

CUADERNOS #HablemosDeSalud

PARTICIPACIONES PÚBLICO PRIVADAS ¿SÍ? ¿CÓMO? | 2019

Propuestas para un mejor sistema de salud en México.



CUADERNOS #HablemosDeSalud

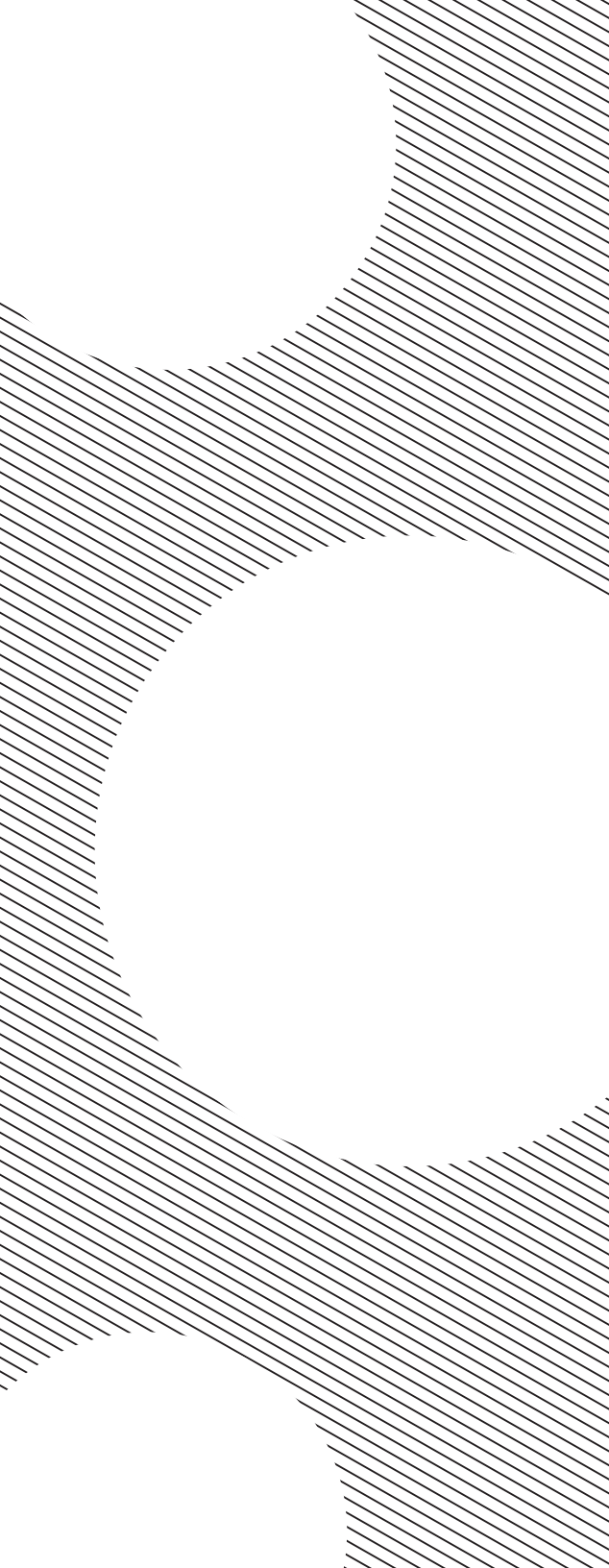
PARTICIPACIONES PÚBLICO PRIVADAS **¿SÍ? ¿CÓMO? | 2019**



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
Alfabetización en sobrepeso y obesidad	Pág.14
Discusión	Pág.20
Cobertura privada para reducir el gasto de bolsillo	Pág.22
Discusión	Pág.28
Cuidados de largo plazo en salud	Pág.30
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. HEBERTO ARBOLEYA CASANOVA

Es egresado de la carrera de medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara y cuenta con estudios de maestría en salud pública por el Instituto Nacional de Salud Pública, además de diplomados en presupuesto, basado en resultados y asociaciones público-privadas. Sus áreas de interés son la formulación de planes y programas hospitalarios, la operación y dirección de unidades médicas con enfoque en el bienestar del paciente.

Se ha desempeñado como servidor público en varias instancias nacionales e internacionales, como la Secretaría de Salud, la Organización Panamericana de la Salud, (OPS), la Secretaría de Turismo, el Hospital General de México, Hospital Juárez y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Fue Director General del Hospital General de Ixtapaluca y actualmente se desempeña como Director General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia de la Secretaría de Salud.



DR. MARCO ANTONIO NAVARRETE PRIDA

Es médico cirujano egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Cuenta con una Especialidad en Medicina Interna en el Hospital Central Norte de PEMEX y una Maestría en Administración de Servicios de Salud por la Universidad Cuauhtémoc.

En el servicio público, se desempeñó como médico especialista adscrito a los Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Terapia Intensiva en el Hospital Central Norte. Fue Coordinador Nacional de Servicios Médicos Subrogados y Subdirector Corporativo de Servicios de Salud en Petróleos Mexicanos (PEMEX).

Es socio fundador y director de operaciones de la empresa Servicio Médico Profesional S.C. con especialidad en salud en el trabajo y vigilancia de enfermedades profesionales. Es profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad La Salle y fue fundador de la Revista Médica de Petróleos Mexicanos, así como autor y coautor de artículos científicos y capítulos en publicaciones biomédicas.

ALFABETIZACIÓN EN SOBREPESO Y OBESIDAD

“Por un concepto de salud contra el sobrepeso y la obesidad en la población mexicana a través de la alfabetización en salud”

México presenta una prevalencia de sobrepeso y obesidad sin precedentes. Las acciones de promoción de la salud han tenido un modesto impacto, por lo que una modificación a los valores sociales otorgados a los alimentos, a través de la alfabetización sanitaria en todos los sectores, además de programas multidisciplinarios para la atención del sobrepeso, la obesidad y sus comorbilidades, tendría mejores resultados en beneficio de la salud de la población.

