

CUADERNOS #HablemosDeSalud

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE | 2019

Propuestas para un mejor sistema de salud en México.



CUADERNOS #HablemosDeSalud

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE | 2019



FUNSALUD
Fundación Mexicana para la Salud A.C.

Facultad de Medicina





ÍNDICE

Mensaje del Consejo Directivo de FUNSALUD	Pág.5
Introducción	Pág.8
Semblanza de los moderadores	Pág.12
Atención Primaria y envejecimiento: prioridad del sistema de salud	Pág.16
Discusión	Pág.22
#EnvejeSinCaídas	Pág.24
Discusión	Pág.30
Atención de la fragilidad en el adulto mayor	Pág.32
Discusión	Pág.38
Conclusiones	Pág.40

MENSAJE DEL CONSEJO DIRECTIVO DE FUNSALUD

A lo largo de los años FUNSALUD se ha caracterizado por realizar propuestas de política pública basadas en sólidas evidencias científicas bajo un marco de respeto mutuo y colaboración con el Gobierno Federal, particularmente con la Secretaría de Salud.

Si bien, reconocemos que hemos tenido avances significativos en los últimos años, sabemos que debemos acelerar la incorporación de nuevas ideas y modelos que nos lleven a cerrar la brecha de acceso a la salud, es por ello que surge #HablemosDeSalud.

#HablemosDeSalud comenzó en junio de 2018 a través de un evento realizado en el Club de Industriales, en donde se discutieron los programas en materia de salud de los candidatos a la Presidencia de la República. A lo largo del mismo, participaron voces del sector académico y privado en torno a la agenda nacional en salud.

Posteriormente, se efectuó una selección de los temas más relevantes dando lugar a la segunda etapa que consistió en convocar a todos los sectores de la sociedad para la generación de propuestas que coadyuven a reducir la brecha entre el acceso y la demanda de los servicios de salud en México.

La publicación de los Cuadernos #HablemosDeSalud culmina esta segunda etapa abordando diez áreas estratégicas del Sistema de Salud a través de propuestas innovadoras que contribuyen a definir prioridades en las áreas de prevención y atención a la salud.

Es importante resaltar la alianza establecida con la Facultad de Medicina de la UNAM, que permitió generar una mejor calidad de las propuestas y una amplia convocatoria pocas veces vista en este tipo de iniciativas.

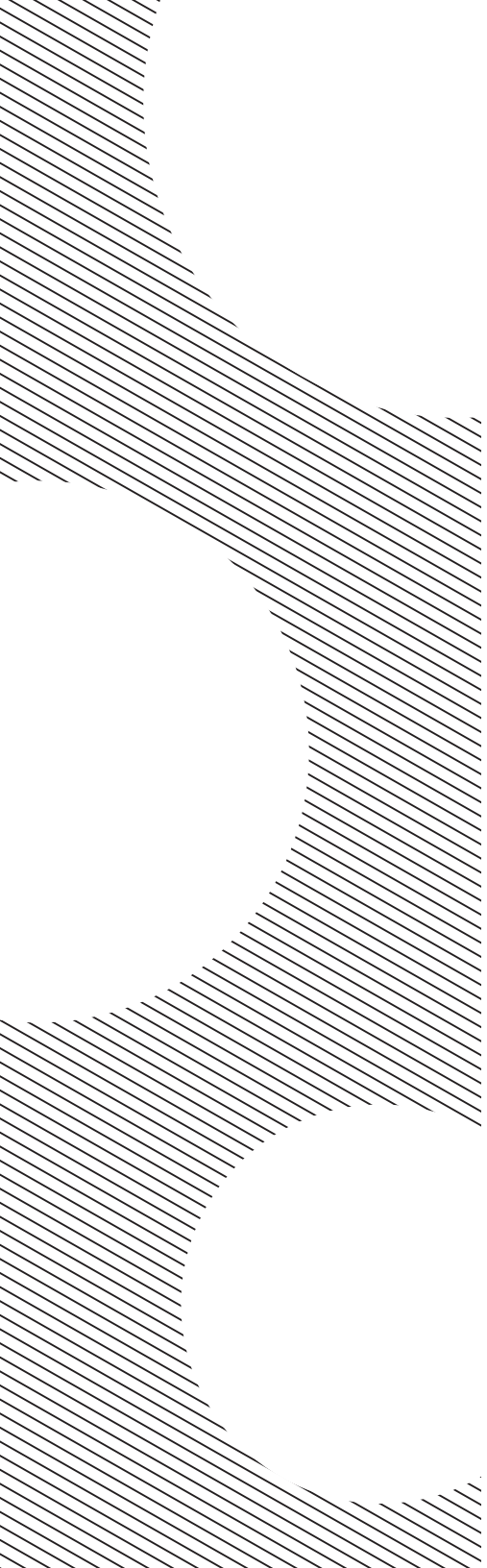
La Fundación Mexicana para la Salud agradece a todos los participantes de esta iniciativa sus valiosas aportaciones y estamos convencidos de que a través del trabajo conjunto lograremos mejorar la salud de los mexicanos.



**LIC. PABLO
ESCANDÓN CUSSI**
Presidente del Consejo Directivo
Periodo 2014 - 2018



ING. ERIC HÁGSATER
Presidente del Consejo Directivo
Periodo 2019 - 2021



INTRODUCCIÓN

Hace 75 años se crearon dos grandes instituciones del Estado mexicano, la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, los dos pilares del Sistema Nacional de Salud que otorgan atención y cobertura médica a más de un millón de mexicanos al día. Desde su origen, este sistema se encuentra fragmentado y segmentado, provocando problemas serios de coordinación, competitividad, presupuesto y duplicación de servicios, con resultados variables en calidad y extensión.

Adicionalmente la transición demográfica y epidemiológica por la que transita nuestro país, plantea nuevos retos en materia de salud entre los que destacan el acceso a la atención médica y medicamentos y el uso de nuevas tecnologías y dispositivos médicos.

En el mundo industrializado, el esquema de atención médica está transformándose de un patrón curativo hacia un modelo preventivo que se conoce como el modelo de las 4P's y consiste en una medicina más predictiva, preventiva, personalizada y participativa.

Para encontrar respuestas a estos nuevos paradigmas en el cuidado de la salud, la Fundación Mexicana para la Salud y la Facultad de Medicina de la UNAM crearon la iniciativa #HablemosDeSalud. Este esfuerzo se basa en la participación de todos los actores sociales en torno a la salud, con el objetivo de generar propuestas que permitan afrontar satisfactoriamente los retos que México enfrenta en materia de salud.

