



## REVISIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN CHILE PARA LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

### REVIEW OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION STRATEGIES IN CHILE: ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND STROKE

Catalina Belén Moncada León<sup>a\*</sup>  
 Macarena Alejandra Morales Mena<sup>a</sup>  
 Claudio Andrés González Fuenzalida<sup>a</sup>  
 Sofía Antonia Venegas Vilches<sup>a</sup>  
 Isabel Margarita Godoy Devilat<sup>a</sup>  
 María Jesús Toro Inzulza<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Estudiante de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Bernardo O'Higgins.  
 Artículo recibido el 25 de marzo, 2026. Aceptado en versión corregida el 21 de junio, 2026.

DOI: 10.52611/confluencia.2026.1739

#### RESUMEN

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares, principalmente el infarto agudo al miocardio y el accidente cerebrovascular, constituyen la principal causa de mortalidad a nivel mundial, generando una elevada carga sanitaria, social y económica. **Objetivo:** Revisar las estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria de infarto agudo al miocardio y accidente cerebrovascular implementadas en Chile y analizar su concordancia con los principales lineamientos internacionales de prevención cardiovascular. **Metodología:** Se realizó una revisión narrativa, que incluyó literatura gris, estudios primarios, revisiones, guías clínicas y documentos normativos tanto nacionales como internacionales, además de literatura científica indexada. **Resultado:** Chile ha implementado estrategias integradas de prevención primaria, secundaria y terciaria para infarto agudo al miocardio y accidente cerebrovascular, principalmente en el marco del sistema de Garantías Explícitas en Salud, observándose una concordancia general con los principales lineamientos internacionales de prevención cardiovascular. **Discusión:** Si bien las estrategias nacionales muestran concordancia con las recomendaciones internacionales, persisten brechas entre las recomendaciones clínicas y su implementación. Estas afectan el control de factores de riesgo en la prevención primaria, el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento en la secundaria, y el seguimiento, rehabilitación y manejo de secuelas en la terciaria, impactando los desenlaces a largo plazo en infarto agudo al miocardio y accidente cerebrovascular. **Conclusión:** Chile cuenta con un marco normativo sólido y concordante con los principales lineamientos internacionales; sin embargo, persisten brechas en su implementación. Se requiere fortalecer la equidad, la continuidad del cuidado y la actualización de guías clínicas.

**Palabras clave:** Prevención de enfermedades; Accidente cerebrovascular; Infarto del miocardio; Estrategias de salud nacionales.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Cardiovascular diseases, primarily acute myocardial infarction and stroke, are the leading cause of death worldwide, generating a significant health, social, and economic burden. **Objective:** To review the primary, secondary, and tertiary prevention strategies for acute myocardial infarction and stroke implemented in Chile and to analyze their concordance with the main international cardiovascular prevention guidelines. **Methods:** A narrative review was conducted, which included grey literature, primary studies, reviews, clinical guidelines and regulatory documents—both national and international—as well as indexed scientific literature. **Results:** Chile has implemented integrated primary, secondary, and tertiary prevention strategies for acute myocardial infarction and stroke, mainly within the framework of the Explicit Health Guarantees system, showing overall concordance with the main international cardiovascular prevention guidelines. **Discussion:** Although national strategies are generally consistent with international recommendations, gaps persist between clinical recommendations and their implementation. These gaps affect risk factor control in primary prevention, timely access to diagnosis and treatment in secondary prevention, and follow-up, rehabilitation, and management of sequelae in tertiary prevention, ultimately impacting long-term outcomes in acute myocardial infarction and stroke. **Conclusions:** Chile has a solid regulatory framework for cardiovascular prevention that is consistent with the main international guidelines; however, implementation gaps remain. Strengthening equity, continuity of care, and the updating of clinical guidelines is necessary.

**Key words:** Disease prevention; Stroke; Myocardial infarction; National health strategies.

#### Cómo citar:

Moncada-León CB, Morales-Mena MA, González-Fuenzalida CA, Venegas-Vilches SA, Godoy-Devilat IM, Toro-Inzulza MJ. Revisión de las estrategias de prevención en Chile para las enfermedades cardiovasculares: infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular. Rev Conflu [Internet]. 2026 [citado el 1 de julio 2026];9. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2026.1739>

**INTRODUCCIÓN**

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) abarcan diversos trastornos del corazón y del sistema circulatorio. Su aparición está vinculada a factores de riesgo modificables como el tabaquismo, la hipertensión, el consumo excesivo de alcohol, la diabetes, sedentarismo, además de la dislipidemia y la enfermedad renal crónica. Por otro lado, influyen elementos no modificables, entre los que destacan la predisposición genética, el sexo y la edad<sup>1</sup>. Dentro de las ECV se incluyen el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y el Accidente Cerebrovascular (ACV). En el caso del IAM, la patogenia subyacente implica la obstrucción aguda de la vasculatura coronaria, lo que compromete la viabilidad del miocardio<sup>2</sup>. Por otro lado, el ACV se describe como una disrupción abrupta de la perfusión sanguínea cerebral, pudiendo ser de origen isquémico o hemorrágico<sup>3</sup>.