Con una estrategia de alfabetización basada en motivación, conocimiento y competencias del paciente con sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas, se tendría un mayor alcance. Por medio de un programa integral, el profesional de la salud del primer nivel de atención proveería de educación funcional, interactiva y crítica. Valiéndose de medios digitales, material visual

y una participación multidisciplinaria, se buscaría conceptualizar el exceso de peso como una unidad de atención y no como una característica.

Se pretende crear un programa de referencia nacional en la alfabetización de la salud para el paciente con enfermedades no transmisibles, al generar un cambio efectivo en sus actitudes e impactar en su calidad de vida para disminuir las consecuencias de estos padecimientos, y conceptualizar el problema como una patología, y no como una característica con valor social.

Con la implementación de un modelo regionalizado funcional, interactivo y crítico, se evaluarían los valores otorgados a los distintos grupos de alimentos para acercar al profesional de la salud a la población.

La accesibilidad a sistemas de salud y seguridad alimentaria, permitirían replicar las competencias adquiridas a fin de impactar en éstas áreas. Integrar un modelo de atención primaria en el sector productivo, escolar y regional para capacitar a profesionales de la salud con un enfoque interdisciplinario dinámico y cercano, cuyo objetivo sea impactar los valores que subestiman el sobrepeso y obesidad como una problemática real. La integración de un modelo de atención móvil contribuiría con un impacto positivo en la accesibilidad de la atención.

Actualmente se tiene una alianza con el Hospital Federico Gómez y la clínica de obesidad, con quienes se desarrolló una aplicación (App) y un sitio móvil para que el paciente revise sus avances, con un monitoreo personalizado.

Por otro lado, se estima que 5.5% de la población es analfabeta; por ello, la incidencia de políticas que generen herramientas dinámicas a través de representaciones gráficas con apego al medio cultural y el entorno de la gente. La capacitación del personal será específica para que se genere un cambio basado en creencias, actitudes y conocimientos científicos con apoyo en equipos multidisciplinarios. Este enfoque divisor, sería coadyuvante e inherente a un cambio real con impacto positivo.

El profesional de la salud se convierte en un promotor en automático; sin embargo, todos y cada uno de ellos presentan limitaciones para una intervención efectiva, desde el enfoque educativo hasta la manera de prescribir conductas enfocadas a un cambio específico.

El problema del sobrepeso y la obesidad es el único padecimiento que ha generado una alerta epidemiológica en el país. Es necesaria una respuesta coordinada basada en la alfabetización y un modelo dinámico que logre impactar a la población y a los profesionales de salud al conceptualizar el problema de exceso de peso como una unidad de atención y no como una característica más. Se considera tomar también a la población pediátrica, como eje de acción para un cambio efectivo.



MEDIX

Medix es una compañía farmacéutica 100% mexicana con más de 60 años en el mercado. Fue reconocida como empresa socialmente responsable por 13 años consecutivos por el Centro Mexicano para la Filantropía (CEMEFI) y por la Alianza por la Responsabilidad Social Empresarial (ALIARSE). Laboratorios Medix, elabora medicamentos novedosos que cumplen con los altos estándares de calidad, garantizando su eficacia y seguridad.

Como empresa socialmente responsable ha implementado la iniciativa “Cruzada Empresarial contra el Sobrepeso y Obesidad” desde 2011. Este programa lleva campañas de salud gratuitas a empresas con estrategias en atención médica, nutricional, física y psicológica. Tienen presencia en doce estados con más de 2 mil 600 empresas e instituciones y un millón de consultas realizadas. En 2016, el proyecto obtuvo el reconocimiento a la mejor práctica en responsabilidad social empresarial en prescripción y monitoreo de ejercicio especializado en pacientes desde el primer nivel de atención.



DR. ZENIFF GÓMEZ ARCIVE

Es egresado de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Cuenta con estudios sobre administración en instituciones de salud en la Universidad La Salle Benavente. Maestrante en ciencias de la salud e investigación clínica por el Instituto Politécnico Nacional (IPN). Cuenta con 10 artículos publicados a nivel nacional y ocho a nivel internacional en revistas indexadas del área biomédica.



LIC. CARLOS ALBERTO LÓPEZ LOZANO

Licenciado en nutrición por la Universidad de Guadalajara. Reconocido como mejor alumno de la generación 2015. Ha participado en proyectos de inmunonutrición. Coordinador de grupos de nutriólogos dedicados a la investigación y asesoría de proyectos. Cuenta con más de 20 publicaciones en revistas indexadas en las áreas de salud y nutrición.

Discusión

“Por un concepto de salud contra el sobrepeso y la obesidad en la población mexicana a través de la alfabetización en salud”

Las principales aportaciones en este foro de discusión sobre la inversión privada en salud, ¿Sí? ¿No? ¿Cómo? fueron resumidas por la Dra. Clara Soriano Aguirre, los doctores Marco Antonio Navarrete Prida y Heberto Arboleya Casanova, quienes analizaron las tres propuestas presentadas por Grupo Medix, McKinsey & Company y el Laboratorio de Políticas Públicas, del Instituto Nacional de Geriátrica.

El primer proyecto exhibido para su discusión fue “Por un concepto de salud contra el sobrepeso y la obesidad en la población mexicana a través de la alfabetización en salud”, de Zeniff Gómez Arcive y Carlos Alberto López, representantes de Grupo Medix.

El sobrepeso y obesidad representan una problemática que requiere el trabajo en conjunto entre el sector público, privado y educativo. Sin embargo, no existe evidencia sólida entre una participación conjunta para poder disminuir estas enfermedades. La salud digital, ya arribó al sector sanitario y la era de la existencia médica digital basada en inteligencia artificial también, explicaron en su exposición Zeniff Gómez Arcive y Carlos Alberto López, titulares del proyecto.