Para ello, a finales de 2018 se publicó una convocatoria abierta a todos los sectores incluidas universidades, centros de investigación, instituciones de salud del sector público, hospitales, organizaciones de pacientes y el sector privado.

Se recibieron un total de 102 propuestas que se clasificaron en diez categorías: (1) *Salud visual: retos y fracasos*; (2) *Participaciones público privadas ¿Sí? ¿Cómo?*; (3) *Envejecimiento saludable*; (4) *Pasos hacia un sistema de salud unificado*; (5) *La salud materna en México*; (6) *Propuestas para el fortalecimiento de la atención primaria*; (7) *Presente y futuro de las tecnologías de la información en la salud*; (8) *Programas de nutrición: éxitos y fracasos*; (9) *Asegurando la vacunación en México*; y (10) *La salud mental: una prioridad para México*. Se integró un grupo de 29 expertos y líderes de opinión en cada categoría quienes evaluaron las propuestas en función de su pertinencia y viabilidad en el sistema de salud de México.

Bajo el formato de un foro de discusión realizado del 18 al 21 de febrero de 2019 en el Auditorio Dr. Alberto Guevara Rojas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM en el campus de Ciudad Universitaria, se presentaron las propuestas seleccionadas ante actores de la nueva administración, tomadores de decisiones del sector salud e integrantes de la comunidad académica y científica. El presente cuaderno, reúne las propuestas expuestas durante el foro #HablemosDeSalud, así como los aspectos más importantes derivados de su análisis y discusión.

**LIC. HÉCTOR
VALLE MESTO**

Presidente Ejecutivo, Fundación
Mexicana para la Salud

**DR. GERMÁN
FAJARDO DOLCI**

Director de la Facultad
de Medicina de la UNAM

Semblanza de los moderadores

#HablemosDeSalud | 2019



DR. CARLOS D'HYVER DE LAS DESES DE JUILLAC Y WIECHERS

Es médico cirujano egresado de la Universidad La Salle. Realizó las especialidades en Geriátría en la Facultad de Medicina y Gerontología en la Facultad de Ciencias Sociales y de Políticas en Grenoble, Francia. Cuenta con la certificación del Consejo Mexicano de Geriátría 2017-2022.

Recibió la distinción doctor Honoris Causa por el Claustro Doctoral Iberoamericano. Forma parte del Patronato de Techo, Educación y Ayuda A.C. Casa Mater y de Fundación Purina. Es miembro del Seminario de Medicina y Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.

En el ámbito académico se desempeñó como profesor titular de pregrado en la Facultad de Medicina de la Universidad La Salle y de posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Además, estuvo al frente de la jefatura del departamento de geriatría de la facultad de medicina de la misma universidad. Es médico coordinador de Geriátría del Hospital ABC.

Entre sus publicaciones destacan 3 libros de geriatría. Es autor de 30 artículos médicos en revistas nacionales e internacionales y de 16 capítulos en diferentes libros de la especialidad de geriatría. Ha dictado 226 conferencias en diferentes foros nacionales e internacionales.



DR. JOSÉ ALBERTO ÁVILA FUNES

Se desempeña como jefe del Servicio de Geriátría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Es egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México como médico cirujano. Tiene la especialidad en medicina interna y geriatría por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Obtuvo la maestría en Ciencias con mención en Geriátría por la Universidad de Sherbrooke (Canadá) y el doctorado en Ciencias con especialidad en Epidemiología y Salud Pública por la Universidad de Bordeaux, Francia.

Es profesor de Geriátría en Pregrado y Posgrado, y su línea de investigación es la fragilidad del adulto mayor y el deterioro de la función cognitiva. Pertenecer a distintas sociedades médicas, incluyendo la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor, el Colegio Nacional de Medicina Geriátrica, y es miembro numerario de la Academia Nacional de Medicina de México.

Ha sido autor y coautor en capítulos de distintos libros especializados y artículos de investigación originales publicados en las revistas de geriatría y gerontología. Pertenecer al Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud, así como al Sistema Nacional de Investigadores.



DR. ARTURO ÁVILA ÁVILA

Es Director de Enseñanza y Divulgación del Instituto Nacional de Geriátría. Estudió medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Cuenta con la especialidad en Medicina Interna por la misma universidad y en el Hospital Regional A “Adolfo López Mateos” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Cursó la subespecialidad en Geriátría en la UNAM y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, y la alta especialidad en Cardiología Geriátrica en la UNAM y en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.

ATENCIÓN PRIMARIA Y ENVEJECIMIENTO: PRIORIDAD DEL SISTEMA DE SALUD

La atención primaria mantiene un vínculo constante entre la sociedad y el sistema de salud. Es el primer contacto entre usuario y servicios. Este hecho motiva a que la atención primaria sea altamente sensible a la identificación de las necesidades sociales en salud, para identificar y evaluar el impacto de su quehacer.

Los avances de la atención primaria, se relacionan con liderazgo y rendición de cuentas, cobertura de servicios, disponibilidad y competencia de los recursos humanos, a través de capacitación y la educación continua, que son el fomento de la participación familiar y de la comunidad. Favorecer la equidad y promover un enfoque hacia el ámbito local, ya sea municipal o distrital, es un trabajo que se busca alcanzar.

La segmentación del sistema nacional de salud, el crecimiento exponencial en costos y la tecnología con gastos centrados en atención especializada, deficiente calidad de atención y patrones

complejos de necesidades de salud, dificultan el desarrollo de la atención primaria como verdadero pilar del sistema de salud.

El escenario de salud de la población mexicana, está dominado por una carga de enfermedades crónicas, riesgos ambientales, hábitos que afectan la salud combinado con procesos infecciosos emergentes, retos en salud materna e infantil, entre otros, hacen impostergable la puesta en marcha de un sólido sistema de atención primaria.

De entre los múltiples retos que debe enfrentar la atención primaria, se encuentran el envejecimiento que se traduce en una necesidad creciente de programas y servicios sociales. México transita aceleradamente por cambios demográficos cuyas consecuencias sociales, económicas y en salud representan múltiples desafíos como atender las necesidades presentes y futuras de una población envejecida pero con miras a tener una vejez saludable.

El Instituto Nacional de Geriátrica reportó que sólo 4 de cada 10 hombres y 3 de cada 10 mujeres mayores de 60 años, consideran que tienen una buena salud. Existe inequidad en el acceso a servicios de salud y protección financiera; la cobertura es desigual y la población afiliada al Seguro Popular sólo tiene cobertura para ciertas intervenciones, la mayor parte de las personas mayores son dependientes económicos, y existe una carencia de servicios de atención primaria.

Esta propuesta se centra en intervenciones esenciales como parte de una política nacional de envejecimiento saludable que debe generar estrategias para el fomento de un cambio en todos los niveles, y no solamente en el sistema de salud. Cambiar el pensamiento social y la percepción del envejecimiento y la vejez.