A nivel global, el 32% de la mortalidad total registrada en 2022 se atribuyó a las ECV, con un 85% de estas defunciones asociadas específicamente al IAM y al ACV. En el contexto chileno, las estadísticas de 2024 reportan tasas de mortalidad para las patologías isquémicas y cerebrovasculares de 46,4 y 41,4 por 100.000 habitantes respectivamente<sup>4,5</sup>. En cuanto a la carga de enfermedad, estas patologías representaron el 12,97% de los años de vida ajustados por discapacidad nacional en 2015<sup>6</sup>. El Plan Global de las OMS 2013-2020 y la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 incluye el IAM y al ACV como ejes centrales de intervención<sup>7,8</sup>. Las ECV determinan una carga económica y social significativa para la red de salud<sup>9</sup>.

En este contexto, y considerando la mortalidad potencialmente evitable mediante un control adecuado de estos factores<sup>8,10</sup>, cobra relevancia revisar las estrategias de prevención del IAM y del

ACV implementadas en Chile en los distintos niveles de atención, así como analizar su concordancia con los principales lineamientos internacionales de prevención cardiovascular, con el fin de identificar fortalezas, brechas y oportunidades de mejora para la respuesta del sistema de salud.

**METODOLOGÍA**

Este estudio consistió en una revisión narrativa en la que se revisaron las estrategias de prevención de las ECV, abarcando la prevención primaria, secundaria y terciaria. La revisión integró 32 documentos, de los cuales 22 corresponden a literatura gris y 10 a literatura indexada (Tabla 1).

Las fuentes nacionales consideradas fueron Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), específicamente las Guías Clínicas para IAM y ACV, así como antecedentes de la Superintendencia de Salud, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y el Programa de Salud Cardiovascular (PSC). A nivel internacional se revisaron lineamientos y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), American Heart Association (AHA) y European Society of Cardiology (ESC).

La estrategia de búsqueda se realizó en PubMed, Scielo, Elsevier y BMC Health Services Research, utilizando palabras claves relacionadas. El criterio de selección temporal abarcó los últimos diez años, priorizando aquellas enfocadas en prevención primaria, orientada a factores de riesgo, prevención secundaria centrada en diagnóstico precoz y estrategias de tamizaje, y prevención terciaria enfocada en manejo clínico, tratamiento y rehabilitación. Adicionalmente, se incorporaron referencias consideradas relevantes seleccionadas.

**Tabla 1.** Estrategias y herramientas de prevención para el ACV e IAM según nivel de prevención en Chile.

Nivel de Prevención	Enfoque Principal	Estrategias e instrumentos implementados en Chile	Herramientas
Prevención Primaria	Intervenciones sobre factores de riesgo modificables antes de la aparición del evento clínico <sup>4</sup> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)<sup>12</sup>.</li> <li>- Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA)<sup>13</sup>.</li> <li>- Iniciativa HEARTS (OMS-OPS)<sup>15,16</sup>.</li> <li>- Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)<sup>11,17</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tamizaje sistemático (Test de Fagerström, cálculo de IMC, perfil lipídico)<sup>14</sup>.</li> <li>- Fondo de Farmacia (FOFAR) para asegurar fármacos.</li> <li>- Regulación conductual: Ley de Tabaco<sup>18</sup>, Ley de Etiquetados<sup>19</sup>, Políticas de Alimentación<sup>20</sup>, el sistema "Elige vivir sano" y el programa Vida Sana<sup>21</sup>.</li> </ul>
Prevención Secundaria	Detección precoz de eventos agudos y manejo terapéutico temprano para disminuir secuelas <sup>24</sup> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guías clínicas AUGE/GES (MINSAL) para ACV isquémico e IAM<sup>25,26</sup>.</li> <li>- Estrategia de Telemedicina y tele-electrocardiografía<sup>17</sup>.</li> </ul>	<p>ACV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ventana de 4,5 horas para trombolisis<sup>25</sup>.</li> <li>- Escala de Cincinnati, NIHSS y ASPECTS<sup>25</sup>.</li> <li>- Confirmación por Tomografía Computarizada (TC) cerebral sin contraste<sup>25</sup>.</li> </ul> <p>IAM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ECG 12 derivaciones en &lt;10 min minutos iniciales desde su llegada al servicio de urgencias<sup>26</sup>.</li> <li>- Trombolisis en &lt;30 min ante supradesnivel del segmento ST<sup>26</sup>.</li> </ul> <p>Fármacos post evento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antiagregación, estatinas, IECA, betabloqueadores<sup>25</sup>.</li> </ul>
Prevención Terciaria	Disminución de secuelas, prevención de recurrencias y rehabilitación integral <sup>28</sup> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GES de rehabilitación. Busca reducir alteraciones motoras, cognitivas y del lenguaje, favoreciendo la recuperación funcional, autonomía del paciente y su reintegración a la vida social<sup>30</sup>.</li> <li>- Programas estandarizados GEMI (Grupo de Estudios Multicéntrico del Infarto)<sup>33</sup>.</li> </ul>	<p>ACV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitación motora temprana (&lt;24-48 horas)<sup>29</sup>.</li> <li>- Entrega de ayudas técnicas<sup>29</sup>.</li> </ul> <p>IAM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primer control post alta a &lt; 30 días<sup>32</sup>.</li> <li>- Rehabilitación cardíaca ambulatoria (Fase II: mínimo 15 sesiones en 2 meses)<sup>26</sup>.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia basada en la revisión de guías clínicas y normativas técnicas del MINSAL (2014-2024).

