

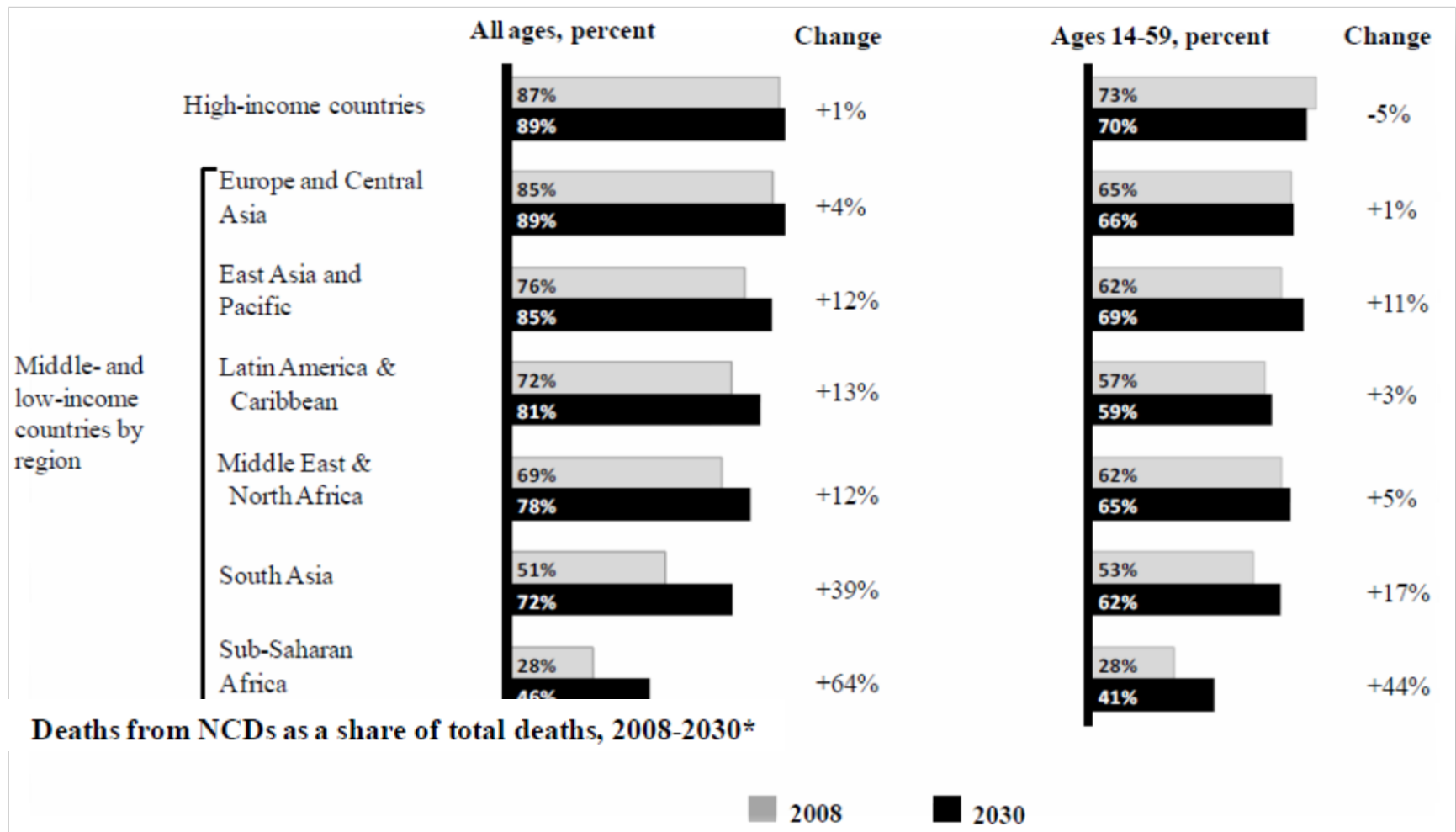
Las enfermedades crónicas no transmisibles: El principal problema de salud en México

Dr. Carlos A. Aguilar Salinas

Departamento de Endocrinología y Metabolismo
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición



Las enfermedades crónicas no transmisibles en los países en desarrollo



Chronic Diseases, Primary Care and Health Systems Performance: Diagnostics, Tools and Interventions. Inter-American Development Bank. 2011

Factores que han determinado el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas en países en desarrollo