La inversión en políticas públicas debe orientarse a una vida digna para los adultos mayores como una prioridad y adecuar el sistema de salud para enfrentar y resolver las necesidades de los ancianos. Las intervenciones en los centros de atención médica primaria, son esenciales y deben considerar la salud

física multimorbilidad, capacidad intrínseca para síndromes geriátricos; estrategias de promoción de envejecimiento saludable, mediaciones para abatir el sedentarismo con ejercicio multimodal, educación en nutrición con ingesta de proteína y micronutrientes.

La capacitación y educación para una efectiva atención de la multimorbilidad, para abatir la discriminación por edad entre el personal de salud, provisión de auxiliares visuales y auditivos, programas de manejo de incontinencia urinaria, capacitación al personal en la detección y retiro de medicamentos innecesarios, vigilancia de salud oral y programas de rehabilitación oral, son acciones requeridas para el efectivo cuidado a los adultos mayores.

En cuanto al bienestar social, se contemplan intervenciones multifactoriales para abatir los riesgos e incidencias de caídas, programas de cuidados paliativos integrales para una muerte digna en el sitio de elección de la persona mayor. En salud mental, la atención de depresión y demencia. Detección de la depresión de leve a moderada por medio de tratamiento oportuno y atención del riesgo de suicidio para el envío al nivel apropiado de atención. Atención de la queja cognitiva oportuna e intervenciones psicológicas estructuradas para el abandono de fármacos.

Este conjunto de intervenciones parte de una perspectiva de atención primaria que dé continuidad a la integración de la prevención con la enfermedad, apoyo y soporte al auto cuidado, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y contribución al desarrollo comunitario.

En la interacción con otros sectores, se buscará proveer, fortalecer e impulsar el bienestar y la independencia, asegurar que el cuidado recibido por los centros de atención primaria, sea centrado en la persona, preservar la libre elección para que los ancianos mantengan control sobre las decisiones clínicas, tanto de vida como de muerte y otorgar asistencia y apoyo a los cuidadores informales.

El Sistema de Salud en México se encuentra frente a uno de los retos más importantes de las últimas décadas: el envejecimiento de la población. Pero no se está respondiendo a las necesidades de los ancianos. Un número importante de la población requerirá de un acceso efectivo de atención a la salud de calidad en el tiempo y lugar que requieran. En este panorama, la alternativa costo efectiva, se centra en un sistema de atención primaria universal. El enfoque de los últimos años, debe girar a un modelo de atención primaria, que se constituya en un verdadero pilar del sistema de salud.

REFERENCIAS

1. De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte I, Billings M. Primary health care as strategy for achieving equitable care. A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. The Health Systems Knowledge Network Network. Ghent: University of Ghent, 2007.
2. Kringos SD, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. *Health Affairs* 2013; 32(4):686-694 doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242
3. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60:201-218.
4. Editorial: "A renaissance in primary care". *The Lancet*; 2008;372:863
5. Reeves, D, Pye, S, Ashcroft, DM et al. The challenge of ageing populations and patient frailty: can primary care adapt? *BMJ* 2018;362 (8165):234-236.
6. Rivera J, Pérez Cuevas R, Reyes H, Lazcano E, Alpuche C, Shamah T, Barquera S y cols. *Salud Pública y Atención Primaria, Base del Acceso Efectivo a la Salud de los Mexicanos*. Instituto Nacional de Salud Pública, México 2018.



DRA. CARMEN GARCÍA PEÑA

Directora de Investigación del Instituto Nacional de Geriátría. Se graduó como médico en la Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM). Estudió la maestría en la misma universidad y la especialidad en medicina familiar. Obtuvo el doctorado en salud pública en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. También es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel III. Ha publicado más de 100 trabajos de investigación en revistas nacionales e internacionales, 36 capítulos de libros y es editora de 11 libros.

Forma parte de la Academia Nacional de Medicina, es miembro internacional de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos, así como vocal del Comité Normativo de Consejos de Especialidad Médica.

Su labor profesional la desarrolló en el Instituto Mexicano del Seguro Social ocupando cargos como Jefa de la División de Evaluación y Uso de Resultados de Investigación de la Coordinación Nacional de Investigación, Coordinadora de Atención Médica y Jefa de la Unidad Nacional de Atención Médica en la Dirección de Prestaciones Médicas, y Jefa de la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud en el área de Envejecimiento.



INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

La razón de ser del Instituto Nacional de Geriátría, reside en dar respuesta al proceso de envejecimiento poblacional que sin duda, es uno de los mayores desafíos que hoy enfrenta la humanidad. Ello implica, el diseño interdisciplinario de respuestas óptimas en el ámbito de atención de la salud, desde la prevención hasta rehabilitación y alivio, así como de la promoción de estilos de vida saludables.

La misión del instituto consiste en promover el envejecimiento activo y saludable de la población mediante la producción de nuevos conocimientos, su aplicación y difusión; el desarrollo de recursos humanos especializados y el impulso al progreso, de servicios de calidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Busca ser la instancia líder en investigación y enseñanza del envejecimiento saludable, que impacte favorablemente en la salud y calidad de vida de la población con reconocimiento nacional e internacional.

Discusión

“Atención primaria y envejecimiento: prioridad del Sistema de Salud”

La categoría de “Envejecimiento Saludable”, estuvo moderada por los doctores Carlos D'Hyver De Las Deses, Arturo Ávila Ávila y José Alberto Ávila Funes, quienes analizaron los 3 proyectos presentados. La primera iniciativa correspondió a “La atención primaria como prioridad para la atención del envejecimiento” de la doctora María del Carmen García, del Instituto Nacional de Geriatria.

Su propuesta busca la integración de los servicios de atención primaria en el sistema de salud para que se enfrente de manera cabal y sistemática, el reto que representa el envejecimiento en el país.

Las herramientas consideradas para el desarrollo de este proyecto, son estrategias relacionadas con la posibilidad de desarrollar un sistema de atención primaria universal. Una de esas tácticas consiste en ampliar la cobertura, ya que se necesita fortalecer la red de centros o unidades de atención primaria en el país. Por otro lado, la Dra. Del Carmen García, comentó que también se requiere ampliar la disponibilidad de recursos humanos, así como actualización.

La titular de la propuesta, señaló que México cuenta con un gran número de médicos generales que deben ser dirigidos para desarrollar sus capacidades. Su incorporación debe contar ya con una capacitación para la atención del envejecimiento. Se requiere también incorporar a las familias y la comunidad, una integración local para que municipios y comunidades, determinen sus propias necesidades. Se contempla un trabajo de liderazgo y de rendición de cuentas, todo esto representa la búsqueda de una mejora en la calidad de la atención.