## DESARROLLO

La prevención primaria busca reducir la incidencia de IAM y ACV mediante la intervención sobre factores de riesgo modificables, tales como la alimentación no saludable, tabaquismo, hiperlipidemia, hipertensión arterial, obesidad y el consumo de alcohol<sup>4</sup>. En Chile, durante las últimas décadas, la Estrategia Nacional de Salud ha buscado disminuir el impacto de las enfermedades cardiovasculares. Actualmente, uno de sus objetivos prioritarios es lograr que el alcance terapéutico real para pacientes hipertensos supere el 33,2 %<sup>11</sup>.

El PSCV evalúa la probabilidad de sufrir eventos cardiovasculares, lo cual es abordado promoviendo hábitos beneficiosos para la salud, control de la presión arterial, manejo metabólico y reducción del colesterol<sup>12</sup>. El EMPA, constituye la principal vía de entrada al PSCV. Este examen se encuentra incluido en el GES y garantizado por ley para personas entre 15 y 65 años, el cual permite el tamizaje sistemático de factores de riesgo metabólicos y conductuales<sup>13</sup>. Asimismo, en la Atención Primaria de Salud (APS) Chile ha incorporado la iniciativa HEARTS de OMS-OPS, la cual corresponde a un modelo de implementación que se integra a los sistemas de APS existentes<sup>15</sup>. Como cierre del marco preventivo, se implementa la ECICEP<sup>17</sup>, articulada con instrumentos regulatorios como la Ley N°19.419 para la prevención del tabaquismo<sup>18</sup>, la Ley de Etiquetados de Alimentos<sup>19</sup>, Políticas de Alimentación<sup>20</sup>, el sistema "Elige vivir sano" y el programa Vida Sana<sup>21</sup>. Estas medidas han contribuido a mayor conciencia y presentan concordancia con las recomendaciones internacionales de la OMS, la OPS y las principales sociedades científicas, que enfatizan la promoción de estilos de vida saludables, el control de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias y tabaquismo como pilares fundamentales para reducir el riesgo cardiovascular. Sin embargo, persisten brechas en adherencia y cambios conductuales<sup>23</sup>.

El enfoque secundario frente a las ECV en el país se fundamenta en la identificación precoz de eventos agudos y la implementación temprana de tratamientos. Estas acciones se encuentran normadas a través de las guías AUGE/GES del MINSAL, las cuales establecen estrategias clínicas y plazos garantizados de atención<sup>24</sup>.

En relación a ACV isquémico en personas de 15 años y más, se garantiza el diagnóstico dentro de las primeras 24 horas desde la sospecha, el inicio del tratamiento dentro de mismo plazo tras la confirmación diagnóstica, la hospitalización cuando esté indicada, y un control con especialista dentro de 10 días desde el alta<sup>25</sup>. De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de Ataque Cerebrovascular Isquémico, el diagnóstico se basa en la integración de la evaluación clínica con herramientas de valoración neurológica, como Cincinnati, NIHSS y ASPECTS, y

se confirma mediante Tomografía Computarizada (TC) cerebral sin contraste<sup>25</sup>. En el tratamiento agudo incluye trombolisis intravenosa en pacientes elegibles dentro de la ventana terapéutica de 4,5 horas. Además, se ha incorporado la trombolisis asistida por telemedicina en centros sin neurólogo presencial. También se establece que la atención debe realizarse en Unidades de Tratamiento del Ataque Cerebrovascular, las cuales cuentan con equipos interdisciplinarios especializados y protocolos estandarizados<sup>25</sup>.