Etnicidad

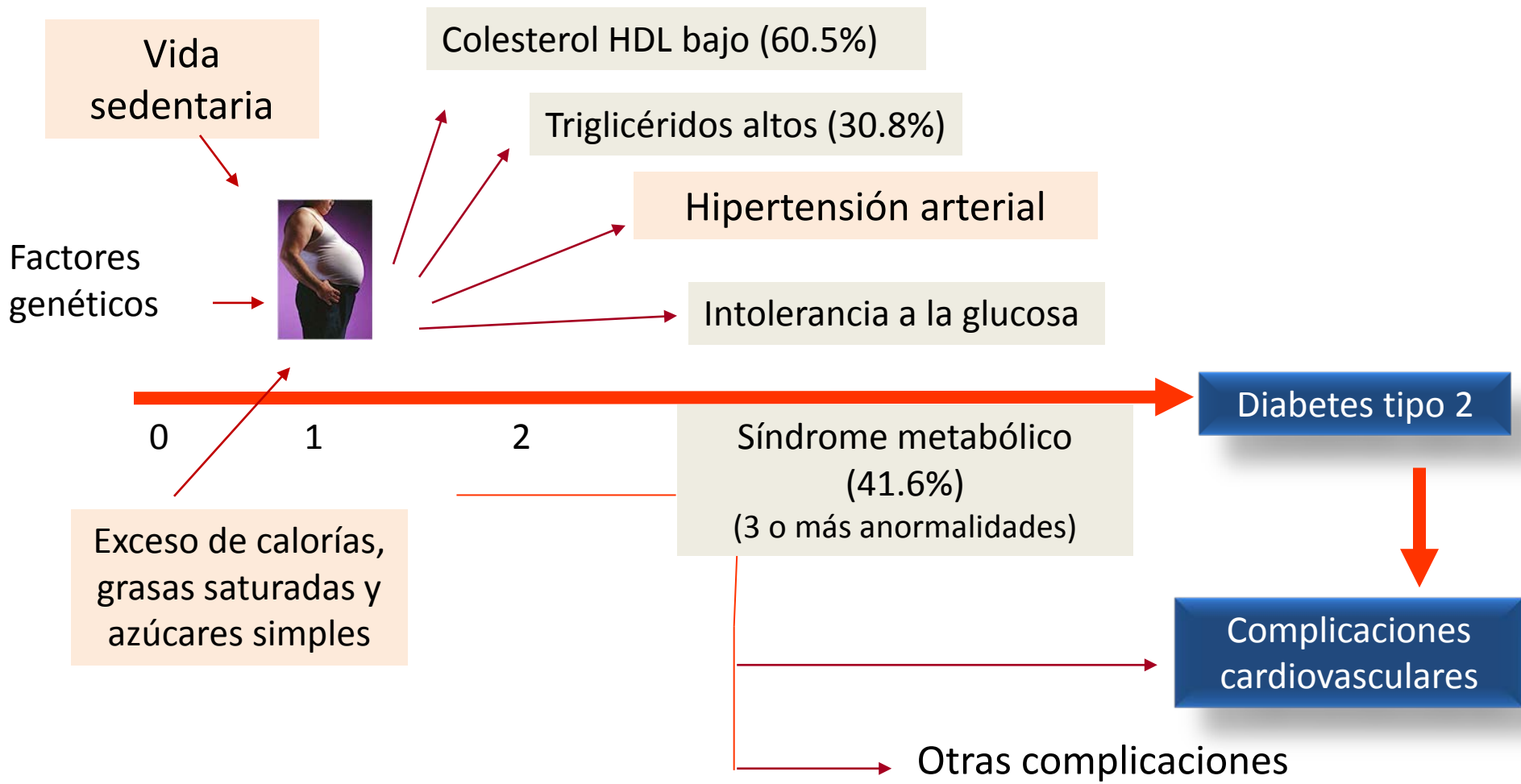
Incremento en la
expectativa de vida

Exposición crónica a
un balance
energético positivo

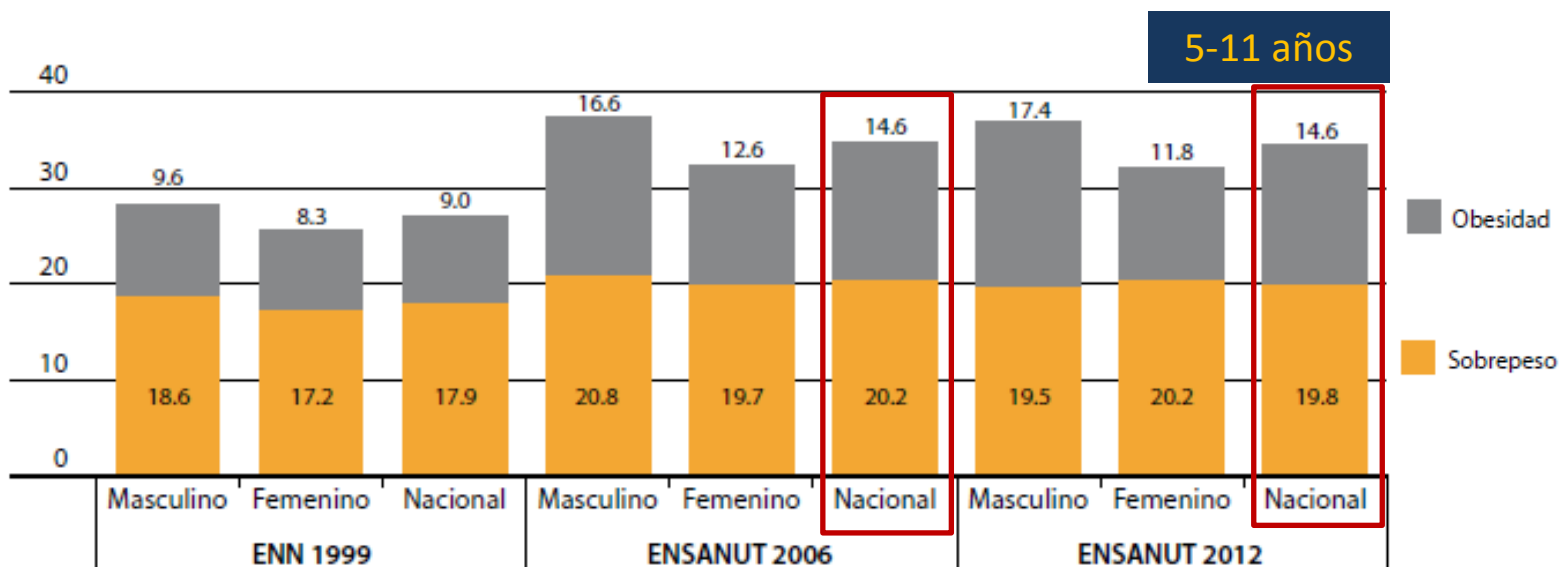
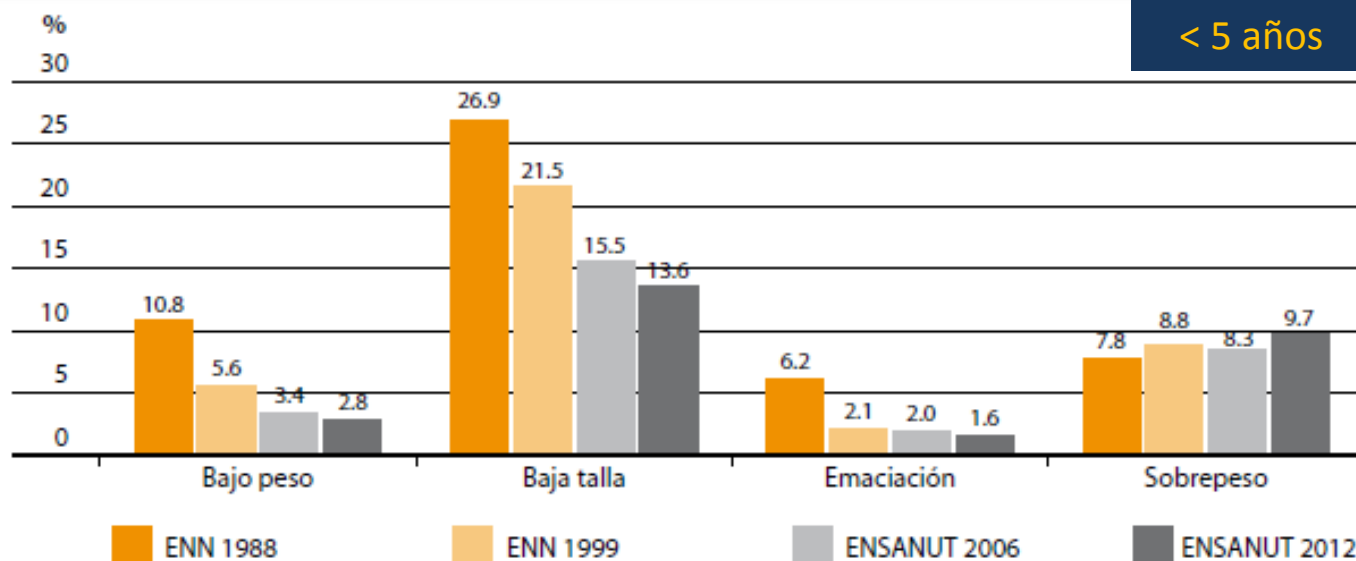
Otros
(Contaminantes, estrés, falta
de acceso a servicios de
salud)

