Plan nacional de abordaje integral de salud vascular

2026-2030

Contenido

1- NORMATIVA, DIAGNÓSTICO Y FUNDAMENTACIÓN 6
Aspectos institucionales en Argentina - Antecedentes 6
Encuadre dentro de la DNAIENT 7
Justificación 7
Modelos de abordaje de salud vascular: antecedentes internacionales 10
2- MARCO ESTRATÉGICO 12
Objetivos Estratégicos 12
Población objetivo 13
Principios rectores 14
3- ARTICULACIÓN PROGRAMÁTICA 15
Matriz de responsabilidades 15
4- METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN 16
Componente 1. Rectoría, gobernanza y articulación federal 16
Componente 2. Promoción de la salud vascular y prevención multinivel 16
Componente 3. Detección temprana y control del riesgo vascular 18
Componente 4. Líneas de cuidado vascular y sus complicaciones 22
Componente 5. Fortalecimiento de la capacidad resolutiva y calidad de las líneas de cuidado 30
Componente 6 - Sistema nacional de información e inteligencia sanitaria 31
Componente 7. Investigación, innovación y articulación con el ámbito académico 33
5- MONITOREO Y EVALUACIÓN 35
Indicadores trazadores del Plan 35
6- ANEXOS 39
Recursos y Presupuesto 39
Cronograma de implementación y seguimiento 39
Cronograma general de líneas estratégicas y acciones 39
Hitos transversales de seguimiento 41
Matriz de integración de los programas de la Dirección a lo largo del continuo vascular 42

Abreviaturas Generales

ACO: anticoagulación oral

ACV: accidente cerebrovascular

ACVC: accidente cerebrovascular cardioembólico

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

APVP: tasas de años potenciales de vida perdidos

CAPS: centros de atención primaria

CDC: Centers for Disease Control and Prevention de Estados Unidos

CDF: combinación de dosis fija

CIBERCV: Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares de España

CHA_2DS_2-VASc: Escala de estratificación del riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes con fibrilación auricular, por su sigla en inglés.

CIHR: Institute of Circulatory and Respiratory Health de Canadá

CKM: síndrome cardiovascular–renal–metabólico, por sus siglas en inglés.

COFESA: Consejo Federal de Salud

CVE: cardioversión eléctrica

DEA: desfibriladores externos automáticos

DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud

DINESA: Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias

DM: diabetes mellitus

DNFSP: Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales

DNAIENT: Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

ECG: electrocardiograma

ECV: enfermedad cardiovascular establecida

EMSE: Encuesta Mundial de Salud Escolar

ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

ENOS: eventos de notificación obligatoria

ENT: enfermedades no transmisibles

ERC: enfermedad renal crónica

FA: fibrilación auricular

FL: fibrinólisis

FEY: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

FRCV: factor de riesgo cardiovascular

GARFIELD-AF: Global Anticoagulant Registry in the FIELD - Atrial Fibrillation

GPC: guía de práctica clínica

HAS-BLED: Hypertension, Abnormal renal/liver function, Stroke, Bleeding history or predisposition, Labile INR, Elderly, Drugs/alcohol, por sus siglas en inglés.

HbA1c: hemoglobina glicosilada

HCE: historia clínica electrónica

HTA: hipertensión arterial

IAM: infarto agudo de miocardio

IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST

IC: intervalo de confianza

IC: insuficiencia cardiaca

ICD: insuficiencia cardiaca descompensada

IFO: institución formadora

LDL: lipoproteína de baja densidad por su sigla en inglés

MACE: major adverse cardiovascular events

MS: muerte súbita

NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey

NHS England: National Health Service de Inglaterra

NHLBI: National Heart, Lung, and Blood Institute de los Estados Unidos

NIH: National Institutes of Health de los Estados Unidos.

NIHR: National Institute for Health and Care Research de Reino Unido

NSV: nodo de salud vascular

OAD: Observatorio Argentino de Drogas

PA: presión arterial

PAMI: Programa de Atención Médica Integral

PAIER: Programa de Abordaje Integral de Enfermedades Renales

PCR: paro cardiorespiratorio

PD: pie diabético

PRONAC_ ACV: Programa Nacional para el Diagnóstico y Tratamiento del Accidente Cerebrovascular

RCP: reanimación cardiopulmonar

RIAM: registro de infarto agudo de miocardio

RCVG: riesgo cardiovascular global

RR: riesgo relativo

RISS: redes integradas de servicios de salud

SEDRONAR: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina

SISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino

SNVS: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

TA: tensión arterial

TAMPE: tasas de mortalidad ajustadas por edad

TICS: tecnologías de la información y la comunicación

UPD: úlcera de pie diabético

1- NORMATIVA, DIAGNÓSTICO Y FUNDAMENTACIÓN

Aspectos institucionales en Argentina - Antecedentes

El Plan Nacional de Abordaje Integral de Salud Vascular se inscribe institucionalmente bajo la órbita de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles (DNAIENT), dependiente de la Subsecretaría de Planificación y Programación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación. La fundamentación jurídica y la competencia para la formulación e implementación del Plan se sustentan en el siguiente marco normativo jerárquico: la Ley N.º 25.501 estableció la prioridad sanitaria nacional para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares y promovió acciones relacionadas con educación, reducción de factores de riesgo, detección precoz, tratamiento oportuno y generación de información epidemiológica.

Posteriormente, el Decreto 223/2010 reglamentó dicha ley y estableció el Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares, disponiendo que coordinara sus acciones con los programas existentes y que promoviera la participación de entidades científicas, académicas y jurisdicciones provinciales. Asimismo, estableció la necesidad de integrar la generación de datos estadísticos a los sistemas de información y encuestas vigentes.

La Resolución Ministerial 801/2011 desarrolló posteriormente líneas de trabajo vinculadas con vigilancia epidemiológica, servicios de salud, calidad de atención, fortalecimiento de redes, guías de práctica clínica e indicadores. Entre sus objetivos se encontraba contar con información válida y confiable sobre la morbilidad cardiovascular y el desempeño de los servicios de salud.

Este marco se complementa con **otras normas vigentes que abordan condiciones y factores de riesgo relevantes para la salud vascular**, entre ellas la **Ley N.º 26.914**, de abordaje integral de la diabetes; la **Ley N.º 26.905**, de reducción del consumo de sodio; la **Ley N.º 26.687**, de control del tabaco; y la **Ley N.º 27.159**, de prevención integral de la muerte súbita, reglamentada por el **Decreto N.º 402/2022**.

Asimismo, se encuentran vigentes diversos **instrumentos programáticos vinculados al abordaje de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares prioritarios**, entre ellos el **Programa Nacional para el Diagnóstico y Tratamiento del Accidente Cerebrovascular (PRONAC-ACV), aprobado mediante Resolución N.º 609/2026**, y el **Plan Nacional de Calidad en Salud 2026-2030**.

En este marco, el **Plan Nacional de Abordaje Integral de Salud Vascular** se propone como un instrumento de rectoría que articula y complementa este conjunto de normas, políticas y programas, promoviendo una perspectiva integral de la salud vascular y fortaleciendo la continuidad de las acciones de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados a largo plazo[1].

[1] República Argentina. Marco normativo nacional vigente en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, incluyendo disposiciones relativas a la reducción del consumo de sodio, control del tabaco, prevención de eventos de muerte súbita, capacitación en RCP y abordaje integral de la diabetes. Textos disponibles en el sitio oficial de normativa nacional.

El presente Plan se construye sobre la base del marco normativo, técnico e institucional precedente, incorporando una perspectiva integral y actualizada de la salud vascular. Esta nueva propuesta amplía el abordaje tradicional mediante la incorporación del continuo vascular, el síndrome cardiorrenometabólico, la interoperabilidad de los sistemas de información, la ciencia de la implementación y el fortalecimiento de la investigación, la formación y la generación de información para la toma de decisiones.

Asimismo, promueve una articulación sistemática con universidades, instituciones y otros actores del ámbito académico, con el propósito de favorecer la producción y transferencia de conocimiento, la capacitación continua de los equipos de salud y la evaluación de las intervenciones implementadas.

Encuadre dentro de la DNAIENT

El Plan se desarrolla bajo la rectoría de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles (DNAIENT), dependiente de la Subsecretaría de Planificación y Programación Sanitaria y la Secretaría de Gestión Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación.

Esta ubicación institucional resulta consistente con la normativa vigente: el Decreto 459/2025, al disolver el Instituto Nacional de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento e Investigación de Enfermedades Cardiovasculares, estableció que sus funciones primordiales son cumplimentadas por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la DNAIENT (Boletín Oficial).[2]

En 2025, además, se incorporó expresamente entre las acciones de la DNAIENT la planificación, elaboración y coordinación de políticas nacionales de prevención de enfermedades cardiovasculares (Boletín Oficial).[3]

En consecuencia, el Plan no propone crear una estructura vertical, sino organizar y articular las capacidades existentes dentro de la DNAIENT y del conjunto del Ministerio de Salud de la Nación.

Justificación

La salud vascular constituye un estado dinámico que resulta de la interacción entre factores sociales, ambientales, los factores asociados al comportamiento, los factores de riesgo, las condiciones biológicas y el acceso oportuno a intervenciones preventivas y asistenciales de calidad a lo largo del curso de vida.

El síndrome cardiovascular–renal–metabólico (CKM) es un trastorno sistémico caracterizado por interacciones fisiopatológicas entre los factores de riesgo metabólicos,

[2] https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/328020/20250708

[3] https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/332795/20251014

la enfermedad renal crónica y el sistema cardiovascular, que conducen a disfunción multiorgánica y a una elevada frecuencia de eventos cardiovasculares adversos.[4]

Las enfermedades vasculares constituyen la principal causa de muerte en nuestro país y en el mundo. En Argentina, durante 2024 se registraron 105.130 defunciones por causas cardiovasculares, equivalentes al 27,9% del total de defunciones y al 40,4% de las muertes por enfermedades no transmisibles[5].

Los factores relacionados al comportamiento —entre ellos el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la alimentación inadecuada, la inactividad física y el comportamiento sedentario— constituyen un vínculo fundamental entre las condiciones sociales y ambientales, y el desarrollo de factores de riesgo cardiometabólicos. La persistencia de estos factores en interacción con la elevada prevalencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes (DM), malnutrición por exceso y enfermedad renal crónica (ERC), contribuye a la progresión del síndrome cardio- reno-metabólico (CKM) y al incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular, discapacidad y muerte prematura.

La carga de enfermedad vascular no se distribuye de manera homogénea entre la población. La mortalidad por ECV presenta un riesgo 62 % mayor en hombres y aumenta a mayor edad. También se observan diferencias entre jurisdicciones: al comparar las tasas de mortalidad ajustadas por edad, la jurisdicción con mayor tasa casi quintuplica a la de menor tasa. Esa brecha es similar para ambos sexos y para cada sexo por separado. En cuanto a los años de vida prematuramente perdidos, esta brecha es menor: la jurisdicción con mayor tasa triplica a la de menor tasa, en población general y por sexos (referencia boletín y se pueden agregar los mapas), destacando a su vez que en la población total los hombres pierden prematuramente el doble de años de vida que las mujeres.

La enfermedad vascular como continuo

La enfermedad vascular y el riesgo de desarrollarla deben comprenderse como un **continuo salud-enfermedad** en el que interactúan de manera progresiva distintos factores de riesgo y condiciones de salud[6] [7]. Este enfoque permite reconocer una trayectoria que se inicia en poblaciones expuestas a ecosistemas desfavorables, continúa con la aparición de factores de riesgo y el daño de órgano blanco, y puede progresar hasta el desarrollo de enfermedad vascular clínica, sus formas avanzadas, discapacidad y muerte.

La elección del término *Vascular* para denominar el Plan expresa un enfoque que trasciende la consideración aislada de las enfermedades cardiovasculares y reconoce a la enfermedad vascular aterosclerótica como un proceso sistémico, capaz de comprometer múltiples territorios arteriales[8]. El infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular constituyen sus principales manifestaciones clínicas y explican una

[4] Ndumele CE, Rangaswami J, Chow SL, et al. Cardiovascular-kidney-metabolic health: a presidential advisory from the American Heart Association. Circulation. 2023;148(20):1606-1635. doi:10.1161/CIR.0000000000001184

[5] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/11/2026-9-29_boletin_ent_final.pdf

[6] 2026 AHA/ACC/ADA/ASN Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

[7] Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health. *Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2003. Disponible en: https://www.cdc.gov/dhdsp/action_plan/index.htm

[8] Yakubov S. Polyvascular atherosclerotic disease: recognizing the risks and managing the syndrome. Curr Med Res Opin. 2009 Nov;25(11):2631-41. doi: 10.1185/03007990903223895. PMID: 19769467.

proporción sustancial de la mortalidad y la discapacidad asociadas a la enfermedad vascular. Desde esta perspectiva, la prevención primaria[9] y secundaria no se orientan únicamente a evitar eventos en un órgano o territorio determinado, sino a prevenir la aparición, progresión y complicaciones de la enfermedad vascular en su conjunto, integrando la evaluación y el abordaje del riesgo a lo largo de todo el curso de la enfermedad.

