

## Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care

Junio 2015

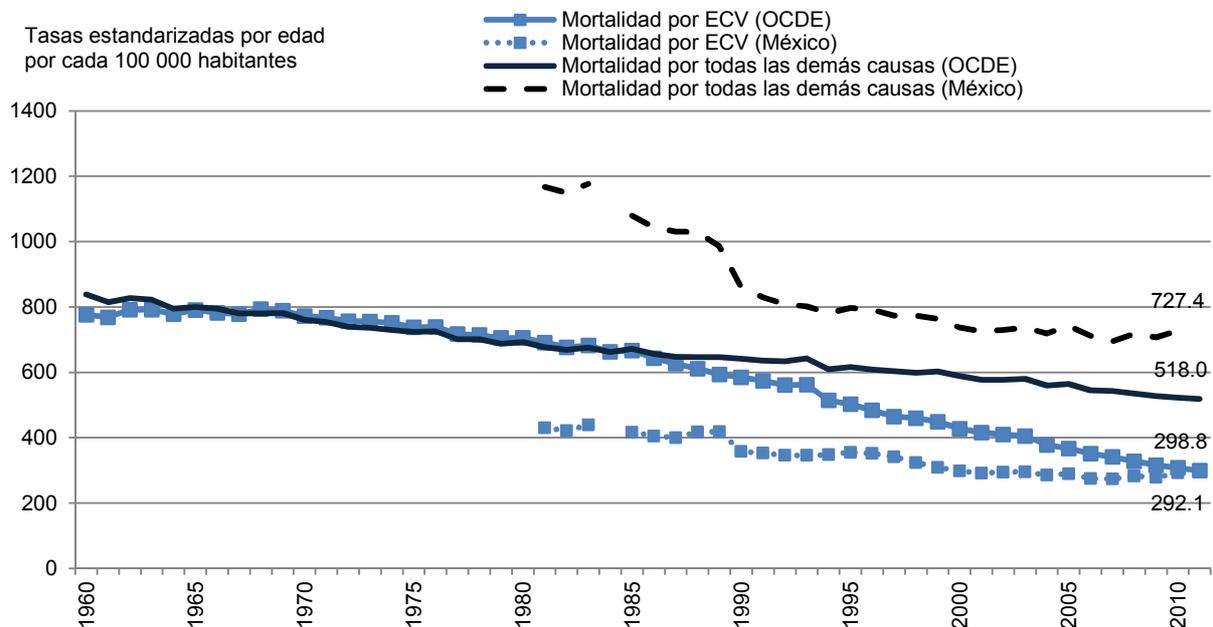


### Nota de país: México

**En México la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV) se ha reducido más lentamente que en muchos países de la OCDE y la prevalencia de las ECV y la diabetes aumenta con rapidez**

Si bien la tasa de mortalidad por ECV es de 292 por cada 100 000 habitantes, cifra todavía menor que el promedio de la OCDE de 299 (véase la Gráfica 1), el número de años potenciales de vida perdidos, medida de mortalidad prematura de uso común, ubicado en 728 por cada 100 mil habitantes para las enfermedades del sistema circulatorio en 2011, es 25% más alto que el promedio de la OCDE de 581 (utilizando la edad límite de 70 años); esto sugiere que las muertes relacionadas con ECV ocurren en una etapa de vida más temprana que en muchos otros países de la OCDE. La prevalencia de diabetes reportada es de 15.9%, la más alta de la OCDE por mucho margen. El inicio temprano de la diabetes es más frecuente que en ningún otro país (23.8% para personas de 40 a 59 años de edad y 5.9% para personas de 20 a 39 años de edad, las cifras más altas de la OCDE, cuyos promedios son de 8.9% y 1.7%, respectivamente). El inicio temprano tiene importantes implicaciones para el estado de salud de un paciente, así como para su condición social y económica. Los jóvenes sobrevivientes de eventos ECV como infarto agudo de miocardio (IAM) y accidentes cerebrovasculares pueden afrontar un serio deterioro en su calidad de vida, lo cual genera mayores necesidades de atención médica y social durante mayores periodos de tiempo, además de una menor capacidad laboral. Quienes viven con diabetes por periodos de tiempo más largos también corren un riesgo más alto de sufrir complicaciones.