La inclusión de herramientas digitales, del expediente electrónico, junto con equipos integrales y multidisciplinarios para facilitar los procesos de atención en salud y calidad al paciente, además del uso de plataformas electrónicas, sitios móviles en salud, para ayudar al paciente en su diagnóstico oportuno para el combate de sobrepeso y obesidad, es el contenido fundamental de esta propuesta.

En su intervención, la Dra. Clara Soriano Aguirre, moderadora de esta categoría de inversión privada en salud, ¿sí? ¿no? ¿cómo?, subrayó la importancia de la era digital y de la tecnología. “Vale la pena asomarse mucho en las herra-

mientas informáticas que tenemos a la mano y potenciarlas, de tal manera que nos lleven a brindar salud, que nos lleven al cumplimiento del derecho constitucional, y para esto es importante no solamente la tecnología de la información; sino la combinación del trabajo multidisciplinario de todos y cada uno de los profesionales”.

Sobre digitalización en el sector Zeniff Gómez Arcive, señaló que *“tenemos un sistema de salud que aún no ha completado un proceso de transformación digital comparado con otros países. El contenido de la propuesta, se aplica en nuestro centro de trabajo, es algo que realmente se ejecuta día con día. Los médicos que llegan ahí pueden hacer un diagnóstico oportuno en diversos padecimientos, entre ellos diabetes e hipertensión, y lo más frecuente es la obesidad. Esto ayuda en el diagnóstico oportuno. El prevenir a los pacientes, reduce el impacto en los costos de salud”.*

Por su parte, el Dr. Marco Antonio Navarrete Prida, cuestionó la propuesta, y agregó que en el país, a excepción de Petróleos Mexicanos, (PEMEX), no hay una institución que tenga un expediente electrónico único y universal. Más aún dijo que ha sido muy difícil para esta empresa poder incidir directamente por medios digitales en la prevalencia de obesidad y el fenómeno metabólico, no obstante, preguntó a Zeniff Gómez, cuál era la propuesta para la población abierta, frente a la competencia con páginas de nutrición.

En defensa de su proyecto Gómez Arcive, comentó que las plataformas digitales en México está comenzando, pero el uso de aplicaciones (APP) en el celular, deberían ser explotadas. *“Se han hecho estudios en donde se demuestra que una gran parte de la población mexicana tiene acceso a un Smartphone,*

y poder llegar con ciertas recomendaciones y sectorizar al paciente que tiene obesidad o sobrepeso, e incidir en el cambio de vida, es el objetivo del proyecto. Es un trabajo multidisciplinario, porque va desde la parte educativa, privada y también del gobierno”, argumentó.

Sin embargo, el Dr. Marco Antonio Navarrete Prida, retomó el tema de la medicina en el trabajo y cuestionó al representante del Grupo Medix, sobre cuáles serían las estrategias contempladas frente a la obesidad y el fenómeno metabólico, que repercuten en la productividad laboral modificada por los riesgos de trabajo y el estado de vida laboral productiva, cómo este tipo de plataformas podrían otorgar a las empresas algún beneficio de salud a los trabajadores y sus familias, interrogó directamente al participante.

Al respecto, Zeniff Gómez Arcive, señaló que el *wellness* o “bienestar empresarial”, trata de detectar oportunamente cierta patología para que sea tratada a tiempo por el trabajador y evitar que el empleado disminuya su calidad de vida. Se pretende reducir al máximo que el trabajador tenga incapacidad o días no laborables.

En cuanto a la asistencia médica digital e integral, el Dr. Navarrete Prida, sugirió complementar dicha propuesta con la integración del concepto tele-asistencia, para brindar la atención en obesidad y nutrición con supervisión de un profesional en nutrición, para las poblaciones rurales alejadas que ofrece el proyecto, así como la importancia de distinguir entre tele-asistencia y medicina a distancia.

Por su parte, Zeniff Gómez, explicó que *“nuestra propuesta no contiene teleasistencia porque estamos inmersos en el contacto con el paciente. Tenemos plataformas para que los pacientes accedan, todavía es un sistema de servicio móvil donde se instala el servicio médico y se atiende a la población o sistema empresarial en que se encuentra, aún no contamos con esa parte, está en desarrollo, sería importante tener el concepto de teleasistencia con profesionales de la Nutrición que va hacia obesidad y el fenómeno metabólico”*, reconoció Gómez Arcive.

En tanto, la doctora. Clara Soriano Aguirre, resaltó la importancia del expediente clínico electrónico y aunque aún no se establece en el sector salud, propuso que fuera fácil de utilizar y con procesos cortos para tener más tiempo médico-paciente, y aunque reconoció la importancia del proyecto, dijo que falta mucho por hacer sobre el expediente clínico electrónico, que es un gran tema entre las instituciones hospitalarias, por lo que preguntó al participante, cuál era la estrategia para conseguirlo a partir de los recursos que tienen disponibles las unidades hospitalarias.

Zeniff Gómez Arcive, respondió que el expediente electrónico que proponen es número uno, fácil de utilizar, que acortará los procesos y otorgará más tiempo médico-paciente. Por su parte, Alfonso Chávez, de Grupo Val, miembro de Fundación Mexicana para la Salud, FunSalud, reconoció la valiosa aportación de la iniciativa presentada, y aunque mencionó que la tecnología no es la panacea, *“pero si un facilitador, por lo que las empresas de tecnología están conectando a personas a través de compañías, lo que genera un banco de información muy valiosa en cuanto a resultados”*, finalizó.