La prevención secundaria del accidente cerebrovascular se fundamenta en varias estrategias terapéuticas. Entre ellas se incluye la antiagregación plaquetaria con ácido acetilsalicílico, el control riguroso de la presión arterial mediante la combinación de diuréticos e Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA), el tratamiento con estatinas y la anticoagulación oral en aquellos pacientes con fibrilación auricular u otra fuente cardioembólica<sup>25</sup>. En relación al IAM, según la Guía de práctica clínica GES, se debe sospechar en todo paciente con dolor torácico no traumático, y es mandatario realizar un ECG de 12 derivaciones en los 10 minutos iniciales desde su llegada al servicio de urgencias<sup>26</sup>.

La prevención secundaria del infarto agudo de miocardio se orienta a la estratificación del riesgo posterior al evento, la modificación de los hábitos de vida, el uso sostenido de tratamiento farmacológico y el control médico especializado. Dentro del manejo farmacológico se consideran la doble antiagregación plaquetaria, betabloqueadores, estatinas, IECA y antagonistas de aldosterona cuando están indicados. Estas medidas se complementan con estrategias de atención como la ECICEP, que favorece la identificación temprana y el manejo de multimorbilidades, además del uso de tele-electrocardiografía, herramienta que permite monitorización domiciliaria, teleconsulta, detección precoz de arritmias e intervención oportuna, contribuyendo a disminuir el riesgo residual<sup>17</sup>. Asimismo, la incorporación de esta herramienta refleja una orientación concordante con las tendencias internacionales actuales. Por último, la puesta en marcha de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 ha mostrado efectos favorables en la supervivencia de los pacientes, evidenciándose un aumento cercano al 10% en la supervivencia durante el primer año en personas que han presentado infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular<sup>27</sup>.

La prevención terciaria tiene como objetivo disminuir las secuelas del evento, reducir el grado de discapacidad, prevenir complicaciones y nuevas recurrencias, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes<sup>28</sup>. En Chile, estas intervenciones se encuentran protocolizadas y garantizadas a través del sistema GES<sup>26</sup>.

En el caso del ACV, el GES incluye rehabilitación temprana durante las primeras 48 horas de hospitalización, así como rehabilitación ambulatoria que debe iniciarse dentro de los 15 días posteriores a su indicación. Además, considera la entrega de ayudas técnicas como bastón, cojín o colchón antiescaras y silla de ruedas, dentro de plazos previamente establecidos<sup>29</sup>. Este abordaje busca reducir las alteraciones motoras, cognitivas y del lenguaje, favoreciendo la recuperación funcional, autonomía del paciente y su reintegración a la vida social<sup>30</sup>.

La Guía de Práctica Clínica del MINSAL para el manejo del ACV isquémico aconseja comenzar la rehabilitación motora dentro de las primeras 24 horas, con una frecuencia mínima de una sesión diaria por cada profesional involucrado. Asimismo, enfatiza la importancia de educar al paciente y a su cuidador antes del alta<sup>25</sup>. De manera concordante, la Orientación técnica para la atención integral del ACV hemorrágico establece un acceso temprano a rehabilitación multidisciplinaria, con continuidad en el ámbito comunitario o domiciliario según su condición clínica<sup>31</sup>.

En relación con el IAM, dentro de la prevención terciaria, el GES contempla un seguimiento estructurado, con el primer control garantizado dentro de los 30 días posteriores al alta<sup>32</sup>. Asimismo, el Grupo de Estudios Multicéntricos del Infarto (GEMI), ha estandarizado programas de rehabilitación, mediante fases intrahospitalarias y extrahospitalarias<sup>33</sup>. Por último, la Guía de Práctica Clínica para el infarto agudo de miocardio con supradesnivel del segmento ST recomienda mantener doble terapia antiagregante durante tres meses (ácido acetilsalicílico y clopidogrel), para luego continuar con monoterapia con aspirina hasta completar un año. Asimismo, plantea iniciar rehabilitación cardíaca tras una evaluación inicial que permita definir el tipo de programa, la intensidad y la progresión del ejercicio. En pacientes que se encuentran en fase II posterior al IAM, se sugiere realizar rehabilitación cardíaca ambulatoria con al menos 15 sesiones distribuidas en un periodo mínimo de dos meses<sup>26</sup>.

Esta revisión evidenció una alta concordancia entre las estrategias implementadas en el país y los principales lineamientos internacionales de prevención cardiovascular. Tanto las acciones orientadas al control de factores de riesgo cardiovascular como aquellas destinadas al diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y seguimiento posterior a los eventos cardiovasculares comparten los principios fundamentales promovidos por organismos internacionales y sociedades científicas.