Aumento de la
prevalencia de las
enfermedades crónicas

Historia natural de las enfermedades crónicas

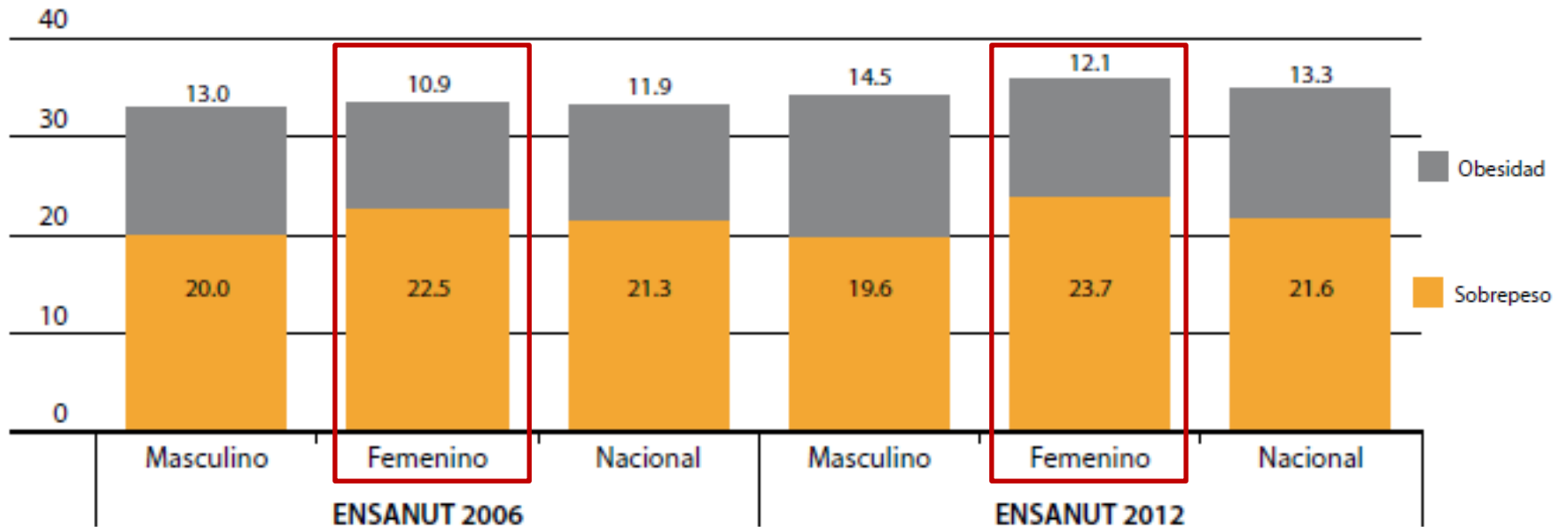


Obesidad en los primeros años de la vida



Obesidad en la adolescencia

Mexico 2012



Conductas de riesgo para tener obesidad en la adolescencia

Cambios en la actividad física

Distribución porcentual de actividad física en adolescentes.
México, ENSANUT 2006

Clasificación de actividad física	Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%
Inactivo	10 388	9 185	40.4	(39.2,41.5)
Moderadamente activo	5 978	5 551	24.4	(23.6,25.2)
Activos	8 555	8 008	35.2	(34.1,36.4)
Total	24 921	22 744	100.0	

ENSANut 2012

Indicador [†]	Nacional			
	Muestra n	Expansión*		
		N	%	(IC 95%) [‡]
Inactivos ¹	529	2 133 758	22.7	(19.7, 25.9)
Moderadamente activos ²	392	1 718 886	18.3	(15.6, 21.2)
Activos ³	1 342	5 555 306	59	(55.4, 62.5)
Total	2 263	9 407 949	100	

Activos

Rural

66.6%

Urbano

56.4%

[†] Reportado en los últimos siete días

¹ Menos de 3 ½ horas por semana de actividad física moderada y vigorosa (menos de 30 minutos por día)

² Menos de siete horas y al menos cuatro horas de actividad física moderada y vigorosa por semana (menos de 60 minutos por día y al menos 30 minutos por día)

³ Al menos siete horas por semana de actividad física moderada y vigorosa (60 minutos por día)

Conductas de riesgo para tener obesidad en la adolescencia

Distribución porcentual del tiempo frente a un aparato de televisión en adolescentes. México, ENSANUT 2006

Clasificación del tiempo frente a un aparato de TV	Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%
≤ a 12 horas a la semana	12 273	11 135	49.0	(47.6,50.3)
> a 12 horas a la semana	6 042	5 321	23.4	(22.5,24.3)
≥ 21 horas a la semana	6 606	6 288	27.6	(26.5,28.9)
Total	24 921	22 744	100.0	

ENSANut 2012

Indicador [‡]	Nacional			
	Muestra n	Expansión*		
		N	%	(IC 95%) [§]
≤ 14 horas por semana ¹	823	3 394 985	36.1	(32.4, 40.0)
> 14 horas por semana ²	796	3 231 272	34.4	(30.9, 38.0)
≥ 28 horas por semana ³	643	2 776 989	29.5	(26.1, 33.2)
Total	2 262	9 403 246	100	

