



Nuestro Mundo Hospitalario



Asociación Nacional de Hospitales Privados

LA MEDICINA DIGITAL, EL FUTURO DE LA SALUD

Lic. Héctor Valle Mesto

EL CÁNCER, UN PADECIMIENTO VIGENTE.

Primera parte
Dr. Víctor M. Vidal



CIRUGÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA: MÁS LUZ A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dr. med. Francisco C. Becerra
García, FACS.



2do Congreso
Asociación Nacional
de Hospitales Privados
Ciudad de México, 2023

EL FUTURO
DEL SISTEMA DE SALUD
EN MÉXICO

COMPRENDIENDO
LA DISCAPACIDAD
Segunda parte



Descarga
versión
digital



SOLUCIONES ITINERANTES

Quirófano listo en días



Para más información escanea el QR o llama al 5588501100

- 5 días antes** —● Solicitud
- 4 días antes** —● Planeación
- 1 día antes** —● Gestión
- 8:00 a.m.** —● Procedimiento
- 1 día después** —● Salida

DIRECTORIO

Asociación Nacional de Hospitales Privados

Presidente

Mtro. Héctor M. Flores Hidalgo
Hospital Español

Vicepresidente

Lic. Álvaro López Aldana
Centro Médico ABC

Tesorero

Lic. Gerardo Ramón Ríos Zamudio
Grupo Dalinde / San Ángel Inn

Secretario

Dr. Víctor Ramírez González
Grupo Hospitalario Ángeles

Vocal

C.P. Nora Leticia Ramírez García
Sanatorio Florencia

Mtra. Mónica Rendón Bonilla
Corporativo Hospital Satélite

Dr. Carlos Dueñas García
Hospital San Javier

Dr. Horacio Garza Ghio
Grupo Christus Muguerza

Maf. Pedro Medina Chaix
Grupo Hospitalario Star Médica

Nuestro Mundo Hospitalario

Comité Editorial

Lic. Arturo Álvarez Aguirre
Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz

Dr. Fredy Chablé Montero
Hospital San Ángel Inn Universidad

Lic. Leticia Rojas Rodríguez
Grupo Hospitalario Christus Muguerza

Lic. María Rosalina León López
Hospital San Javier

Dra. Irene Emmita Maulén Radován
Hospital Ángeles Lomas

Ing. Arq. Juan Armando Monroy López
Beneficencia Española (Tampico)

Dr. Marco Antonio Ponce Camacho
Doctors Hospital

Lic. Gerardo Ramón Ríos Zamudio
Grupo Hospitalario San Ángel Inn

Act. Miguel Ángel Hernández Rodríguez
Director del Comité Editorial

Diseño y Formación Editorial

Brunnen. Brand Consulting

Diseño Digital

Meredith Marketing

CONTENIDO



**Cirugía guiada por fluorescencia:
Más luz a la seguridad del paciente**

06

**2do Congreso ANHP
El futuro del sistema de salud en
México**

12



**La medicina digital, el futuro de la
salud**

16

La actitud de servir

20

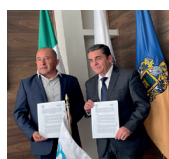


**Comprendiendo la discapacidad
Parte 2**

24

**El cancer,
un padecimiento vigente**

28



**Firma de convenio educativo entre
la UDG a través de su Sistema de
Universidad Virtual y la ANHP**

31



EDITORIAL

DÍA INTERNACIONAL DE LA MUJER

Lic. Mónica Rendón
Vocal de la ANHP



Aún a inicios del siglo XXI, el reto principal que enfrentaron las instituciones de salud fue la globalización. Nadie imaginó que al final de la segunda

década del presente siglo a este reto se sumaría otro de proporciones precisamente globales y que enfatizó la necesidad de una colaboración estrecha entre todos los países del mundo. Me refiero, por supuesto, a la pandemia causada por el COVID-19.

El mundo enfrentó una pandemia inesperada, sorpresiva, desconocida y que nos forzó a reconocer como seres humanos nuestra vulnerabilidad y como sector salud nuestra capacidad de reaccionar y combatirla.

Tuvimos la urgencia de tomar la decisión de ser congruentes con nuestra vocación de servir y de abrir nuestras puertas para la atención médica. Nos reconvertimos en hospitales COVID, no solo con infraestructura, sino también con el equipo médico que se requería, sobre todo en el área de terapia intensiva. Incrementamos nuestra capacidad con equipo, insumos y personal para poder atender a la comunidad en esta emergencia sanitaria.

Tuvimos miedo, tuvimos incertidumbre por enfrentar algo desconocido, cuántas reuniones de planeación, reuniones de evaluación y sobre todo reuniones para dar la seguridad a nuestros colaboradores de que estábamos preparados para esta complicada tarea.

Vimos día a día el incremento de pacientes para su atención, pero también de médicos, enfermeras, compañeros y amigos que padecían la enfermedad, fuimos testigos del gran esfuerzo del equipo médico, pero aún con ello tristemente tuvimos que atestiguar cómo fallecieron pacientes, compañeros, familiares y amigos.

Las empresas cerraron, otras más operaban a distancia, pero esta no era alternativa para nosotros. Las áreas médicas y técnicas estaban en la primera línea de batalla y el personal de apoyo a la atención. Estábamos con ellos, pendientes de todo lo que requirieran y sobre todo cuidándolos y siempre orgullosos de su gran labor.

Mi reconocimiento a todo el equipo de salud. Sin lugar a duda fuimos parte fundamental de esta historia y mostramos la vocación y la pasión por servir. Ahora, juntos enfrentamos las secuelas postpandemia y continuamos en el esfuerzo por contenerla.

En este mes, que se conmemora el Día Internacional de la Mujer, el 8 de marzo, deseo hacer un reconocimiento especial para nosotras, no solo porque representamos el 70% de la fuerza laboral en un hospital, sino porque la mujer en el sector salud, sobre todo, tiene un cuádruple rol: Como paciente, porque estamos expuestas a enfermedades que afectan de forma diferenciada (cáncer de mama, artritis, etc.); como cuidadora, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta que el 97% de los pacientes en el mundo son atendidos por una mujer; como trabajadora del sector en funciones operativas, administrativas, técnicas, de enfermería, médicas y directivas; y, finalmente, el rol que de forma natural hemos asumido en nuestro ámbito personal, nuestro rol de madre, esposa, hija, hermana, rol que se vio sacudido con las estrategias nacionales para contener la pandemia, tales como el cierre de escuelas y comercios, lo que implicó que fuéramos el único integrante del núcleo familiar que salía del hogar para ejercer nuestra función profesional, pero siempre con la preocupación por la dinámica a la que nos enfrentábamos y con el temor de contagiarnos y contagiar a nuestros seres queridos.

Estos retos, estas complicadas situaciones, configuran el nuevo rol de los hospitales privados dentro de los sistemas de salud. Este nuevo rol parece estar encaminado directamente hacia el hospital digital, el cual, según algunos expertos, puede consolidarse en tan solo 10 años. Se trata de un proceso en el que no estarán excluidos los antiguos retos de nuestro sector: la globalización, la interoperabilidad. Y tampoco podemos descartar la aparición de nuevas enfermedades e, incluso, de nuevas pandemias.

Por ello, los invito a reflexionar sobre esta experiencia, para asumir nuestro liderazgo dentro del sector de salud privado y desarrollar modelos flexibles, sin perder de vista nuestro enfoque humanitario.

8 de marzo de 2023

mindray



HyPixel™ U1
Sistema de cámara endoscópica 4K
Simplemente claro

Insuflador de alto flujo



**Cabezal de cámara
CMOS Full HD de tres chips**

**Unidad de control de cámara táctil 7"
Fuente de luz LED**

Estandarización para diferentes especialidades



Cirugía general



Cirugía urológica



Ginecología



Cirugía torácica



Cirugía
ortopédica



Cirugía
otorrinológica



Autor:

Dr. med. Francisco C. Becerra García, FACS.
Cirujano General (MEX), Cirujano visceral (GER).
Médico de staff en el Hospital San Ángel Inn
Patriotismo, CDMX.

Cirugía guiada por fluorescencia: Más luz a la seguridad del paciente

Durante el estudio de la carrera de medicina, la materia de Anatomía es por lo general una de las primeras en cursarse, siendo para la mayoría –o para todos, si somos sinceros– un reto aprenderla. El acceso a cadáveres para disección ha sido siempre limitado –y en ocasiones ilegal–; por lo que el estudio de la materia siempre ha requerido más tiempo de aprendizaje del que una disección otorga. Los libros se vuelven con ello una herramienta invaluable para su enseñanza.