Es así que resulta importante señalar que los distintos calculadores de riesgo cardiovascular no evalúan exactamente los mismos eventos. Dependiendo del modelo utilizado, estiman la probabilidad de presentar un infarto agudo de miocardio, un accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o muerte de causa cardiovascular, de manera aislada o combinada. *Por lo tanto, el concepto de riesgo cardiovascular comprende un conjunto de posibles manifestaciones clínicas de la enfermedad vascular y cardíaca.*

El paradigma del síndrome cardio-reno-metabólico (CKM, por sus siglas en inglés)

Lo que alguna vez se consideró un conjunto de comorbilidades, hoy se comprende mejor como un continuo síndrome **cardio-reno-metabólico** interconectado en el que la malnutrición por exceso, la DM, la ERC y la enfermedad cardiovascular interactúan y se potencian mutuamente, incrementando de manera sustancial el riesgo de morbimortalidad. Estudios poblacionales realizados en Estados Unidos, utilizando datos representativos del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), muestran que aproximadamente el 90 % de la población adulta cumple criterios para alguno de los estadios del síndrome CKM, mientras que alrededor del 15 % presenta estadios avanzados (3 o 4), caracterizados por enfermedad cardiovascular subclínica o clínica. Estos hallazgos ponen de manifiesto que la mayor carga de enfermedad se concentra en etapas iniciales, potencialmente prevenibles, reforzando la necesidad de estrategias poblacionales enfocadas, adecuadas al territorio y orientadas a la prevención primaria.[10]

La propia estadificación del síndrome CKM permite, además, identificar la progresión del compromiso renal y metabólico antes de la aparición de enfermedad cardiovascular clínica: el pasaje del estadio 2 al 3 se define por albuminuria persistente o caída sostenida del filtrado glomerular. En este contexto, la ausencia de una evaluación sistemática de estos parámetros puede contribuir a que una proporción de personas permanezca sin una adecuada estratificación de riesgo y, consecuentemente, no reciba oportunamente las intervenciones preventivas indicadas.

De la misma manera, la multimorbilidad es actualmente uno de los ejes centrales de la epidemiología clínica y de la organización de los sistemas de salud, impulsado especialmente por el envejecimiento poblacional, lo que a su vez genera un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. La mayoría de las revisiones coinciden en definirla como la coexistencia de ≥2 enfermedades crónicas en una misma persona, diferenciándola del concepto de “comorbilidad”, que supone una enfermedad índice dominante. Los sistemas de salud continúan organizándose predominantemente en torno a enfermedades individuales y especialidades, lo que resulta insuficiente para responder a las necesidades de las personas con multimorbilidad. La coexistencia de

[9] Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2019;140(11):e563-e595.

[10] Aggarwal R, Ostrominski JW, Vaduganathan M. Prevalence of cardiovascular-kidney-metabolic syndrome stages in US adults, 2011-2020. JAMA. 2024;331(21):1858-1860. doi:10.1001/jama.2024.6892

múltiples enfermedades crónicas dificulta la coordinación entre especialidades y niveles de atención, favorece la fragmentación del cuidado y aumenta la exposición a polifarmacia, interacciones medicamentosas y problemas de adherencia. Asimismo, la multimorbilidad se asocia con una mayor utilización de los servicios de salud, incluyendo un incremento de las consultas, las hospitalizaciones y la duración de las internaciones, con el consecuente aumento de los costos sanitarios. Este escenario plantea la necesidad de avanzar hacia **modelos de atención integrados**, coordinados y centrados en la persona, que permitan establecer prioridades terapéuticas de acuerdo con sus necesidades, preferencias y contexto, y que requieren un rediseño de los sistemas de salud para abordar de manera integral la complejidad de las enfermedades crónicas. En Argentina[11] [12], la evidencia disponible sugiere que la multimorbilidad constituye un problema frecuente: un estudio poblacional realizado en 2014–2015 en 1.044 adultos estimó una prevalencia del 43%, en línea con la elevada carga observada en América Latina y el Caribe, donde una revisión sistemática y metaanálisis estimó una prevalencia agrupada del 43% (IC95%: 35–51%).

Para abordar estas problemáticas, herramientas como las políticas públicas y regulatorias actúan transversalmente sobre los factores que influyen en la salud y los ecosistemas, mientras que las estrategias sanitarias específicas permiten intervenir en cada etapa mediante promoción, prevención, detección temprana, reducción del riesgo, atención de eventos agudos, tratamiento de enfermedades no transmisibles, rehabilitación y cuidados integrales.

El *Plan nacional de abordaje integral de salud vascular* establece como criterio transversal de priorización la igualdad de oportunidades en el acceso al cuidado de la salud vascular y adopta este marco para superar una organización basada exclusivamente en programas o patologías aisladas y avanzar hacia una política nacional integrada.

Este enfoque permite organizar las intervenciones de acuerdo con las diferentes etapas del continuo salud-enfermedad:

Figura 1: Continuo de la salud vascular

[11] Huaquía-Díaz AM, Chalán-Dávila TS, Carrillo-Larco RM, Bernabe-Ortiz A. *Multimorbidity in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis*. **BMJ Open. 2021;11:e050409.** doi:10.1136/bmjopen-2021-050409

[12] Ho IS, et al. Variation in the estimated prevalence of multimorbidity: systematic review and meta-analysis of 193 international studies. BMJ Open. 2022 Apr 29;12(4):e057017. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057017. PMID: 35487738; PMCID: PMC9058768.



Basado en marcos conceptuales utilizados en IC y síndrome CKM

Modelos de abordaje de salud vascular: antecedentes internacionales

La revisión de experiencias internacionales muestra que los países que han desarrollado estrategias vasculares sostenidas tienden a integrar promoción, prevención, atención, información, investigación, innovación y evaluación, en lugar de organizar la respuesta exclusivamente mediante programas verticales.

Entre los modelos analizados se encuentran el National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) de los Estados Unidos, el Institute of Circulatory and Respiratory Health (CIHR-ICRH) de Canadá, el programa cardiovascular del NHS England, el National Institute for Health and Care Research (NIHR), el Instituto de Salud Carlos III y CIBERCV en España, además de experiencias de Australia, Francia y Brasil.

El análisis permite identificar algunos elementos comunes:

- integración de las políticas cardiovasculares,
- utilización estratégica de los datos (infraestructura nacional de datos, registros interoperables, indicadores en tiempo real y plataformas para evaluación continua),
- gobernanza multisectorial,
- articulación entre investigación y política sanitaria,
- evaluación de la implementación,
- desarrollo de redes y estándares de calidad.

Dentro de los antecedentes de experiencias regionales con resultados medidos en sistemas comparables al argentino se encuentran:

a) la Iniciativa HEARTS en las Américas, presente en más de 11.000 centros de atención primaria de la Región con más de 50 millones de personas bajo

cobertura, y su evolución hacia HEARTS 2.0 para la atención integrada cardio-reno-metabólica;[13][14][15]

b) el programa de salud cardiovascular de Chile, que incorporó un protocolo estandarizado con combinaciones a dosis fija y cuenta con una evaluación económica favorable;[16]

c) el programa de Kaiser Permanente del Norte de California, donde el control de la hipertensión pasó de 43,6 % a 80,4 % con registro de pacientes, protocolo estandarizado, combinaciones a dosis fija y seguimiento por equipo[17];

d) la evidencia nacional del ensayo con agentes sanitarios en centros de atención primaria de Argentina, en el que el control de la hipertensión pasó de 17,0 % a 72,9 %, frente a 52,2 % en el grupo de comparación[18].

Las herramientas de HEARTS pueden adaptarse a la identidad y a las prioridades nacionales.

Estos antecedentes sustentan la necesidad de construir una estrategia nacional que articule las capacidades existentes del sistema sanitario argentino.

La World Heart Federation plantea que la evidencia científica disponible es suficiente para prevenir una gran proporción de la enfermedad cardiovascular. El principal problema no es la falta de conocimiento, sino las brechas en la capacidad de los sistemas de salud para implementar ese conocimiento a escala poblacional. Las hojas de ruta[19] [20] [21] [22] (Roadmaps) elaboradas por dicha entidad permiten pensar estrategias concretas que, adaptadas a la realidad local, puedan impactar en la salud vascular poblacional.

Uno de los antecedentes más relevantes para la formulación de estrategias nacionales de prevención cardiovascular es el *Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease*

---

[13] Londoño E, et al. HEARTS quality: a policy framework to strengthen hypertension and cardiovascular risk management in primary healthcare - insights from HEARTS in the Americas. Lancet Reg Health Am. 2025;53:101311. doi:10.1016/j.lana.2025.101311 (versión en español: Rev Panam Salud Publica. 2026;50:e24. doi:10.26633/RPSP.2026.24)

[14] Ordunez P, et al. HEARTS en las Américas: impulsar cambios en el sistema de salud para mejorar el control de la hipertensión en la población. Rev Panam Salud Publica. 2024;48:e17. doi:10.26633/RPSP.2024.17

[15] Ordunez P, et al. Scaling integrated cardiovascular-kidney-metabolic care through primary health care in the Americas: a health policy analysis of HEARTS 2.0 implementation. Lancet Reg Health Am. 2026;62:101589. doi:10.1016/j.lana.2026.101589

[16] Michea L, Kim TT, Hutchinson B, et al. Economic evaluation of the HEARTS standardized hypertension treatment program with fixed-dose combination pills in Chile primary care clinics. Value Health. 2025;28(10):1497-1505. doi:10.1016/j.jval.2025.06.012

[17] Jaffe MG, Lee GA, Young JD, Sidney S, Go AS. Improved blood pressure control associated with a large-scale hypertension program. JAMA. 2013;310(7):699-705. doi:10.1001/jama.2013.108769

[18] He J, Irazola V, Mills KT, et al. Effect of a community health worker-led multicomponent intervention on blood pressure control in low-income patients in Argentina: a randomized clinical trial. JAMA. 2017;318(11):1016-1025. doi:10.1001/jama.2017.11358

[19] https://world-heart-federation.org/resources/whf-hypertension-roadmap-summary/

[20] https://world-heart-federation.org/our-impact/science-public-health/cvd-roadmaps/whf-global-roadmaps/cholesterol/

[21] https://world-heart-federation.org/our-impact/science-public-health/cvd-roadmaps/whf-global-roadmaps/cvd-diabetes/

[22] Laranjo L, et al. World Heart Federation Roadmap for Secondary Prevention of Cardiovascular Disease: 2023 Update. Global Heart. 2024;19(1):8. Disponible en:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38273995/

and Stroke[2], desarrollado conjuntamente por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y los National Institutes of Health (NIH) de los Estados Unidos. Este documento propone un modelo de salud pública que organiza las intervenciones a lo largo del continuo de la enfermedad vascular, desde la promoción de la salud hasta la atención de los eventos agudos y la prevención secundaria, sustentado en cinco componentes estratégicos: acción, fortalecimiento de capacidades, evaluación, desarrollo de políticas y alianzas institucionales.

2- MARCO ESTRATÉGICO

Propósito

Reducir la carga de enfermedad, discapacidad y mortalidad prematura por enfermedades vasculares en Argentina mediante una política nacional integrada que fortalezca la promoción de la salud, la prevención, la detección temprana, la reducción del riesgo, la atención oportuna, la prevención secundaria y la rehabilitación, basada en el continuo de la salud vascular, curso de vida y equidad, articulada con las políticas nacionales de enfermedades no transmisibles y con las jurisdicciones.

Objetivo general

Fortalecer una política nacional integrada de salud vascular, basada en el continuo salud-enfermedad y con enfoque por curso de vida, orientada a reducir la exposición a los principales factores de riesgo, promover la detección temprana del riesgo y del daño de órgano blanco, mejorar la calidad y oportunidad de las líneas de cuidado y disminuir las brechas de acceso, tratamiento, control y resultados en todo el territorio nacional.

Objetivos Estratégicos

- **Objetivo 1:** Fortalecer la rectoría nacional, la gobernanza federal y la articulación interprogramática e intersectorial de la política de salud vascular, mediante planificación estratégica, coordinación federal y seguimiento y evaluación del Plan.
- **Objetivo 2:** Reducir la exposición poblacional a los principales condicionantes y factores de riesgo vascular mediante políticas de promoción, prevención y transformación de la arquitectura de los ecosistemas.
- **Objetivo 3:** Incrementar la detección temprana, estratificación y control de los factores de riesgo vascular y del daño de órgano blanco, con especial énfasis en la identificación y el abordaje integral del síndrome cardiorrenometabólico.
- **Objetivo 4:** Desarrollar e implementar líneas de cuidado vascular integradas y continuas que articulen la prevención, detección temprana, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de las principales condiciones de salud vascular, priorizando el síndrome cardiorrenometabólico (CKM) —con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 como condiciones trazadoras—, los síndromes coronarios agudos, el accidente cerebrovascular, la fibrilación auricular, las miocardiopatías, la insuficiencia cardíaca, el pie diabético y la muerte súbita.

- **Objetivo 5:** Fortalecer la capacidad resolutiva del sistema de salud, la coordinación entre niveles de atención y la continuidad del cuidado de la salud vascular mediante herramientas de implementación basadas en evidencia científica.
- **Objetivo 6:** Integrar los sistemas de información, vigilancia y gestión sanitaria para generar información oportuna y de calidad que permita monitorear la situación epidemiológica, evaluar las líneas de cuidado y orientar la toma de decisiones.
- **Objetivo 7:** Fortalecer la investigación, la innovación y la articulación con el ámbito académico para generar, transferir e implementar conocimiento orientado a mejorar la salud vascular.

Población objetivo

El Plan está dirigido a toda la población del país, desde una perspectiva de **curso de vida**, con intervenciones diferenciadas según las necesidades y etapas vitales. Las acciones de **detección temprana, evaluación, tratamiento, seguimiento y cuidado de la salud vascular** se orientan prioritariamente a la **población adulta**, con especial énfasis en la identificación y control de los factores de riesgo y las condiciones cardiovasculares, renales y metabólicas. Por su parte, las acciones de **promoción de la salud, prevención y generación de ecosistemas adecuados**, desarrolladas particularmente en el **Componente 2**, alcanzan a **toda la población, incluidos niños, niñas y adolescentes**, con el propósito de favorecer trayectorias de vida saludables y prevenir la aparición y progresión de factores de riesgo vascular desde etapas tempranas de la vida.