COBERTURA PRIVADA PARA REDUCIR EL GASTO DE BOLSILLO

“Reducir el gasto de bolsillo de los mexicanos a través de implementar esquemas voluntarios de cobertura privada que permitan aumentar el acceso a medicamentos y a servicios de salud, complementando la cobertura que ofrece la seguridad social”

El gasto de bolsillo realizado por hogares mexicanos en salud, representa 4 de cada 10 pesos. Adicional a gastos catastróficos. La inversión que se realiza en salud es ineficiente y desigual. México es el país con mayor nivel de gasto de bolsillo de la Organización para Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), y de los más altos en América Latina.

En experiencias observadas en otros países, creemos que existe una oportunidad para reducir el gasto de bolsillo de los hogares mexicanos entre 15% y 30% menos a través de promover esquemas de cobertura privada que complementen la seguridad social y fortalezcan la capacidad de compra de los hogares y mejoren

los servicios de salud que los mexicanos pagan con sus propios recursos. La Ley del Impuesto sobre la Renta (LISR) ofrece incentivos a patrones y empleados para invertir en previsión social. Dichos incentivos podrían apalancarse para ampliar la penetración de esquemas de coberturas privadas, eficientes y voluntarios, que aumenten el acceso que actualmente tienen los hogares a medicamentos y servicios médicos.

A pesar de que prácticamente todos los mexicanos están cubiertos con un sistema de salud público como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o el Seguro Popular, un número alto y creciente de mexicanos, utilizan los servicios privados cuando tienen alguna necesidad médica. De acuerdo a información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) levantada por INEGI en 2016, un 46% de los hogares mexicanos se atendieron principalmente en servicios privados.

A través de dos esquemas de cobertura privada que complementen la seguridad social, esta propuesta busca reducir el gasto de bolsillo de los hogares mexicanos entre 15% y 30%, fortaleciendo la capacidad de compra en servicios de salud, como complemento a la cobertura de seguridad social y apalancando incentivos en la Ley del Impuesto sobre la Renta (LISR). Propone la creación de tarjetas para compra de medicamentos y servicios de salud con beneficios fiscales y un esquema de seguros colectivos de salud, ofrecido al patrón de la empresa con incentivos que la Ley del Impuesto sobre la Renta (LISR) otorga para la creación fondos de ahorro.

Se parte de tres principales condiciones para promover una penetración a escala de los esquemas de cobertura descritos en esta propuesta. Primeramente, las aseguradoras y entidades privadas del sector salud deben adecuar su oferta de productos y servicios para ofrecer los esquemas de cobertura antes descritos, pues el mercado objetivo, tanto los trabajadores que no cuentan con un seguro privado de salud como sus patrones, tienen perfiles diferentes de aquellos trabajadores

y empresas que hoy son el foco de seguros de salud colectivos en nuestro país.

Las capacidades de promoción, de distribución y servicio de estas empresas deben evolucionar para poder atender a este mercado. Adicionalmente, los incentivos fiscales que podrían apalancarse para promover los esquemas antes descritos están sujetos a las condiciones de generalidad establecidas en el artículo 27 fracción XI de la LISR, donde se menciona que los gastos de previsión social son deducibles para las empresas *“... cuando se otorguen en forma general en beneficio de todos los trabajadores de la empresa”*.

Para promover un crecimiento más rápido de los esquemas de aseguramiento privados es preferible que cada trabajador tenga la opción de participar voluntariamente en un esquema de cobertura privada sin que otros trabajadores de su misma empresa necesariamente busquen también participar. Este es un punto que podría solucionarse con reformas a la Ley de Impuesto sobre la Renta (LISR) o de la misma forma que se ha hecho en otros países, a través de adoptar y divulgar interpretaciones de la Ley que permitan a todos los trabajadores, decidir sobre esquemas de cobertura privadas.

Finalmente, el gobierno de México debe también participar en el desarrollo de estos esquemas como entidad reguladora (e.g., funciones parecidas a las de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas CNSF, la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro Consar) y también como aliado estratégico en el desarrollo de los mismos. Es importante que los sistemas de salud de México interactúen continuamente con los esquemas descritos en este documento para asegurar que los servicios y planes de cuidado de todas las instituciones estén en sintonía y permitan otorgar un servicio óptimo a todos los mexicanos.

REFERENCIAS

1. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
2. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISR_301116.pdf
3. Análisis de McKinsey & Company usando ENIGH 2014 y 2016, ENSANUT 2012, reportes de instituciones de salud, CIEP 2018
4. Análisis de McKinsey & Company usando datos de ANS
5. http://omawww.sat.gob.mx/informacion_fiscal/tablas_indicadores/Documents/salarios_minimos_historico.xls
6. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/articleabstract/2669908>
7. https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=seminario-economia-salud-2013&alias=147-gasto-de-bolsilloamerica-del-sur&Itemid=1145

McKinsey
& Company

MCKINSEY & COMPANY

McKinsey & Company es una firma global de consultoría para la gestión profundamente comprometida con ayudar a instituciones en los sectores privado, público y social a alcanzar el éxito de largo plazo. Por más de 90 años, el principal objetivo de la Firma ha sido ser el asesor externo más confiable de sus clientes. Con consultores en 131 ciudades de 66 países, y cubriendo todo tipo de funciones e industrias, ofrece un expertise sin paralelo a clientes en cualquier lugar del mundo. McKinsey & Company trabaja de manera cercana con equipos en todos los niveles de las organizaciones para diseñar estrategias ganadoras, catalizar el cambio, construir capacidades e impulsar una ejecución exitosa.



MTRO. JORGE TORRES

Co-líder de la práctica de Salud en McKinsey Latinoamérica. Obtuvo una maestría en Ciencias Políticas por la Universidad de Harvard. Es egresado de la licenciatura en economía por el Instituto Tecnológico de Monterrey, Campus Monterrey. A lo largo de su carrera ha contribuido en diversas industrias con múltiples temas. Su trabajo se concentra en estrategias en sistemas de salud, industria farmacéutica y hospitales privados.