≤ 14 horas por semana

Rural	48.0%
Urbano	31.8%

Conductas de riesgo para tener obesidad en la adolescencia

Conducta alimentarias de riesgo en mujeres

	n	>2 veces a la semana	Total*	10-13 años	14-19 años
¿Te ha preocupado engordar?	10 829	11.9	19.7	11.3	25.3 [§]
¿Has comido demasiado o te has atascado de comida?	10 832	4.4	11.6	9.9	12.7 [§]
¿Has perdido el control sobre lo que comes?	10 833	2.8	6.7	5.8	7.3 [§]
¿Has vomitado después de comer para tratar de bajar de peso?	10 839	0.3	0.6	0.5	0.6
¿Has hecho ayunos para bajar de peso?	10 840	0.8	2.2	1.0	3.0 [§]
¿Has hecho dietas para bajar de peso?	10 840	1.5	3.5	1.7	4.7 [§]
¿Has hecho ejercicio para bajar de peso?	10 837	5.2	10.9	7.1	13.4 [§]
¿Has usado pastillas, diuréticos o laxantes para bajar de peso?	10 841	0.4	0.9	0.4	1.2 [§]
Una o más condiciones	10 854		33.0	23.9	39.0

Tendencias en la prevalencia de la obesidad.

México (1994-2012)

(1994)

(2000)




(2006)

(2012)