Los textos y atlas de anatomía, históricamente, se han valido de recursos didácticos para ayudar a los estudiantes a entender, poder visualizar mejor y distinguir las estructuras ilustradas. La convención de colores para las estructuras anatómicas –rojo para arterias, azul para venas, amarillo para nervios, por nombrar algunos– vino solo cuando el conocimiento de fisiología complementó a la anatomía descriptiva y a la vez cuando los métodos de impresión permitieron hacerlo, hacia el siglo XVII.

No obstante, la realidad es que un cirujano, por más anatomía que haya aprendido en libros, se encuentra siempre con que, en el cuerpo humano, no existe ese patrón de colores estandarizado de los libros de anatomía ni mucho menos etiquetas indicando los nombres de las estructuras. Además, las variantes anatómicas son múltiples en todo el cuerpo. Los mejores libros de anatomía pueden ilustrar solo lo que es conocido y no todo está plasmado en ellos. No solamente las estructuras normales se pueden confundir, sino también los límites del tejido anormal, como el de los tumores o la inflamación. A simple vista son indistinguibles, la sensación táctil –directa con las manos o indirecta con pinzas de laparoscopia– puede dar alguna pista más, pero tampoco es suficiente para distinguir lo sano de lo anormal.

Un ejemplo crítico en el que la identificación específica de la anatomía es esencial para la seguridad del paciente

durante un procedimiento quirúrgico es la distinción de los límites y la configuración de la vesícula y de la vía biliar. En un libro, éstas estarán ilustradas, resaltando el contraste con los tejidos adyacentes en un tono de verde inconfundible, que es parte de esa convención de colores para ilustraciones anatómicas (fig. 1). Además, en algunas ilustraciones aparecerán de manera esquemática, facilitando su identificación con fines didácticos.

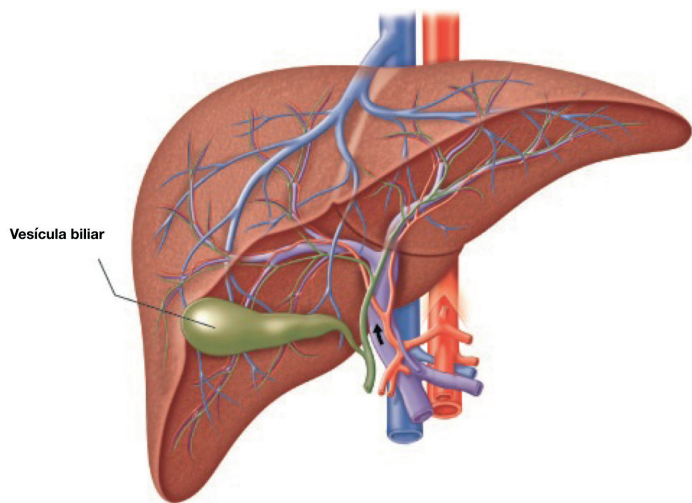


Figura 1

No obstante, al operar, por más aguda visión que tenga el cirujano –o más resolución de nuestros monitores en cirugía laparoscópica– estamos limitados por nuestra naturaleza. El ojo humano está limitado a percibir luz emitida entre los 700 y 400 nm –el espectro visible–. Ahora, si bien la bilis es verde/amarilla, las estructuras que la contienen se muestran con el mismo tono amarillo/rosado de las estructuras adyacentes y el tejido que las envuelve. Al final, en el momento en que más importa, la identificación de las estructuras críticas durante una cirugía –y por tanto la prevención de una complicación seria–, es un constructo mental que se alimenta no únicamente de lo que el ojo ve y la mano siente, sino de lo que el cirujano interpreta.

¿Es suficiente confiar en los ojos y la experiencia de quien opera, para la distinción inequívoca de algo tan crítico para el pronóstico final de cada paciente? ¿No sería ideal poder colorear y resaltar las estructuras relevantes –en nuestro ejemplo, la vía biliar– de manera que fuera menos probable tener una lesión? Hoy en día, eso es posible gracias a la incorporación de la cirugía guiada por fluorescencia.

La fluorescencia es un fenómeno físico en el cual las moléculas de una sustancia –sólida, líquida o gaseosa– reciben energía electromagnética en un rango determinado, para después emitir esa energía en una longitud de onda distinta a la que recibieron. La

descripción científica original se le adjudica a Sir George G. Stokes, quien en 1852 encontró que el mineral fluorita emitía luz en el espectro visible para nosotros, al ser expuesto a luz ultravioleta –ondas de luz no visibles por el ojo humano–.

En la naturaleza, el fenómeno es mucho más común de lo que nos podemos imaginar. Los insectos perciben la fluorescencia –emisión de ondas de luz en el espectro no visible para nosotros– de las flores, por ejemplo. Esto significa que, aunque no lo veamos, hay emisiones de luz en rangos que no podemos ver por todos lados a nuestro alrededor.

Que las emisiones de radiación más allá del espectro visible contienen información valiosa es algo dado por hecho en el campo de la astronomía; basta con ver que las imágenes astronómicas más impactantes, obtenidas por los telescopios, son compuestas por varias imágenes tomadas con distintos filtros en rangos de radio, ultravioleta e infrarrojo, además del espectro visible.

En algunas técnicas, se asigna a cada uno de esos rangos un color falso, pero congruente, logrando así representaciones impactantes para nosotros como las de objetos tan distantes como galaxias y nebulosas (fig. 2). Estas imágenes astronómicas requieren un procesamiento especial para su elaboración, pero lo cierto es que en la actualidad la capacidad de procesamiento de imágenes permite la integración en tiempo real de imágenes compuestas de luz visible y de otros rangos de emisión de luz superpuestos de manera electrónica (procesamiento de imagen multispectral).

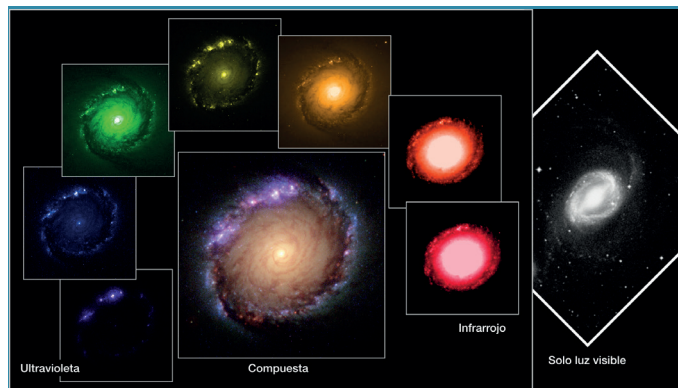


Figura 2

Una cámara de visión nocturna o una cámara infrarroja hacen este procesamiento de imagen en tiempo real –la cual ha proliferado en la vida diaria durante la pandemia de SARS-CoV-2, para la medición indirecta de la temperatura corporal en controles de acceso en aeropuertos–. Estos procesadores de imagen de alta resolución o 4K, que además tienen capacidad

multiespectral, están disponibles para procedimientos quirúrgicos desde hace varios años.

En la cirugía guiada por fluorescencia convergen química, óptica, ingeniería biomédica y otras ciencias y tecnologías, para lograr ver en tiempo real una imagen superpuesta de fluorescencia, la cual puede dar a los cirujanos información sobre la anatomía y la función de la zona operada, disminuyendo la dependencia hacia la interpretación del operador y haciendo objetiva su visualización, además de poder dar información funcional, como veremos más adelante.

El contraste fluorescente verde de indocianina (ICG, por sus siglas en inglés) es una molécula sintética, creada por laboratorios Kodak durante la Segunda Guerra Mundial, con la intención original de procesar imágenes de fotografía nocturna en el contexto militar. No obstante, sus propiedades para absorber y luego emitir luz en el espectro cercano al infrarrojo –no perceptibles por el ojo humano, pero sí por sensores electrónicos– de manera estable y confiable, permitió su uso en medicina desde la década de los años 50 para medir el gasto cardíaco tras su aplicación intravenosa.