LIC. ALBERTO CHAIA

Es socio senior McKinsey & Company, con liderazgo en la práctica de sector público. Cuenta con una maestría en economía y finanzas por la Universidad de Columbia. Es egresado de la licenciatura en economía por el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Desde el 2002, ha trabajado en una variedad de proyectos de estrategia, operación y gestión. Su trabajo se enfoca en temas de desarrollo económico, inclusión financiera, educación y salud. Su interés se centra en dirigir compromisos intergubernamentales en América Latina para mejorar los servicios públicos del gobierno.



MTRO. JOSÉ MARÍA OSTOS

Es co-líder de la práctica de salud en McKinsey Latinoamérica. Estudió la maestría en Administración de Empresas (MBA) por la Universidad de Harvard. Es egresado de la carrera de ingeniería química por la Universidad Iberoamericana (UIA). Ha trabajado en múltiples industrias con proyectos de estrategia, optimización operativa y gestión de compras. Su interés se enfoca en temas de salud, farmacéutica, hospitales, equipo médico e instituciones públicas de salud.

Discusión

“Reducir el gasto de bolsillo de los mexicanos a través de implementar esquemas voluntarios de cobertura privada que permitan aumentar el acceso a medicamentos y a servicios de salud, complementando la cobertura que ofrece la seguridad social”

El segundo proyecto presentado, correspondió al equipo de trabajo de Jorge Antonio Torres, Alberto Chaía Semerena y José María Ostos Cortina, de la empresa McKinsey & Company, con el tema de cómo reducir el gasto que realizan los mexicanos en los servicios de salud a pesar de contar con cobertura de asistencia social. Así, con este tema se inició la proyección de la propuesta a través de un video que introdujo al debate de la iniciativa.

A pesar de que prácticamente todos los mexicanos estamos cubiertos por un Sistema de Salud Público, como IMSS, ISSSTE o el Seguro Popular, un número alto y creciente de mexicanos declaran utilizar principalmente los servicios privados cuando tienen alguna necesidad médica.

En 2016, 46% de los hogares mexicanos se atendieron principalmente en servicios privados. Como consecuencia, el gasto de bolsillo incurrido por hogares mexicanos cubre 4 de cada 10 pesos invertidos en salud, posicionando a México como el país con mayor nivel de gasto de bolsillo de la OCDE y con uno de los niveles más altos en América Latina. Al finalizar el video se dio paso al debate de la iniciativa dirigido por la Dra. Clara Soriano Aguirre y los doctores Navarrete Prida y Heberto Arboleya Casanova.

Al respecto, el Dr. Marco Antonio Navarrete Prida, indicó que en México, el gasto de bolsillo es vergonzoso, por el lugar que ocupa, pues se está por arriba de Turquía en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), “y no hay colonia popular que tenga una farmacia, médico u hospitales de poca capacidad técnica, entonces los que sufren más el gasto de bolsillo no son las clases acomodadas, sino las clases más populares”, explicó.

Y continuó, para señalar que en el 2016 la OCDE registró que cada mexicano gastó 825 dólares, aproximadamente. De éste el 45%, es gasto de

bolsillo y para operación, ni las instituciones de Seguridad Social; ISSSTE e IMSS, tienen la capacidad operativa de absorber toda esta población. Y con la desaparición del Seguro Popular, la propuesta de McKinsey, podría tener impacto, señaló.

Al respecto, agregó que tanto en los gastos de salud como en costos hospitalarios hay un incentivo perverso, “entre más haces, más te pago; entre más se te complica o más días de estancia hospitalaria, más te pago. En otros países hay experiencias también de pago capitado”, en este sentido, preguntó al participante: “¿qué opinas sobre el ‘pago capitado’ y que tenga interacción con medicina preventiva dentro de una aseguradora privada?”

En respuesta, sobre el “pago capitado” Jorge Torres mencionó que no se tiene el mismo control como en Colombia o en la Organización para el Mantenimiento de la Salud de Estados Unidos (HMO por sus siglas en inglés). “Puede existir, no digo que todos los médicos así operen, de hecho espero que sea una minoría, desde luego ninguno educado aquí, en esta universidad. Pero sí existe un incentivo perverso a atender operaciones, recetarte medicamentos para que gastes más y para que el prestador de servicio sea quien gane más dinero”.

El representante de McKinsey continuó la aclaración sobre este tema, “cómo se podría corregir esto” interrogó, y en seguida señaló: “alineando los incentivos. Y creo que en el segundo vehículo que planteamos, si el afiliado promedio del IMSS ya está gastando dos mil pesos de su bolsa en medicinas y estudios de laboratorio, vamos a ayudarlo a que se racionalice este gasto con descuentos”, comentó.

La segunda propuesta, dijo tiene que ver con ayudar a los trabajadores de las empresas a

adquirir productos de cobertura privada accesible que deberían de ser soluciones integrales desde el punto de vista de un sistema integral que prevenga, y no solamente atienda los gastos catastróficos, explicó a los panelistas de esta mesa de análisis.

Para el Dr. Heberto Arboleya Casanova, moderador de este debate, uno de los puntos débiles que tiene el sistema de salud, es el gasto que hace cada uno de los mexicanos en aras de conservar de mejor manera su salud, y se orienta fundamentalmente hacia el pago de medicamentos y en algunos casos, a servicios como el uso de transporte para traslados de zonas rurales hacia los centros hospitalarios.