**Gráfica 1. Tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y todas las demás causas de muerte en México y los demás países de la OCDE**

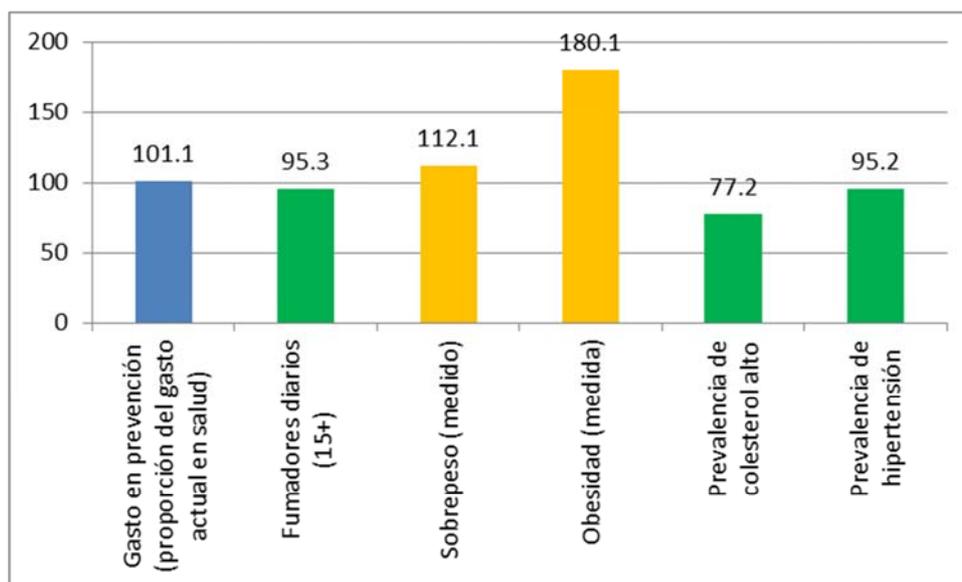


Fuente: OECD Health Statistics.

## La prevalencia de sobrepeso y obesidad, factores de riesgo para ECV y diabetes, es una de las más altas de la OCDE

La prevalencia de sobrepeso es de 38.8%, la segunda más alta de la OCDE después de Chile, y la prevalencia de obesidad es de 32.4%, la segunda más alta después de Estados Unidos; ambas tasas son mucho más altas que los promedios de la OCDE, de 34.6% y 18.0%, respectivamente (véase la Gráfica 2). Sin embargo, la prevalencia reportada de colesterol alto e hipertensión es más baja que el promedio de la OCDE (13.9% y 24.4% vs 18.0% y 25.6%, respectivamente). El gasto en prevención se encuentra en el mismo nivel del promedio de la OCDE, de 2.9% del gasto actual en salud.

**Gráfica 2. Prevención y estilo de vida saludable en relación con ECV y diabetes en México, 2011 (o año más cercano disponible), promedio de la OCDE = 100**



Nota: la barra azul se refiere al indicador en donde una evaluación es necesaria conjuntamente con otros indicadores, las barras en verde se refieren a un indicador con el valor mejor que el promedio de la OCDE, y las barras en naranja se refieren a un indicador con el valor peor que el promedio de la OCDE.

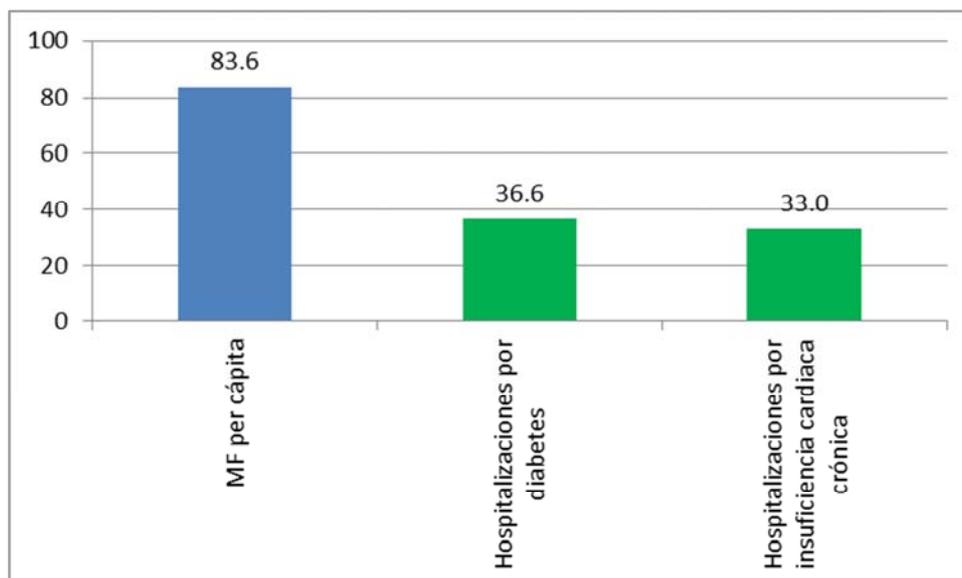
Fuente: OECD Health Statistics.