El verde de indocianina es una molécula hidrofílica, que se transporta en el torrente sanguíneo unida a proteínas y que se excreta exclusivamente por vía hepática, ya que, al ser aplicado por vía intravenosa, es captado rápidamente por el hígado, teniendo una vida media en la circulación sanguínea muy corta –de 3 a 4 minutos–, pero suficiente para ser detectada en los órganos perfundidos si se tiene la posibilidad de detectarla.

Al contar con procesadores de imagen de alta resolución y con emisión y sensibilidad multiespectral –en este caso luz visible y cercana al infrarrojo–, es posible superponer en tiempo real la fluorescencia del ICG en las estructuras visualizadas. Con ayuda de este método es posible, por ejemplo, resaltar con fluorescencia la vía biliar, de tal manera que el riesgo de una lesión mayor de vía biliar –complicación seria y catastrófica para la calidad de vida de los pacientes, que ocurre en el 1 al 2 % de las colecistectomías a nivel mundial–, pueda ser evitada, si es usado en conjunto con otros métodos y sistemas de cirugía segura, como la vista crítica de seguridad, antes de seccionar estructuras en la cirugía (fig. 3).

Otra aplicación muy útil y en la que se ha demostrado un impacto favorable en la reducción de complicaciones serias –como lo son las fugas graves de anastomosis colorrectal– es el uso de la angiografía en tiempo real con fluorescencia, durante la cirugía resectiva de colon; en la cual se inyecta el contraste verde de indocianina por vía intravenosa a una dosis específica y se puede visualizar la fluorescencia en todo el tejido perfundido

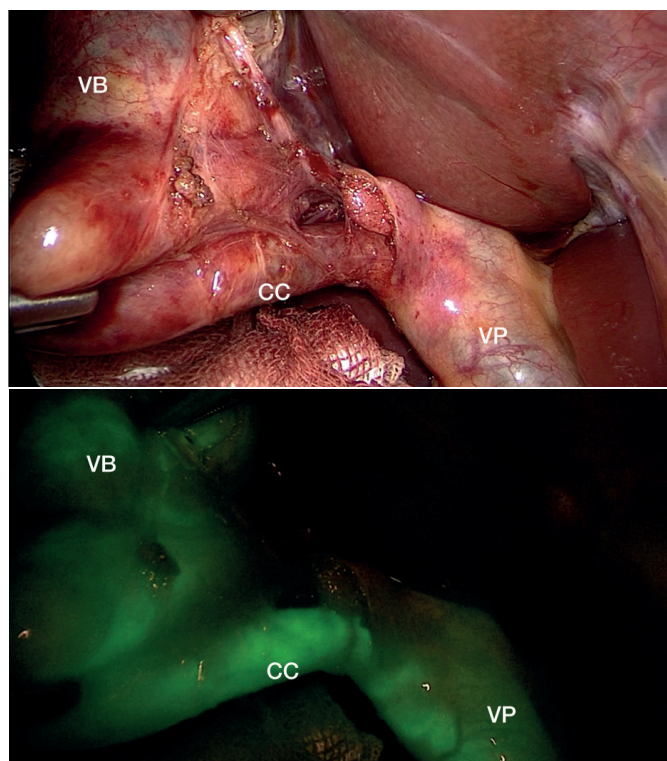


Figura 3

por un lapso de 60 segundos, permitiendo ver de manera objetiva los límites de una resección y las zonas con inobjetable perfusión adecuada –fluorescentes–, que pueden ser anastomosadas. Junto con otros detalles técnicos de seguridad de las anastomosis, permite mejorar los resultados de cirugías de este tipo.

La aplicación para evaluación de perfusión no se limita a la cirugía general. En cirugía plástica y reconstructiva se ha utilizado para asegurar la irrigación de colgajos libres o pediculados, reduciendo necrosis de los bordes y complicaciones serias de las heridas.

Otro tipo de aplicación es la intralesional y perilesional en tumores ginecológicos –tanto mama, como útero u ovario–, de tejidos blandos o del aparato digestivo, permitiendo por sus características realizar cirugía de ganglio centinela, sin necesidad de radioisótopos ni de la sonda correspondiente.

En cirugía oncológica, por tanto, su utilidad es ya invaluable. Se ha demostrado que el contraste permanece por más tiempo en tejido linfático y en tejido tumoral con permeabilidad vascular aumentada, por lo que puede ayudar a identificar un tumor en la cavidad abdominal o específicamente en glándulas sólidas como el hígado, al aplicar el contraste horas antes de la intervención quirúrgica.

Las posibilidades de apoyo en la navegación/visualización en cirugía son tales que ya existen estudios evaluando

otras moléculas fluorescentes adosadas a anticuerpos específicos que permiten identificar concretamente los tumores, permitiendo una cirugía más precisa y potencialmente con mejor pronóstico en los pacientes oncológicos intervenidos.

Mas, ¿cómo se llega a implementar con seguridad una tecnología así? El hecho de que una tecnología haya sido probada y comercializada en el extranjero no implica su adopción inmediata en nuestro medio. El uso de nuevas tecnologías requiere la aprobación de cada uno de sus elementos por las autoridades sanitarias correspondientes, además de planeación, adquisición de los equipos e insumos necesarios y, finalmente, de la implementación segura para el paciente.

Desde el punto de vista de los usuarios finales -cirujanas y cirujanos-, tampoco es trivial, porque hay múltiples preguntas acerca de la efectividad, seguridad, costos, aplicaciones y riesgos que pueden ahogar el entusiasmo inicial por usar una nueva tecnología.

En la prestación de servicios hospitalarios y quirúrgicos de alta especialidad, la decisión de incorporar nuevas tecnologías no depende únicamente de la situación del mercado o del deseo de algún especialista en usarlas. En ocasiones, se opta por el uso de proveedores externos para facilitar el acceso; no obstante, esto lleva implícito el aumento de costos para el paciente, la disponibilidad limitada y mucho menos el control sobre el proceso de atención y el estado del equipo biomédico y de los insumos que cuando se implementa formalmente.

Todas esas barreras mencionadas podrían desanimar de la implementación formal a cada una de las partes involucradas en la toma de decisiones, si bien pueden verse como filtros intrínsecos al sistema de prestación de servicios hospitalarios que permiten destilar las tecnologías que no ofrecen beneficios reales y no únicamente modas, de las que son efectivas y ofrecen grandes ventajas para nuestros pacientes.

Paradójicamente, la implementación formal, dentro de los parámetros del modelo de seguridad del paciente, bajo el que opere un hospital, permite precisamente el seguimiento y la evaluación de los resultados de la aplicación de la nueva tecnología. La implementación significa incluir formalmente al personal involucrado en todo el proceso de atención y mantener el aseguramiento de los insumos y de los equipos necesarios, disminuyendo así riesgos para los pacientes.

En la aplicación de cirugía guiada por fluorescencia, como hemos visto, para empezar, se requiere del equipo biomédico -torre de laparoscopia, con capacidad para fluorescencia- y de la disponibilidad del verde de



indocianina. No obstante, el recurso más importante es el personal que lo aplicará y por lo tanto es indispensable que exista difusión al personal de apoyo y a los usuarios sobre indicaciones, preparación, dosis, seguridad y riesgos.

Farmacia, farmacovigilancia, enfermería de hospitalización, personal de quirófano y el personal de apoyo podrán así familiarizarse con el uso de un medicamento que es extremadamente versátil y que puede aplicarse por diversas vías y en distintos momentos de la atención -tanto en el preoperatorio como durante la cirugía-.

La implementación formal de la tecnología permite, además, poner a disposición de más pacientes que lo necesiten esta herramienta tan valiosa, ya que se logra una disponibilidad de 24 h al día sin depender de proveedores externos, permitiendo usar la fluorescencia en cirugía de urgencia, precisamente cuando más impacto favorable puede tener en el paciente.

Recientemente (octubre 2022), presentamos nuestros resultados tras la implementación de cirugía guiada por fluorescencia en el Congreso Nacional de Cirugía General en Mérida, Yucatán. Ahí pudimos compartir que el 71 % de los procedimientos donde se usó fluorescencia en nuestro hospital fue catalogado como cirugía de urgencia y un tercio del total de aplicaciones ocurrió en el turno nocturno, siendo el procedimiento más frecuente, la colecistectomía laparoscópica, seguida de resección de colon, donde se usó para verificar la perfusión de anastomosis en todos los casos.

La evidencia científica al respecto de las indicaciones y beneficios de la cirugía guiada por fluorescencia se sigue acumulando. La Asociación Internacional de Cirugía Guiada por Fluorescencia (ISFGS, por sus siglas en inglés) tiene a disposición de especialistas y del público información al respecto, incluido material audiovisual y, sobre todo, acceso a los últimos artículos relevantes.