Se informó sobre la importancia que ha tenido la atención primaria a partir de la Declaración de Alma-Ata en 1978, en la cual se consideró como un pilar fundamental para sistemas de salud en el mundo. Y aunque no se ha concretado

plenamente, se sigue trabajando por un sistema de atención primaria sólido en México que brinde atención a un sector de la población con envejecimiento.

La innovación de la propuesta, radica en instalar un sistema que responda a las necesidades de la población. Los retos del país, requieren estrategias que enfrenten una transición epidemiológica caracterizada por enfermedades crónicas, desafíos ambientales, enfermedades infecciosas emergentes, y por supuesto, con una población envejecida de manera cada vez más importante.

Así que la propuesta, dijo la doctora Carmen García, pretende establecer un conjunto de intervenciones esenciales que puedan ubicarse en la atención primaria para atender las secuelas del envejecimiento. El sistema de salud en México, se debe preparar para enfrentar uno de los desafíos más importantes de las últimas décadas, el envejecimiento de su población.

La titular de este proyecto María del Carmen García, señaló que la operación actual del sistema de salud en México no está respondiendo adecuadamente a las necesidades requeridas por su población. *“Es un hecho que una gran parte de la población anciana va a enfrentar su vejez de manera independiente, autónoma y probablemente con buena calidad de vida, pero hay un porcentaje de población anciana, que requerirá que el sistema responda a sus necesidades para mejorar su calidad de vida”,* y por ello, que se busca disminuir la dependencia que pudieran tener a las instituciones de salud, aclaró.

De modo que, un sistema de atención primaria universal, es la respuesta más costo-efectiva que puede tener el gobierno. Por supuesto, no se descarta que también se requiera una atención hospitalaria adecuada, sin embargo es indispensable contar con un sistema de

atención primaria, integral y efectiva. De esta manera finalizó, ante los moderadores, el desarrollo de su exposición María del Carmen García, del Instituto Nacional de Geriatria.

En el análisis de la iniciativa *“La atención primaria como prioridad para la atención del envejecimiento”* los doctores Carlos D'Hyver De Las Deses, Arturo Ávila Ávila y José Alberto Ávila Funes, realizaron algunas observaciones enfocadas en la práctica clínica del día a día de pacientes adultos mayores, *“que más allá de ellos, está su familia, su entorno, sus trabajos, y muchas veces esto no se considera, pero es adverso a estos pacientes”,* dijo el Dr. Ávila Funes, por ello agregó, la atención primaria se convierte en un área importante para ayudarlos en todo este contexto.

Destacaron las directrices que se establecieron en el gobierno actual, durante el foro de la Academia Nacional de Medicina y la Secretaría de Salud, en donde se delineó una política de salud que va directo a la atención. En esta nueva gestión, las instituciones de salud tendrán que reacomodarse con esta visión. Una práctica clínica enfocada a la atención primaria con cobertura que tendría que ser gratuita, equitativa, de calidad y con eficiencia, complementó la propuesta de la participante, el moderador Arturo Ávila Ávila.

Se agregó que la inversión en atención primaria en el rubro específico de educación y capacitación de los equipos multidisciplinarios, tiene un impacto positivo en las personas mayores. Tener un enfoque salutogénico de la atención primaria, es benéfico para las personas de edad avanzada, se anunció en este foro de análisis *“#Hablemos DeSalud”*.

Asimismo, la titular de la iniciativa Carmen García, señaló que no solamente se tiene que enfocar la atención primaria como sinónimo de medicina preventiva o promoción de envejecimiento saludable, sino que *“se debe visualizar con capacidad resolutive propia y atención a la enfermedad y al daño”,* dijo. Por lo que, el trabajo con recursos humanos se vuelve fundamental, por lo mismo se podrían aprovechar los ya existentes, y citó un ejemplo: *“tal como sucede con un modelo de*

atención primaria, que se da en España que me parece muy adecuado”.

Si la política de Estado está enfocada en la atención primaria, se tendrán muchas oportunidades de éxito en términos de poder contar con un sistema de atención primaria universal, en donde el envejecimiento es una de las prioridades en la atención y el servicio de salud.

La representante del INGER, agregó que para hablar de un sistema de atención primaria universal con ampliación de cobertura, se tiene que partir de un trabajo de crecimiento de la infraestructura, aprovechar los recursos humanos existentes, trabajar por la equidad y efectividad del sistema, mejorar los estándares de calidad de la atención y aumentar la capacidad resolutive, explicó en respuesta al cuestionamiento del Dr. José Alberto Ávila Funes, sobre cómo contemplar las estrategias de implementación en su proyecto.

Durante su intervención, el Dr. Carlos D'hyver De Las Deses, mencionó que el envejecimiento representa un reto en todos los aspectos para el país. Exhortó a visualizar, lo que se está llamando “envejecimiento saludable” y afirmó que, *“entender todas las cuestiones no solamente médicas, sino la capacidad intrínseca de la persona con la capacidad extrínseca que exista en el lugar. De tal manera que todos los servicios sociales, de atención médica, educativos, todo lo que es el bienestar social, se conjugue para que se logre un envejecimiento saludable”,* finalizó con el debate, el Dr. Carlos D'hyver.

#ENVEJESINCAÍDAS

En México las caídas son la primera causa de muerte por lesiones o accidentes en mujeres y hombres de 70 y más años de edad. En los últimos 25 años la incidencia anual de caídas en ese grupo etario casi se ha triplicado. Se estima que poco más de la mitad de todas las muertes por caídas que ocurren en México, corresponden a personas de 70 y más años de edad. Las caídas son también la primera causa de años vividos con discapacidad por lesiones o accidentes en personas mayores.

Estos accidentes, afectan más a las mujeres que a los hombres. La incidencia anual es casi 80% mayor en ancianas que ancianos; y en relación a discapacidad, es casi 40% mayor en mujeres que en hombres. Sin embargo, respecto a mortalidad por caídas en la vejez, es aproximadamente 40% mayor en hombres que en mujeres. Por otro lado, la carga de morbilidad asociada a caídas en personas mayores tiene diferencias en las distintas entidades federativas del país, por lo cual las intervenciones podrían realizarse de manera progresiva, iniciando por los territorios más afectados.

