplidores, muchos de los cuales siguen presentando eventos por falta de control y por inercia, lo que implica “gasto ya hecho” sin el beneficio esperado. En consecuencia, la concienciación, bien diseñada y conectada a itinerarios asistenciales, no es un fin en sí misma, sino el mecanismo que facilita que la información se traduzca en acción clínica y en mejores resultados.

3.4. Características de una estrategia eficaz de concienciación en salud vascular

La AESV identifica una serie de características clave que deberían guiar cualquier estrategia de concienciación en salud vascular.

En primer lugar, la concienciación debe difundir entre la población general el concepto de riesgo vascular y estimular la adherencia terapéutica centrándose particularmente en los pacientes de más de 40 años incumplidores.

Las acciones de concienciación deben plantearse como acciones sostenidas en el tiempo, evitando enfoques puntuales o aislados que no generan cambios duraderos en conductas ni en percepciones. La continuidad se identifica como un elemento esencial para consolidar mensajes y favorecer su interiorización.

La AESV subraya también la necesidad de mensajes claros, comprensibles, coherentes y adaptados a los distintos públicos, que eviten la banalización de la enfermedad y transmitan de forma adecuada la gravedad y las consecuencias del riesgo vascular.

Asimismo, se considera fundamental que las acciones de concienciación estén vinculadas a mecanismos de actuación, de modo que la información se traduzca en itinerarios claros de consulta, diagnóstico y seguimiento. La concienciación, por sí sola, resulta insuficiente si no se acompaña de estructuras que permitan canalizar la demanda generada.

Por último, la Alianza subraya también la importancia de priorizar y focalizar las estrategias, evitando diluir los mensajes en campañas excesivamente amplias o genéricas que pierdan eficacia. Identificar poblaciones de mayor riesgo y adaptar las acciones a sus necesidades se considera clave para maximizar el impacto.

3.5. Concienciación como palanca para la mejora de la adherencia y la reducción de la inercia

Desde esta perspectiva, la concienciación no constituye un fin en sí misma, sino una palanca para activar otros elementos críticos del abordaje de la salud vascular.

Una mayor conciencia del riesgo y de las consecuencias de la enfermedad favorece una mayor implicación del paciente, mejora de la adherencia terapéutica y contribuye a reducir la inercia diagnóstica y terapéutica.

En este sentido, la Alianza considera que la concienciación actúa como un elemento catalizador que conecta la información con la acción, facilitando la adopción y la gestión de conductas preventivas, la búsqueda activa de atención sanitaria y el compromiso con el seguimiento a largo plazo.

Así, se plantea la necesidad de avanzar hacia un marco de activación compartido en salud vascular, en el que la concienciación se integre de forma coherente con las estrategias de adherencia, detección precoz y continuidad asistencial. Este marco debe apoyarse en mensajes alineados, sostenidos y legitimados por el consenso de los distintos actores implicados, reforzando así su credibilidad y su capacidad de generar impacto.

La Alianza entiende que solo desde una visión compartida y coordinada será posible dar visibilidad a la salud vascular en la agenda pública y avanzar hacia mejoras reales y sostenibles en los resultados en salud.

MANIFIESTO EN DEFENSA DE LA SALUD VASCULAR

A partir del análisis de la situación actual, la AESV recoge los elementos estructurales que requieren una atención prioritaria para avanzar hacia una atención vascular. Se han enumerado unos principios orientadores destinados a transformar el diagnóstico de la patología vascular y los desafíos de la adherencia en ejes de actuación estratégica. El siguiente decálogo integra los pilares fundamentales para impulsar una atención vascular de vanguardia, fundamentada en la equidad, la efectividad y la orientación a resultados, vinculando la gestión clínica con la gobernanza y la gestión sanitaria:

1. La salud vascular debe ser una prioridad de las políticas sanitarias. La enfermedad vascular debe ser reconocida como un desafío prioritario dada su elevada prevalencia, el alto riesgo asociado y el significativo impacto en la mortalidad y la discapacidad. Por todo ello, la clase política y los gestores sanitarios deben situar a la enfermedad vascular en el centro de las políticas sanitarias, con el fin de mejorar la prevención, el diagnóstico precoz y los tratamientos. Asimismo, es necesario que los profesionales sanitarios, pacientes, decisores y legisladores, así como al conjunto de la sociedad, tomen conciencia de la existencia del concepto de salud vascular y de su relevancia.