La tasa de fumadores entre hombres adultos también es alta. Si bien el promedio de adultos fumadores, de 19.9%, se encuentra por debajo del promedio de la OCDE de 20.9%, el de hombres fumadores, de 31%, es más alto que el promedio de la OCDE de 26.0%. En México, junto con otros países como Finlandia, Estonia e Italia, los precios del tabaco aumentaron menos de 1.5% entre 2008 y 2010, mientras que en países como España, Turquía, Estados Unidos y Australia, el aumento fue más alto, de más de 20%, durante el mismo periodo.

### El acceso a la atención primaria y de casos agudos parece bajo

Si bien no se cuenta con datos comparables sobre gasto en salud en atención ambulatoria para México, en un estudio se encontró que los pacientes pagan más del 50% de los costos totales de atención médica por tratamientos relacionados con diabetes, pese a que se cuenta con cobertura adicional para tratamientos específicos de diabetes y ECV. Es posible evitar la hospitalización por padecimientos crónicos como diabetes e insuficiencia cardíaca congestiva si se brinda atención primaria de alta calidad. Las tasas de hospitalización son de 8.7 por cada 1 000 pacientes diabéticos, la más baja de la OCDE, y de 0.8 por cada 1,000 habitantes con insuficiencia cardíaca congestiva, la segunda más baja después de Eslovenia (véase la Gráfica 3). Pero estas bajas tasas de hospitalización factible de evitarse no parecen relacionarse con una atención primaria de alta calidad, sino más bien con un escaso acceso a atención primaria y hospitalaria. En 2011, la proporción de médicos familiares (MF) por habitante fue de 0.8 por cada 1 000 habitantes, cifra menor que el promedio de la OCDE de 1.0, y el número de camas de hospital fue de 1.6 por cada 1,000 habitantes, el más bajo de la OCDE, cuyo promedio es de 4.9. Aunque el número de cirugías de bypass de la arteria coronaria (CABG) y de angioplastias coronarias transluminales percutáneas (PTCA) aumentó de manera considerable en años recientes, aún se ubica como el más bajo de la OCDE, con 3.7 y 2.5 por cada 100,000 habitantes, respectivamente (véase la Gráfica 4).

**Gráfica 3. Atención primaria relacionada con ECV y diabetes en México, 2011 (o año más cercano disponible), promedio de la OCDE = 100**



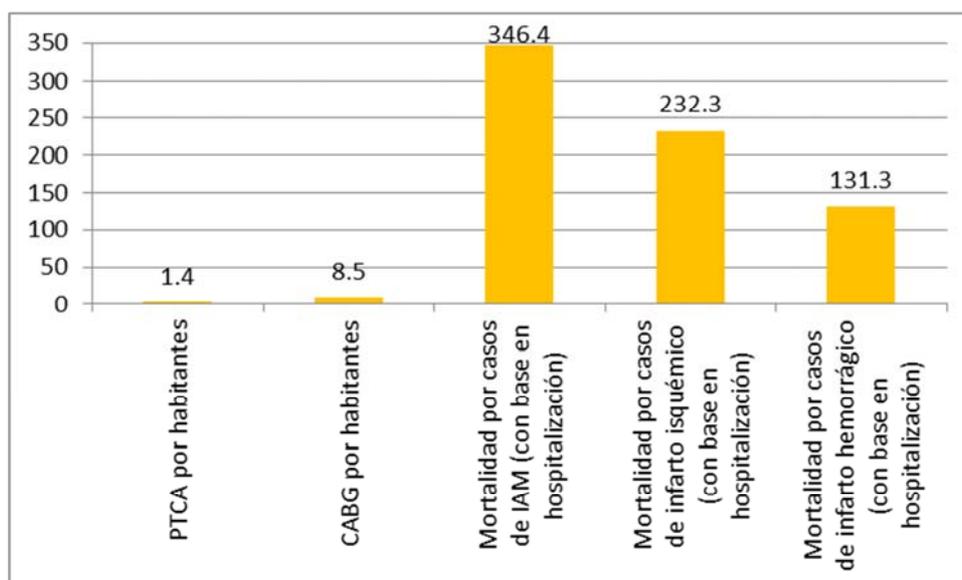
Nota: La barra azul se refiere al indicador en donde una evaluación es necesaria conjuntamente con otros indicadores, y las barras en verde se refieren a un valor mejor que el promedio de la OCDE.

Fuente: OECD Health Statistics, Diabetes prevalence: IDF (2013), IDF Diabetes Atlas, 6th Edition, International Diabetes Foundation, Brussels, [www.idf.org/diabetesatlas/previouseditions](http://www.idf.org/diabetesatlas/previouseditions).