En México se estima que hay 13.44 millones de habitantes de 60 y más años que representan el 10.8% de la población nacional, desde 2011 en el país habitan más personas mayores que niños menores de 5 años. Se proyecta que en 2033 el índice de envejecimiento superará el valor de 100, lo cual significa que

habrán más personas de 60 años y más, que adolescentes de 15 años y menos, este cambio demográfico tiene profundas implicaciones para el sistema económico, financiero, educativo, laboral, pensionario, productivo, social y de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define las caídas por acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo u otra superficie firme que lo detiene y ocurren frecuentemente, generan discapacidad y producen más muertes en la vejez que en otras etapas de la vida. Desde el punto de vista geográfico existen diferencias en la incidencia, la discapacidad y mortalidad de caídas en personas mayores por entidades federativas y género.

Para disminuir la incidencia de caídas lesivas en personas mayores en riesgo por fragilidad y promoción del autocuidado en adultos sin fragilidad se podrían adaptar e implementar progresivamente a la práctica clínica rutinaria en el ámbito de la atención primaria de la salud, acciones de prevención de caídas con la promoción del autocuidado en personas mayores y a mejorar atributos de la capacidad física como la fuerza y potencia muscular, el equilibrio y la resistencia cardiopulmonar.

Además se pretende reducir la carga de discapacidad, hospitalizaciones evitables y muertes prematuras asociadas a las caídas. Contener los costos de los servicios de salud empleados en el manejo de las complicaciones relacionadas con las caídas como son las lesiones graves, la discapacidad y la dependencia de cuidados.

El plan de trabajo de esta propuesta se centra en elegir a las unidades de salud para la implementación de las acciones preventivas de caídas lesivas en personas mayores bajo criterios de elegibilidad por tasas de incidencia, discapacidad y mortalidad por caídas en la vejez en entidades federativas. Determinar la capacidad instalada en unidades de salud de acuerdo a su personal de salud (medicina, enfermería, trabajo social, terapia física, nutriología, etc.), necesidades de capacitación y grado de preparación para adoptar cambios en la práctica clínica.

Planificar las estrategias #EnvejeSinCaídas para desarrollar las capacidades humanas y de infraestructura para iniciar la implementación piloto de un programa de prevención de caídas lesivas en personas mayores de acuerdo al contexto. Análisis económico que determine costo-efectividad y costo-beneficio, en comparación con la atención habitual respecto a las caídas en personas mayores y costos evitables por la atención de las lesiones graves asociadas y sus complicaciones.

Determinar las barreras y los facilitadores de la implementación y diseminación del programa #EnvejeSinCaídas a través del uso de métodos cualitativos de investigación y participación del personal de los niveles estratégico, táctico y operativo encargado del programa, además de las adaptaciones contextuales realizadas durante su implementación. Diseñar el plan de escalamiento y los mecanismos que garanticen la sostenibilidad del programa #EnvejeSinCaídas a nivel nacional.

La propuesta está dirigida a las personas mayores con o sin fragilidad, sus familiares o cuidadores primarios, al personal de salud dentro de las unidades de atención, el cual incorporará acciones específicas de atención en salud de personas mayores.

Los beneficiarios indirectos, irían hacia los servicios de salud que obtendrán información a través de la vigilancia en servicios sanitarios para las personas mayores, el paulatino desahogo de los servicios de salud que atienden las causas básicas y complicaciones de las caídas, así como la reducción de costos monetarios y de calidad de vida.

Las localidades a las que pertenecen las personas mayores, los cuales podrán reconocer sus aportaciones valiosas a la sociedad y considerarlas parte activa de la comunidad. Criterios de elegibilidad para participar en el programa #EnvejeSinCaídas con personas mayores en riesgo de caídas lesivas, es decir aquellas personas que de acuerdo a la evaluación de su estado de salud tengan pre-fragilidad, fragilidad o multimorbilidad crónica.

REFERENCIAS

1. Clemson L, Mackenzie L, Roberts C, et ál. *Integrated solutions for sustainable fall prevention in primary care, the iSOLVE project: a type 2 hybrid effectiveness implementation design*. Implement Sci. 2017 Feb 7;12(1):12. Available from: <https://goo.gl/eQSMCh>
2. Araujo de Carvalho I, et ál. *Organizing integrated health-care services to meet older people's needs*. Bull World Health Organ. 2017 Nov 1;95(11):756. Available from: <https://goo.gl/TmMkU4>
3. Frank JC, et ál. *Preparing the workforce for healthy aging programs: the Skills for Healthy Aging Resources and Programs (SHARP) model*. Health Educ Behav. 2014 Oct;41(1 Suppl):19S. PMID: 25274707 .
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. *GBD Compare*. University of Washington. United States. 2017. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> (Accessed [Nov 15, 2018]).
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos. 2015. Recuperado de: <https://goo.gl/3UXPwk>
6. Zgibor JC, et ál. *Partnership building and implementation of an integrated healthy-aging program*. Prog Community Health Partnersh. 2016 Spring;10(1):123. Available from: <https://goo.gl/xamtaL>



DR. EDUARDO SOSA TINOCO

Estudió la maestría en Salud Pública y Envejecimiento en la Escuela de Salud Pública de México y el Instituto Nacional de Salud Pública. Tiene la especialidad en Geriátría y en Medicina Interna por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Realizó un diplomado en Farmacología Clínica y en Docencia y es técnico en Laboratorio Clínico.

Adscrito a la Subdirección de Formación Académica del Instituto Nacional de Geriátría, se ha desempeñado como formador en Competencias de la Entidad de Certificación y Evaluación de Competencias ECE313-17 en el Instituto Nacional de Geriátría. Estuvo al frente del departamento de Desarrollo de Recursos Humanos Especializados del Instituto Nacional de Geriátría y como capacitador y evaluador de competencias, certificado por el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales del Sistema Nacional de Competencias.

Miembro del Colegio Nacional de Medicina Geriátrica, del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Geriátría, de la Academia Nacional de Educación Médica, de la Asociación de Médicos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor, del American College of Physicians, de la American Geriatrics Society y de la International Association of Medical Science Educators, entre otras agrupaciones.

Discusión

“#EnvejeSinCaídas”

La segunda presentación, la encabezó la iniciativa “#EnvejeSinCaídas” de Eduardo Sosa Tinoco, del Instituto Nacional de Geriátría, quien explicó que su propuesta está dirigida a reducir las caídas, que son un problema de salud pública en el país, debido a que representan la primera causa de muerte y discapacidad de personas de 70 años y más en México.

El proyecto tiene que ver con la implementación de intervenciones para reducir estas caídas, y para ello, es necesario capacitar al personal de salud, evaluar a las personas mayores para determinar quiénes tienen riesgo de presentar estas lesiones e implementar las medidas para contrarrestar estos riesgos, dijo el Dr. Sosa Tinoco.