“Las clases más vulnerables siempre son las que resultan con problemas más serios en cualquier parte de México. No todo es en ciudades urbanas, sino también lo que tenemos en las áreas rurales, yo creo que eso es lo que dificulta mucho el acceso a los servicios como también atender de mejor manera que no se haga un gasto mayor, porque no solamente es la compra de medicinas sino el traslado”, que a veces es muy importante por el gasto que representa el uso de transporte público, el cual no es sencillo en áreas rurales, aclaró el moderador especialista en salud pública.

El Dr. Arboleya, cuestionó cómo podría ser atractivo para las aseguradoras y el público este tipo de servicios, sobre todo que estos pudieran llegar a las clases más vulnerables que no cuentan con un trabajo formal. También interrogó sobre cómo debería darse la asociación público-privada en relación a un sistema universal único, con el complemento del servicio privado.

En este sentido, Jorge Torres explicó que la propuesta impulsa el uso de tarjetas que podrían apalancarse no solamente para recibir el beneficio fiscal, sino también para permitir a los hogares mexicanos, acceder a otro tipo de servicio, más allá de medicamentos, diagnóstico, imagen, sino para complementar los servicios públicos. El beneficio sería el incentivo fiscal y la negociación colectiva; acceder a descuentos y/o crédito para trabajadores formales, como para los que están

fuera de la seguridad social y convenir a este tipo de servicios con descuento.

Por su parte, la Dra. Clara Soriano Aguirre, además de felicitar la propuesta y calificarla de innovadora, señaló que “es en la definición de previsión social en donde se ve este atractivo, en donde exista un trabajador y un patrón para hacer deducibles otros aspectos, ahí me parece que tenemos que buscar una oportunidad extraordinaria por la factibilidad de poderlo hacer. Por lo que se debe trabajar antes en la modificación en la Ley del Impuesto Sobre la Renta, y otros aspectos fiscales para que esto pueda darse”, enfatizó la Dra. Soriano al representante de McKinsey & Company.

Casi al término del debate, el Dr. Marco Antonio Navarrete Prida, consideró centrar los servicios que contempla la iniciativa presentada. “No es lo mismo seguro de gastos médicos mayores, que muchas empresas en México dan esa prestación, y gasto de bolsillo, que es el gasto médico menor, que incluye médico general y algunos descuentos de laboratorio”, aclaró el moderador.

Los estudios de mercado, indican que los especialistas de primera línea son la necesidad más importante. “Si hiciéramos una propuesta para este tipo de gastos, metiendo ginecólogo, pediatra, internista, cardiólogo, nutriólogo, quizá pudiéramos llegar a este mercado que en realidad lo necesita y que de repente son servicios que no son tan caros, que son accesibles para la gente”, sugerencia con la que finalizó la discusión de este proyecto.

CUIDADOS DE LARGO PLAZO EN SALUD

“Sistema nacional de cuidados de largo plazo. Respuesta integral a un problema complejo”

El crecimiento de la población mexicana de 60 años y más ha sido un proceso paulatino, derivado de factores como la reducción de la mortalidad infantil, las acciones de salud en infantes y mejoras de la calidad de vida en general. A su vez, el pasar de altos niveles de natalidad a bajos niveles y el aumento en la esperanza de vida, han contribuido con la transición demográfica en México, favorable a un aumento significativo de la cantidad de personas mayores, la cual se estima continúe creciendo a tasas superiores al 50% en las siguientes décadas.

La combinación de la transición demográfica con la transición epidemiológica se traduce en un factor de mayor riesgo de morbilidad y discapacidad en las personas mayores. Es así que la proporción de personas que adquiere y vive en situación de dis-

capacidad grave -que les lleva a necesitar cuidados de largo plazo- es mayor en este grupo poblacional.

La necesidad de cuidados se presenta cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo, sin ayuda, las tareas de la vida cotidiana y que requiere por lo tanto de cuidados a largo plazo. Estos son los casos de personas que presentan dependencia funcional, concibiéndose esta como: *“el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades corrientes de la vida diaria”*.

Para el 2030, la población adulta mayor mexicana representará aproximadamente 14.6% de la población total, de acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población. Se prevé que para el año 2050, será aproximadamente 22% de la población del país, una tercera parte de la población total mexicana. Las personas con 60 años y más visualizan una vida en condiciones de buena salud. Sin embargo, esta expectativa se ve afectada por la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes (9.4%); hipertensión arterial (25.5%), sobrepeso y obesidad (70%).

Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, indican que las dos causas principales de las limitaciones funcionales que enfrentan los adultos mayores son precisamente las enfermedades, y la propia edad (25.7% y 65.1% respectivamente). Por otro lado, información del Censo de población 2010, muestra que un 26% de la población total de los mayores de 60 años, presenta dificultades derivadas de una limitación funcional en alguno de sus sentidos.

Algunas de estas enfermedades traen asociadas discapacidades que limitan la realización de Actividades Básicas De la Vida Diaria (ABDV). Los adultos que presentan algunas de estas discapacidades pueden estar expuestos a una situación de dependencia funcional y necesitar cuidados de largo plazo. Las

acciones por el Sistema Nacional de Asistencia Social y el Sistema de Salud no han sido suficientes para identificar y posicionar el tema de la dependencia funcional en el adulto mayor como una prioridad de las políticas públicas nacionales.

Conforme aumenta edad, el porcentaje de personas mayores de 50 años tienen un mayor porcentaje de que sus funcionalidades se vean afectadas. Del total de individuos limitados en su funcionalidad (para el desarrollo de sus actividades básicas), el 70% presentaron dependencia leve, entendida esta como afectación en una a dos funcionalidades; mientras que el 30% restante presenta dependencia grave, al presentar afectación en tres o más funciones que les permiten el desarrollo de sus actividades básicas, de acuerdo a datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM).

Del total de individuos que tienen funcionalidades afectadas (para el desarrollo de sus actividades básicas), el 70% presentaron dependencia leve, entendida esta como afectación en una a dos funcionalidades; mientras que el 30% restante presenta dependencia grave, al presentar afectación en tres o más funciones que les permiten el desarrollo de sus actividades básicas.