El abordaje integral de la población objetivo requiere la articulación intersectorial y federal, así como acuerdos con los distintos subsectores del sistema de salud —público, seguridad social y privado—, incluyendo obras sociales, PAMI y empresas de medicina prepaga, orientados a promover estándares comunes de atención, cuidado, calidad y registro, favoreciendo la continuidad de las intervenciones a lo largo del curso de vida.

Principios rectores

- **Rectoría nacional:** el Ministerio de Salud de la Nación establece prioridades, lineamientos, estándares, indicadores y herramientas para orientar y fortalecer la política nacional de salud vascular.
- **Gobernanza federal:** las jurisdicciones implementan las estrategias de acuerdo con sus capacidades, necesidades y contextos territoriales. El Consejo Federal de Salud (COFESA) constituye el ámbito de intercambio, coordinación y construcción de acuerdos específicos.
- **Intersectorialidad e inter-programaticidad:** la articulación intra y extra ministerial consolida la visión sistémica del abordaje de la salud vascular.

- **Integralidad y continuidad del cuidado:** la salud vascular se comprende como un continuo salud-enfermedad que requiere intervenciones integradas, oportunas y articuladas a lo largo del curso de vida, desde la promoción y prevención hasta la atención, rehabilitación y cuidados posteriores.
- **Atención centrada en las personas, las familias y las comunidades:** las políticas, estrategias e intervenciones de salud vascular considerarán las necesidades, preferencias, valores y contextos de las personas, promoviendo su participación activa en las decisiones sobre su cuidado.
- **Oportunidad, acceso y calidad:** las políticas y metas deberán contemplar las diferencias territoriales, sociales y económicas, así como las desigualdades en el acceso y la calidad de la atención, promoviendo la mejora continua de la calidad de los servicios de salud y procurando reducir las brechas evitables en el acceso, la atención y los resultados en salud.

- **Promoción y prevención como estrategias prioritarias:** se reconoce su relevancia para reducir la exposición a factores de riesgo, prevenir la aparición y progresión de la enfermedad vascular y generar un impacto sanitario sostenible, considerando su costo-efectividad.
- **Atención basada en evidencia y estándares de calidad:** las acciones e intervenciones se fundamentan en la mejor evidencia científica disponible y en estándares de calidad, promoviendo prácticas efectivas, seguras y centradas en las personas.
- **Gestión basada en la información como activo estratégico para la evaluación y mejora continua:** los datos deben utilizarse para identificar brechas, orientar recursos, monitorear resultados y mejorar la calidad.

3- ARTICULACIÓN PROGRAMÁTICA

Matriz de responsabilidades

Función	DNAIENT	Jurisdicciones	Otras áreas MSAL	Programas de financiamiento	SNVS-SISA
Rectoría nacional	Lidera	Participan	Participan	—	—
Lineamientos	Lidera	Adaptan	Participan	—	—
Promoción	Lidera/coordina	Implementan	Participan	—	—
Prevención FR	Lidera	Implementan	Participan	Puede financiar	—
Línea de cuidado	Define estándares	Implementan	Articulan	Financia/registro	—
Atención	Establece modelo	Responsables	Competencia según nivel	Puede financiar	—
Vigilancia	Define prioridades	Notifican	Coordinan vigilancia	—	Registra
Indicadores	Define	Reportan	Proveen datos	Provee datos	Provee datos
Evaluación	Lidera	Participan	Participan	Participa	Participa
Capacitación	Coordina	Implementan	Participan	—	—

4- METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

Componente 1. Rectoría, gobernanza y articulación federal

El Plan será conducido por la autoridad sanitaria nacional en ejercicio de su función de rectoría, promoviendo la coordinación federal y la articulación permanente entre los programas y áreas vinculadas con la salud vascular.

Se establecerán mecanismos de coordinación con las jurisdicciones, a través del COFESA y de los acuerdos correspondientes, definiendo responsabilidades, indicadores, metas y mecanismos de seguimiento.

La implementación requerirá articulación permanente con otras áreas nacionales:

- Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria.
- Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales.
- Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica.
- Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias.
- Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria.
- Dirección Nacional de Economía de la Salud.
- Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida.
- Dirección Nacional de Calidad y Desarrollo del Talento en Salud.
- Programas nacionales de prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes, salud renal, alimentación adecuada y prevención de la obesidad, actividad física, tabaco, alcohol, salud respiratoria.
- Superintendencia de Servicios de Salud.
- ANMAT.
- OPS.
- Otros programas vinculados con las líneas de cuidado.

Los aspectos técnicos serán abordados por equipos constituidos por las áreas técnicas del Ministerio de Salud de la Nación y de las jurisdicciones, el ámbito académico representado por las universidades y la comunidad a través de las organizaciones de pacientes, siempre que sea posible.

Este componente recupera explícitamente el principio establecido por la normativa nacional de **articular las acciones vasculares con los programas existentes**, evitando estructuras paralelas.

Componente 2. Promoción de la salud vascular y prevención multinivel

El Plan promueve políticas poblacionales y acciones destinadas a modificar los factores que influyen en la salud vascular. Tiene un **enfoque poblacional** que, al aplicar la denominada **paradoja de la prevención**, no limita la política a las personas de alto riesgo, sino que reduce el riesgo poblacional. Las intervenciones deben combinar estrategias individuales con políticas dirigidas a transformar los ecosistemas donde las personas nacen, crecen, estudian, trabajan y envejecen.

Esto permite que las políticas regulatorias y de ecosistemas adecuados sean parte integral del Plan y no actividades accesorias.

Se prioriza:

- alimentación adecuada;
- actividad física y reducción del comportamiento sedentario;
- prevención y control del consumo de tabaco;
- prevención del consumo nocivo de alcohol;
- ecosistemas adecuados;
- salud respiratoria;
- promoción de la salud vascular, metabólica y renal en ámbitos educativos y comunitarios;
- políticas regulatorias orientadas a reducir la exposición poblacional a factores de riesgo;

Nodo de Salud Vascular (NSV)

En concordancia con el abordaje de la salud vascular entendida como un continuo, la actividad física, la alimentación adecuada y la cesación tabáquica deben desarrollarse de manera transversal a lo largo de la trayectoria de las personas con enfermedad vascular.

En el marco del abordaje de la salud vascular como un continuo de prevención, atención, rehabilitación y cuidados, se propone fortalecer y/o adaptar efectores existentes dentro de las redes integradas de servicios de salud para que funcionen como Nodos de Salud Vascular (NSV). Estos nodos constituirán dispositivos de referencia territorial para la implementación integral de intervenciones orientadas a la prevención, el control de factores de riesgo, la recuperación funcional y la continuidad de cuidados de las personas con riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular establecida.

Los NSV deberán promover un abordaje integral que articule, de acuerdo con las necesidades de cada población y territorio, actividad física, alimentación adecuada, cesación tabáquica, control de factores de riesgo, educación para el autocuidado, apoyo psicosocial y rehabilitación cardiovascular y/o respiratoria[23]. Estas intervenciones deberán incorporarse de manera transversal a lo largo de la trayectoria de las personas, desde la prevención y la detección temprana hasta el tratamiento, la rehabilitación[24] [25] y el seguimiento a largo plazo.

La rehabilitación cardiovascular constituye uno de los componentes estratégicos de estos nodos, dado que permite integrar la evaluación clínica y funcional, la prescripción individualizada de actividad física, la intervención nutricional, la modificación de factores

[23] https://www.england.nhs.uk/long-read/commissioning-standards-for-cardiovascular-rehabilitation

[24] Grace SL, Russell KL, Reid RD, et al. Effect of Cardiac Rehabilitation Referral Strategies on Utilization Rates: A Prospective, Controlled Study. Arch Intern Med. 2011;171(3):235–241. doi:10.1001/archinternmed.2010.501

[25] 2026 ESC Guidelines on cardiac rehabilitation. European Heart Journal (2026) 00, 1–99 https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehag099

de riesgo,[26] [27] la educación para el autocuidado y el acompañamiento psicosocial[28] [29]. Los NSV podrán ofrecer estas prestaciones en modalidades presenciales, domiciliarias, comunitarias, híbridas o a distancia, de acuerdo con las capacidades disponibles y las características de cada territorio. Asimismo, podrán incorporar componentes de rehabilitación respiratoria y estrategias estructuradas de cesación tabáquica cuando corresponda.

Los NSV deberán funcionar articuladamente con los **distintos niveles de atención y con los servicios especializados**, estableciendo circuitos claros de referencia, contrarreferencia y seguimiento. Para ello, la estrategia deberá contemplar herramientas para la identificación de personas elegibles, criterios de derivación, protocolos y materiales de implementación, capacitación de los equipos de salud, herramientas de seguimiento y un conjunto de **indicadores para monitorear cobertura, acceso, continuidad y resultados**. Asimismo, se procurará su articulación con las prestaciones y mecanismos de financiamiento existentes que puedan contribuir a su sostenibilidad y ampliación, como **SUMAR**.

Desde una perspectiva territorial, los NSV podrán constituirse además en espacios para fortalecer la **promoción de ecosistemas adecuados**, en articulación con actores comunitarios, gobiernos locales y otros sectores vinculados a la disponibilidad y accesibilidad de alimentos adecuados y a la promoción de la actividad física. En este marco, podrán desarrollarse estrategias que favorezcan el acceso a **alimentos adecuados y asequibles**, priorizando alternativas disponibles en cada territorio y fortaleciendo las economías locales cuando resulte pertinente. Estas acciones podrán complementarse con **materiales prácticos de alimentación adecuada**, con alternativas de preparación adaptadas a las diferentes condiciones de salud, culturas alimentarias y recursos disponibles.

De este modo, el Nodo de Salud **Vascular** se plantea como un dispositivo de las redes integradas que permite **territorializar las recomendaciones de las guías de práctica clínica y transformar las intervenciones de prevención y rehabilitación en prestaciones concretas, accesibles y continuas**, centradas en las necesidades de las personas y articuladas con el conjunto de la red de atención.

Componente 3. Detección temprana y control del riesgo vascular

El Plan se enfoca en la promoción de la salud actuando sobre los factores protectores y en la prevención primaria trabajando sobre los factores de riesgo.

---

[26] Singh B, et al. Exercise-based interventions for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. J Sport Health Sci. 2026 Apr 7;15:101138. doi: 10.1016/j.jshs.2026.101138. Epub ahead of print. PMID: 41956204; PMCID: PMC13475642.

[27] Ussher MH, et al. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Aug 29;(8):CD002295. doi: 10.1002/14651858.CD002295.pub5. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2019 Oct 30;2019(10). doi: 10.1002/14651858.CD002295.pub6. PMID: 25170798.

[28] https://reachhf.co.uk/logged-out-pages/about/

[29] https://www.ahrq.gov/takeheart/about/index.html

Es importante mencionar las brechas de la cascada de atención. Entre las personas con HTA, DM, dislipidemia o ERC, una proporción relevante desconoce su diagnóstico; de las diagnosticadas, sólo una parte recibe tratamiento; y de estas, una fracción menor alcanza las metas de control. Cada escalón —conocimiento, tratamiento y control— define un punto de intervención distinto: pesquisa sistemática en el primer nivel, disponibilidad continua de medicamentos esenciales y seguimiento longitudinal por equipos interdisciplinarios. Explicitar la línea de base de estas cascadas a partir de la ENFR y de los registros nacionales es condición para fijar metas verificables.

Estas brechas no se distribuyen de manera homogénea: existen diferencias sustantivas entre jurisdicciones, entre subsectores de atención a la salud y entre ámbitos urbanos y rurales, y un patrón diferencial por sexo[30] —los varones concentran la mortalidad prematura por causas isquémicas, mientras que en las mujeres persisten el subdiagnóstico, la menor derivación a estudios y procedimientos y la subrepresentación en rehabilitación—. El Plan incorpora, en consecuencia, la igualdad de oportunidades para el control y seguimiento de la enfermedad y el cuidado de la salud, como criterio explícito de priorización.

Se prioriza el abordaje del **síndrome cardiorrenometabólico**, considerando particularmente:

- hipertensión arterial,
- diabetes,
- enfermedad renal crónica,
- malnutrición por exceso.

Objetivo del Componente

Fortalecer la capacidad del primer nivel de atención para la detección temprana, diagnóstico, estratificación y control integral del riesgo cardiovascular, metabólico y renal, garantizando intervenciones oportunas, seguimiento longitudinal y continuidad del cuidado.

Meta

Mejorar el diagnóstico precoz y la calidad del seguimiento de las personas con factores de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiometabólicas, incrementando la proporción de personas diagnosticadas, tratadas y controladas de acuerdo con las metas terapéuticas establecidas.

Líneas de Implementación

- **Herramientas estandarizadas para la práctica clínica:** implementación de guías de práctica clínica, protocolos y vías clínicas que permitan un abordaje integral y conjunto de la hipertensión arterial, la diabetes, la dislipidemia, la obesidad, la enfermedad renal crónica y otros factores de riesgo cardiovascular.
- **Estandarización de la detección y el diagnóstico:** incorporación de procedimientos y tecnologías validadas para la medición de la presión arterial, la

[30] Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. Lancet. 2021;397(10292):2385-2438. doi:10.1016/S0140-6736(21)00684-X

glucemia y la HbA1c, detección de dislipidemia y estimación del filtrado glomerular, propiciando la disponibilidad de estas herramientas en el primer nivel de atención.