+0.01%

+3.6%




-2.5%

Sobrepeso 38 %  38.4%  39.8%  38.8%

+13.39%

+29.9%

+5.1%




Obesidad 20.9%  23.7%  30.8%  32.4%

Obesidad por género

+11.9%

+22.8%




+8.6%

Mujeres 25.1%  28.1%  34.5%  37.5%

+24.8%

+30.1%

+10.7%

Hombres 14.9 %  18.6%  24.2%  26.8%

Prevalencia del sobrepeso y la obesidad en mujeres

2006-2012

■ **IMC 25-29.9**

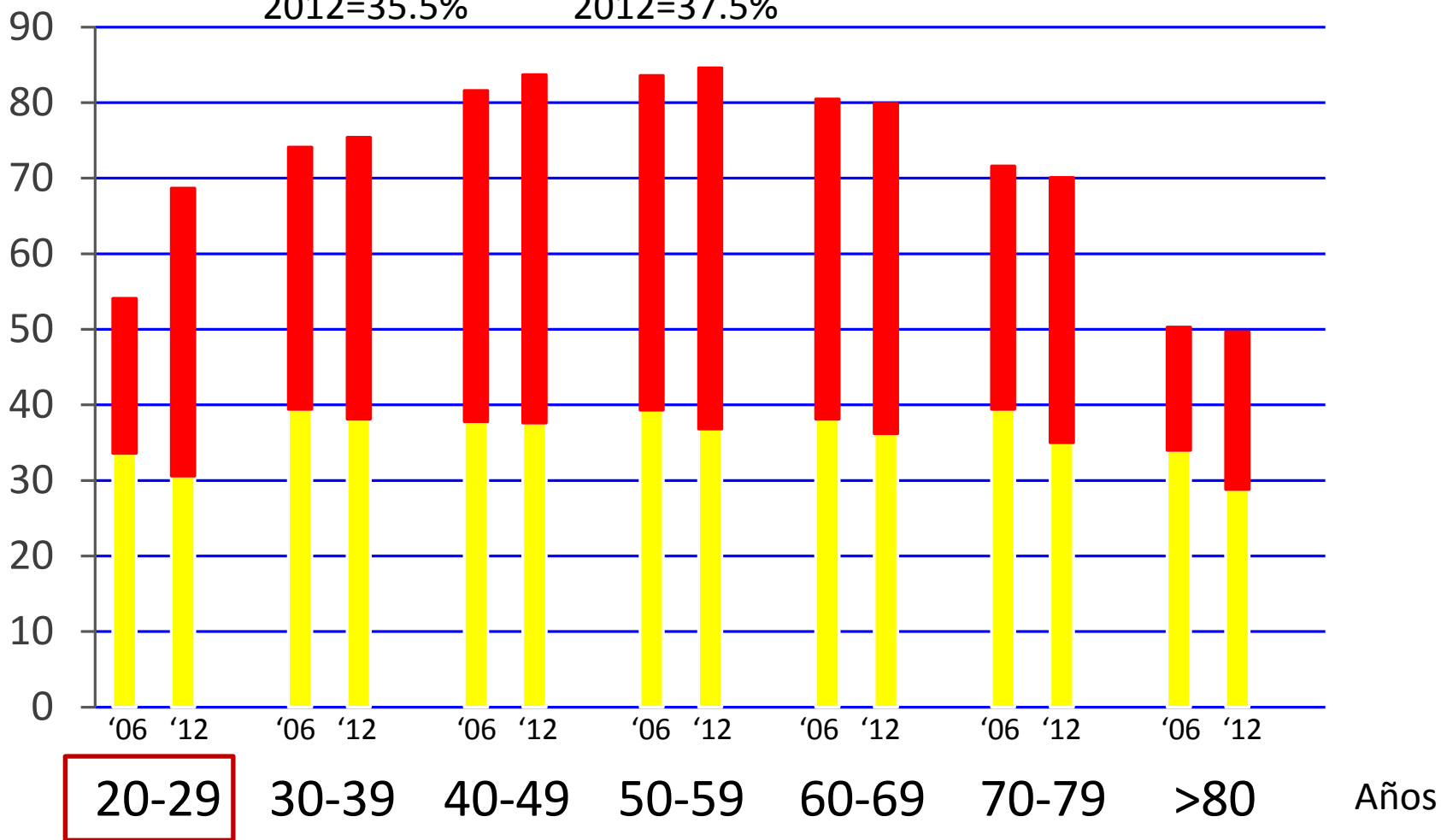
2006=37.4%

2012=35.5%

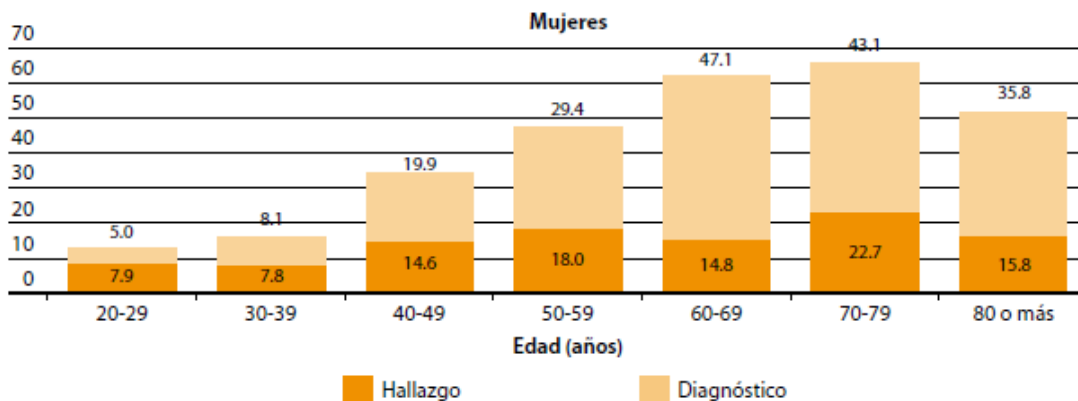
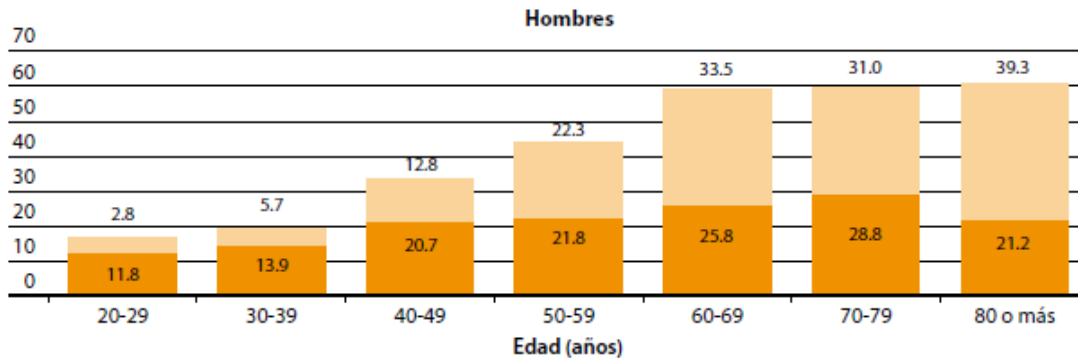
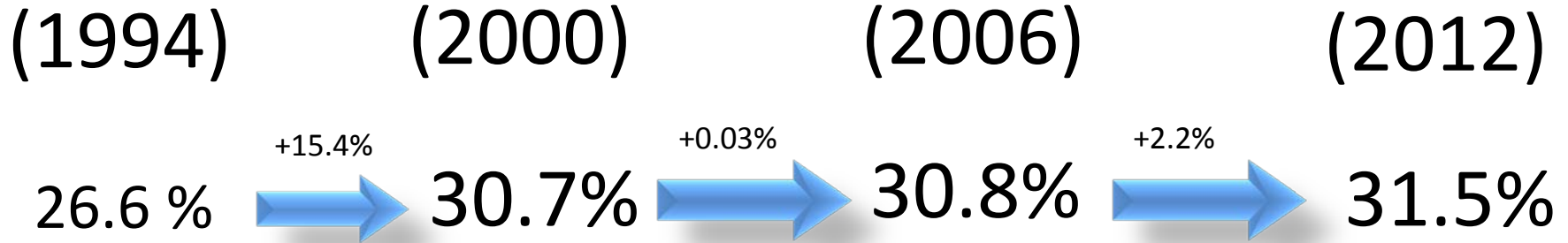
■ **IMC >30**

2006=34.5%

2012=37.5%



Tendencias en la prevalencia de la hipertensión arterial México (1994-2012)



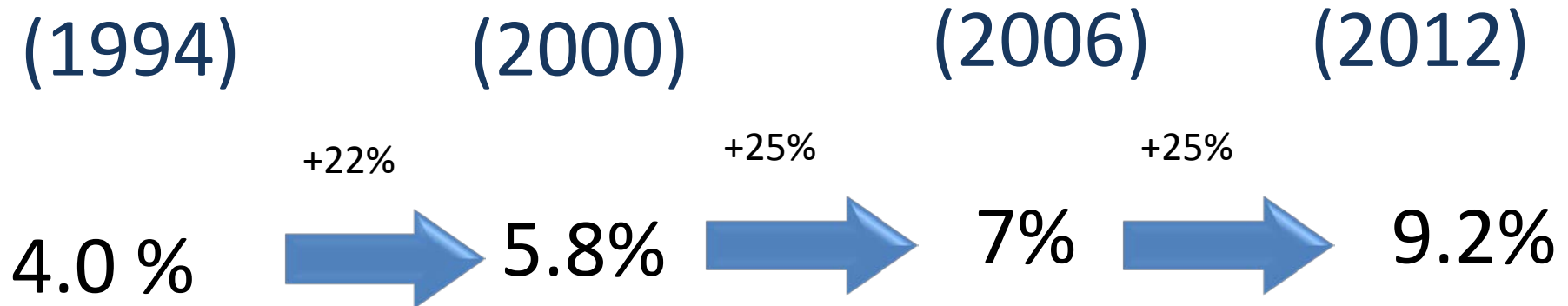
73.6% de los casos
previamente diagnosticados
reciben tratamiento
farmacológico

Menos de la mitad de ellos
(45%), tiene esta enfermedad
bajo control

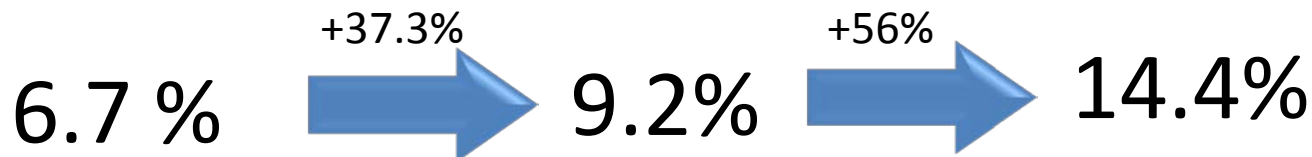
Tendencias en la prevalencia de la diabetes tipo 2

México (1994-2012)