Entre el grupo de individuos con dependencia leve, la prevalencia es mayor en hombres, así como en los grupos etarios de entre 50-59 y 60-69; mientras que en los grupos de edad superiores a 70 años son las mujeres quienes tienen la mayor presencia de dependencia leve. En el caso de la dependencia grave en los grupos de entre 60-69, 80-89 y de 90 y más es en mujeres en quienes se concentra el mayor porcentaje.

En el caso de los individuos con dependencia leve el 76% no reciben cuidados y el 24% restante sí recibe. Lo contrario ocurre con los individuos con dependencia grave, de los cuales el 21.2% no recibe cuidados y el 78.8% restante sí recibe.

Relativo a la afiliación y grado de dependencia, se encontró que el mayor porcentaje de individuos está afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), indistintamente si tiene

dependencia o el grado de esta. Le sigue el Seguro Popular por porcentaje de participación, resaltando la presencia de individuos con dependencia leve en esta institución. En el caso del ISSSTE, aunque los porcentajes de participación son mucho menores que las dos instituciones antes referidas, el mayor porcentaje de individuos afiliados a él tienen dependencia grave.

Finalmente, casi la totalidad de los individuos, independientemente del nivel de dependencia que presentan (leve o grave) perciben su nivel socioeconómico como bajo, siendo 99.3% de los individuos con dependencia leve y 98.1% de aquellos con dependencia grave.

La propuesta busca incorporar a la agenda pública, la atención del adulto mayor mediante el otorgamiento de cuidados a las personas que tienen dependencia funcional. Reconocimiento de la situación del adulto mayor con requerimiento de cuidados a largo plazo como un problema público. Crear esquemas de manejo en el primer nivel de atención. Promover partida presupuestal para el cuidado del adulto mayor.

Reducir las complicaciones en la salud de las personas mayores, estancias prolongadas, hospitalizaciones inadecuadas, saturación de los servicios de urgencias, afectación a la vida productiva de las familias y los cuidadores (si son familiares). Diseñar e implementar un Sistema Nacional de Cuidados de Largo Plazo (SNC-LP), para personas con dependencia leve o grave, por disfuncionalidades en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Mejorar en los protocolos de atención en el primer nivel, concientización y transmisión a los tomadores de decisiones de que se trata de un problema público, determinación de costos, elaboración del "Plan para la puesta en marcha de un Sistema Nacional de Cuidados de Largo Plazo". El objetivo consiste en otorgar calidad de vida a las personas mayores con dependencia leve y grave; evitar complicaciones a la salud y contribuir a la recuperación de los mayores y alcance de un envejecimiento saludable; reducción de estancias prolongadas en hospitales,

así como evitar hospitalizaciones inadecuadas o saturación de servicios de urgencias por estas causas e incorporar a la actividad productiva de los miembros de familia de cuidadores.

El criterio principal de elegibilidad es la intensidad de la dependencia de cuidados en personas con discapacidad grave, además de su nivel socioeconómico, dispersión geográfica y situaciones especiales de cuidados diferenciados como es el caso de personas con enfermedad de Alzheimer u otros tipos de demencias en etapas moderada y grave. Será una política pública de inclusión progresiva.

REFERENCIAS

1. Recomendación No 9, pág. 1, 1998. Del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. (Adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641 g reunión de Delegados de Ministros).
2. Office for National Statistics. *Living Longer-How our Population is Changing and why it Matters*.



LABORATORIO EN POLÍTICAS PÚBLICAS EN ENVEJECIMIENTO DEL INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA (INGER)

El Laboratorio fue creado en mayo de 2018, en el marco del proyecto RECITES (Red Colaborativa de Investigación Traslacional para el Envejecimiento Saludable de la Ciudad de México). Es un equipo de trabajo especializado en el análisis integral de políticas públicas, orientado a la solución de problemas de las personas mayores, mediante la investigación y participación en una red colaborativa de instituciones relacionadas con el tema de personas mayores y envejecimiento.

El Laboratorio de Políticas Públicas busca impulsar el bienestar social del país, posicionando el tema del envejecimiento y la salud de las personas mayores en la agenda pública para la toma de decisiones. Conducir recomendaciones claras y acciones concretas de política pública que atiendan los problemas más importantes de la población mayor en México, para lograr un envejecimiento saludable.





DRA. CYNTHIA BEATRIZ GONZÁLEZ RIVERO

Cuenta con una licenciatura en economía y una maestría en ciencias económicas por la Universidad de La Habana en 2011. Es doctora en economía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).



DR. FRANCISCO SALVADOR GUTIÉRREZ CRUZ

Es licenciado en economía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Tiene una maestría en gobierno y asuntos públicos. Posee el grado de doctor en política pública y cuenta con una Mención en Política Económica por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Realizó estudios en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO 2012).



MTRA. NANCY HERNÁNDEZ CASAS

Egresada de la licenciatura en administración por la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO). Cuenta con una maestría en gobierno y asuntos públicos. Es doctorante en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Realizó diversos proyectos en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).



Discusión

“Sistema Nacional de Cuidados de Largo Plazo. Respuesta integral a un problema complejo”

La tercera propuesta presentada fue “Sistema Nacional de Cuidados de Largo Plazo. Respuesta integral a un problema complejo”, que fue expuesta en video en el auditorio Alberto Guevara Rojas de la Facultad de Medicina, y que estuvo a cargo de la Dra. Cinthia González Rivero, con un equipo de trabajo conformado por el Dr. Francisco Salvador Gutiérrez Cruz y la maestra. Nancy Hernández Casas, del Laboratorio de Políticas Públicas del Instituto Nacional de Geriátría, (INGER).