- **Detección del daño de órgano blanco y compromiso renal:** fortalecimiento de la evaluación de daño de órgano blanco en personas con factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares. En particular, en personas con hipertensión arterial y/o diabetes se promoverá la evaluación conjunta del **filtrado glomerular estimado y la relación albúmina/creatinina urinaria**, como estrategia para la detección temprana de enfermedad renal y la adecuada estratificación del riesgo.
- **Estratificación integral del riesgo cardiovascular:** incorporación sistemática de herramientas estandarizadas de estimación del riesgo cardiovascular para orientar la intensidad de las intervenciones preventivas y terapéuticas, incluidas las indicaciones de tratamiento hipolipemiante y otras intervenciones farmacológicas según las recomendaciones vigentes.
- **Gestión clínica y seguimiento longitudinal:** establecimiento de circuitos de atención que permitan el seguimiento periódico, la evaluación del cumplimiento de metas terapéuticas y la intensificación o adecuación del tratamiento cuando corresponda, favoreciendo la continuidad del cuidado entre el primer nivel de atención y los niveles de mayor complejidad.
- **Capacitación y transferencia de competencias:** desarrollo de estrategias de capacitación multinivel dirigidas a equipos de salud, con transferencia de competencias al primer nivel para fortalecer la capacidad resolutiva y establecer circuitos claros de derivación, referencia y contrarreferencia.

Articulación institucional

La implementación del componente requerirá la articulación entre Atención Primaria de la Salud, Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales (DNFSP), áreas responsables de enfermedades no transmisibles, sistemas de información, vigilancia y monitoreo, y las jurisdicciones, junto con los programas y estrategias relacionados con los principales factores de riesgo cardiovascular, metabólico y renal.

Modelo de atención

El componente se organizará bajo un enfoque de cascada de atención y continuo vascular, procurando que la identificación de un factor de riesgo se traduzca en diagnóstico oportuno, estratificación, intervención, seguimiento y control.

Estrategia polipíldora

El concepto de polipíldora cardiovascular, entendida como una combinación de dosis fija (CDF) que incluye al menos un agente antihipertensivo y una estatina, fue

introducido formalmente por Wald y Law en 2003[31]. Su premisa fundamental es que el riesgo cardiovascular (RCVG) es un continuo, y que la reducción de la presión arterial (PA) y del colesterol LDL disminuyen el riesgo cardiovascular global independientemente de los niveles de partida y de las causas que lo incrementaron, siendo mayor el impacto cuanto mayor es el RCVG.

Figura 2. El continuo del RCVG



La evidencia disponible respalda la utilización de polipíldoras cardiovasculares como estrategia para simplificar y favorecer la implementación de tratamientos preventivos, especialmente en prevención secundaria. Estos resultados son consistentes con la evidencia acumulada. Un metaanálisis de 11 ensayos clínicos aleatorizados (25.389 participantes) encontró una reducción del 22% en eventos cardiovasculares mayores con polipíldoras (RR 0,78; IC95% 0,67–0,91), mientras que un metaanálisis más reciente, que incluyó 18 estudios y 32.425 participantes, observó una reducción de MACE particularmente en prevención secundaria (RR 0,80; IC95% 0,70–0,92) y de la mortalidad cardiovascular (RR 0,69; IC95% 0,55–0,87). En conjunto, estos datos apoyan considerar la polipíldora como una herramienta para mejorar la adherencia, simplificar el tratamiento y reducir eventos cardiovasculares, especialmente en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida[32] [33] [34] [35].

En prevención primaria, la polipíldora puede contribuir a reducir el subtratamiento y la inercia clínica. En prevención secundaria, puede contribuir a reducir la falta de adherencia. Su beneficio no reside en agregar nuevos fármacos, sino en garantizar que los fármacos indicados efectivamente se tomen.

---

[31] Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. BMJ. 2003 Jun 28;326(7404):1419. doi: 10.1136/bmj.326.7404.1419. Erratum in: BMJ. 2003 Sep 13;327(7415):586. Erratum in: BMJ. 2006 Sep;60(9):823. PMID: 12829553; PMCID: PMC162259.

[32] Kandil OA et al. Polypills for Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Cardiovasc Med. 2022 Apr 14;9:880054. doi: 10.3389/fcvm.2022.880054. PMID: 35498049; PMCID: PMC9046936.

[33] Sedhom R, et al. Meta-Analysis on the Clinical Outcomes With Polypills for Cardiovascular Disease Prevention. Am J Cardiol. 2023 Aug 15;201:211-218. doi: 10.1016/j.amjcard.2023.06.001. Epub 2023 Jun 27. PMID: 37385176.

[34] J.M. Castellano et al. for the SECURE Investigators. N Engl J Med 2022;387:967-77. DOI: 10.1056/NEJMoa2208275

[35] Virk GS, et al. The Effectiveness of Polypill for the Prevention of Cardiovascular Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Cureus. 2023 Oct 14;15(10):e47032. doi: 10.7759/cureus.47032. PMID: 38022292; PMCID: PMC10645397.

La polipíldora ha evolucionado desde una estrategia farmacológica destinada a simplificar el tratamiento hacia una **intervención compleja de salud pública**, cuyo objetivo no se limita al efecto farmacológico de sus componentes, sino que incorpora la mejora de la adherencia, la simplificación de los esquemas terapéuticos y la reducción de las barreras de acceso al tratamiento. En este sentido, su implementación requiere considerar no sólo la eficacia clínica, sino también aspectos organizacionales y del sistema de salud, incluyendo su integración en la atención primaria, los procesos de prescripción y dispensación, la aceptabilidad por parte de pacientes y profesionales, el financiamiento y la sostenibilidad. Por ello, la polipíldora se plantea actualmente no solo como una herramienta terapéutica, sino también como una potencial **intervención organizacional y poblacional orientada a mejorar la equidad y reducir la carga de enfermedad vascular**.

Elementos para la implementación de la intervención con polipíldora en el primer nivel de atención:

Metas: aumentar las tasas de control (alcance de la meta terapéutica) en personas con ECV establecida o con FRCV o RCV mayor al 10%.

Selección de centros de atención primaria (CAPS):

Los centros de salud deben contar con características mínimas para garantizar la posibilidad de implementación del Plan, por lo que se recomienda que posean preferentemente:

- personal capacitado;
- historia clínica electrónica o en papel organizada y archivada;
- disponibilidad de fármacos;
- utilización de receta electrónica;
- dispensa electrónica;
- acceso al laboratorio para diagnóstico y seguimiento;
- reporte periódico de datos de cobertura y control de CKM.

Teniendo en cuenta el continuo de la salud cardiovascular, esta estrategia será destinada a población con tres o más factores de riesgo (RCVG > 10% - estrategia en prevención primaria) y a población con enfermedad cardiovascular establecida (RCVG muy alto - estrategia en prevención secundaria).

Componente 4. Líneas de cuidado vascular y sus complicaciones

Objetivo

Fortalecer, desde la rectoría nacional, la organización de líneas de cuidado y redes integradas de atención para las principales condiciones vasculares y sus

complicaciones, promoviendo estándares comunes de calidad, continuidad del cuidado y acceso oportuno a intervenciones de demostrada efectividad.

El Ministerio de Salud de la Nación ejercerá su rol rector mediante la definición de lineamientos, estándares y herramientas para la organización de las redes, que serán adaptados e implementados por las jurisdicciones de acuerdo con sus características territoriales, epidemiológicas y organizacionales.

Líneas de acción

4.1 - Infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular

El infarto agudo de miocardio (IAM) y el accidente cerebrovascular (ACV) constituyen los desenlaces no deseados de la ECV. Comparten factores de riesgo, mecanismos fisiopatológicos y, fundamentalmente, el **carácter tiempo-dependiente de su tratamiento**. En ambos casos, el diagnóstico precoz y el acceso oportuno a terapias de reperfusión impactan de manera directa en la mortalidad, la discapacidad y la calidad de vida posterior.

La evidencia demuestra que la mortalidad y discapacidad por IAM y ACV están fuertemente influenciadas por los tiempos al diagnóstico y tratamiento, variables que dependen directamente de la organización del sistema de salud. El objetivo de las redes de atención es proporcionar una atención médica óptima y reducir los retrasos para que el *paciente llegue al hospital adecuado y reciba el mejor tratamiento de reperfusión disponible* dentro de los tiempos recomendados y de esta forma obtener mejores resultados clínicos.

Si bien la estrategia de la red de atención es la que ha demostrado mayores éxitos en el tratamiento oportuno del IAMCEST (infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST) y el ACV, requiere de una logística previa y coordinada para asegurar el cumplimiento de los tiempos estandarizados para su atención oportuna (derivación intra o interregional), como así también la calidad y continuidad de las intervenciones que se realicen. La implementación de una red se lleva a cabo en el entorno real de los servicios de salud y en las comunidades donde se pretende aplicar una intervención, dentro de un contexto geográfico específico. Por ello, se trata de un proceso altamente contextualizado, que requiere identificar e involucrar desde sus etapas iniciales a los actores clave responsables de su planificación, implementación, articulación y evaluación.

Meta

Mejorar el acceso oportuno a la atención de personas con IAM y ACV, favoreciendo el cumplimiento de los tiempos críticos de diagnóstico y tratamiento y la continuidad del cuidado posterior al evento.

Líneas de acción

- Definir criterios para la categorización de establecimientos, centros de referencia y nodos de coordinación de las redes.
- Establecer guías, protocolos y vías clínicas para la atención del IAM y ACV.
- Definir los estándares para la construcción de circuitos de activación, traslado, derivación y contrarreferencia, con criterios y tiempos críticos.

- Fortalecer la articulación entre efectores de primer y segundo nivel de atención, servicios de emergencia, establecimientos de referencia y rehabilitación a través de la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) (APP STROKE/APP IAM).
- Incorporar el seguimiento posterior al evento, la prevención secundaria y la rehabilitación cardiovascular y neurológica mediante la articulación con los NSV locales.
- Obtener información mediante un sistema de notificación obligatoria (Eventos de Notificación Obligatoria - ENOS) para monitorear estructura, procesos, tiempos críticos, calidad y resultados.
- Facilitar el establecimiento de convenios público-privados para hacer más eficiente y oportuno el proceso de abordaje de la persona con IAM o ACV (Redes tiempo-dependientes mixtas).

Articulación
DNFSP, DINESA, sistemas de información, jurisdicciones y áreas nacionales vinculadas a la atención cardiovascular y cerebrovascular.

4.2- Sistema de prevención integral de eventos por muerte súbita

La muerte súbita (MS), que como el término lo indica, es una muerte que ocurre inesperadamente en una persona aparentemente sana, constituye el evento final de un conjunto de patologías cardíacas. La causa más frecuente es la enfermedad isquémica del corazón, como el infarto agudo de miocardio, pero existen otras entidades, por ejemplo, genéticas, que sufren algunas personas jóvenes. Determinar la causa de la cardiopatía y establecer el tratamiento para lograr una expectativa de vida, muchas veces cercana a la normalidad, implica una reanimación precoz para que alcance los cuidados necesarios luego del evento. Y es este hecho el que deja en evidencia que el acceso a una atención oportuna depende de la sociedad en su conjunto. La MS representa un problema sustancial de salud pública debido a que es causa de muerte prematura y a que más del 70% de los casos se producen en el ámbito extrahospitalario (hogar, trabajo, campos deportivos y otros lugares públicos), transformando a la comunidad no médica en la primera encargada de atender un episodio de esta naturaleza dada la escasa ventana temporal para aplicar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) que reviertan el cuadro.

La desfibrilación dentro de los 3-5 primeros minutos del colapso puede producir tasas de supervivencia tan altas como 50- 70%. Es entonces que el concepto de *Cadena de Supervivencia*[36] cobra vital importancia para aumentar las posibilidades de sobrevida de una persona con MS, y es en ella que se plasma la articulación de la sociedad civil con el sistema de salud.

Dados los antecedentes mencionados anteriormente el Decreto 402/2022: sistema de prevención integral de eventos por muerte súbita en espacios públicos y privados de acceso público determina aquellos espacios públicos o privados con acceso público en los cuales debe haber desfibriladores externos automáticos (DEA) en cantidad y localización adecuadas. Dicha enumeración es enunciativa y no taxativa. En líneas generales incluye los siguientes espacios: 1- lugares donde se practica deporte o

[36] Executive Summary: 2025 International Liaison Committee on Resuscitation Consensus on Science With Treatment Recommendations. https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0000000000001361

actividad física competitiva y/o recreativa, 2- establecimientos carcelarios (incluidas centrales de policía y comisarías) y cuarteles de bomberos, 3- efectores de salud con ciertas características particulares, 4- espacios con capacidad, concentración o circulación de más de mil (1000) personas por día y 5- aeronaves, embarcaciones o trenes de larga distancia, con capacidad para cien (100) o más personas.

Su reglamentación determina que se considera espacio cardioasistido a aquel que cumpla con lo siguiente:

- Presencia de personal capacitado, acreditado por instituciones oficiales certificadas con la correspondiente actualización de acuerdo con las normas internacionales. Dicha capacitación será responsabilidad de los titulares o responsables de la administración o explotación de dichos espacios.
- La correspondiente señalética para identificar los DEA, su ubicación, instrucciones de uso y accesibilidad
- Sistema de emergencia médica público o privado, que permita continuar la cadena de supervivencia ante la emergencia.

La Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias y la Dirección Nacional de Calidad y Desarrollo del Talento en Salud elaboraron los lineamientos que debe cumplir una institución formadora (IFO) de instructores en RCP para ser acreditada como tal y los contenidos para la capacitación del personal de los lugares establecidos, en técnicas de maniobras de resucitación cardiopulmonar básica y en el uso de los DEA. De esta manera, forma parte de las competencias de las IFO certificar a los espacios como cardio-asistidos. En este proceso, se creará un registro nacional de DEAs con el objeto de georreferenciarlos y hacer un seguimiento del estado de funcionamiento.

La Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles y la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias elaboraron en forma conjunta una Guía para las instituciones que les permita calcular la cantidad y determinar la localización de los DEAs necesaria en cada caso. Todos los dispositivos deben ser aprobados por la ANMAT.

Meta

Mejorar el reconocimiento, la activación del sistema de emergencias, la reanimación y cardioversión precoz de personas que sufren una muerte súbita por parte de la población general, mediante la expansión y consolidación de espacios cardio asistidos,

Articulación

DINESA, Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento, sistemas de información, jurisdicciones y organismos competentes.

4.3- Insuficiencia cardíaca descompensada (ICD)

El envejecimiento de la población, la mejoría en la supervivencia de las cardiopatías en general y de la cardiopatía isquémica en particular explican el aumento de la incidencia de la insuficiencia cardiaca (IC), mientras que su tratamiento exitoso explica el aumento de su prevalencia. Aun así, esta condición se asocia a altos índices de hospitalización,

invalidez y mortalidad, además de ocasionar enormes costos al sistema de salud.[37]. Todo lo mencionado anteriormente convierte a la IC en una enfermedad que conlleva elevados costos para el sistema de salud. La bibliografía internacional[38] indica que el 70% de dichos costos se asocian a los costos directos relacionados a las internaciones, procedimientos invasivos diagnósticos y terapéuticos, así como costos indirectos relacionados con la presencia de condiciones comórbidas.

El manejo de la insuficiencia cardíaca debe trascender el tratamiento farmacológico y contemplar de manera integral las necesidades clínicas, funcionales y sociales de las personas. La atención debe orientarse no solo a reducir la mortalidad y las hospitalizaciones, sino también a mejorar la capacidad funcional, la calidad de vida y la autonomía, así como a prevenir las descompensaciones y las reinternaciones.

En ese sentido, las intervenciones nutricionales, la rehabilitación cardíaca y el ejercicio físico adaptado constituyen componentes relevantes del abordaje integral de la IC.

Propósito
Fortalecer un modelo de atención longitudinal de las personas con insuficiencia cardíaca, orientado a prevenir descompensaciones, hospitalizaciones y pérdida de funcionalidad.

Meta

Mejorar la calidad y continuidad del cuidado de las personas con insuficiencia cardíaca, contribuyendo a disminuir descompensaciones y hospitalizaciones evitables y establecer centros de referencia con equipos multidisciplinarios.

Población/condición priorizada
Personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, con especial atención a quienes presentan descompensaciones, hospitalizaciones recurrentes o mayor riesgo clínico.

Líneas de acción

- Definir criterios para la organización y categorización de establecimientos y centros de referencia.
- Establecer guías, protocolos y herramientas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Fortalecer las capacidades de los equipos y unidades especializadas para el abordaje de personas con mayor complejidad.
- Promover estrategias de prevención de descompensaciones y readmisiones, incluyendo autocuidado, adherencia, alimentación, actividad física y rehabilitación cardíaca sobre la base del establecimiento de los NSV.
- Implementar circuitos virtuosos, de referencia y contrarreferencia entre aquellos centros de referencia con Unidades de IC y aquellos de menor complejidad.
- Obtener información mediante un sistema de notificación obligatoria (Eventos de Notificación Obligatoria - a través de la ENOS) para monitorear características epidemiológicas, causas frecuentes, procesos, calidad de atención y resultados.

[37] Fernández A, Thierer J, Fairman E, Giordanino E, Soricetti J, Belziti C, et al. Consenso de Insuficiencia Cardíaca 2022. Rev Argent Cardiol 2023;91 (Suplemento 2):1-80. http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.s2

[38] Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. Cardiovascular Research (2022) 118, 3272–3287

Articulación
DNFSP, sistemas de información, jurisdicciones y equipos y áreas vinculadas a la atención cardiovascular.

4.4- Redes de pie diabético

La enfermedad macrovascular y microvascular en personas con DM se asocia a una elevada morbilidad. El pie diabético (PD) es una de las complicaciones crónicas más prevalentes de la diabetes mellitus (DM), asociada a una elevada morbimortalidad y altos costos sanitarios y económicos. Además, es la principal causa de amputación no traumática a nivel mundial y una de las principales causas de hospitalización[39] [40] en personas con DM[41] [42]. En comparación con las personas con DM sin úlcera de pie diabético (UPD), aquellas con UPD presentan un riesgo significativamente mayor de mortalidad por todas las causas[43], mortalidad cardiovascular[44], infarto de miocardio y accidente cerebrovascular[45]. Su magnitud suele subestimarse, ya que su letalidad a 5 años es comparable a la de distintos tipos de cánceres, e incluso superior en los casos de amputación mayor o isquemia crítica[46]. A su vez, el manejo multifactorial del riesgo cardiovascular reduce la mortalidad y los eventos CV mayores en personas con diabetes[47], y la evidencia observacional disponible sugiere un beneficio semejante cuando se aplica en personas con UPD. Existen escenarios donde la gravedad de la afectación (infección grave, infección moderada con **gangrena extensa**, infección necrotizante, sospecha de absceso profundo, síndrome compartimental, isquemia grave) requiere una intervención dentro de las 24-48 h[48].

[39] Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. New England Journal of Medicine. 2017;376(24):2367-2375. doi:10.1056/NEJMra1615439.

[40] Gallagher KA, Mills JL, Armstrong DG, et al. Current Status and Principles for the Treatment and Prevention of Diabetic Foot Ulcers in the Cardiovascular Patient Population: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2024;149(4):e232-e253. doi:10.1161/CIR.0000000000001192.

[41] Armstrong DG, Tan TW, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers: A Review. JAMA. 2023;330(1):62-75. doi:10.1001/jama.2023.10578.

[42] McDermott K, Fang M, Boulton AJM, Selvin E, Hicks CW. Etiology, Epidemiology, and Disparities in the Burden of Diabetic Foot Ulcers. Diabetes Care. 2023;46(1):209-221. doi:10.2337/dci22-0043.

[43] Brownrigg JR, Davey J, Holt PJ, et al. The Association of Ulceration of the Foot With Cardiovascular and All-Cause Mortality in Patients With Diabetes: A Meta-Analysis. Diabetologia. 2012;55(11):2906-2912.

doi:10.1007/s00125-012-2673-3.

[44] Chin BZ, Lee P, Sia CH, Hong CC. Diabetic Foot Ulcer Is Associated With Cardiovascular-Related Mortality and Morbidity: A Systematic Review and Meta-Analysis of 8062 Patients. Endocrine. 2024;84(3):852-863. doi:10.1007/s12020-024-03696-5.

[45] Holman N, Yelland AC, Young B, et al. Mortality Rates in People Presenting With a New Diabetes-Related Foot Ulcer: A Cohort Study With Implications for Management. Diabetologia. 2024;67(12):2691-2701.

doi:10.1007/s00125-024-06262-w.

[46] Armstrong DG, Swerdlow MA, Armstrong AA, Conte MS, Padula WV, Bus SA. Five Year Mortality and Direct Costs of Care for People With Diabetic Foot Complications Are Comparable to Cancer. Journal of Foot and Ankle Research. 2020;13(1):16. doi:10.1186/s13047-020-00383-2.

[47] Gæde P, Vedel P, Larsen N, et al. Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2003;348:383-393. DOI: 10.1056/NEJMoa021778

[48] https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-Guidelines-2023.pdf?utm

El abordaje del pie diabético se organizará mediante **redes integradas de atención adaptadas al territorio**, que articulen: 1) detección y estratificación precoz del riesgo en el primer nivel de atención; 2) equipos multidisciplinarios especializados de referencia; 3) vías clínicas con circuitos y tiempos de respuesta definidos para infección, isquemia y amenaza de pérdida del miembro; 4) mecanismos de coordinación, derivación y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, incluyendo herramientas de telemedicina; y 5) sistemas de información, monitoreo y evaluación de resultados. La evidencia disponible, predominantemente observacional, muestra que este modelo se asocia con una reducción de las amputaciones mayores[49] [50] y mejores tasas de cicatrización, y algunos estudios también sugieren menor reinternación y mortalidad[51] [52].

Meta

Aumentar la prevención primaria, la detección precoz y la estratificación de riesgo del PD en el Primer Nivel de Atención, garantizar el acceso oportuno a unidades especializadas en PD ante ataque de PD (PD infectado, PD isquémico o pie de Charcot) y a tratamiento de revascularización cuando corresponda, reducir la tasa de amputación mayor, re-ulceración y de internación/re-internación, fortalecer la prevención secundaria y la rehabilitación.

Elementos de la estrategia

- Categorización de efectores de la red según capacidad resolutiva y conformación / fortalecimiento de unidades de pie diabético de referencia a nivel local, con acceso a tratamiento endovascular y/o quirúrgico.
- GPC y vías clínicas basadas en evidencia para la organización de las redes y el manejo integral de personas con PD.
- Implementación de sistema de registros y monitoreo de indicadores de proceso y calidad de atención.

Articulación

DNFSP, sistemas de información.

[49] Musuuza J, el al. A systematic review of multidisciplinary teams to reduce major amputations for patients with diabetic foot ulcers. J Vasc Surg. 2020 Apr;71(4):1433-1446.e3. doi: 10.1016/j.jvs.2019.08.244. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31676181; PMCID: PMC7096268.

[50] Albright RH, et al. Effectiveness of multidisciplinary care teams in reducing major amputation rate in adults with diabetes: A systematic review & meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract. 2020 Mar;161:107996. doi: 10.1016/j.diabres.2019.107996. Epub 2020 Jan 11. PMID: 31935416.

[51] Chiu CW, et al. Multidisciplinary Management Improves Re-Admission, Major Amputation, and Mortality Rates in Patients with Diabetic Foot Ulcers. Adv Wound Care (New Rochelle). 2026 Oct;15(10):711-721. doi: 10.1089/wound.2024.0182. Epub 2025 Jun 16. PMID: 40538344.

[52] Meloni M, et al Effect of a multidisciplinary team approach in patients with diabetic foot ulcers on major adverse limb events (MALEs): systematic review and meta-analysis for the development of the Italian guidelines for the treatment of diabetic foot syndrome. Acta Diabetol. 2024 May;61(5):543-553. doi: 10.1007/s00592-024-02246-9. Epub 2024 Mar 10. PMID: 38461443.

4.5- Abordaje oportuno de la fibrilación auricular

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente y su incidencia y prevalencia aumentan progresivamente con la edad, en paralelo con el envejecimiento poblacional y la mayor supervivencia de las personas con enfermedad cardiovascular. El estudio de cohorte de Framingham[53] estimó que, a partir de los 40 años, el riesgo de desarrollar FA a lo largo de la vida alcanza aproximadamente el 26% en los hombres y el 23% en las mujeres. Sin embargo, este riesgo varía según el perfil de riesgo[54]. La FA se asocia con un incremento significativo del riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca, hospitalizaciones y mortalidad, por lo que constituye un importante problema de salud cardiovascular[55]. La **prevención de las complicaciones tromboembólicas constituye uno de los principales objetivos del abordaje de la FA**. La indicación de anticoagulación debe basarse en una evaluación individualizada del riesgo de ACV mediante herramientas de estratificación validadas (CHA2DS2-VA), considerando asimismo las preferencias de la persona y el balance entre beneficios y riesgos del tratamiento. El riesgo hemorrágico debe evaluarse de manera complementaria; escalas como HAS-BLED u ORBIT pueden contribuir a identificar factores modificables de sangrado, pero no deben utilizarse de manera aislada para excluir la anticoagulación[56].

En este contexto, el abordaje de la FA[57] requiere fortalecer la capacidad del sistema para su detección, estratificación y seguimiento, garantizar el acceso sostenido a la anticoagulación indicada y mejorar la calidad del tratamiento. A pesar de la disponibilidad de estrategias eficaces para la prevención del ACV, persiste una brecha entre la indicación de anticoagulación y su utilización efectiva en personas con FA.

El registro internacional GARFIELD-AF[58], que incluyó más de 50.000 personas con FA recientemente diagnosticada en cinco cohortes sucesivas, mostró una evolución favorable en el uso de anticoagulantes, aunque mantuvo una proporción de pacientes con riesgo de ACV que no recibía tratamiento preventivo. En el análisis específico de cuatro países de América Latina[59] —Argentina, Brasil, Chile y México—, entre los pacientes con riesgo moderado-alto de ACV, más de un tercio no recibía anticoagulación al momento del diagnóstico.

En Argentina, el registro GARFIELD-AF observó una mortalidad por todas las causas al año de 6,95 por 100 personas-año (IC95% 5,43–8,90), la tasa más elevada entre los

---

[53] Lloyd-Jones DM, et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. Circulation. 2004 Aug 31;110(9):1042-6. doi: 10.1161/01.CIR.0000140263.20897.42. Epub 2004 Aug 16. PMID: 15313941.

[54] Staerk L, et al. Lifetime risk of atrial fibrillation according to optimal, borderline, or elevated levels of risk factors: cohort study based on longitudinal data from the Framingham Heart Study. BMJ. 2018 Apr 26;361:k1453. doi: 10.1136/bmj.k1453. PMID: 29699974; PMCID: PMC5917175.