Diagnóstico médico



Diagnóstico médico + hallazgo en la encuesta



J Lipid Res 2001;
42:1299-1307

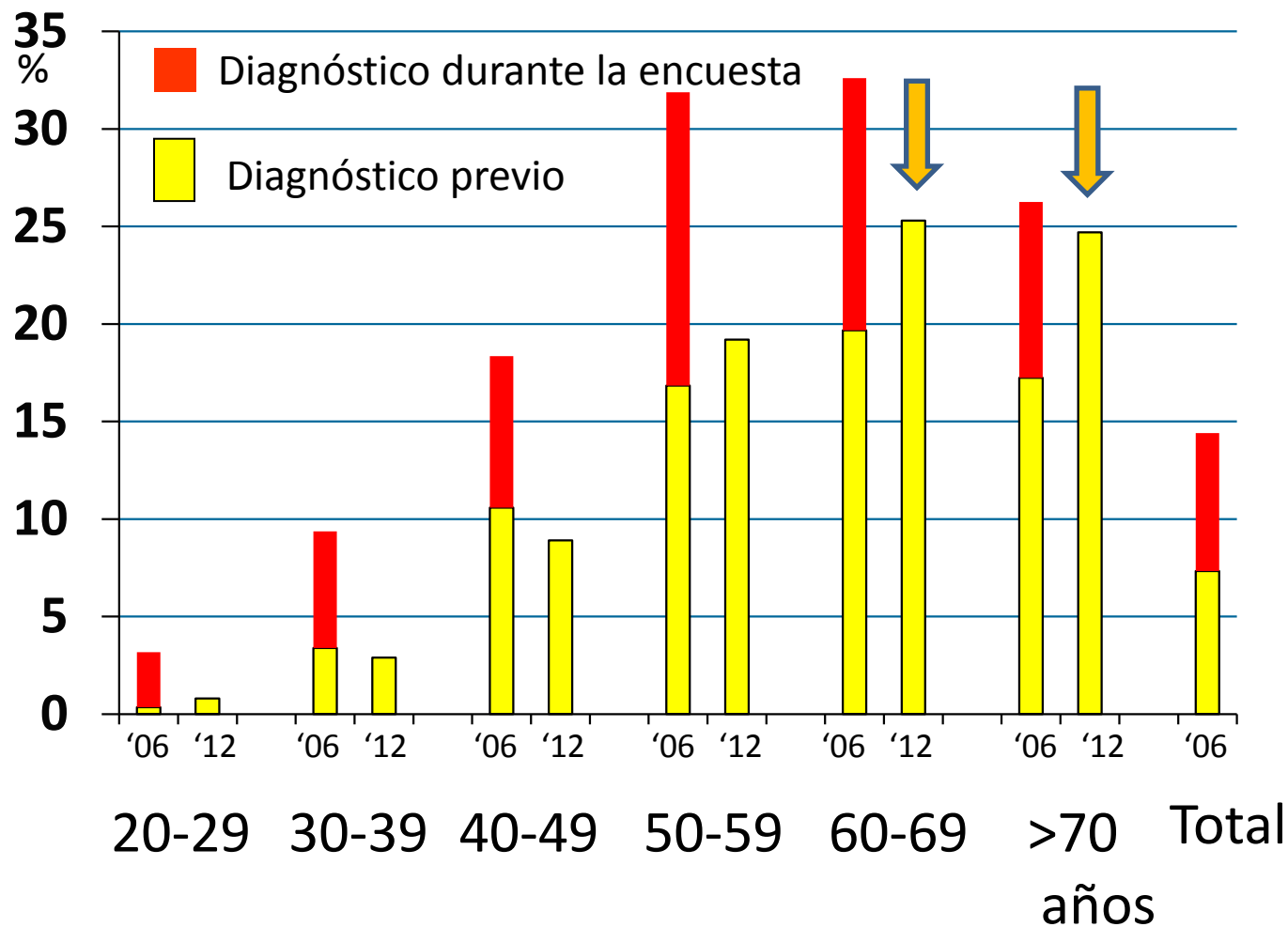
Diabetes Care
2003;26:2021-2026

Salud Publica 2010; 52
(supl1) S54-S63

Tendencias en la prevalencia de la diabetes tipo 2

Diagnóstico médico por edad

México (1994-2012)



	2000	2006	2012
Consultas médicas (4 a 12 al año)	-	58.8	63.2
Determinación de HbA1C (2 o más veces al año)	0.6	3.7	7.7
Determinación de glucemia, si no se cuenta con HbA1C (4 o más veces al año)	27.0	35.3	21.7
Detección temprana de factores de riesgo cardiovascular			
Determinación de colesterol y triglicéridos (1 vez al año)	-	-	70.6
Toma de presión arterial (al menos 1 vez al mes) en HTA ²	9.4	29.0	44.1
Prevención de complicaciones (una vez al año)			
Detección de daño renal (microalbuminuria): EGO o tira reactiva en orina	35.6	30.3	39.3
Revisión oftalmológica	-	12.3	8.6
Revisión de pies	-	9.4	14.7
Tratamiento no farmacológico adecuado			
Indicación de plan de alimentación y ejercicio	3.3	3.7	6.8
Indicación de disminución de consumo de sal en HTA	0.9	4.6	3.6
Indicación de disminuir la ingesta de grasa o colesterol en los alimentos en pacientes con dislipidemia	-	7.6	5.8
Tratamiento farmacológico adecuado			
Uso de insulina diaria cuando sí utilizaron insulina	-	96.6	93.8
Indicación de estatinas en pacientes de 40 años y más con dislipidemia	-	16.1	21.6

HbA1c <7%

2006: 5.2%
2012: 25.4%

Estrategias a implementar

Acciones para la población general

Eficacia a largo plazo
Costo aceptable

**Intervención
costo eficaz**

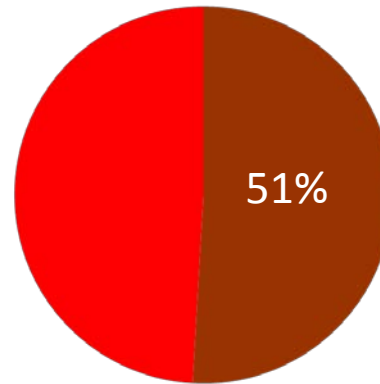
Acciones para los sujetos en riesgo

Eficacia a mediano plazo
Costo alto

Retos mayores a enfrentar

Salud Publica 2010:52 (supl1)

ENSANut 2012



HbA1c < 7%

Gran número de sujetos en riesgo

La mitad de los casos no están diagnosticados y el número de casos creció en al menos 25%

Ineficacia terapéutica

Casos diagnosticados: 6,400,000
(9.2% de la población adulta)

Complicaciones crónicas

Primera causa de muerte

Problema en crecimiento



Objetivo: Disminuir el número de casos en riesgo



Recomendaciones de la
Academia Nacional de Medicina
para reducir el impacto de la
obesidad

Acciones para la población general:

Políticas públicas sobre alimentación, actividad física y comercialización de los alimentos .