Entre las publicaciones recientes más significativas está, por ejemplo, la descripción de los nervios periféricos de mamíferos in vivo, que autofluorescen al recibir luz en longitudes de onda cercanas al ultravioleta. El potencial de este hallazgo radica en implementar tecnologías que permitan visualizar en tiempo real los nervios periféricos milimétricos para así disminuir lesiones neurológicas y mejorar resultados en cirugía de tiroides, colorrectal, de hernia inguinal y cirugía de extremidades.

Muy pronto se podrá operar con sistemas de visualización tales que, por ejemplo, además del espectro visible, se vea fluorescencia cercana al infrarrojo con ICG delimitando un tumor, a la vez que se visualiza la fluorescencia cercana al ultravioleta de los múltiples nervios periféricos de esa región anatómica, permitiendo el mejor resultado funcional posible.

Lo anterior puede antojarse como ciencia ficción, tan inalcanzable como una galaxia lejana. Lo cierto es que es una realidad en nuestro país y los principales retos que representa no es el traerla, sino el lograr que más pacientes tengan acceso a los beneficios de esta tecnología de manera equitativa, con una implementación segura y con la difusión responsable de su uso.

La implementación de nuevas tecnologías en cirugía es un reto muy particular para las instituciones prestadoras de servicios hospitalarios. En el caso de la cirugía guiada por fluorescencia, con las múltiples posibles aplicaciones en un gran rango de procedimientos de diversas especialidades, los beneficios pueden verse en varios frentes. Definitivamente, al ampliar nuestro espectro de visión durante los procedimientos quirúrgicos, podemos mejorar la seguridad de los pacientes, más aún si la implementación se hace apegada a los principios de un modelo de seguridad establecido.

Bibliografía

Dip, F., Rosenthal, D. et al., *Nerve autofluorescence under near-ultraviolet light: cutting-edge technology for intra-operative neural tissue visualization in 17 patients*. *Surg. Endosc.*, 2021. Doi: 10.1007/s00464-021-08729-y

Dip, F. et al., *Consensus Conference Statement on the General Use of Near-infrared Fluorescence Imaging and Indocyanine Green Guided Surgery: Results of a Modified Delphi Study*. *Annals of Surgery*, 2022; 275(4): 685-691. Doi: 10.1097/SLA.00000000000004412

Shen, R., Zhang, Y. & Wang, T., *Indocyanine Green Fluorescence Angiography and the Incidence of Anastomotic Leak After Colorectal Resection for Colorectal Cancer: A Meta-analysis*. *Diseases of the Colon & Rectum*, 2018; 61(10): 1228-1234. Doi: 10.1097/DCR.0000000000001123 *International Society for Fluorescence Guided Surgery: www.isfgs.org*

Ilustraciones: Descripción y créditos

Fig. 1. Lámina anatómica, esquemática, mostrando hígado, vesícula y vía biliar. (Wikimedia Commons, modificado al español por el autor).

Fig. 2. Imagen (central) compuesta por múltiples tomas a distintas longitudes de onda -desde ultravioleta al infrarrojo-, superpuestas de la Galaxia espiral NGC1512, con una imagen solo con luz visible (en rombo lateral) de la misma galaxia, vista a través de un telescopio terrestre. (Ambas imágenes ESA/Hubble, superposición de segunda imagen y texto en español por el autor para fines didácticos).

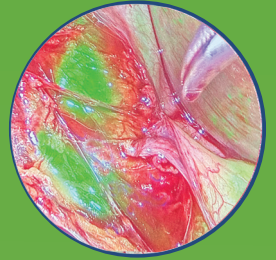
Fig. 3. A-imagen intraoperatoria de una colecistectomía laparoscópica, durante la disección de las estructuras críticas en el triángulo hepatocístico. B-imagen intraoperatoria con fluorescencia, resaltando claramente la vesícula biliar (VB), el conducto cístico (CC) y la vía biliar principal (VP). (Registros quirúrgicos del autor, con consentimiento expreso para su uso con fines didácticos por el paciente).



SERVICIOS INTEGRALES
UROGAM, S.A. DE C.V.



RUBINA
Tecnología de
reproducción de:
Imagen Image1 S



**Enucleación de la
próstata HOLEP**
La técnica
minimamente
invasivo para el
tratamiento de
la hiperplasia



Somos una empresa dedicada a ofrecer soluciones integrales con los
más altos estándares de calidad en tecnología, seguridad y durabilidad,
respaldado por las marcas de mayor prestigio en el mercado.

Haciendo de la Calidad un Servicio Integral

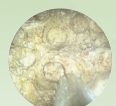


www.siusamexico.com.mx

• Periférico Sur No. 3343, Oficinas 302 y 304, Col. San Jerónimo Lídice, C.P. 10200. Alc. Magdalena Contreras, CDMX •
• (55) 44 44 15 22 • (55) 55 95 63 08 • (55) 56 68 60 93 • (55) 56 68 60 97 •



**SWISS
LITHOCLAST
TRILOGY**
Litotricia como
nunca antes





Asociación Nacional de Hospitales Privados



2^{do} Congreso
Asociación Nacional
de Hospitales Privados
Ciudad de México, 2023

presentan:

EL FUTURO DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Buscando soluciones juntos

22 y 23 de junio 2023

Sede: Centro de Convenciones
"Cinia González Díez";
Hospital Español, CDMX.

Avalado por:



TecSalud
Escuela de Medicina
y Ciencias de la Salud



¿A quién va dirigido?

Le será sumamente útil a todos los involucrados en la gestión hospitalaria.

Invitamos a médicos, enfermeras, departamentos de compras y suministros, áreas legales y de finanzas, así como de gestión de recursos humanos, por mencionar algunas, que hacen posible que un hospital opere con todas las medidas de seguridad.

Este **22 y 23 de junio del 2023** se llevará cabo el **Congreso Nacional** de la Asociación Nacional de Hospitales Privados en la Ciudad de México.

Se reunirán **más de 20 ponentes** para exponer la situación actual del sistema de salud en México, el futuro de los desarrollos que han surgido y propuestas de eficacia y eficiencia en sistemas de salud.

Mediante **información de primer nivel** con **pláticas magistrales** y un continuo **análisis científico** te llevará a romper paradigmas para tomar decisiones en organizaciones que ayuden a buscar soluciones sanitarias juntos y desarrollar un paso más la salud en el país.

¿Quiénes van a estar?

Se darán cita **28 grandes personajes de la industria hospitalaria** contemporánea con ponencias representativas de los avances y áreas de oportunidad que se han presentado en los últimos meses.

¿Qué incluye?

- ✓ Entrada a **conferencias**
- ✓ **Constancia** digital avalada por la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, **Tecsalud**
- ✓ **Alimentos** (coffee break y comidas)
- ✓ **Cóctel**
- ✓ Acceso a **feria comercial**

Inversión

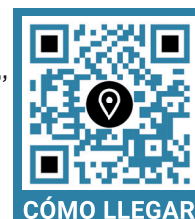
	Asociados ANHP	No Asociados
Enfermería	\$500.00	\$600.00
Ejecutivos	\$3,500.00	\$4,500.00



**CUPO LIMITADO
ASEGURA TU LUGAR**

¿Cómo llegar?

El auditorio "Cinia González Díez" se encuentra dentro del Hospital Español, en la delegación Miguel Hidalgo, CDMX.