[55] Tajer C, et al. TERRA Trial investigators. Assessment of the Quality of Chronic Anticoagulation Control with Time in Therapeutic Range in Atrial Fibrillation Patients Treated with Vitamin K Antagonists by Hemostasis Specialists: The TERRA Registry: Tiempo en rango en la República Argentina. Clin Appl Thromb Hemost 2017; 23: 445-53

[56] Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024;45(36):3314-3414. doi:10.1093/eurheartj/ehae176

[57] Joglar JA, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation. *Circulation*. 2024;149:e1-e156. doi:10.1161/CIR.0000000000001193.

[58] Bassand JP, Accetta G, Camm AJ, et al. Two-year outcomes of patients with newly diagnosed atrial fibrillation in the GARFIELD-AF registry. *Heart*. 2016;102:150-157. doi:10.1136/heartjnl-2015-308976

[59] Boriani G, et al. Stroke prevention in patients from Latin American countries with non-valvular atrial fibrillation: Insights from the GARFIELD-AF registry. *Int J Cardiol*. 2019;278:130-136. doi:10.1016/j.ijcard.2018.12.020.

cuatro países latinoamericanos incluidos, frente a 5,77 por 100 personas-año (IC95% 5,06–6,56) para el conjunto de la cohorte latinoamericana. Estos hallazgos ponen de manifiesto que la prevención del ACV asociado a FA no depende exclusivamente de la disponibilidad de tratamientos eficaces, sino también de la capacidad del sistema para detectar la arritmia, estratificar el riesgo, iniciar oportunamente la anticoagulación y garantizar su continuidad y seguimiento. Estas acciones deben articularse con las estrategias de prevención y atención del ACV, dada la estrecha relación entre FA y enfermedad cerebrovascular.

Meta

Implementar una Vía Clínica para la fibrilación auricular (FA) orientada a la detección oportuna de la arritmia y a la prevención del accidente cerebrovascular cardioembólico (ACVC), mediante la identificación de las personas con FA, la estratificación del riesgo tromboembólico, el inicio adecuado del tratamiento preventivo y el seguimiento y continuidad de las intervenciones.

Líneas de acción

- **Detección y diagnóstico oportuno:** fortalecer la identificación de FA en los diferentes niveles de atención (palpación de pulso y ECG en caso de pulso irregular), particularmente en personas con mayor riesgo cardiovascular y grupos de mayor edad (>65 años); promover la confirmación diagnóstica y el registro sistemático de la FA en la historia clínica electrónica y en los sistemas de información disponibles.
- **Estratificación del riesgo:** promover la evaluación sistemática del riesgo tromboembólico y hemorrágico mediante herramientas validadas, como apoyo a la toma de decisiones clínicas.
- **Prevención del ACV cardioembólico:** establecer lineamientos para el inicio oportuno de anticoagulación en las personas con indicación, favorecer el acceso sostenido a anticoagulantes orales y promover su utilización adecuada. Evitar la utilización de antiagregantes como sustituto de la anticoagulación cuando esta última esté indicada.
- **Seguimiento y continuidad del tratamiento:** fortalecer mecanismos de seguimiento y adherencia. En las personas tratadas con antagonistas de la vitamina K, promover el monitoreo del INR y la optimización del tiempo en rango terapéutico. Implementar estrategias de búsqueda activa ante interrupciones del tratamiento o pérdida de seguimiento.
- **Integración con la atención del ACV y la prevención cardiovascular:** articular la vía clínica de FA con el Plan Nacional de ACV, particularmente en las estrategias de prevención del ACV cardioembólico, e integrar su abordaje con las estrategias de control de hipertensión arterial, diabetes, obesidad, insuficiencia cardíaca y otros factores de riesgo cardiovascular.
- **Información y monitoreo:** incorporar indicadores de detección, estratificación, tratamiento, continuidad y resultados que permitan monitorear la implementación de la vía clínica y las brechas de atención.

Articulación

Dirección de Atención Primaria de la Salud, DNFSP, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles, áreas responsables del Plan Nacional de ACV y sistemas de información.

Componente 5. Fortalecimiento de la capacidad resolutiva y calidad de las líneas de cuidado

El fortalecimiento del primer nivel y la articulación entre niveles de atención constituyen condiciones necesarias para garantizar continuidad y calidad en el cuidado. La **línea de cuidado se define desde la política sanitaria**, estableciendo las intervenciones, estándares y resultados esperados para cada etapa del continuo asistencial.

En este contexto, el CKM se propone como un **eje transversal de las estrategias de prevención y atención de las enfermedades no transmisibles en general y de las enfermedades vasculares en particular**, orientado a anticipar la aparición de complicaciones, reducir las inequidades en el acceso a intervenciones efectivas y mejorar los resultados en salud mediante un abordaje centrado en la persona y basado en la evaluación integral del riesgo cardiovascular, renal y metabólico.

El **primer nivel de atención** ocupa un lugar estratégico, tanto para la identificación temprana de las personas en riesgo como para su seguimiento longitudinal y la articulación con los distintos niveles de atención. Esto requiere fortalecer las capacidades para la **detección, diagnóstico, tratamiento y control** de la hipertensión arterial, la diabetes, la malnutrición por exceso y la enfermedad renal crónica; promover intervenciones orientadas a una alimentación adecuada y a la práctica regular de actividad física; favorecer la adherencia a los tratamientos; y establecer mecanismos efectivos de **referencia y contrarreferencia** que garanticen la continuidad e integralidad del cuidado.

La **Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales, a través del Programa SUMAR+, constituye una herramienta para la implementación efectiva de la política de líneas de cuidado**, al vincular el financiamiento con el registro y monitoreo de prestaciones priorizadas. En este marco, permite fortalecer intervenciones clave para el abordaje cardiorrenometabólico, incluyendo la **evaluación y estratificación del riesgo cardiovascular, la detección y control de factores de riesgo, la evaluación de la función renal y la albuminuria, el seguimiento de las personas de mayor riesgo y la atención de la enfermedad cardiovascular establecida**. De este modo, el SUMAR+ puede constituirse no sólo en un mecanismo de financiamiento, sino en una **herramienta para implementar y evaluar las líneas de cuidado**.

El circuito propuesto es: la DNAIENT define y prioriza la línea de cuidado; se identifican y acuerdan las prestaciones que la integran y sus atributos obligatorios de registro; el Programa SUMAR+ evalúa e incorpora progresivamente dichas prestaciones a su Plan de Servicios de Salud; y los efectores realizan las prestaciones y registran la atención en la historia clínica y en los sistemas establecidos por SUMAR+. Este registro constituye el respaldo para el reporte y posterior financiamiento de las prestaciones, de acuerdo con los requisitos técnicos vigentes.

De esta manera, la información generada a partir de las prestaciones realizadas permite no sólo sustentar el financiamiento, sino también monitorear la cobertura, la calidad y la continuidad de la atención, y orientar los procesos de mejora.

Componente 6 - Sistema nacional de información e inteligencia sanitaria

La disponibilidad de información oportuna, integrada y de calidad constituye un componente estratégico para la rectoría, gestión y evaluación de las políticas de salud vascular. El Plan propone avanzar hacia un **sistema nacional de información e inteligencia sanitaria para la salud vascular**, articulado con los sistemas nacionales de información en salud y sustentado en la progresiva interoperabilidad de las historias clínicas electrónicas (HCE), la receta y dispensa electrónica y los sistemas y registros existentes.

El objetivo no es reemplazar los sistemas existentes, sino favorecer su articulación, interoperabilidad y utilización complementaria, aprovechando la información disponible para fortalecer la vigilancia epidemiológica, la gestión clínica, la organización de las redes de atención, el financiamiento, la evaluación de resultados y el monitoreo de la calidad. Esta integración permitiría avanzar hacia una inteligencia sanitaria vascular, capaz de vincular información de diferentes fuentes para identificar riesgos, monitorear la continuidad del cuidado y orientar la planificación y la toma de decisiones.

Objetivo

Fortalecer la disponibilidad, integración, calidad y utilización estratégica de la información para la vigilancia, gestión y evaluación de la salud vascular, avanzando progresivamente hacia una inteligencia sanitaria vascular que contribuya a la toma de decisiones basada en información.

Meta

Avanzar progresivamente hacia un **sistema nacional de información e inteligencia sanitaria para la salud vascular**, con fuentes articuladas e interoperables, que permita monitorear el continuo de cuidado, fortalecer la vigilancia y generar información para la gestión y la toma de decisiones.

Líneas de acción

1. Articulación entre fuentes de información

Promover la articulación progresiva de las principales fuentes de información vinculadas a la salud vascular, incluyendo:

- Historia Clínica Electrónica;
- receta y dispensa electrónica;
- SUMAR+;
- SNVS 2.0;
- SISA;
- Registro de Infarto Agudo de Miocardio (RIAM);
- PAIER;
- registros y sistemas de vigilancia de ACV;
- registros y sistemas de información de insuficiencia cardíaca;
- registros vinculados a enfermedad renal crónica;
- otras fuentes relevantes para las líneas de cuidado cardiovascular.

2. Estándares de información

Promover estándares comunes de datos, definiciones, variables e identificadores que faciliten la articulación progresiva entre los sistemas existentes, evitando duplicación de

registros y favoreciendo la trazabilidad de las personas a lo largo del continuo de atención.

3. Información para la gestión de las líneas de cuidado

Utilizar la información disponible para monitorear las distintas etapas del continuo asistencial:

identificación → diagnóstico → estratificación → tratamiento → seguimiento → referencia/contrarreferencia → resultados.

Esto permitirá identificar brechas de acceso y continuidad, evaluar el cumplimiento de estándares y orientar acciones de mejora.

4. Vigilancia epidemiológica y monitoreo de eventos vasculares

Fortalecer la vigilancia de los principales eventos y condiciones vasculares y sus factores de riesgo, articulando la información epidemiológica con los registros clínicos y asistenciales para mejorar la oportunidad y calidad de la información.

5. Desarrollo de tableros e inteligencia sanitaria

Desarrollar herramientas de análisis y visualización que permitan integrar información de diferentes fuentes y generar indicadores para:

- caracterizar la carga de enfermedad cardiovascular;
- identificar poblaciones y territorios de mayor riesgo;
- monitorear cobertura y acceso;
- evaluar calidad y continuidad del cuidado;
- analizar resultados en salud;
- identificar brechas e inequidades;
- orientar la planificación y asignación de recursos.

6. Calidad y gobernanza de los datos

Fortalecer los mecanismos de gobernanza, calidad, validación, actualización y protección de la información, estableciendo responsabilidades para la generación, registro, integración y utilización de los datos.

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de las áreas competentes y en articulación con las jurisdicciones, establecerá los **estándares, definiciones, indicadores y criterios** necesarios para integrar progresivamente las fuentes de información existentes.

La rectoría nacional estará orientada a promover una arquitectura de información común, evitar la duplicación de sistemas y registros, fortalecer la calidad de los datos y transformar la información disponible en conocimiento útil para la vigilancia, la gestión y la evaluación de las políticas de salud cardiovascular.

Articulación

Áreas nacionales de sistemas de información en salud, vigilancia epidemiológica, SUMAR+, DNFSP, SISA, jurisdicciones, equipos responsables de los registros específicos y demás organismos y actores vinculados a la generación y utilización de información sanitaria.

Componente 7. Investigación, innovación y articulación con el ámbito académico

Este componente tiene como propósito fortalecer la articulación entre el sistema de salud, las universidades y otras instituciones académicas, promoviendo la generación, transferencia e implementación de conocimiento orientado a mejorar la salud vascular. Se propone que la formación de los futuros profesionales de la salud incorpore las prioridades y estrategias definidas a nivel nacional, favoreciendo desde el grado una comprensión común de las políticas, herramientas y modelos de atención que se busca implementar en el sistema sanitario.

1. Integración de las prioridades de salud vascular en la formación de grado. Se promoverá la incorporación progresiva, en las carreras vinculadas con la salud, de contenidos relacionados con las líneas de implementación definidas por el Ministerio de Salud, incluyendo las **Guías de Práctica Clínica nacionales, protocolos, Vías Clínicas, herramientas de apoyo a la decisión e infografías**. El objetivo es que los futuros profesionales conozcan, antes de su incorporación al sistema sanitario, las estrategias poblacionales y asistenciales que se encuentran priorizadas a nivel nacional y los estándares de atención que se busca implementar.

2. Desarrollo de investigación en implementación. Se impulsará la articulación con universidades y centros académicos, con especial participación de **instituciones regionales**, para desarrollar proyectos de investigación en implementación que permitan identificar barreras y facilitadores, evaluar estrategias de adopción de las Vías Clínicas y otras intervenciones priorizadas, y medir sus resultados en diferentes contextos territoriales. Esta línea permitirá generar evidencia local para adaptar las estrategias a las características y capacidades de cada jurisdicción y favorecer su incorporación efectiva a la práctica cotidiana.

3. Propiciar la integración de estudiantes avanzados al territorio y a los Nodos de Salud Vascular. Se promoverá la participación de estudiantes de los últimos años de las carreras de **Medicina, Enfermería, Kinesiología, Nutrición, Salud Mental, Trabajo Social y Profesionales de la Educación Física** en actividades desarrolladas en los **Nodos de Salud Vascular**. Esta estrategia permitirá complementar la formación académica con experiencias prácticas de promoción de la salud, prevención, detección de factores de riesgo, acompañamiento de personas con enfermedad vascular, rehabilitación y trabajo interdisciplinario, al tiempo que fortalecerá el vínculo entre las universidades, los equipos de salud y las comunidades.