“#EnvejeSinCaídas” implica la utilización de metodologías y conceptos que permitan garantizar su efectividad. Para ello, se propone aprovechar la información que se genera en el Proyecto de Carga Mundial de Morbilidad, en el cual México forma parte desde hace más de 20 años. A partir de esta plataforma, podemos saber y estimar qué entidades federativas, qué poblaciones, qué grupos de edad presentan mayor problemática de caídas, en este caso y se podrá priorizar en qué lugares y con qué poblaciones se empezará a utilizar la intervención.

Por otro lado, se incluye la utilización de conceptos y métodos de ciencias de la implementación, que es un campo relativamente nuevo y ha cobrado auge, porque se utilizan las herramientas y los conocimientos de distintas disciplinas para lograr la implementación de intervenciones efectivas.

Los resultados que se esperan de la propuesta de “#EnvejeSinCaídas” consisten en reducir las caídas en personas mayores, tanto en frecuencia como en número, y de esta manera contribuir a disminuir la discapacidad, mejorar la calidad de vida y, por lo tanto, a fomentar un envejecimiento saludable en la población, finalizó su exposición el especialista en geriatría Sosa Tinoco.

Enseguida, el doctor Arturo Ávila Funes, realizó una reflexión sobre la problemática del envejecimiento: *“estamos conscientes de los síndromes geriátricos, estos grandes problemas que afectan a la población de personas adultas mayores, y sin lugar a dudas, las caídas tienen un lugar destacado en ellas”*. En este sentido, dijo que en cómo se lleve a cabo la implementación para disminuir la frecuencia y número de caídas, será la manera en que se encuentre la solución.

“Qué mensaje hay que darle a la autoridad de salud o cómo empezar a detonar esta intervención con los recursos que disponemos”, fue el cuestionamiento del Dr. Ávila Funes para el geriatra Eduardo Sosa Tinoco, quien argumentó que el primer paso es reconocer a las caídas como un serio problema de salud pública, *“son la primer causa de discapacidad y muertes por lesiones y accidentes en personas de más de 70 años”*, y con información del proyecto de carga mundial de morbilidad y métodos, es posible optimizar los recursos limitados que tiene el sistema de salud, respondió el geriatra Sosa Tinoco.

El especialista en envejecimiento, agregó además que se debe contemplar un enfoque de atención primaria, ya que la idea, dijo, es capacitar a este personal de salud en competencias para atender las caídas, identificar riesgos, pero también hacer intervenciones básicas que permitan la reducción de las mismas. Medir los costos en implementación para contar con información de costo-beneficio que permita replicar el programa a más entidades y unidades de salud, basándose en su efectividad y eficiencia.

Durante su participación, el Dr. José Alberto Ávila Funes, mencionó que particularmente ésta prevención, es parte de las metas internacionales de la calidad de atención del paciente desde hace ya un tiempo, y aunque reconoció que no en todas las instituciones se

aplica, destacó que particularmente en los institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad, podrían revisarse para dar el aval a la atención de calidad de los enfermos, pues al observarse estas medidas específicamente dirigidas para la prevención de este problema de salud, se beneficiaría a toda la población geriátrica.

“Estoy hablando a nivel hospitalario, por supuesto, habrá que ver también qué estrategias podrían establecerse en primer nivel de atención o comunidad, particularmente en donde suele suceder la mayoría de estos eventos”, comentó el especialista en medicina interna, el geriatra Ávila Funes.

Por su parte, el Dr. Arturo Ávila Ávila, en resumen del tema, señaló la importancia de la visibilidad que debe tener en cobertura sanitaria, *“no como atención de lesión, sino como prevención de caídas propiamente, y como un problema de salud pública con las consecuencias de discapacidad, dolor crónico, muerte prematura e incremento de costos hospitalarios”*.

La magnitud de las consecuencias que traen las caídas en personas mayores como las fracturas, traumatismos craneo-encefálicos, dolor crónico, discapacidad, dependencia de cuidados, entre otras, deberían considerarse como un problema de salud pública, y de gran importancia por el incremento de costos en la atención que estas caídas representan, por ello los moderadores, enfatizaron en la atención del tema como un problema de salud pública, con amplias opciones de prevención y reducción de costos.

En relación a esta falta de visibilidad, el participante Sosa Tinoco, agregó que *“probablemente no se contemple como un problema de salud pública porque en el contexto de los ancianos, una caída aunque pueda considerarse un acontecimiento muy simple, detrás de ésta hay muchas circunstancias que aumentan el riesgo”*, y añadió que *“si se visualiza con las implicaciones que tiene, quedaría más clara la relevancia del por qué hacer una intervención sanitaria para prevenirlas”*.

Al respecto, durante su intervención el Dr. Carlos D'hyver De Las Deses, introdujo el concepto de

fragilidad y señaló que cuando el término *“se comprenda y se ponga en acción y lo detectemos estaremos avanzando: no tiene la misma capacidad, ya se siente cansado, no tiene la misma fuerza, no está bien nutrido, identificar los distintos tipos de fragilidad, sería el primer paso para comprender el tema, además de que la mitad de las personas en edad avanzada se encuentran en esta condición”*. Lo que significa que están en riesgo de padecer entre otras cosas, alguna caída.

Para finalizar, el Dr. D'hyver De Las Deses, sugirió al participante, Sosa Tinoco incluir una lista que defina las tipologías que identifiquen las circunstancias de fragilidad, la promoción de ejercicios, intervenciones y trabajo de equipo multidisciplinario con competencias ya adquiridas para complementar el proyecto.

ATENCIÓN DE LA FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR

“Modelo de Atención Sanitaria para los Adultos Mayores Basado en la Evaluación Automatizada de la Fragilidad”

Tanto en nuestro país como en otras naciones, el envejecimiento poblacional ha llevado a la búsqueda de soluciones que se adapten al contexto y momentos que se viven en cada región. En particular, nuestro país presenta un envejecimiento acelerado de su población, lo que está dando lugar a una demanda de información y estrategias que cubran las necesidades sociales y sanitarias de este grupo poblacional, en un periodo muy corto de tiempo.

Además de padecer enfermedades crónicas y ser el grupo poblacional que más utiliza servicios de salud, los adultos mayores padecen condiciones específicas asociadas con la edad. Se han descrito entre estas condiciones a los síndromes geriátricos (caídas, desnutrición, incontinencias, síntomas depresivos, entre otros), deterioro cognoscitivo y de la fragilidad.

La convergencia de las condiciones geriátricas y enfermedades crónicas, llevan al adulto mayor a tener una mayor frecuencia

de discapacidad y dependencia, que se traduce en un incremento en los requerimientos de atención y a su vez, en el riesgo de padecer abandono, maltrato, negligencia, entre otras condiciones sociales y sanitarias. De tal suerte que la prevención de la presentación de estos problemas globales de salud, permiten diferir el tiempo que una persona vivirá con discapacidad/dependencia, y optimizar los años que se vivan con un envejecimiento saludable.