CÓMO LLEGAR

HORARIO	TEMAS Y PONENTES - PRIMER DÍA - JUEVES 22 DE JUNIO 2023			
9:00 a 9:50 Hrs.	<p>Retos y desafíos de la enfermería, después de una pandemia.</p> <p>Moderadora: <i>Mtra. Gabriela Cortés Villarreal</i></p>	 Lic. Martha Inés Ruiz Chávez	 Lic. María Juana Sánchez Hernández	 Lic. Gudelia Bautista Cruz
9:50 a 10:40 Hrs.	INAUGURACIÓN			
10:40 a 11:30 Hrs.	 Construir un sistema de salud universal en México. <i>Lic. Enrique de la Madrid Cordero</i>			
11:50 a 12:40 Hrs.	 <i>Lic. Alejandro Paolini</i> Una perspectiva del futuro del sistema Hospitalario Privado en México.	 <i>Lic. Melissa Torres Vega</i> Responsabilidad Civil en la prestación de Servicios Médicos: Causas y líneas de acción para prevenirla.	 <i>Dr. Morgan Guerra Gea Morett</i> Cómo crear una estrategia de atención médica continua fuera del hospital, los retos económicos y de implementación	
13:20 a 14:10 Hrs.	 <i>Dr. Horacio Garza Ghío</i> Administración de inversiones y costos ocultos	 <i>Dr. Santiago March Mifsut</i> Multiomics y Medicina de Precisión: El futuro es ahora.	 <i>Ing. Manuel Rivera Raba</i> Entendiendo los riesgos de Ciberataques en la industria de la salud.	
14:30 a 15:30 Hrs.	COMIDA PATROCINADA POR PISA®			
16:00 a 16:50 Hrs.	 Hacia un sistema de salud basado en valor. <i>Dr. Enrique Ruelas Barajas</i>			
16:50 a 17:40 Hrs.	<p>Los retos en el campo de innovación y transformación que amenazan al sistema de salud.</p>	 <i>Sr. Óscar Dalmau Ibañez</i>	 <i>Dr. Valentín Martínez i Espinosa</i>	
19:00 a 20:30 Hrs.	CÓCTEL PATROCINADO POR MINDRAY®			

HORARIO**TEMAS Y PONENTES - SEGUNDO DÍA - VIERNES 23 DE JUNIO 2023**

8:30 a 9:20 Hrs.

**La participación del sector hospitalario en la agenda de salud global y nacional.***Dr. Eduardo **González Pier***

9:30 a 10:20 Hrs.

**Democracia, polarización y transformación pública: reflexiones para el sector salud.***Lic. Alejandro Alfonso **Poiré Romero***

11:00 a 11:50 Hrs.

*Dra. Alma Rosa **Marroquí Escamilla****Dra. Oliva **López Arellano****Dr. Guillermo **Torre Amione****Mtro. Fernando **Petersen Aranguren****Lic. Héctor **Valle Mesto*****Retos para ir rumbo a un sistema nacional de salud fortalecido. Moderadora:** *Maribel Ramírez Coronel*

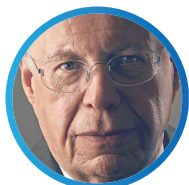
12:00 a 12:50 Hrs.

**Retos y oportunidades democráticas y jurídicas de México frente al 2024.***Lic. José Ramón **Cossío Díaz***

13:00 a 13:50 Hrs.

*C.P. Alejandro **Alfonso Díaz****C.P. Guillermo **Reyes Caballero****Dra. Clara Isabel **Páez García*****Alcanzando la alta confiabilidad, lecciones de implementación de HRO. De la teoría a la práctica.***Dra. Blanca **Velázquez Hernández***
Innovación y equidad en salud.

14:00 a 14:50 Hrs.

**Educación, investigación y ética en los servicios de salud privados.***Dr. José **Narro Robles***

15:10 a 16:00 Hrs.

CEREMONIA DE CLAUSURA

16:00 a 17:30 Hrs.

COMIDA PATROCINADA POR LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS**2do Congreso**
Asociación Nacional
de Hospitales Privados
Ciudad de México, 2023**Informes e inscripciones:**

55 5545 3501 y 55 1560 7112

congreso@anhp.mx
www.anhp.mx**CONOCE MÁS**



LA MEDICINA DIGITAL, EL FUTURO DE LA SALUD

**Autor: Lic. Héctor Valle Mesto.
Presidente Ejecutivo de FunSalud**



Tanto en México como en el resto del mundo estamos enfrentando retos importantes en materia de acceso a la salud.

En nuestro caso, los últimos 30 años hemos sufrido una subinversión en salud cada año de aproximadamente tres puntos del Producto Interno Bruto, si lo comparamos con otros países de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos). Esta inversión, al encontrarse por debajo del promedio de los treinta y cuatro países que integran la OCDE, afecta el acceso a personal de salud (doctoras, doctores, enfermeras,

enfermeros y técnicos en general), infraestructura médica y medicamentos o dispositivos.

Cuando analizamos el reto que tenemos en el acceso a personal de salud, nos damos cuenta de la falta de especialistas en aquellas áreas de salud donde más los necesitamos. Ejemplos de ello son la escasez de endocrinólogos, cardiólogos, neurocirujanos y geriatras, por sólo citar algunos.

Pensemos que México tiene una población donde aproximadamente el 14% de la población cursa

NO AGREGUE COMPLEJIDAD CON PLASMA

La esterilización con peróxido de hidrógeno es eficaz con o sin plasma y el plasma se utiliza para ayudar a eliminar los residuos de peróxido de hidrógeno.

LIBRE DE PLASMA; LLENO DE BENEFICIOS

Además de agregar complejidad con el plasma, estar libre de plasma tiene estos beneficios:



Más espacio para sus dispositivos. No hay necesidad de una bobina de plasma dentro de la cámara del esterilizador, lo que significa que hay más espacio para sus dispositivos: casi un 50% más de espacio utilizable¹ y minimizando los ciclos abortados³.



Más suave en sus dispositivos. El plasma puede generar reacciones secundarias que pueden ser perjudiciales para las capas superiores de los dispositivos esterilizados³.



Menos calor. Las cargas en algunas esterilizadoras de plasma pueden alcanzar los 55 °C debido al calor generado por el plasma². Las cargas del esterilizador **V-PRO** no superarán los 50 °C.



STERIS Solutions Mexico

Isabel la Católica 24 Piso 3 Of. 304 - Col. Centro, CP 06000
CDMX, México - Teléfono: +52 (81) 8333-9019

¹ A partir del 2 de noviembre de 2012, la esterilizadora STERRAD 100NX tiene un volumen útil de 93L en la cámara y la esterilizadora NX tiene un volumen útil de 30L en la cámara. El Esterilizador V-PRO max. ² Tiene un volumen utilizable de 136 L en la cámara y el V-PRO S2 tiene un volumen utilizable de 60. El proceso sin plasma elimina la necesidad de una bobina que puede contribuir a ciclos abortados. ³ Información técnica de la 3ASP Sterrad 100NX AD-54083-001 Rev B. Información técnica de la Sterrad NX AD-52972 Rev. A.

con diabetes (es decir, poco más de 18 millones de personas) y contamos con menos de 950 especialistas en el tratamiento de dicha enfermedad. Si pensáramos que todos los diabéticos necesitaran atención de un especialista, cada endocrinólogo debería de atender a casi 19,000 pacientes, lo cual resulta inalcanzable. Esta dificultad se hace mucho mayor al interior del país, donde contamos con un número menor de especialistas. En el caso de los endocrinólogos, tenemos varios estados con menos de 5 especialistas en el tratamiento de diabetes, como es el caso de Guerrero, Campeche y Colima. Observamos cómo las y los especialistas no quieren mudarse a muchos lugares al interior del país derivado de la alta inseguridad, la calidad de vida inferior y la falta de una clase media que pueda financiar la atención privada (es importante recordar que 75% del ingreso de un especialista lo genera la práctica privada). Así, observamos mexicanas y mexicanos que tienen que recorrer grandes distancias para encontrar un especialista, lo que genera la imposibilidad o el abandono de la población de su situación de salud, la mayoría de las veces con resultados fatales.

Cuando la población logra sortear el acceso al personal de salud, nos damos cuenta de que el siguiente obstáculo a vencer es el poder contar con la infraestructura médica que permita completar el diagnóstico del médico, con análisis y estudios complementarios, o bien internar a una persona que requiere estar en un ambiente intrahospitalario. En este caso los contratiempos tampoco son menores, ya que al igual que en el caso del personal de salud, gran parte

de la población rural y urbana requiere desplazarse para encontrar la infraestructura requerida.

En el caso de los medicamentos y dispositivos, encontramos un escenario que también genera inequidades cuando observamos que el acceso a los nuevos medicamentos toma poco más de cuatro años, cuando varios países en el mundo lo logran en tiempos menores a dos años. En este caso, nos referimos al acceso público a los medicamentos innovadores, lo que deja a las mexicanas y los mexicanos en una situación de inequidad comparado con otros países.

Al ver las complicaciones que enfrentan los ciudadanos en su proceso de navegar el sistema de salud, nos vemos obligados a encontrar rutas de acceso más fáciles y donde realmente quienes necesitan la atención puedan tener disponibilidad de personal de salud, infraestructura y medicamentos o dispositivos en tiempo y forma.