Los datos comparativos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), indican que en Chile la mortalidad hospitalaria a 30 días después de un accidente cerebrovascular se

encuentra sobre el promedio de los países de la OCDE, con un 8,7% (promedio OCDE 7,7%), mientras que la mortalidad a 30 días por IAM igualmente supera la media (8,3% vs. 6,5%)<sup>34</sup>.

En Chile, pese al fortalecimiento progresivo de las estrategias de prevención del IAM y ACV, aún persisten brechas relevantes en la implementación efectiva de las intervenciones preventivas<sup>16</sup>. En este escenario, se han implementado distintas estrategias, como el cribado de los principales factores de riesgo cardiovascular mediante el EMPA, la inclusión en el GES del manejo del ACV e IAM, Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM); la creación del Programa de Salud Cardiovascular, que ha evidenciado avances en el control de los principales factores de riesgo metabólicos; y la ECICEP, dirigida a una atención integral, continua y centrada en las personas<sup>11</sup>. En este contexto, la iniciativa HEARTS, promovida por la OMS y OPS, proporciona un marco conceptual y operativo para mejorar el manejo del riesgo cardiovascular en APS, especialmente a través del control estandarizado de la HTA, cuyo tratamiento adecuado se relaciona con una disminución significativa de eventos cardiovasculares mayores, incluyendo IAM y ACV<sup>15</sup>. Sin embargo, la población en riesgo ha aumentado debido al incremento sostenido de factores de riesgo cardiovascular<sup>11</sup>, a lo que se suma una prevalencia de obesidad superior al promedio de la OCDE y una alta exposición a factores ambientales perjudiciales, como contaminantes y otros tóxicos, que afectan negativamente en la salud cardiovascular<sup>34</sup>.

En concordancia con lo anterior, la mortalidad ajustada por edad por enfermedades cardiovasculares en Chile descendió de manera sostenida entre 2000 y 2020, desde aproximadamente de 159,5 a 94,6 por 100.000 habitantes, reflejando el impacto positivo de la prevención primaria, los avances terapéuticos y la mejora en el acceso a la atención de salud<sup>27</sup>. Sin embargo, desde 2020-2021 esta tendencia se ha estancado, con tasas cercanas a 90 por 100.000 habitantes, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias preventivas frente a la persistencia de factores de riesgo<sup>27</sup>. En consecuencia, resulta esencial fortalecer los sistemas de tamizaje precoz, el seguimiento clínico y la continuidad del cuidado mediante enfoques individualizados y centrados en las personas.

Los resultados indican que Chile dispone de un marco normativo riguroso para la prevención secundaria del ACV y del IAM, basado principalmente en las guías GES actualizadas, las cuales garantizan acceso oportuno al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estas patologías. Además, establecen plazos definidos orientados a disminuir la morbimortalidad y la recurrencia de eventos cardiovasculares. La estandarización de la atención mediante protocolos clínicos ha favorecido la implementación de intervenciones basadas en

evidencia, tanto durante la fase aguda como en el manejo crónico posterior<sup>25,26</sup>. No obstante, la eficacia de estas estrategias depende en gran parte de la distribución y disponibilidad de centros especializados, junto con el acceso a equipos multidisciplinarios y recursos tecnológicos, entre ellos hemodinamistas, neurólogos y unidades de atención especializadas. Esta situación genera brechas en el acceso, especialmente en zonas geográficamente alejadas, lo que puede retrasar intervenciones críticas y repercutir negativamente en los resultados clínicos<sup>27</sup>.

En comparación con los países de la OCDE, Chile presenta una tasa de mortalidad prevenible por ACV e IAM superior al promedio, lo que sugiere debilidades en el abordaje integral de las enfermedades crónicas<sup>34</sup>. Asimismo, la principal causa de muerte en el país continúa siendo las enfermedades cardiovasculares, constituyendo un problema relevante de salud pública<sup>35</sup>. En este contexto, es prioritario fortalecer las redes asistenciales, incrementar la capacidad resolutive de los centros periféricos y consolidar estrategias como la telemedicina y el tele-electrocardiograma. Estas herramientas facilitan el acceso equitativo a la atención, perfeccionan el criterio clínico y potencian las medidas de prevención secundaria, complementándose con modelos de atención integral centrados en el paciente y en el manejo de multi morbilidades.