El índice de fragilidad se integra bajo la premisa de que es intrínseca a los seres humanos, y se acumula a manera de déficits a lo largo del curso de vida. Lo anterior permite tener un rango muy amplio de este índice, que va desde aquellas personas con un envejecimiento exitoso hasta aquellos adultos mayores dependientes o en estado terminal. Las ventajas que tiene la utilización de este índice, es la posibilidad de derivar en intervenciones específicas y de acuerdo a la categoría de fragilidad de cada persona.

Se pretende integrar un modelo de atención para el adulto mayor, desde los recursos disponibles en la actualidad con los distintos sistemas de salud en el país, y con base en la evaluación automatizada del índice de fragilidad e implementación de intervenciones.

La siguiente propuesta busca optimizar el cuidado de los adultos mayores en el primer nivel de atención, que no implique mayor carga de trabajo para el médico. La meta es que sea una herramienta automatizada. Se describe en los siguientes apartados; clasificación y categorización de los adultos mayores; intervenciones y seguimiento; articulación con la investigación como plan de mejora continua; indicadores y vínculo con el sector privado.

La clasificación y categorización será a partir del índice de fragilidad que se pueda obtener de la información de la “Consulta Segura” del Seguro Popular (o su equivalente si desaparece), y se realizará en 5 categorías; saludable, en riesgo, discapacitado (cualquier severidad), dependiente y terminal. La información

requerida para la integración del índice, será validada en estudios previos del Instituto Nacional de Geriátría y se homologaría en todos los sistemas con la misma información de donde se deriven tanto las intervenciones como el seguimiento y los indicadores de atención.

En la intervención y seguimiento, se analizará cualitativamente a cada individuo con el fin de implementar intervenciones y movilizar los recursos sociales y sanitarios disponibles, para evitar el paso hacia un empeoramiento del estado de salud global.

Las intervenciones serán transversales y derivadas de las distintas Guías de Práctica Clínica, así como de la información que generan los distintos institutos nacionales de salud, en particular, la generada por el Instituto Nacional de Geriátría. Las intervenciones cambiarán de intensidad y tendrán características específicas para cada uno de los grupos.

Estarán divididas en actividad física, nutrición, inmunizaciones, comportamientos saludables, movilización de redes sociales, optimización de la terapia y educación en salud. En el caso del seguimiento, éste dependerá del tipo de clasificación del adulto mayor que puede ser de requerimientos de mayor a menor demanda de atención en cuidados.

La investigación se articulará como plan de mejora por medio de los comités de ética. La información derivada del índice de fragilidad se utilizará para las intervenciones en la mejora del mismo sistema y continuar con el conocimiento alrededor del tema de los adultos mayores y su fragilidad.

A partir del mismo índice de fragilidad se pueden derivar los indicadores de atención. Estos serán tasas de progresión entre las categorías y frecuencias de uso de las intervenciones propuestas. De esta manera el mismo índice permitirá dar seguimiento al modelo y evaluar su eficacia.

Establecer vínculo con el sector privado, dada la magnitud del problema, la solución será más efectiva entre más actores estén integrados. La iniciativa privada se podrá vincular con

este modelo en distintos momentos. En el caso de las intervenciones, se podrá saber qué servicios son los que faltan en ciertas regiones del país, y promover acciones y estímulos gubernamentales para que los sistemas de atención privada se canalicen hacia esos sectores, con probables subsidios por parte del gobierno.

Se pretende establecer un modelo de atención basado en la evaluación e intervención de la fragilidad, que sea automatizado y permita la optimización del cuidado de los adultos mayores en México para proveer de una solución útil a un problema creciente en términos de salud en nuestro país.

REFERENCIAS

1. Gutierrez-Robledo, L.M., *Looking at the future of geriatric care in developing countries*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2002. 57(3): p. M162-7.
2. Tinetti, M.E. and T. Fried, *The end of the disease era*. Am J Med, 2004. 116(3): p. 179-85.
3. Beard, J.R., et al., *The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing*. Lancet, 2016. 387(10033): p. 2145-2154.
4. Palloni, A. and M. McEniry, *Aging and health status of elderly in Latin America and the Caribbean: preliminary findings*. J Cross Cult Gerontol, 2007. 22(3): p. 263-85.
5. Mendenhall, E., et al., *Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations*. Lancet, 2017. 389(10072): p. 951-963.
6. Fried, L.P., et al., *Diagnosis of illness presentation in the elderly*. J Am Geriatr Soc, 1991. 39(2): p. 117-23.
7. Cesari, M., M.U. Perez-Zepeda, and E. Marzetti, *Frailty and Multimorbidity: Different Ways of Thinking About Geriatrics*. J Am Med Dir Assoc, 2017.
8. Cesari, M., et al., *Frailty: An Emerging Public Health Priority*. J Am Med Dir Assoc, 2016.
9. Mitnitski, A.B., et al., *The mortality rate as a function of accumulated deficits in a frailty index*. Mech Ageing Dev, 2002. 123(11): p. 1457-60.



DR. MARIO ULISES PÉREZ ZEPEDA

Cuenta con la licenciatura en Medicina por la Universidad Anáhuac. Es médico internista y geriatra. Tiene una maestría y un doctorado en Ciencias Médicas por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es Investigador en Ciencias Médicas nivel C del Instituto Nacional de Geriátrica. Sus áreas de interés son el desempeño físico, síndromes geriátricos, costos de la atención de la salud, fragilidad, sarcopenia, gerontología, envejecer bien y capacidad intrínseca.

Desarrolla también actividades docentes en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac y en la Universidad Javeriana. Fue profesor de la Cátedra de Salud en el Anciano en la Facultad de Medicina de la UNAM. Cuenta con estancias postdoctorales en las universidades de Toulouse III Paul Sabatier, Montreal, Illinois en Chicago y Dalhousie University.



Discusión

“Modelo de atención sanitaria para los adultos mayores basado en la evaluación automatizada de la fragilidad”

La última presentación, estuvo a cargo del doctor Mario Ulises Pérez Zepeda. Con la propuesta del envejecimiento poblacional. Al respecto, comentó que uno de los mayores retos que enfrenta hoy el sistema de salud, es el hecho de que nuestra población está envejeciendo. En términos de salud es muy importante poder discriminar qué adultos mayores van a tener mayor riesgo de desenlaces adversos, de discapacitarse o presentar empeoramiento en su calidad de vida.