Estas “brechas” nos obligan a buscar modelos de atención más eficientes. Necesitamos un sistema que nos permita priorizar la atención de manera inteligente y donde aquellos que requieren con prioridad la consulta de un médico sean los primeros en ser atendidos; mientras que el resto se beneficie de la existencia de modelos inteligentes que utilicen la predicción para poder realizar una prevención personalizada. Es decir, basado en tu código genético, saber cómo prevenir lo que se tenga tendencia a desarrollar, a través de una alimentación y ejercicio personalizado.



Para lograrlo se requiere una transición hacia modelos de atención médica digitales que mejoren la eficiencia, la accesibilidad y la calidad de la atención médica. Con el fin de conseguir esta transición, se deben tomar en cuenta varios factores, entre ellos:



1. Infraestructura tecnológica: Es necesario contar con una infraestructura tecnológica adecuada para soportar los sistemas digitales de atención médica. Esto incluye el acceso a internet de alta velocidad, dispositivos y software especializados, así como sistemas de seguridad de la información robustos para proteger los datos de los pacientes.



2. Capacitación del personal médico: Es importante que el personal médico esté capacitado en el uso de las tecnologías digitales para poder brindar atención médica de calidad. La capacitación puede incluir el uso de sistemas de telemedicina, la interpretación de datos generados por la IA y el uso de tecnologías de Realidad Virtual y Realidad Aumentada. Para ello necesitamos el compromiso de las escuelas y facultades de medicina a lo largo y ancho del país, con el objetivo de preparar al personal de salud en el uso de las nuevas tecnologías.



3. Aceptación de los pacientes: Los pacientes deben estar dispuestos a utilizar las tecnologías digitales para recibir atención médica. Es importante educar a los pacientes sobre las ventajas de la atención médica digital y sobre cómo pueden acceder a ella de manera segura y confidencial. Hemos observado que la transición demográfica, cada vez más, da espacio para que esto suceda, en la medida en que aquellos que fueron jóvenes hace unos años hoy van requiriendo atención en salud.



4. Políticas públicas: Las políticas públicas deben fomentar la adopción de la atención médica digital. Esto puede incluir incentivos para los proveedores de atención médica que adopten tecnologías digitales, así como la regulación y supervisión de las tecnologías digitales que garanticen la seguridad y calidad de la atención médica. Actualmente, en nuestro país, estamos viviendo el debate de Salud Digital, donde el poder legislativo está en proceso de aprobar temas tan relevantes como la telemedicina y la receta digital, ambas piezas fundamentales de esta evolución del sistema de salud.

Sin el avance legislativo de la “digitalización” de la salud, seguiremos dejando a la población sin acceso óptimo a la atención en salud. Además, la transición a modelos de atención médica digitales debe ser gradual y cuidadosamente planificada para garantizar que no se produzcan interrupciones en la atención médica.

Es importante involucrar a los pacientes, al personal médico y a las partes interesadas en la planificación y ejecución de la transición. En conclusión, los modelos que inicien con atención médica digital son el futuro de la salud y serán fundamentales para mejorar la eficiencia, la accesibilidad y la calidad de la atención médica. La telemedicina, la Inteligencia Artificial, la Realidad Virtual y la Realidad Aumentada son sólo algunas de las tecnologías que pueden transformar la atención médica.

El objetivo es lograr una transición exitosa hacia modelos que nos lleven a cerrar las brechas de acceso a la salud.



La actitud de servir

Autor:

Lic. Rafael Martín del Campo Contreras

El servir es una actitud que se aprende en el hogar, donde somos protegidos y servidos desde la tierna infancia. Al crecer, ya sean nuestros hermanos o nuestros abuelos nos enseñan a servir a otros en tareas sencillas.

Dice la escritora chilena Gabriela Mistral (Premio Nobel de Literatura en 1945) que: “Existe la alegría de ser sano y la de ser justo; pero hay, sobre todo, la hermosa, la inmensa alegría de servir”. Y agrega que: “El servir no es tarea de seres inferiores. Dios, que da el fruto y la luz: sirve. Pudiéramos llamarlo: el que sirve”.



Este concepto dignificador del servicio contrasta con el enfoque peyorativo que algunos tienen sobre el mismo.

Los romanos, en sus guerras de conquista, seleccionaban a los vencidos para llevarlos encadenados a Roma, donde desfilarían atrás de las legiones victoriosas. Estos esclavos adquirían la categoría de servus, la más baja, de siervos, de sirvientes, que estarían a las órdenes de un noble Patricio, su patrón. Recordemos que las labores domésticas no eran dignas de la nobleza, para eso existían los esclavos.

En nuestra época no hemos evolucionado del todo, cuando se piensa en la servidumbre,

incluso en el personal de servicio doméstico, se asume que pertenecen a una categoría inferior.

Si pasamos al mundo de las instituciones de salud, en un hospital en concreto, podemos preguntarnos: ¿Cuál es la razón de ser de un cuerpo médico, otro de enfermería, del personal administrativo o de mantenimiento? La misión de todos ellos es servir y podemos decir que es la misión de todas las profesiones. Pero por las actitudes no siempre adecuadas, en el personal de un hospital podemos colegir que no todos sus empleados tienen clara la misión de su puesto.

Sin embargo, los clientes, pacientes o usuarios cada vez son más críticos respecto a la calidad de los servicios que reciben, sus necesidades y expectativas cambian y no son estáticas.

Cuando la industria empezó a exportar sus productos a diferentes países, se pensó que la calidad de los mismos era decisiva, considerándose el servicio como un subproducto, algo secundario. Años después, la calidad técnica del producto empezó a ser homogénea en diferentes marcas y los clientes o usuarios empezaron a tomar decisiones de compra basados en la calidad del servicio.

Jan Carlzon, presidente de la línea Scandinavian Air Systems, dice: “Para que pase algo extraordinario fuera de la empresa se requiere que pase algo extraordinario dentro de la misma”. En otras palabras, para que el cliente externo esté satisfecho, deben estarlo los clientes internos. Esto es una cadena virtuosa de clientes.

Si los empleados reciben respeto, atención y trato justo, es mucho mayor la posibilidad de que esto sea replicado con los pacientes o usuarios.

Ron McCann, en su obra *El placer de servir con calidad*, dice que: “El servicio es fuente de deleite y satisfacción, el servir no degrada, sino, por el contrario, engrandece; todos podemos valer más cuando servimos a otros y lo hacemos con gusto”.

Hasta el momento, no se ha encontrado una relación directa entre el dinero y el servicio: “El deseo de logro económico no es el motor vital del servicio”.

El genial Walt Disney comentó en alguna ocasión que: “No producía películas por dinero, sino que ganaba dinero para poder seguir

creando y produciendo películas”.

El término servir denota que algo se hace bien y beneficia a alguien por ser de utilidad, y promueve el desarrollo de la organización que lo otorga. Existe un aforismo muy antiguo y sencillo que dice:

“El que no vive para servir, no sirve para vivir”.

La pirámide invertida

Cuando miramos una carta de organización o un organigrama, lo común, lo tradicional, es que en la parte superior aparezca el Consejo de Administración (los accionistas) o el Órgano de Gobierno; después aparecen, más abajo, las posiciones directivas, los mandos intermedios y los puestos operativos. En otras palabras, la importancia de las posiciones va descendiendo.

Jan Carlzon creó una revolución en el servicio cuando propuso una pirámide organizacional invertida, donde el espacio principal, el superior, lo ocupan los clientes o usuarios, y los niveles de mando aparecen hasta abajo, en el vértice, indicando que su función principal es apoyar a los puestos o a las posiciones “que tocan a los clientes”.

La famosa frase **“El cliente es primero”**, en el enfoque de Carlzon, se convierte en una política, en varios procedimientos y en una mística o un credo organizacional. Si a los pacientes se les toma el pulso, con los clientes hay que hacer lo mismo.

La idea de la pirámide invertida es revestir de poder a la línea de enlace para que desplieguen su iniciativa usando su mejor criterio, y para dar respuesta a las necesidades y expectativas de la clientela. Por consiguiente, se asume que los niveles de mando les proveerán con todos los apoyos necesarios.



Liderazgo servicial

Toda esta revolución en la actitud de servir está determinada por lo que ahora se denomina liderazgo servicial, con el cual se trata de dirigir y de servir al mismo tiempo. **Es un proceso de influencia donde se dignifica la función de servir y se asegura que cada empleado comprende cuál es el cometido principal de la organización**, pues de ello se desprende el propósito hacia la misión de cada puesto.