En Chile, la prevención terciaria del ACV e IAM se encuentra garantizada por el GES, lo que favorece la atención médica oportuna y calidad de vida de los pacientes<sup>8,24</sup>. Sin embargo, su aplicación presenta dificultades, ya que, pese a los plazos establecidos, existen retrasos. En el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, únicamente el 20,75% de los pacientes con ACV isquémico fue controlado en los 10 días posteriores al alta, período definido por la normativa GES<sup>36</sup>. En la rehabilitación post ACV, las barreras incluyen limitaciones de infraestructura, distancia al centro de rehabilitación en el sistema público y cobertura insuficiente en el privado<sup>37</sup>. Otro punto a considerar es que mientras que las guías chilenas establecen principios prácticos dentro del sistema GES<sup>25</sup>, las internacionales brindan protocolos más estructurados y específicos para optimizar resultados funcionales<sup>38</sup>.

La rehabilitación cardíaca también evidencia fortalezas, aunque mantiene importantes oportunidades de mejora. Persisten barreras de acceso y una marcada centralización geográfica, ya que gran parte de los programas (51,4%) se concentran en la Región Metropolitana, en tanto que seis regiones no cuentan con ninguno de estos programas<sup>39</sup>. Las guías ACC/AHA 2025, y ESC 2023 reconocen la rehabilitación cardíaca como clave postinfarto, destacando su rol en disminuir la mortalidad y recurrencias, así como la mejora de la

capacidad funcional y de la calidad de vida, enfatizando un inicio precoz<sup>38,40</sup>. La Guía MINSAL 2018 comparte estos objetivos, pero la recomiendan de forma condicional y con baja evidencia<sup>8</sup>. En cuanto a la farmacoterapia, la ESC 2023 Y ACC/AHA 2025 recomiendan Doble Terapia Antiplaquetaria (DAPT) con aspirina y un inhibidor de P2Y12 por lo menos 12 meses tras un IAM, mientras que la guía chilena del MINSAL propone DAPT por 3 meses seguido de aspirina hasta completar un año<sup>8,38,40</sup>.

La mayor letalidad hospitalaria a 30 días por IAM en Chile, en contraste con el promedio OCDE, sugiere posibles brechas en el acceso, la calidad del manejo intrahospitalario o la continuidad del cuidado post evento, a pesar de la existencia de garantías explícitas en salud<sup>34</sup>.

Pese a su base sólida, la prevención terciaria en Chile requiere optimizar derivaciones, cobertura y seguimiento. Asimismo, resulta necesaria la actualización de las guías del MINSAL bajo estándares internacionales (ACC/AHA) para maximizar su impacto clínico.

Chile dispone de un conjunto amplio de estrategias destinadas a la prevención primaria, secundaria y terciaria del infarto agudo de miocardio y del accidente cerebrovascular, sustentadas en programas de salud pública, garantías explícitas en salud, guías clínicas y modelos de atención integral.

## CONCLUSIÓN

En Chile se dispone de un marco normativo sólido para la prevención del IAM y del ACV, alineado con recomendaciones internacionales e implementado mediante el sistema de GES. No obstante, la persistencia de factores de riesgo y resultados clínicos desfavorables en comparación con la OCDE, evidencian brechas entre la normativa y su implementación efectiva. Estas se manifiestan en desigualdades territoriales, limitaciones en la continuidad del cuidado y variabilidad en el acceso oportuno del cuidado y variabilidad en el acceso oportuno a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La importancia de esta revisión radica en que permite analizar críticamente las estrategias nacionales de prevención cardiovascular vigentes, identificando fortalezas y aspectos susceptibles de mejora para contribuir al diseño de intervenciones más efectivas y equitativas. Asimismo, la evidencia recopilada refuerza la relevancia del enfoque preventivo y multidisciplinario en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares, principales causas de morbimortalidad en el país.

Desde la formación de pregrado, este trabajo permitió desarrollar competencias relacionadas con la búsqueda, análisis e interpretación crítica de literatura científica y documentos normativos, fortaleciendo la capacidad de comprender el funcionamiento de las políticas públicas de salud y su impacto en la prevención cardiovascular de la población.

Entre los tópicos susceptibles de futuras revisiones destacan la efectividad de la telemedicina en la prevención cardiovascular, el impacto de los modelos de atención integral en personas con multimorbilidad, la influencia de los Determinantes Sociales de la Salud en el riesgo cardiovascular y la actualización de las guías clínicas nacionales para responder a los desafíos epidemiológicos actuales.