Acciones educativas

Programas escolares

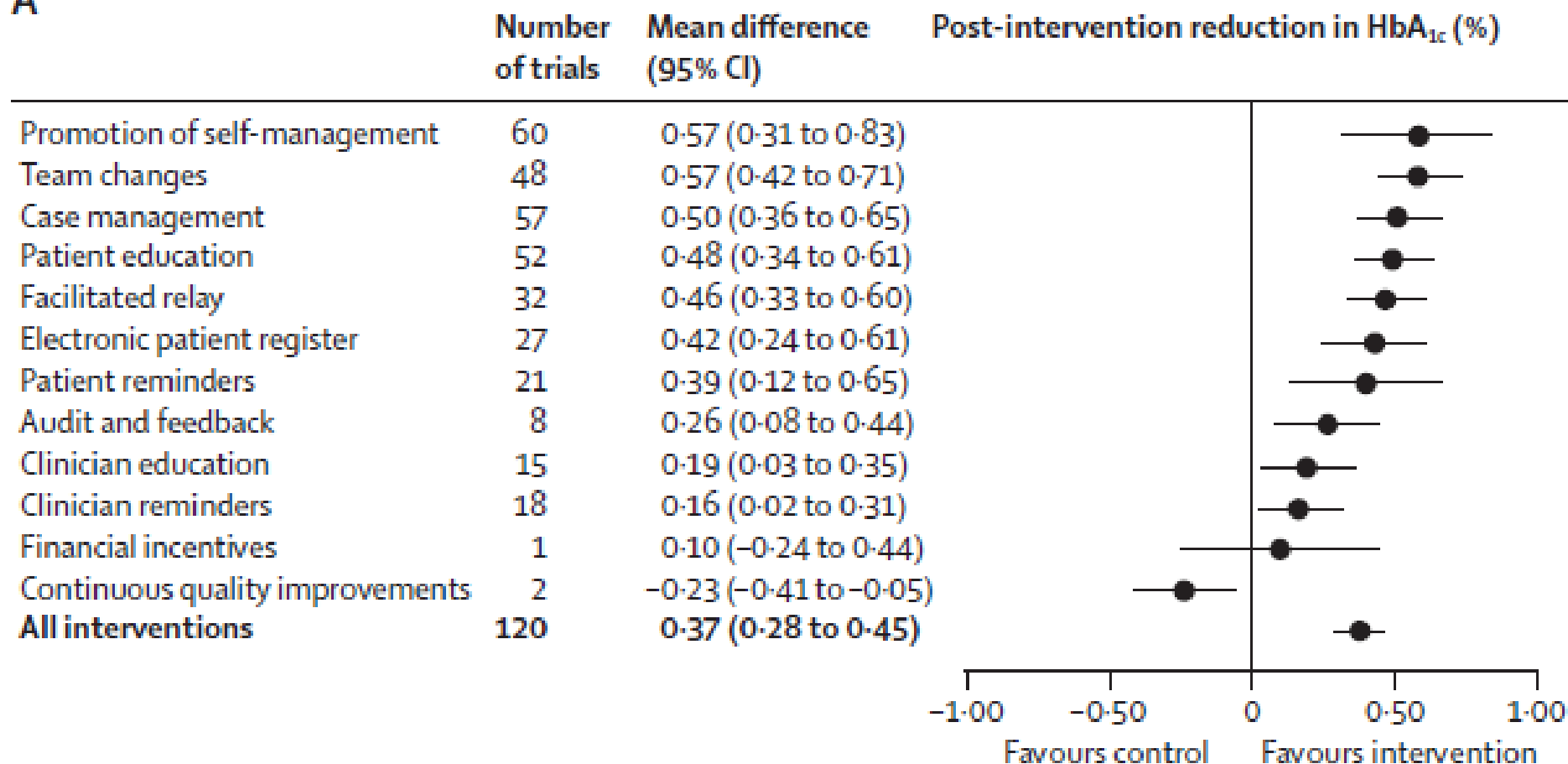
Cambios en el sistema nacional de salud para brindar atención efectiva a las enfermedades crónicas no transmisibles

Acciones individuales:

Participación en programas estructurados para tratar la obesidad y/o las condiciones que ponen a los individuos en riesgo de sufrirla.

Múltiples estrategias han demostrado ser útiles para la mejoría de los sistemas de salud
El caso de la diabetes

A



Propuestas

- Procedimientos de las unidades médicas de primer contacto:
 - Diseño estructurado de equipos multidisciplinares capacitados para el manejo de enfermedades crónicas
 - Aplicación de protocolos estandarizados que incorporen el modelo de atención para padecimientos crónicos
 - Uso de técnicas educativas, interactivas, acorde a las características de la población blanco
 - Consultas telefónicas, visitas a los domicilios
 - Listados que faciliten el seguimiento y la obtención de las metas de tratamiento.
 - Expedientes electrónicos



Propuestas

- Personal de las unidades médicas
 - Ajustar la asignación de plazas a las especialidades que participan en el manejo de la obesidad, y otras enfermedades crónicas en las residencias y en las unidades médicas.
 - Creación del puesto “Educador en diabetes” en la plantilla de las unidades médicas
 - Programas de educación médica basada en creación de competencias para el personal que atiende las unidades médicas de primer contacto.
 - Distribución e implementación de las guías nacionales sobre el manejo de la diabetes, la obesidad y sus co-morbilidades.
 - Creación de programas de educación a distancia/seminarios coordinados por líderes locales
 - Programas de certificación voluntaria/obligatoria de los integrantes de los equipos de salud. La divulgación de los nombres de los profesionales de salud certificados aumentará la competencia de mercado y por ende la calidad de la atención

Propuestas

-Marco regulatorio:

-Modificación de las políticas de reembolso de las aseguradoras para favorecer la detección y tratamiento oportuno. Se sugiere volver obligatoria la cobertura del tratamiento de la obesidad y la prediabetes por los seguros médicos.