El video inició con la presentación de Cynthia González Rivero, *“formo parte del equipo de trabajo del Laboratorio en Políticas Públicas del INGER. La propuesta se fundamenta en diagnósticos realizados por el laboratorio, en donde se evidencia que la falta de cuidados adecuados para los adultos mayores en situación de dependencia, debe ser asumida como un problema público”*.

Entre los factores que fundamentan la necesidad de resolver esta problemática, se destacan los cambios en el perfil demográfico epidemiológico que experimenta la población mexicana, donde se observa que ha ocurrido un incremento en esperanza de vida. Sin embargo, las personas mayores pasan los últimos años de su vida en malas condiciones de salud y con algún tipo de dependencia que les impide llevar a cabo de manera autónoma sus actividades básicas de la vida diaria.

Como parte de este cambio demográfico se ha modificado también la estructura y tamaño familiar y las generaciones que antes compartían tiempo y espacio, ahora tienen más probabilidad de no vivir juntas.

En la exposición del adulto mayor con grado de dependencia, se enlistan las siguientes problemáticas: las familias centran los cuidados del adulto mayor con observancia en las mujeres,

lo que hace que sea una cuestión de género, pues son las mujeres quienes están al frente en estos cuidados, y aunque tienen mayor participación en el mercado laboral, han tenido que salirse de trabajar, dejar de prepararse, abandonar estudios y dedicarse al cuidado del adulto mayor o bien hacer las dos cosas, lo que hace más compleja la situación.

El costo que representa tener una población envejecida con dependencia funcional y que además no recibe cuidados específicos, afecta los ingresos de las familias. Al respecto, el laboratorio de políticas públicas da seguimiento a los casos más críticos de dependencias funcionales, sin oportunidad de cuidados institucionales, familiares ni de vecinos, y expone los siguientes datos que describen las condiciones en las que se encuentran los adultos mayores con dependencia.

Según la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento, las cifras indican que *“existen cerca de 900 mil personas mayores con dependencia grave en México, y 2 millones con dependencia leve. De las 900 mil con dependencia grave, el 21% no recibe cuidados, lo que significa que hay 190 mil personas con dependencia severa, y que no recibe ningún tipo de cuidados. Del grupo de 2 millones que tienen dependencia leve, tres cuartas partes no reciben cuidado, es decir, un millón y medio de personas”*.

En cuanto al tipo de cuidadores un 49% está proporcionado por los hijos, 29% por la esposa, 16% por otros familiares, 4% por servicios remunerados, y 2% por otras personas que no tienen relación filial ni cobran el servicio.

Se busca perfeccionar los costos asociados a atención que podrían recibir los beneficiarios iniciales del Sistema Nacional de Cuidados, así como el esquema progresivo de incorporación. El cálculo de costos está enfocado en la apli-

cación de una política pública. El costo de aplicar este Sistema Nacional de Cuidados de Largo Plazo quedará por debajo del gasto de atención recurrente que representan los servicios primarios, hospitalizaciones frecuentes y días-cama, ingresos no percibidos por cuidadores y demás costos asociados.

La creación del Sistema Nacional de Cuidados de Largo Plazo, es un sistema de cuidados integral y rehabilitador que podría proporcionarse en una institución o el domicilio de la persona, dependiendo del tipo de dependencia y grado de la misma. Otorgar al adulto mayor dependiente una nueva oportunidad de incorporarse, en la medida de lo posible a la ejecución autónoma e independiente.

Al respecto de esta situación, el doctor Navarrete Prida, resumió la importancia de la carga geriátrica para el sistema de salud y la importancia de invertir en esta área. *“En Petróleos Mexicanos, institución en la que laboré 30 años, el día-cama, cuesta 7 mil 800 pesos por día, sin contar terapia intensiva”*, y agregó además que los hospitales del sector salud se encuentran geriátricos y el reingreso está por arriba del 40% en los primeros dos meses.

“Los hospitales de instituciones como el ISSSTE, Petróleos Mexicanos y la Secretaría de Salud, el Hospital de Ixtapaluca, están geriátricos, y esta geriátrización, en mucho es por descuido de los cuidadores o no hay nadie que cuide a la persona mayor, y el reingreso está por arriba del 40% en los primeros dos meses. Esto es mucho dinero”, enfatizó el médico moderador Navarrete Prida.

En opinión del médico moderador, la participación en una relación público-privada podría resolver en parte el problema porque se otorgarían los cuidados al paciente anciano con dependencia, disminución del costo de hospitalización, medicamentos y un menor costo de productividad del cuidador. Con una corresponsabilidad de la familia para contar con cuidadores profesionales y no de cuidados paliativos únicamente, sino en el cuidado incluso desde la toma de medicamento.

Disminuir la carga de geriatización en hospitales, capacitar a los cuidadores, hacer enlace entre hospitales, contemplar políticas públicas dictadas por el Instituto Nacional de Geriátría, realizar diagnósticos completos, eliminar la fragmentación, saber de qué medios se cuenta, ya sean públicos o privados, y crear redes de servicio, así como fortalecer la atención primaria, fueron los aspectos concluyentes de los doctores moderadores Clara Soriano Aguirre, Marco Antonio Navarrete Prida y Heberto Arbolea Casanova, de la propuesta presentada.

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:

Medix

- Dr. Zeniff Gómez Arcive
- Lic. Carlos Alberto López Lozano

McKinsey & Company

- Mtro. Jorge Antonio Torres Corona
- Lic. Alberto Chaia Semerena
- Mtro. José María Ostos Cortina

Instituto Nacional de Geriátría (INGER)

- Dra. Cynthia Beatriz González Rivero
- Dr. Francisco Salvador Gutiérrez Cruz
- Mtra. Nancy Hernández Casas

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 | 2019



FUNSALUD

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

Facultad de Medicina