#### La calidad de la atención de casos agudos de ECV es la más baja de la OCDE

La tasa de mortalidad dentro de los 30 días siguientes a la hospitalización por IAM es la más alta, de 27.2%, más de tres veces mayor que el promedio de la OCDE (7.9%). La tasa es también alta en casos de infarto isquémico y hemorrágico, de 19.6% y 29.7%, en comparación con el promedio de la OCDE de 8.4% y 22.6%. Las tasas reportadas de mortalidad por casos de infarto isquémico se han deteriorado en años recientes y, si bien se han logrado algunos avances en el IAM y el infarto hemorrágico, la mejora es más lenta que en muchos países de la OCDE.

**Gráfica 4. Atención de casos agudos relacionados con ECV y diabetes en México, 2011 (o año más cercano disponible), promedio de la OCDE = 100**



Nota: Las barras en naranja se refieren a un indicador con el valor peor que el promedio de la OCDE.

Fuente: OECD Health Statistics.

## México necesita centrarse en reducir la obesidad y fortalecer la atención primaria y de casos agudos

Para reducir los factores de riesgo de ECV y diabetes, en particular la obesidad, México podría poner en marcha estrategias multifacéticas y exhaustivas que incluyan medidas para la población en general y medidas para individuos de alto riesgo, y que utilicen todas las herramientas disponibles como la educación, regulaciones e incentivos, así como programas y servicios de atención médica para trabajar al unísono y fortalecer su eficacia. También se requiere un fuerte compromiso de grupos promotores y actores que obtengan apoyo para facilitar y reducir el costo de las opciones de un estilo de vida saludable. En 2014, México instauró nuevas políticas fiscales para bebidas endulzadas con azúcar y alimentos procesados con más de 275 calorías por cada 100 gramos y los ingresos tributarios se destinan a programas de salud. La puesta en marcha de estas medidas fiscales es un buen arranque para combatir la obesidad y la combinación de estas intervenciones en estrategias integrales daría lugar a un enfoque más eficaz y eficiente porque aumenta la cobertura de los grupos en riesgo y explota las sinergias potenciales a través de las diferentes intervenciones.

México requiere también fortalecer la atención primaria y de casos agudos, para que todos los proveedores puedan prestar servicios más eficaces de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y gestión de ECV y diabetes. Los países de la OCDE intentan superar obstáculos para la instauración de directrices sobre ECV y diabetes en atención primaria, entre ellos la falta de tiempo de los médicos, los costos de los medicamentos recetados y la falta de recursos de atención médica destinada a la medicina preventiva, ya que pueden generar una calidad subóptima de la atención, incumplimiento de las directrices, resultados adversos en salud y un mayor uso de recursos debido a que los pacientes sufren más complicaciones. Los países de la OCDE también han logrado reducir las tasas de mortalidad por caso al asegurar a los pacientes un mejor acceso a la atención de casos agudos de alta calidad mediante su traslado oportuno, intervenciones médicas basadas en pruebas e instalaciones y cuidados de salud especializados de alta calidad, como unidades de derrame cerebral. En Europa, la iniciativa “Stent 4 Life”, emprendida en 2008, ha mejorado la prestación de atención y el acceso de los pacientes a intervenciones coronarias percutáneas primarias, con base en el trabajo conjunto de asociaciones profesionales, representantes gubernamentales, socios industriales y grupos de pacientes.

México puede fortalecer más la dirección de la ruta completa de atención de ECV y diabetes. En la actualidad, los países de la OCDE usan diversos instrumentos de políticas públicas para mejorar la calidad de los servicios en toda la ruta, como mediante la instauración de modelos integrados de atención, incentivos financieros para una mejor calidad y desempeño, evaluación comparativa, fijación de objetivos y formación. Por ejemplo, Francia desarrolló un marco de vigilancia de IAM con el fin de fomentar la operación e interacción eficaces de muchas partes del sistema de salud y la prestación de mejor atención a lo largo de toda la ruta.

### Contactos

#### Relaciones con los Medios

Spencer Wilson – Media Relations Officer

☎ +33-1-4524 8118  
✉ [spencer.wilson@oecd.org](mailto:spencer.wilson@oecd.org)

#### División de Salud de la OCDE

Rie Fujisawa

☎ +33-1-4524 1409  
✉ [rie.fujisawa@oecd.org](mailto:rie.fujisawa@oecd.org)

Niek Klazinga

☎ +33-1-4524 7611  
✉ [niek.klazinga@oecd.org](mailto:niek.klazinga@oecd.org)

Para leer el informe en línea, tener acceso al boletín de prensa, notas de país y datos, consulte:

<http://www.oecd.org/health/cardiovascular-disease-and-diabetes-policies-for-better-health-and-quality-of-care-9789264233010-en.htm>

OECD Health: [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)

Obesidad y la economía de la prevención:  
<http://www.oecd.org/health/obesity-and-the-economics-of-prevention-9789264084865-en.htm>

OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2015 (próxima publicación)

<http://www.oecd.org/health/health-care-quality-reviews.htm>