2. Priorizar la salud vascular como desafío estructural. Es imperativo adoptar un modelo de atención coordinada que aborde de forma integral y conjunta los factores de riesgo (hipertensión, diabetes, dislipemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, etc.), involucrando de manera transversal a médicos, farmacéuticos y profesionales de enfermería.

La coordinación entre los distintos niveles asistenciales y la participación activa del paciente resultan esenciales para lograr una atención eficaz. Todos los actores del sistema sanitario deben colaborar a la mejora de la prevención, el diagnóstico precoz y la continuidad asistencial.

3. Implicación activa, rol activo y centralidad del paciente vascular. El paciente vascular debe dejar de ser un receptor pasivo y pasar a convertirse un decisor corresponsable de su salud y de sus tratamientos clínicos. Para ello, es esencial fomentar la educación sanitaria y la participación del paciente en la elaboración de sus propias estrategias de salud, así como fortalecer a las asociaciones de pacientes.

4. La adherencia terapéutica es un factor fundamental y debe ser considerada esencial para la eficiencia del sistema. El cumplimiento del tratamiento no constituye una variable únicamente individual, sino que representa un elemento estratégico para la eficiencia del sistema sanitario y la calidad de la gobernanza en salud. En este sentido, la administración debe incorporar la adherencia al tratamiento como un indicador clave de gestión, dado su impacto directo en la reducción de hospitalizaciones evitables y costes públicos. Asimismo, la continuidad asistencial se configura como una condición indispensable para mejorar la adherencia y reducir retrasos diagnósticos.

5. La adherencia terapéutica es un indicador de calidad asistencial. La evaluación de la adherencia y de las acciones sanitarias debe ser constante, rigurosa

y orientada a resultados de salud, permitiendo así justificar decisiones clínicas y maximizar el valor y la rentabilidad de las intervenciones. Integrar la medición de la adherencia en el seguimiento del paciente vascular refuerza la calidad asistencial.

6. Concienciación social e institucional sostenida. La falta de visibilidad de la enfermedad vascular está impidiendo la movilización de recursos y la activación de conductas preventivas en la población. Resulta necesario implementar estrategias de comunicación sostenidas en el tiempo —y no campañas aisladas— que impulsen la acción ciudadana y conciencien sobre la verdadera magnitud del riesgo vascular, especialmente en poblaciones con bajo cumplimiento.

7. Simplificar regímenes para maximizar la efectividad. El uso de medicamentos en combinación a dosis fijas y los sistemas personalizados de dosificación constituyen herramientas esenciales para mejorar la persistencia terapéutica del paciente. Los gestores y los directivos de la salud deben facilitar el acceso a estas opciones terapéuticas, que han demostrado mejorar la satisfacción del paciente y reducir el gasto sanitario derivado de complicaciones evitables.

8. Erradicar la inercia diagnóstica y terapéutica. El retraso en la identificación del riesgo y en la intensificación terapéutica constituye una barrera sistémica que impacta negativamente en el pronóstico clínico.

Resulta fundamental avanzar hacia modelos asistenciales basados en protocolos estandarizados, herramientas de apoyo a la decisión clínica y programas de formación continuada.

9. Adoptar un modelo de atención multidisciplinar integral. La salud vascular requiere una coordinación transversal entre los niveles asistenciales y especialidades clínicas, son el fin de abordar de manera integral y simultánea todos los factores de riesgo. Solo mediante una visión conjunta e integrada es posible detectar incumplimientos de forma temprana y ajustar el abordaje clínico de manera eficiente. El sistema debe garantizar un tránsito fluido entre los distintos niveles asistenciales, reduciendo la fragmentación y los retrasos diagnósticos para evitar que el paciente abandone el itinerario terapéutico.

10. Compromiso político con la equidad y la eficiencia. La inversión en estrategias de adherencia y prevención constituye una decisión de alta rentabilidad social y económica, con un impacto directo en la mejora de la salud y la reducción de la mortalidad. Conviene que las instancias políticas legislen teniendo en cuenta la necesidad de reducir la variabilidad territorial y de garantizar estándares homogéneos de atención, de modo que la salud vascular se consolide como un objetivo transversal en todos los planes de salud del Estado.



Impulsada por **SERVIER**
moved by you



**Alianza
Estratégica para
la Salud Vascular**