En conjunto, el componente busca consolidar un **circuito de formación–investigación–implementación**, en el que el conocimiento generado en el ámbito académico contribuya a resolver problemas concretos del sistema de salud y, a su vez, las necesidades y experiencias del territorio orienten nuevas líneas de formación e investigación.

5- MONITOREO Y EVALUACIÓN

Indicadores trazadores del Plan

Se propone un **tablero nacional reducido**, con indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto.

Impacto

(Fuente de información: DEIS - Área de vigilancia DNAIENT)

Tasas de Mortalidad Ajustadas por Edad (TAMPE) por ENT por grandes causas y subgrupos de causas, por sexo, grupos de edad y jurisdicciones (anual)

- Cardiovasculares (subgrupos: ACV, IC, IAM);
- diabetes;
- enfermedad renal crónica.

Tasas de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por ENT por grandes causas y subgrupos de causas, por sexo, grupos de edad y jurisdicciones (anual)

- Cardiovasculares (subgrupos: ACV, IC, IAM);
- diabetes;
- enfermedad renal crónica.

Distribución proporcional anual de la mortalidad por ENT por grandes causas y subgrupos de causas

- Cardiovasculares (subgrupos: ACV, IC, IAM);
- diabetes;
- enfermedad renal crónica.

Factores de riesgo y Prevalencias de ENT

(Fuente de información: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, población adultos 18+, por sexo, grupo de edad, jurisdicción, cobertura de salud, nivel educativo y quintil de ingresos)

- Medición y prevalencias de HTA, colesterol y DM;
- prevalencias de problemas de malnutrición por exceso;
- prevalencia de consumo de cigarrillos;
- prevalencia de actividad física baja;
- consumo de alcohol regular de riesgo y consumo de alcohol episódico excesivo.

Factores de riesgo de ENT

(Fuente de información: EMSE- población estudiantes de 13-17 años del país, por sexo y grupo de edad- y otras encuestas y estudios de OAD -SEDRONAR.)

- Indicadores de prevalencia de malnutrición por exceso;
- sedentarismo;
- indicadores de consumo de alcohol, cigarrillos combustibles y otros productos de tabaco y nicotina.

Línea de cuidado

(Fuente de información: SUMAR – A TRAVÉS DE MECANISMOS Y REDISEÑO DE INDICADORES)

- % de población objetivo con evaluación de riesgo cardiovascular;
- % de personas con HTA diagnosticada, en tratamiento farmacológico y con TA en meta;
- % de personas con DM2 diagnosticadas con HbA1c en meta;
- % de personas con HTA y/o DM con búsqueda de daño de órgano blanco;
- % de personas con HTA y/o DM y/u obesidad con evaluación de FGe y albuminuria [2] cuando corresponda;
- % de personas con alto RCVG bajo tratamiento con estatinas;
- % de personas con ECV que acceden al tratamiento en prevención secundaria (estatinas de alta intensidad, aspirina);
- % de personas con evento cardiovascular que acuden a rehabilitación.

ERC

(Fuente de información: SISA)

- % de personas con ERC según comorbilidades;
- % de personas con ERC según causa, estadio;
- % de personas con ERC según riesgo alto.

ENO - IC/ACV/IAM

(Fuente de información: SNVS/ SISA)

<u>Indicadores sociodemográficos</u>

- Distribución por sexo, por edad, por jurisdicción / departamento;
- principales causas;
- comorbilidades más frecuentes.

<u>Calidad de atención</u>

IC

- Acceso a ecocardiograma durante internación;
- acceso a biomarcadores durante la internación;
- acceso a dispositivos;
- acceso a procedimientos de alta complejidad;

- estadía hospitalaria;
- pacientes con IC con función ventricular reducida bajo tratamiento óptimo al alta.

ACV

- Diagnóstico oportuno;
- tratamiento oportuno (FL o trombectomía mecánica);
- tamizaje disfagia pre alta;
- prevención secundaria: estatinas, ACO, antiagregación.

IAM

- % personas registradas/ personas atendidas;
- % personas con ECG < 10 min/ personas en el registro;
- % personas que reciben tratamiento de reperfusión/ personas en el registro;
- % personas que reciben tratamiento fibrinolítico/ personas reperfundidas;
- % personas que reciben tratamiento fibrinolítico en tiempo/ personas con tratamiento fibrinolítico;
- % personas trasladadas en tiempos recomendados/ personas trasladadas;
- % personas angioplastiadas en tiempos recomendados/ personas angioplastiadas;
- % personas reperfundidas en tiempos recomendados/ personas reperfundidas;
- % personas con valoración de la FEY/ personas en el registro;
- % personas con indicación de estatinas de alta dosis/ personas egresadas vivas.

Morbimortalidad

- Tasa de reingresos hospitalarios (IC como causa principal);
- tasa de mortalidad intrahospitalaria por insuficiencia cardíaca (diagnóstico principal), por ACV, IAM;
- grado de secuelas al alta (ACV).

APP

(Fuente de información: APP prehospitalaria)

IAM

- Tiempo desde activación código IAM a ingreso a institución;
- tiempo desde activación código IAM a FL prehospitalario;
- mortalidad pre hospitalaria;
- tasa de PCR revertido (CVE exitosa / PCR totales).

Gestión

(Fuente de información: SNVS/ SISA/SUMAR)

- Cobertura de prestaciones cardiovasculares incorporadas a SUMAR y de control efectivo (personas con HTA registradas y con PA elevada);

- cobertura de notificación de eventos priorizados al SNVS/SISA;
- calidad y completitud de datos.

El Plan Nacional de Abordaje Integral de Salud Vascular no constituye un programa vertical ni una estructura asistencial paralela. Es una estrategia nacional de rectoría y coordinación, conducida por el Ministerio de Salud de la Nación, que integra promoción, prevención, detección temprana, líneas de cuidado, información, financiamiento de prestaciones, vigilancia, evaluación y mejora continua dentro del abordaje integral de las enfermedades no transmisibles.

6- ANEXOS

Recursos y Presupuesto

La implementación del Plan nacional de abordaje integral de salud vascular no implica la asignación de partidas presupuestarias adicionales, sino la reorganización y el aprovechamiento más eficiente de los recursos ya disponibles en el sistema de salud. Las prestaciones priorizadas se incorporan mediante la reformulación del nomenclador vigente de SUMAR, optimizando el financiamiento existente para alinear la oferta prestacional con la línea de cuidado definida por el Plan. De esta manera, se garantiza su sostenibilidad en el tiempo sin comprometer el equilibrio fiscal del sistema, priorizando la eficiencia y la mejora en la calidad de atención por sobre la expansión del gasto.

Cronograma de implementación y seguimiento

El cronograma organiza la implementación progresiva de las líneas estratégicas y acciones previstas en el Plan nacional de abordaje integral de salud vascular 2026-2030, articulando los objetivos estratégicos con los siete componentes de intervención definidos. Su finalidad es establecer una secuencia de implementación, consolidación y evaluación que permita realizar el seguimiento de los avances, identificar brechas y efectuar los ajustes necesarios durante el período de vigencia del Plan.

La implementación se desarrollará bajo la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, en articulación con las jurisdicciones, utilizando los mecanismos de coordinación federal, los sistemas de información disponibles y las herramientas de financiamiento y registro existentes.

Cronograma general de líneas estratégicas y acciones

Línea estratégica / componente	**2026 – Organización y línea de base**	**2027 – Implementación**	**2028 – Consolidación y evaluación intermedia**	**2029 – Optimización y expansión**	**2030 – Evaluación final**
1. Rectoría, gobernanza y articulación federal	Formalización del Plan. Definición de responsabilidades, indicadores, metas y mecanismos de seguimiento. Articulación con COFESA y	Implementación de acuerdos y mecanismos de coordinación federal. Seguimiento de compromisos	Evaluación intermedia de implementación. Identificación de brechas y redefinición de prioridades.	Consolidación de la gobernanza y fortalecimiento de la articulación federal.	Evaluación del cumplimiento de objetivos y formulación de recomendaciones para el siguiente período.

	áreas nacionales.	jurisdiccionales.			
2. Promoción de la salud vascular y prevención multinivel	Definición de líneas prioritarias y línea de base: actividad física, sedentarismo, tabaco, alcohol, alimentación y ecosistemas adecuados.	Implementación de intervenciones poblacionales, comunitarias y regulatorias priorizadas.	Evaluación de cobertura y alcance. Ajuste y escalamiento de intervenciones según resultados.	Expansión y optimización de estrategias efectivas en los territorios.	Evaluación de resultados y contribución a la reducción de factores de riesgo.
3. Detección temprana y control del riesgo vascular	Definición de estrategias de pesquisa, estratificación y seguimiento. Priorización del abordaje cardiorrenometabólico.	Implementación en el primer nivel de atención y fortalecimiento de la detección y control de HTA, diabetes, dislipidemia y ERC.	Evaluación de la cascada de atención: diagnóstico, tratamiento y control.	Intensificación de acciones sobre brechas identificadas y ampliación de cobertura.	Evaluación de resultados en detección, control y seguimiento del riesgo cardiovascular.
4. Líneas de cuidado vascular y sus complicaciones	Diseño, priorización y estandarización de líneas de cuidado para síndrome cardiorrenometabólico, IAM, ACV, miocardiopatías e insuficiencia cardíaca.	Implementación progresiva de líneas de cuidado y redes asistenciales.	Evaluación de funcionamiento, accesibilidad, continuidad y resultados.	Optimización y expansión de redes y circuitos de atención.	Evaluación integral de las líneas de cuidado y resultados asistenciales.

5. Capacidad resolutiva, calidad y continuidad del cuidado	Diagnóstico de capacidades y brechas. Definición de estándares, herramientas de implementación, referencia y contrarreferencia.	Fortalecimiento del primer nivel y de la articulación entre niveles. Incorporación progresiva de prestaciones priorizadas en SUMAR+.	Evaluación de capacidad resolutiva, calidad y continuidad. Ajuste de herramientas de implementación.	Consolidación y expansión de las mejoras identificadas.	Evaluación de resultados de calidad, continuidad y capacidad resolutiva.
6. Información, vigilancia e inteligencia sanitaria	Definición de indicadores, fuentes, variables y línea de base. Priorización de eventos y fortalecimiento de registros SNVS/SISA.	Implementación del tablero de monitoreo y seguimiento de indicadores.	Evaluación de calidad, cobertura y oportunidad de la información. Integración progresiva de fuentes.	Utilización sistemática de información para gestión y toma de decisiones.	Evaluación final de indicadores, resultados e impacto del Plan.
7. Investigación, innovación y articulación académica	Identificación de prioridades de investigación y actores académicos. Definición de agenda de conocimiento.	Desarrollo de proyectos y articulación con universidades y equipos técnicos.	Transferencia de resultados y evaluación de su incorporación a las políticas y prácticas.	Consolidación de redes de investigación e innovación.	Sistematización de resultados y definición de agenda para el siguiente período.

Mecanismo de seguimiento: el avance de las líneas estratégicas será monitoreado mediante indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto. Se prevé un seguimiento operativo trimestral, un monitoreo semestral, un informe anual de avance y una evaluación intermedia en 2028, además de la evaluación final en 2030.

La programación podrá ajustarse anualmente de acuerdo con los resultados obtenidos, las brechas identificadas y los acuerdos establecidos en el marco de la gobernanza federal del Plan.

Hitos transversales de seguimiento

Hito	Periodicidad / año	Producto esperado
Línea de base	2026	Matriz de indicadores, situación inicial y metas de implementación.
Seguimiento operativo	Trimestral	Revisión del avance de acciones prioritarias y detección de desvíos.

Monitoreo de indicadores	Semestral	Actualización del tablero de seguimiento y análisis de brechas.
Informe anual de implementación	2027, 2028, 2029 y 2030	Informe de avance de objetivos, componentes, acciones e indicadores.
Evaluación intermedia	2028	Evaluación del grado de implementación, resultados preliminares y necesidad de ajustes.
Evaluación final	2030	Evaluación integral del cumplimiento de objetivos, resultados e impacto y recomendaciones para el período siguiente.

Matriz de integración de los programas de la Dirección a lo largo del continuo vascular

PRINCIPIO ORGANIZADOR · Los programas mantienen sus competencias específicas, pero articulan intervenciones comunes y circuitos compartidos según la etapa del continuo vascular.

PROGRAMAS ARTICULADOS	COMPONENTE 2 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	COMPONENTE 3 DETECCIÓN Y CONTROL	COMPONENTE 4 EVENTOS Y COMPLICACIONES	SISTEMAS DE INFORMACIÓN
ALIMENTACIÓN · ACTIVIDAD FÍSICA TABACO · ALCOHOL	• Cumplimiento de normativa vigente • Alimentación adecuada + actividad física • Prevención de malnutrición por exceso • Prevención del inicio de tabaco y consumo de riesgo de alcohol	• Identificación de hábitos y consumos • Consejería e intervención breve • Derivación según riesgo	• Alimentación cardioprotectora + actividad física en rehabilitación • Cesación tabáquica integrada a rehabilitación CV y respiratoria	Campos estandarizados para hábitos, actividad física, tabaco, alcohol y alimentación.
DIABETES MELLITUS · ERC · ECV	• **Sd CKM**: articulación DM + ERC + ECV • Alimentación + actividad física para prevenir malnutrición por exceso • Prevención primaria y secundaria: polipíldora según estrategia definida	• Detección de HTA, DM y ERC • Daño de órgano blanco en HTA y DM • Índice creatinina/albuminuria + FGe automático • Estratificación y control del riesgo CV • Detección retinopatías	• Prevención y manejo de complicaciones CV y renales • Redes de pie diabético • Detección FA	Variables comunes para riesgo, HTA/DM/ERC, laboratorio, tratamientos y resultados; definiciones compartidas.
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS · ECV	• Promoción de actividad física • Prevención del tabaquismo	• Detección y seguimiento de EPOC y otras enfermedades respiratorias • Identificación de candidatos a rehabilitación	• Rehabilitación respiratoria + cesación TBQ • Articulación con rehabilitación CV cuando corresponda	Diagnóstico, intervenciones, seguimiento y resultados con campos interoperables.
IAM · ACV · IC · MUERTE SÚBITA	• Prevención primaria y secundaria según riesgo • Reconocimiento de síntomas y consulta oportuna • Capacitación comunitaria en RCP en cumplimiento de la Ley MS	• Identificación de personas de alto riesgo y derivación • Preparación de circuitos para eventos tiempo-dependientes	• Redes tiempo-dependientes: IAM y ACV • Espacios cardioasistidos para muerte súbita • Continuidad de cuidados y rehabilitación	Registro longitudinal de eventos, tiempos, tratamientos, derivaciones, rehabilitación y resultados.

INTEGRACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

ALIMENTACIÓN + ACTIVIDAD FÍSICA ↓ **Sd CKM / prevención** Prevención de obesidad y control integral del riesgo	**TABACO + RESPIRATORIO** ↓ **CESACIÓN + REHABILITACIÓN** Articulación con nodos vasculares	**ECV + RISS** ↓ **REDES + REHABILITACIÓN** Continuidad de cuidados en todo el continuo

NODOS DE SALUD VASCULAR — TRANSVERSALES A TODO EL CONTINUO



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. República Argentina. Marco normativo nacional vigente en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, incluyendo disposiciones relativas a la reducción del consumo de sodio, control del tabaco, prevención de eventos de muerte súbita, capacitación en RCP y abordaje integral de la diabetes. Textos disponibles en el sitio oficial de normativa nacional.

2. https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/328020/20250708

3. https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/332795/20251014

4. Ndumele CE, Rangaswami J, Chow SL, et al. Cardiovascular-kidney-metabolic health: a presidential advisory from the American Heart Association. Circulation. 2023;148(20):1606-1635. doi:10.1161/CIR.0000000000001184

5. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/11/2026-9-29_boletin_ent_final.pdf

6. 2026 AHA/ACC/ADA/ASN Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

7. Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health. Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke. Atlanta (GA): U.S. Department

of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2003. Disponible en: https://www.cdc.gov/dhdsp/action_plan/index.htm

8. Aggarwal R, Ostrominski JW, Vaduganathan M. Prevalence of cardiovascular-kidney-metabolic syndrome stages in US adults, 2011-2020. JAMA. 2024;331(21):1858-1860. doi:10.1001/jama.2024.6892

9. Huaquía-Díaz AM, Chalán-Dávila TS, Carrillo-Larco RM, Bernabe-Ortiz A. Multimorbidity in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2021;11:e050409. doi:10.1136/bmjopen-2021-050409

10. Ho IS, et al. Variation in the estimated prevalence of multimorbidity: systematic review and meta-analysis of 193 international studies. BMJ Open. 2022 Apr 29;12(4):e057017. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057017. PMID: 35487738; PMCID: PMC9058768.

11. Londoño E, et al. HEARTS quality: a policy framework to strengthen hypertension and cardiovascular risk management in primary healthcare - insights from HEARTS in the Americas. Lancet Reg Health Am. 2025;53:101311. doi:10.1016/j.lana.2025.101311 (versión en español: Rev Panam Salud Publica. 2026;50:e24. doi:10.26633/RPSP.2026.24)

12. Ordunez P, et al. HEARTS en las Américas: impulsar cambios en el sistema de salud para mejorar el control de la hipertensión en la población. Rev Panam Salud Publica. 2024;48:e17. doi:10.26633/RPSP.2024.17

13. Ordunez P, et al. Scaling integrated cardiovascular-kidney-metabolic care through primary health care in the Americas: a health policy analysis of HEARTS 2.0 implementation. Lancet Reg Health Am. 2026;62:101589. doi:10.1016/j.lana.2026.101589

14. Michea L, Kim TT, Hutchinson B, et al. Economic evaluation of the HEARTS standardized hypertension treatment program with fixed-dose combination pills in Chile primary care clinics. Value Health. 2025;28(10):1497-1505. doi:10.1016/j.jval.2025.06.012

15. Jaffe MG, Lee GA, Young JD, Sidney S, Go AS. Improved blood pressure control associated with a large-scale hypertension program. JAMA. 2013;310(7):699-705. doi:10.1001/jama.2013.108769

16. He J, Irazola V, Mills KT, et al. Effect of a community health worker-led multicomponent intervention on blood pressure control in low-income patients in Argentina: a randomized clinical trial. JAMA. 2017;318(11):1016-1025. doi:10.1001/jama.2017.11358

17. https://world-heart-federation.org/resources/whf-hypertension-roadmap-summary/

18. https://world-heart-federation.org/our-impact/science-public-health/cvd-roadmaps/whf-global-roadmaps/cholesterol/

19. https://world-heart-federation.org/our-impact/science-public-health/cvd-roadmaps/whf-global-roadmaps/cvd-diabetes/

20. Laranjo L, et al. World Heart Federation Roadmap for Secondary Prevention of Cardiovascular Disease: 2023 Update. Global Heart. 2024;19(1):8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38273995/

21.https://www.england.nhs.uk/long-read/commissioning-standards-for-cardiovascular-rehabilitation

22. Grace SL, Russell KL, Reid RD, et al. Effect of Cardiac Rehabilitation Referral Strategies on Utilization Rates: A Prospective, Controlled Study. Arch Intern Med. 2011;171(3):235–241. doi:10.1001/archinternmed.2010.501

23. 2026 ESC Guidelines on cardiac rehabilitation. European Heart Journal (2026) 00, 1–99 https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehag099

24. Singh B, et al. Exercise-based interventions for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. J Sport Health Sci. 2026 Apr 7;15:101138. doi: 10.1016/j.jshs.2026.101138. Epub ahead of print. PMID: 41956204; PMCID: PMC13475642.

25. Ussher MH, et al. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Aug 29;(8):CD002295. doi: 10.1002/14651858.CD002295.pub5. Update

in: Cochrane Database Syst Rev. 2019 Oct 30;2019(10). doi: 10.1002/14651858.CD002295.pub6. PMID: 25170798.

26. https://reachhf.co.uk/logged-out-pages/about/

27. https://www.ahrq.gov/takeheart/about/index.html

28. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. Lancet. 2021;397(10292):2385-2438. doi:10.1016/S0140-6736(21)00684-X

29. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. BMJ. 2003 Jun 28;326(7404):1419. doi: 10.1136/bmj.326.7404.1419. Erratum in: BMJ. 2003 Sep 13;327(7415):586. Erratum in: BMJ. 2006 Sep;60(9):823. PMID: 12829553; PMCID: PMC162259.

30. Kandil OA et al. Polypills for Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Cardiovasc Med. 2022 Apr 14;9:880054. doi: 10.3389/fcvm.2022.880054. PMID: 35498049; PMCID: PMC9046936.

31. Sedhom R, et al. Meta-Analysis on the Clinical Outcomes With Polypills for Cardiovascular Disease Prevention. Am J Cardiol. 2023 Aug 15;201:211-218. doi: 10.1016/j.amjcard.2023.06.001. Epub 2023 Jun 27. PMID: 37385176.

32. J.M. Castellano et al. for the SECURE Investigators. N Engl J Med 2022;387:967-77. DOI: 10.1056/NEJMoa2208275

33. Virk GS, et al. The Effectiveness of Polypill for the Prevention of Cardiovascular Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Cureus. 2023 Oct 14;15(10):e47032. doi: 10.7759/cureus.47032. PMID: 38022292; PMCID: PMC10645397.

34. Executive Summary: 2025 International Liaison Committee on Resuscitation Consensus on Science With Treatment Recommendations. https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0000000000001361

35. Fernández A, Thierer J, Fairman E, Giordanino E, Soricetti J, Belziti C, et al. Consenso de Insuficiencia Cardíaca 2022. Rev Argent Cardiol 2023;91 (Suplemento 2):1-80. http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.s2

36. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. Cardiovascular Research (2022) 118, 3272–3287

37. Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. New England Journal of Medicine. 2017;376(24):2367-2375. doi:10.1056/NEJMra1615439.

38. Gallagher KA, Mills JL, Armstrong DG, et al. Current Status and Principles for the Treatment and Prevention of Diabetic Foot Ulcers in the Cardiovascular Patient Population: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2024;149(4):e232-e253. doi:10.1161/CIR.0000000000001192.

39. Armstrong DG, Tan TW, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers: A Review. JAMA. 2023;330(1):62-75. doi:10.1001/jama.2023.10578.

40. McDermott K, Fang M, Boulton AJM, Selvin E, Hicks CW. Etiology, Epidemiology, and Disparities in the Burden of Diabetic Foot Ulcers. Diabetes Care. 2023;46(1):209-221. doi:10.2337/dci22-0043.

41. Brownrigg JR, Davey J, Holt PJ, et al. The Association of Ulceration of the Foot With Cardiovascular and All-Cause Mortality in Patients With Diabetes: A Meta-Analysis. Diabetologia. 2012;55(11):2906-2912.doi:10.1007/s00125-012-2673-3.

42. Chin BZ, Lee P, Sia CH, Hong CC. Diabetic Foot Ulcer Is Associated With Cardiovascular-Related Mortality and Morbidity: A Systematic Review and Meta-Analysis of 8062 Patients. Endocrine. 2024;84(3):852-863. doi:10.1007/s12020-024-03696-5.

43. Holman N, Yelland AC, Young B, et al. Mortality Rates in People Presenting With a New Diabetes-Related Foot Ulcer: A Cohort Study With Implications for Management. Diabetologia. 2024;67(12):2691-2701.doi:10.1007/s00125-024-06262-w.

44. Armstrong DG, Swerdlow MA, Armstrong AA, Conte MS, Padula WV, Bus SA. Five Year Mortality and Direct Costs of Care for People With Diabetic Foot Complications Are

Comparable to Cancer. Journal of Foot and Ankle Research. 2020;13(1):16. doi:10.1186/s13047-020-00383-2.

45. Gæde P, Vedel P, Larsen N, et al. Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2003;348:383-393. DOI: 10.1056/NEJMoa021778

46.https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-Guidelines-2023.pdf?utm

47. Musuuza J, el al. A systematic review of multidisciplinary teams to reduce major amputations for patients with diabetic foot ulcers. J Vasc Surg. 2020 Apr;71(4):1433-1446.e3. doi: 10.1016/j.jvs.2019.08.244. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31676181; PMCID: PMC7096268.

48. Albright RH, et al. Effectiveness of multidisciplinary care teams in reducing major amputation rate in adults with diabetes: A systematic review & meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract. 2020 Mar;161:107996. doi: 10.1016/j.diabres.2019.107996. Epub 2020 Jan 11. PMID: 31935416.

49. Chiu CW, et al. Multidisciplinary Management Improves Re-Admission, Major Amputation, and Mortality Rates in Patients with Diabetic Foot Ulcers. Adv Wound Care (New Rochelle). 2026 Oct;15(10):711-721. doi: 10.1089/wound.2024.0182. Epub 2025 Jun 16. PMID: 40538344.

50. Meloni M, et al Effect of a multidisciplinary team approach in patients with diabetic foot ulcers on major adverse limb events (MALEs): systematic review and meta-analysis for the development of the Italian guidelines for the treatment of diabetic foot syndrome. Acta Diabetol. 2024 May;61(5):543-553. doi: 10.1007/s00592-024-02246-9. Epub 2024 Mar 10. PMID: 38461443.

51. Lloyd-Jones DM, et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. Circulation. 2004 Aug 31;110(9):1042-6. doi: 10.1161/01.CIR.0000140263.20897.42. Epub 2004 Aug 16. PMID: 15313941.

52. Staerk L, et al. Lifetime risk of atrial fibrillation according to optimal, borderline, or elevated levels of risk factors: cohort study based on longitudinal data from the

Framingham Heart Study. BMJ. 2018 Apr 26;361:k1453. doi: 10.1136/bmj.k1453. PMID: 29699974; PMCID: PMC5917175.

53. Tajer C, et al. TERRA Trial investigators. Assessment of the Quality of Chronic Anticoagulation Control with Time in Therapeutic Range in Atrial Fibrillation Patients Treated with Vitamin K Antagonists by Hemostasis Specialists: The TERRA Registry: Tiempo en rango en la República Argentina. Clin Appl Thromb Hemost 2017; 23: 445-53

54. Joglar JA, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation. Circulation. 2024;149:e1-e156. doi:10.1161/CIR.0000000000001193.

55. Bassand JP, Accetta G, Camm AJ, et al. Two-year outcomes of patients with newly diagnosed atrial fibrillation in the GARFIELD-AF registry. Heart. 2016;102:150-157. doi:10.1136/heartjnl-2015-308976

56. Boriani G, et al. Stroke prevention in patients from Latin American countries with non-valvular atrial fibrillation: Insights from the GARFIELD-AF registry. Int J Cardiol. 2019;278:130-136. doi:10.1016/j.ijcard.2018.12.020.


MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Año de la Grandeza Argentina

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: IF-2026-100002993-APN-SSPYPS#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Miércoles 14 de Octubre de 2026

Referencia: ANEXO Plan Salud Vascular

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 52 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2026.10.14 12:42:10 -03:00

Maria de las Mercedes Ibero
Subsecretaria
Subsecretaría de Planificación y Programación Sanitaria
Ministerio de Salud

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2026.10.14 12:42:12 -03:00