Como limitación de esta revisión, se identificó la disponibilidad limitada de documentos normativos y guías clínicas nacionales actualizadas, lo que puede restringir la evidencia de algunas recomendaciones analizadas. Asimismo, la revisión se centró en documentos y evidencias disponibles al momento de su realización, por lo que nuevos antecedentes podrían modificar o complementar los hallazgos presentados

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Heart Federation. What is Cardiovascular Disease? [Internet]. Switzerland: WHF; 2026 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://world-heart-federation.org/what-is-cvd/>
- American Heart Association. What is a Heart Attack? [Internet]. USA: AHA; 2024 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/about-heart-attacks>
- American Stroke Association. Types of Stroke and Treatment [Internet]. USA: AHA; 2026 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke>
- Organización Mundial de la Salud. Cardiovascular diseases [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Mortalidad por patologías isquémicas y cerebrovasculares [Internet]. Santiago: DEIS; 2026 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/>
- Ministerio de Salud de Chile. Guía de Práctica Clínica - Problema de Salud AUGE N°05. Infarto agudo del miocardio [Internet]. Santiago: MINSAL; 2018 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/infarto-agudo-del-miocardio/descripcion-y-epidemiologia/>
- Organización Mundial de la Salud. Noncommunicable diseases [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Ministerio de Salud de Chile. Guía de Práctica Clínica - Problema de Salud AUGE N°05. Infarto agudo del miocardio. Resumen Ejecutivo [Internet]. Santiago: MINSAL; 2018 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/infarto-agudo-del-miocardio/resumen-ejecutivo/>
- Crovetto M, Sepúlveda MJ. Relationship between dietary energy intake, nutritional status and cardiovascular risk in adults from the communes of Quellón and Chonchi, Chiloé, Chile. J Prev Med Hyg [Internet]. 2022 [citado el 22 de febrero 2026];63(3):E435-E41. Disponible en: <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.3.2486>
- López-Jaramillo P, López-López JP. Cardiovascular risk factors and death in South America. Clin Investig Arterioscler [Internet]. 2023 [citado el 22 de febrero 2026];35(4):195-200. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2022.12.001>
- Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2021-2030 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2025 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/11/Estrategia-Nacional-de-Salud-2021-2030.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica: Programa de Salud Cardiovascular 2017 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2017 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: [https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/08/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR\\_05.pdf](https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/08/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR_05.pdf)
- Zamorano P, Varela T, Salvatierra I, Téllez A, Martínez M, Ilabaca J, et al. Performance of a national primary care chronic disease screening strategy in Chile: a mixed-methods analysis. BMC Health Serv Res [Internet]. 2025 [citado el 22 de febrero 2026];25:1110. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13104-x>
- Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGE Examen de Medicina Preventiva [Internet]. Santiago: MINSAL; 2013 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2014/09/GPC-Medicina-Preventiva.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/09/GPC-Medicina-Preventiva.pdf)
- World Health Organization. HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: Risk-based CVD management [Internet]. Switzerland; WHO; 2020 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001367>
- Michea L, Kim TT, Hutchinson B, Toro L, Escobar MC, Basu S, et al. Economic Evaluation of the HEARTS Standardized Hypertension Treatment Program With Fixed-Dose Combination Pills in Chile Primary Care Clinics. Value Health [Internet]. 2025 [citado el 22 de febrero 2026];28(10):1497-1505. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2025.06.012>
- Ministerio de Salud de Chile. Marco Operativo: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad [Internet]. Santiago: MINSAL; 2021 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo\\_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf)
- Ministerio de Educación de Chile. Plan Nacional de Educación sobre Tabaco 2021-2025 [Internet]. Santiago: MINEDUC; 2022 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://convivenciaparaciudadania.mineduc.cl/wp-content/uploads/2022/08/Plan-Nacional-de-Educacion-Tabaco-2021-2025.pdf>
- Servicio de Salud Metropolitano Sur. Ley de etiquetado de alimentos 20.606 [Internet]. Santiago: SSMS; 2026 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://ssms.gob.cl/como-me-cuido/programas-de-salud/ley-de-etiquetado/>
- Ministerio de Salud de Chile. Política Nacional de Alimentación y Nutrición [Internet]. Santiago: MINSAL; 2017 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: [https://www.cesni-biblioteca.org/archivos/BVS\\_POL%C3%8DTICA-DE-ALIMENTACI%C3%93N-Y-NUTRICI%C3%93N.pdf](https://www.cesni-biblioteca.org/archivos/BVS_POL%C3%8DTICA-DE-ALIMENTACI%C3%93N-Y-NUTRICI%C3%93N.pdf)

21. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Programa Elige Vida Sana [Internet]. Santiago: MIDESO; 2019 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://eligevivirsano.gob.cl/programas/programa-elige-vida-sana/>
22. Domínguez-Cancino KA, Martínez P, Nazif-Muñoz JI. Tobacco policies and changes in the tendency of smoking cessation in cigarette users in Chile: a longitudinal cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2024 [citado el 22 de febrero 2026];14(5):e085248. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085248>
23. Herrera Atton D, Oliví A, Reyes Cabrera P, García Ubillo V, Veloz Baeza A, Veintimilla Carrión KS, Et al. Social determinants of therapeutic adherence among users of the primary health care system's cardiovascular health program in Chile. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2025 [citado el 22 de febrero 2026];49:e133. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2025.133>
24. Ministerio de Salud de Chile. Ataque cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más [Internet]. Santiago: MINSAL; 2026 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/37>
25. Ministerio de Salud de Chile. Resumen Ejecutivo. Guía de Práctica Clínica Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más. 2018 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2019 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/08.-RE\\_GPC-ACV\\_2018v3.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/08.-RE_GPC-ACV_2018v3.pdf)
26. Ministerio de Salud de Chile. Resumen Ejecutivo. Guía de Práctica Clínica Infarto Agudo al Miocardio con Supradesnivel del segmento ST. 2018 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2018 [citado el 22 de febrero 2026]. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177303/08-re\\_gpc-iam\\_2018v2.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177303/08-re_gpc-iam_2018v2.pdf)
27. Soto Á, Balboa-Castillo T, Andrade-Mayorga O, Nasri Marzuca-Nassr G, Muñoz S, Morales G. Trends in mortality from cardiovascular diseases in Chile, 2000-2020. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2023 [citado el 22 de febrero 2026];47:e127. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2023.127>
28. World Heart Federation. Prevention [Internet]. Switzerland: WHF; 2026 [citado el 24 de febrero 2026]. Disponible en: <https://world-heart-federation.org/heart-health/prevention/>
29. Superintendencia de Salud de Chile. Ataque cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más [Internet]. Santiago; Gobierno de Chile; 2026 [citado el 24 de febrero 2026]. Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/ataque-cerebrovascular-isquemico-en-personas-de-15-anos-y-mas/>
30. Torres N, Mora I. Actualizaciones en el tratamiento de la enfermedad coronaria crónica [Internet]. Pontificia Universidad Católica de Chile – Escuela de Medicina; 2024 [citado el 24 de febrero 2026]. Disponible en: <https://piv.medicina.uc.cl/publicacion/actualizaciones-en-el-tratamiento-de-la-enfermedad-coronaria-cronica/>
31. Ministerio de Salud de Chile. Orientación técnica para la atención integral del ataque cerebrovascular hemorrágico [Internet]. Santiago: MINSAL; 2019 [citado el 24 de febrero 2026]. Disponible en: <https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/OT-ACV-HEMORRAGICO-2019-FINAL.pdf>
32. Superintendencia de Salud. Infarto al corazón [Internet]. Santiago; Gobierno de Chile; 2026 [citado el 24 de febrero 2026]. Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/infarto-al-corazon/>
33. López-Montecinos P, Rebolledo SJ, Gómez LJ. Cost effectiveness of a theoretical cardiac rehabilitation program after myocardial infarction. *Rev Med Chile* [Internet]. OECD; 2016 [citado el 24 de febrero 2026];144(4):456-64. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000400006>
34. OECD, Health at a Glance 2025: OECD Indicators. [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2025 [citado el 24 de febrero 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
35. Troncoso-Pantoja C, Martínez- Sanguinetti MA, Ulloa N, Celis-Morales C. La mayoría de las enfermedades cardiovasculares se atribuyen a factores de riesgo que podrían ser modificados con cambios de los estilos de vida. *Rev Med Chile* [Internet]. 2020 [citado 15 de junio 2026];148(1):126-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000100126>
36. Soto VÁ, Morales IG, Valeria TC. Times for Control and Etiological Study in Patients with Stroke in a High-Complexity Regional Hospital. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2025 [citado 13 de junio 2026];153(6):392-400. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872025000600392>
37. Gonzalez-Aquines A, Navia-Gonzalez V, Casanova-Román M. Barriers to accessing post-stroke rehabilitation in Chile: sub-analysis of an international survey of neurologists and rehabilitation professionals in Latin America. *Rev Chil Fonoaudiol* [Internet]. 2025 [citado el 24 de febrero 2026];24(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2025.75852>
38. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Chorney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* [Internet]. 2016 [citado el 1 de noviembre 2025];47(6):e98-e169. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000098>
39. Marileo Poblete T. Análisis de programas de rehabilitación cardíaca vigentes en Chile y su nivel de implementación al año 2024. *Rehabilitación Cardíaca en Chile* 2024 [Internet]. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2024 [citado el 1 de noviembre 2025]. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/e8cb348a-8f3c-4a0b-9014-778e3bc62e4b/content>
40. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* [Internet]. 2023 [citado el 1 de noviembre 2025];44(38):3720-826. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>