En el desarrollo de su explicación, dijo que uno de los fenómenos más estudiados en los últimos años es la fragilidad. Su estudio permite hacer una distinción entre los adultos mayores que van a tener situaciones adversas frente a otros que no las presentarán.

En términos generales, se dijo que se puede intentar definir la fragilidad a partir de muchas herramientas; sin embargo, partió de una en particular por su utilidad, y es la que contempló en su proyecto, el geriatra Pérez Zepeda. Esta herramienta se conoce como el índice de fragilidad que está compuesto por una serie de problemas de salud a los cuales también se les conoce como déficit, que van desde las enfermedades crónicas, pasando por síntomas, problemas de funcionalidad en la vida diaria, del ámbito psicológico y del cognoscitivo.

Este índice al que hizo referencia, señaló que se puede formar a partir de los expedientes clínicos que ya se utilizan en la actualidad en muchos de los sistemas de salud de nuestro país, como es el caso de la consulta segura que se utilizaba en el Seguro Popular.

A partir de los datos de una simple consulta, se puede integrar este índice de fragilidad. En la propuesta se explica que ésta se puede sistematizar. Es decir, se recabará la información, para que se incorpore a la nube, se utilicen mecanismos de Big Data, se calculen algoritmos para

poder determinar y hacer diagnósticos, y a partir de éstos, realizar intervenciones, explicó detalladamente el representante del Instituto Nacional de Geriátrica, el Dr. Pérez Zepeda.

Al recabar esta información, se tendrían los indicadores que mostrarían si se está desarrollando bien la propuesta. Los mismos indicadores se utilizarían a partir de los algoritmos similares de la investigación realizada.

La idea sería, según complementó el titular del proyecto durante su exposición: *“Llega un adulto mayor, hace su consulta segura, se integra su índice de fragilidad, se sube a la nube; en ella se realizan los algoritmos que iríamos mejorando y afinando con el tiempo; y estos datos regresarían con información para el médico general diciendo: «Este adulto mayor está en riesgo», «no está en riesgo»; e indicarle al doctor cuándo lo tiene que citar”*.

Al médico se le proporcionaría información para optimizar los tiempos de consulta en alguna de las enfermedades crónicas del paciente. Si requiere alguna estrategia adicional, se le brindaría el apoyo para que la realice con tácticas que ya están aprobadas por la funcionalidad que le pueda repercutir al enfermo, y contribuir en mejorar de las condiciones de salud del adulto mayor.

Las estrategias adicionales van desde intervenciones nutricionales, en actividad física, mejora y optimización de la prescripción, disminución de medicamentos, mejora del autocuidado, entre otras. En términos generales, estas serían las estrategias que se le estarían proporcionando al médico de atención primaria.

No se aumentaría el tiempo que se ocupa en una consulta para un adulto mayor, explicó el geriatra participante, pero sí se brindaría apoyo al médico al darle una información

derivada de estudios consolidados que siguen su curso y avance, además de que permiten que este índice de fragilidad pueda ser utilizado para darle seguimiento a un adulto mayor, señaló Pérez Zepeda, titular de la iniciativa.

Es también en este punto, en donde ésta propuesta pretende que sea utilizada para investigación, es decir, plantear preguntas a partir de la información obtenida. Se busca ayudar a mejorar la salud global de los adultos mayores a partir de una estrategia simple que sería aplicada en el sector de atención primaria, concluyó el doctor Pérez Zepeda.

Al término de ésta última propuesta, se dio por concluido el análisis de la categoría “Envejecimiento Saludable” y con ello finalizó el foro #HablemosDeSalud.



CONCLUSIONES

La discusión de las propuestas que se presentaron durante el Foro #HablemosDeSalud impulsó el posicionamiento de diversos temas que habían sido marginados de la agenda nacional entre los que destacan salud mental y salud visual. Por otra parte, se revisaron tópicos de actualidad que apoyan el diseño de un nuevo modelo de atención de la salud en nuestro país, como es el caso de las asociaciones público-privadas, fortalecimiento de la atención primaria y pasos hacia un sistema de salud unificado.

En lo concerniente a los ejes transversales, las tecnologías de la información resultan estratégicas en el nuevo modelo de salud. Es de particular interés su incorporación en diversos programas como la detección temprana de diabetes mellitus, cáncer, así como la piedra angular para el diseño de sistemas que faciliten el aprovechamiento de la infraestructura en salud, por mencionar algunos ejemplos.

Así también, a lo largo de los cuatro días de trabajo, se insistió en ubicar al paciente como eje principal en el sistema de salud. Se hizo énfasis en la importancia de realizar actividades para lograr que los ciudadanos tengan una mayor participación en el cuidado y promoción de su salud.

Otro aspecto a resaltar fue la iniciativa de aprovechar a los médicos generales para que se incorporen a los programas de especialidades médicas, a fin de capacitarlos y sumarlos a diversos programas de salud mental, nutrición o envejecimiento saludable, entre otros.

La brecha de acceso a la salud se incrementa como consecuencia de una mayor demanda de servicios, aunada a una falta de oferta que acompañe a esta necesidad. Para reducirla, nuestro país requiere de un modelo en el que además de incrementar el presupuesto en salud y hacerlo más eficiente, incorpore nuevas estrategias en el manejo de enfermedades, incluya nuevas tecnologías y refuerce la participación privada en la prestación de servicios de salud.

El reto de inversión en salud se traduce en falta de acceso a la infraestructura hospitalaria, a recursos humanos especializados a medicamentos y dispositivos médicos.

Para lograr un Sistema de Salud funcional y acorde a las necesidades del país, se requiere del trabajo conjunto entre los sectores público y privado. Es por ello que la tarea no termina aquí, la Fundación Mexicana para la Salud y la Facultad de Medicina de la UNAM continuarán impulsando iniciativas que contribuyan a mejorar la salud de los mexicanos.

Autores:

Instituto Nacional de Geriátría (INGER)

- Dra. María del Carmen García
- Dr. Eduardo Sosa Tinoco
- Dr. Mario Ulises Pérez Zepeda

Compilador: Santiago March Mifsut

Coordinación Editorial: María Guadalupe Avilés Hernández

Diseño Editorial: Rodrigo Esquinca Enríquez de la Fuente

Editado por: Fundación Mexicana para la Salud A.C.

Derechos Reservados Fundación Mexicana para la Salud A.C.

Este proyecto ha sido posible gracias al apoyo de:

Alcon



Primera edición, Junio 2019

Impreso en México | Tiraje: 500 ejemplares

En Imprenta Grafiscanner, SA de CV
Calle Bolívar #455, L-1, Col. Obrera, CDMX.
Tel. 5519-3511 | 5530-1631



FUNSALUD

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

Facultad de Medicina



FUNSALUD | 2019