-Autoridades regulatorias:

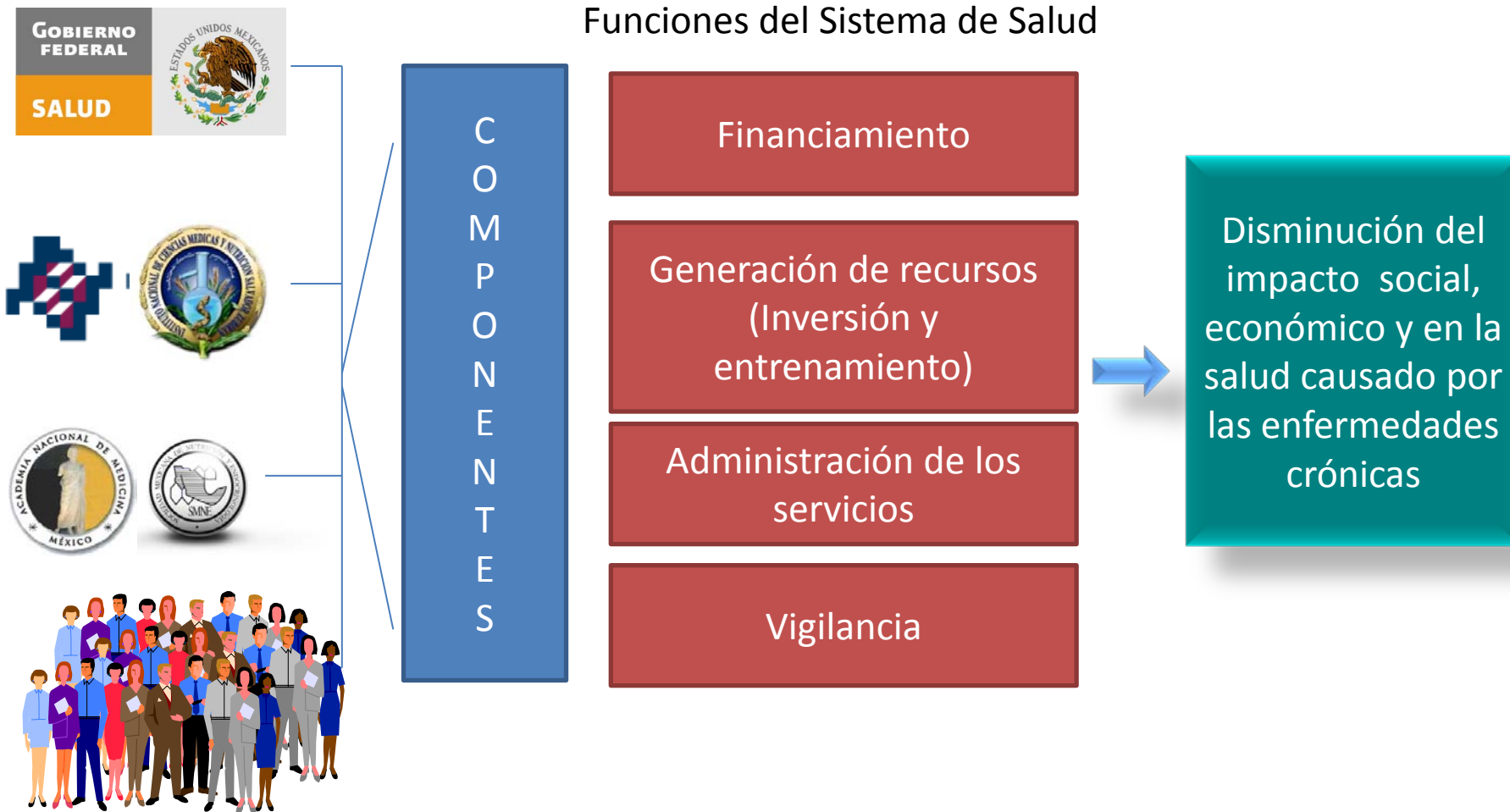
-Creación de un centro coordinador de las acciones contra las enfermedades crónicas: La infraestructura de la Secretaria de Salud y de los otros sistemas nacionales de salud no garantiza la implementación y evaluación de los cambios requeridos en los servicios de salud. El centro coordinador tendría funciones de gestoría, entrenamiento, evaluación y diseño de estrategias y políticas públicas.

-Desarrollo de indicadores para la vigilancia de los desenlaces relacionados a la diabetes (Acorde a la propuesta de la OPS).

-Vigilancia de la aplicación de los programas por autoridades distintas a los que los implementan.

-Planeación y análisis de costos: Una actividad continua

Conclusiones



Situación de los Servicios de Salud ante las Enfermedades Crónicas (EC)

COMPONENTES

- Presupuesto: orientado a otras patologías
- Unidades médicas: Carencias en los recursos indispensables para la prevención y manejo de las EC
- Médicos de primer contacto: Preparación insuficiente, incapaces para el escrutinio y tratamiento
- Especialistas: Insuficientes en número y organización
- Usuarios: Pobre adherencia al tratamiento
- Marco regulatorio: Las aseguradoras no cubren acciones preventivas.
- Autoridades regulatorias: Rebasadas por la magnitud del problema

Funciones del Sistema de Salud

Financiamiento:
Insuficiente

Generación de recursos:
Inadecuada debido a la transición epidemiológica

Administración de los servicios:
Ineficaz, tardía y heterogénea

Vigilancia
Fragmentada y sin planeación estratégica

Propuestas

- Presupuesto:
 - Asignar el monto necesario para lograr que la población con diabetes tenga acceso a tratamiento por equipos multidisciplinarios.
- Unidades médicas:
 - Dotar a las unidades médicas con los medicamentos y materiales necesarios para la detección/ tratamiento de la obesidad y sus co-morbilidades: Báscula, cinta métrica, baumanómetro, glucómetros y cintas reactivas para la medición de la glucemia capilar.
 - Creación de algoritmos que permitan el uso racional y oportuno de medicamentos y accesorios requeridos para el tratamiento:
 - Ejemplo: Dotar de un glucómetro y cintas reactivas al prescribir por primera vez la insulina
 - Garantizar el acceso a un laboratorio certificado.