Cuando “se le toma el pulso” al cliente se evalúan sus impresiones, se resuelven sus problemas y los sistemas se rediseñan dentro de una cultura de mejora continua.

Cuando un servicio responde a las demandas, los deseos y las expectativas del beneficiario o usuario, se dice que se otorga un servicio con calidad.

Bibliografía

Albrecht, Karl, *La revolución del servicio, Serie empresarial, Fondo Editorial Legis, México, 1990.*

McCann, Ron, *El placer de servir con calidad, Editorial Pax, México, 2015.*



PiSA[®] Farmacéutica

Compañía líder en el ramo, 100% mexicana y con casi 8 décadas de historia cuenta con gran experiencia, un equipo sólido y altamente calificado, esto ha permitido desarrollar productos y servicios para la salud que ofrecen calidad, eficiencia y seguridad al paciente.

Infraestructura:

PiSA[®] Farmacéutica en sus dos complejos industriales:

Complejo Zona Industrial 42 mil m²

Complejo Tlajomulco de Zúñiga con 176 m²

Cuenta con **14 plantas de producción** que incluyen equipos de investigación, desarrollo, producción y certificaciones de calidad que cumplen las buenas prácticas de manufactura y cumplimiento de estándares de calidad mundial.

Con esta infraestructura PiSA[®] Farmacéutica tiene la oportunidad de proyectar nuevas alternativas para la salud y de llevarlas a un producto de alta calidad, seguro y confiable.





Más de 22 mil colaboradores



17 líneas de especialidad



14 plantas de producción

Calidad y promesa

El compromiso de Grupo PiSA® es generar y mantener la confianza del consumidor final y esto se logra, con la creación de un catálogo específico de productos que responda a sus necesidades y que le protejan y proporcionen una mejor calidad de vida.

Nuestros valores



Comprendiendo la discapacidad

Parte 2

Autores:

Lic. Rafael Martín del Campo Contreras

Lic. Arturo Álvarez Aguirre

En la primera parte de este tema se expuso la situación nacional respecto a las personas con discapacidad (no siempre permanente), su promedio en el país y la perspectiva que ha tenido desde la época prehispánica.

Ahora, actualmente, en nuestro país, contamos con un marco jurídico que impone obligaciones a los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria, como parte del Sistema Nacional de Salud, con el fin de promover un mejor acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad, eliminando tanto las barreras físicas como actitudinales.

Muchas de esas medidas pueden ser consideradas en nuestro entorno doméstico para sensibilizarnos hacia otras realidades. Como **Apéndice A** compartimos las que estimamos relevantes.

Si el lugar donde se encuentra al leer este artículo cuenta con elevador, lo invitamos a que intente llegar a él con los ojos cerrados. Si lo logra, ¿podría saber si el elevador irá hacia arriba o hacia abajo? ¿Podría identificar el piso al que desea dirigirse en los controles del elevador si estos no tuvieran relieve? ¿Cómo sabría que ya llegó al piso que desea visitar? ¿Qué cree que pasaría si el elevador no estuviera correctamente ajustado y formara un pequeño desnivel respecto del piso?

Pregúntese: ¿cómo es que una persona con discapacidad auditiva puede atender la alerta sísmica en la Ciudad de México?

Este tipo de ejercicios nos podrían orientar sobre las facilidades de nuestros entornos y la necesidad de adaptarlos para personas con limitaciones.



Es necesario reeducarnos incluso a través del lenguaje. Hay personas que no hablan porque no escuchan y el lenguaje oral no es el único que existe. El término tullido o cojo implica que “el pobrecito nunca caminará sin muletas”. Ciego es el término correcto para quien no ve, decir “invidente” está mal aplicado, pues de hecho casi todos somos invidentes, ya que no podemos adivinar el futuro (no somos videntes).

Si nos fijamos bien, quien pone “barreras físicas” que dificultan la igualdad de oportunidades para todas las personas es la sociedad, pues no coloca rampas de acceso en banquetas y paradas de transporte público, letreros en braille en estaciones o comercios, alarmas visuales o vibradoras, picaportes accesibles en puertas, programas parlantes en computadoras, etc. Todo esto sin contar las “barreras actitudinales o culturales” que ponen empleados poco empáticos en puestos de servicio.

Paulina Rivero Weber, doctora en Filosofía y autora del libro *Introducción a la Bioética*, escribe: ***La incapacidad o la discapacidad no está en el individuo, sino en el medio en que vive. La palabra “discapacidad” debería implicar una denuncia social porque el entorno no ha sido capacitado, no ha sido construido apto para todos y por lo tanto no responde a las diversas necesidades.***

Si pensamos en una persona que por un accidente tiene que emplear una silla de ruedas, y se encuentra en casa en compañía de su perro –muy entendido, por cierto– y le pide al can que le traiga cierto objeto que él identifica y que se encuentra en el refrigerador o en la habitación contigua, si la puerta del refrigerador no tiene una cuerda para que el

animal la jale o la puerta de la habitación tiene un picaporte de perilla y no de palanca, no puede tacharse de incapacitado al perro por no poder abrir esas puertas; más bien, tiene capacidades diferentes (y nos supera en muchas de ellas) y su dueño no ha hecho las adaptaciones necesarias en el entorno de acuerdo con la morfología del perro.

Ese ejemplo puede parecer muy imaginativo, pero ilustra la falta de entendimiento sobre el tema que nos ocupa.

Es inconcebible que el 95.1 % de la población seamos incapaces de hacer algo por el 4.9 % que vive con una limitación, venciendo adversidades diariamente.

El poderoso debe ser humilde a la vez y debe cuidar de no ofender, de no pasar por encima de quienes carecen de ese poder, sea éste consecutivo a la inteligencia, a la riqueza, al estrato social al que se pertenece o accede, a la relación sacerdotal con dioses y espíritus. El poderoso debe considerar que es responsable, más responsable en cuanto más poderoso se es, de los desvalidos.

Sin duda, hay mucho por hacer en los sectores público, privado y social, para mejorar las condiciones de las personas con discapacidad y asegurar su integración a la dinámica cotidiana. Es necesario “sensibilizar” a la sociedad, pero particularmente las instituciones de servicios de salud tienen una oportunidad única para ser un modelo a seguir comprendiendo la discapacidad.



APÉNDICE A

- Rutas accesibles para que las personas con discapacidad puedan llegar desde las entradas principales, hasta las áreas donde se brindan los servicios de atención médica.
- Equipamiento urbano, elementos colgantes salientes y follaje de árboles a una altura mínima de 2.20 m desde el nivel del piso.
- Espacios libres de obstáculos y barreras arquitectónicas con características que favorezcan el desplazamiento de las personas con discapacidad; por ejemplo, con 1.20 m de ancho, para favorecer la circulación de una silla de ruedas convencional.
- Acabado firme y antiderrapante en las rutas accesibles, tanto interiores como exteriores.
- Puertas con ancho mínimo de 0.90 m y vanos de acceso e intercomunicación, con pintura de contraste.
- Destacar a 30 cm de distancia la proximidad de desniveles en el piso y puertas de elevadores, así como los inicios y finales de rampas y escaleras, con una franja (también de 30 cm) con cambio de textura y color contrastante.
- Contar con sistemas de alarma de emergencia a base de señales audibles y visibles, con sonido intermitente y lámpara de destellos.
- Observar ciertas reglas en espacios y elementos específicos:

ESTACIONAMIENTOS	Deben destinar el 4 % del total de cajones para uso exclusivo de vehículos conducidos por personas con discapacidad o que las transporten. Si el porcentaje no alcanza, deben contar al menos con uno de estos cajones, que tendrá como mínimo 3.8 m de ancho por 5 m de largo y deberá estar visiblemente identificado.
BANQUETAS	En el exterior, deben contar con rampas (debidamente señalizadas) en el cruce peatonal, con una pendiente específica de acuerdo a su desnivel.
PASILLOS DE CIRCULACIÓN DEL PÚBLICO	Uniformes, firmes y antiderrapantes que, en caso de tener una pendiente mayor al 4 %, deberán incorporar pasamanos de perfil tubular, rígidos, resistentes, de color contrastante, lisos y libres de asperezas, con diámetro de 0.032 a 0.038 m.
RAMPAS	Con pasamanos adecuados y pendientes no mayores al 8 % y 6 % en función del desnivel, longitud máxima de 6 m entre descansos, los cuales serán de al menos 1.5 m. El área de aproximación al inicio y final de las rampas será de 1.20 m de ancho por 1.50 m de largo y deberá estar libre de obstáculos. Si no están confinadas por pretilos o muros, deberán contar con protección lateral (sardinell) de 0.05 m de altura.
ELEVADORES	Deberán estar cerca de la entrada principal, con área de aproximación libre de obstáculos y con las dimensiones adecuadas, vinculados a una ruta accesible y debidamente señalizados para su fácil identificación. Los números de piso deben estar en alto relieve y sistema braille a 1.20 m del piso. Sus puertas deben tener un ancho libre mínimo de 0.90 m. El área libre interior será de al menos 1.20 m de ancho por 1.50 m de largo y pasamanos a 0.90 m de altura. El botón de llamado debe estar entre 0.90 m y 1.20 m de altura, con indicador de ascenso y descenso en relieve, y sistema braille a la izquierda. Los botones interiores deberán tener números arábigos en alto relieve y sistema braille, también a la izquierda. El cierre automático de puertas debe operar con un mínimo de 8 segundos y se debe verificar que al parar estén perfectamente alineados respecto del piso, para que no cree un desnivel ni una separación en piso mayor de 2 cm. Al arribar a piso, debe tener indicación sonora, preferentemente con voz en español. Asimismo, en el exterior debe tener una señal sonora para indicar la dirección del elevador, preferentemente diferenciada.

ESCALERAS	Con pasamanos en ambos lados y espacio libre entre éstos de 1.20 m, y escalones con tiras antiderrapantes en color contrastante.
PUERTAS	Ancho mínimo de 0.90 m y debe abatir hacia afuera. Las manijas deben ser resistentes y de tipo palanca (no perilla que dificulta su uso).
SALAS DE ESPERA	Deben contar con espacios para sillas de ruedas de 1.00 m de ancho y 1.40 m de largo, debidamente señalizados y al lado de una ruta accesible. Asimismo, tendrá al menos un lugar reservado para personas con muletas o bastones.
AUDITORIOS	Deben contar con espacios para personas con discapacidad en silla de ruedas, preferentemente con condición de igualdad en visibilidad, respecto del público en general.
COMEDORES	Las mesas deben tener un área libre mínima de 0.70 m y máxima de 0.80 m entre el piso y la parte superior de la cubierta, así como asientos móviles.
SANITARIOS	Circulación libre de obstáculos, barras de apoyo e inodoros, mingitorios y lavabos aptos para personas con discapacidad.
HOSPITALIZACIÓN	El espacio entre cama y cama debe ser de al menos 1 m de ancho para que una silla de ruedas pueda circular entre ellas.

Bibliografía

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, la cual establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Viesca, C. & Ramos R. de Viesca, M. op. cit. pág. 189.

Medtronic

Ingeniería para lo extraordinario

Desde hace 50 años
somos innovación

que transforma
millones de vidas
a través de
ingeniería de lo
extraordinario



Esta innovación es
de las más avanzadas
en el mundo para
**operaciones de
craneo y columna**



Autor: Dr. Víctor M. Vidal
Hematólogo

EL CÁNCER, UN PADECIMIENTO VIGENTE

INTRODUCCIÓN

Cáncer, palabra estigmática propuesta por Hipócrates (460-370 a. c.). El padre de la medicina, como fue conocido, fue el primero en describir los tumores usando los términos carcinos y carcinoma, que en griego hacen referencia a cangrejo. De ahí nació el uso de la palabra cáncer, en latín, para referirse a la enfermedad.

La primera descripción del cáncer como padecimiento la podemos encontrar en el papiro de Edwin Smith, la cual es la más antigua que se conoce. Atribuido a Imhotep, un físico y arquitecto egipcio, el documento describe ocho casos de cáncer de mama en Egipto, que fueron extraídos por cauterización. Sin embargo, también se indica que esta enfermedad no tenía tratamiento. Uno de los casos fue presentado como incurable, porque el pecho estaba "frío al tacto y con protuberancias que se extendían por todo el seno". Lo cierto es que, a través de la historia, diferentes actores se han referido a esta enfermedad como una auténtica catástrofe para aquel que la padece.

En palabras sencillas, el cáncer se caracteriza por un crecimiento celular descontrolado, el cual culmina en el desarrollo de un tumor con capacidad destructiva del tejido circundante y con capacidad de propagación a otras regiones remotas a través del sistema vascular o linfático, para establecer una nueva colonia (metástasis o tumor secundario).

El cáncer comprende un grupo de enfermedades caracterizadas por la proliferación autónoma de células neoplásicas, las cuales tienen varias alteraciones, incluyendo mutaciones e inestabilidad genética. Las funciones celulares son controladas por proteínas codificadas por DNA, que está organizado en genes y cuyos estudios moleculares han mostrado que el cáncer es el paradigma de una enfermedad genética adquirida.

Tales mutaciones pueden heredarse u ocurrir de manera esporádica y pueden presentarse en todas las células o solo en las células tumorales. A nivel de los nucleótidos,

estas mutaciones pueden ser sustituciones, adiciones o deleciones. Se han descrito varios oncogenes, incluyendo p53, c-fms y Ras, que pueden activarse por mutaciones puntuales, que originen la sustitución de aminoácidos en puntos críticos de la proteína¹

La verdad es que no solo las primeras descripciones del cáncer, e incluso su mismo nombre, se remontan a la antigüedad de la Grecia clásica, sino que se han encontrado signos de la enfermedad en fósiles de homínidos africanos de hasta 1.7 millones de años de edad.

En cuanto a los animales, la idea de que ciertas especies jamás padecen cáncer tiene más de mito que de realidad: hasta en el ratopín o rata topo desnuda, el animal que suele esgrimirse como ejemplo de este fenómeno, se han encontrado casos. En estos peculiares animales un estudio reciente sugiere que sus células no son intrínsecamente más resistentes al cáncer que las de otras especies, sino que es posible que existan otros factores inmunitarios o del microentorno celular que las protegen. Es decir, hay una vulnerabilidad natural de las células animales al cáncer, que los propios mecanismos internos luchan por prevenir.²

CÁNCER A NIVEL GLOBAL

La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población en un período de tiempo determinado. Puede expresarse como el número absoluto de casos nuevos en un año o como tasas, por ejemplo, del número de casos nuevos por cada 100 mil personas al año. El cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbilidad del mundo. La International Agency for Research on Cancer estimó que, en el año 2020, se diagnosticaron aproximadamente 18.1 millones de casos nuevos de cáncer en el mundo, excluyendo los tumores cutáneos, no melanoma. Además, indicó que dicha cifra aumentará en las dos próximas décadas hasta los 27 millones. Sin embargo, sabemos que la pandemia de COVID-19 ha afectado al número de diagnósticos de cáncer en muchos países, por lo que probablemente el número real de cánceres diagnosticados en 2020 habrá sido menor. Los tumores más frecuentemente diagnosticados en el mundo en el año 2020 fueron los de mama, con la primera posición, seguido de los de pulmón, colon y recto, próstata y estómago, todos ellos con más de un millón de casos.³

EL CÁNCER EN MÉXICO

De acuerdo con el comunicado de prensa no. 74/22 del 2 de febrero de 2022 del INEGI, en 2020 se registraron 1,086,743 defunciones en México, de las cuales, el 8% fueron por tumores malignos, es decir, 90 mil 603 casos. La tasa de defunciones por esta causa aumentó durante la última década, al pasar de 6.18 defunciones por cada 10 mil personas en 2010, a 7.17 por cada 10 mil personas en 2020.

En 2020, la Ciudad de México, Sonora, Chihuahua, Morelos, Veracruz y Colima fueron las entidades con las tasas de defunciones por tumores malignos más altas en el país. En contraste, las entidades con las tasas más bajas fueron Quintana Roo, Guerrero, Querétaro, Yucatán, Durango, Guanajuato, Tlaxcala, Tabasco, Estado de México, Puebla y Aguascalientes, con tasas de 4.5 a 6.4 defunciones por cada 10 mil habitantes.

En su informe anual para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la manifestación de esta enfermedad aumenta con la edad, debido a que se van acumulando factores de riesgo que se combinan con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular, la cual también suele ocurrir al incrementarse la edad. Además, esta tendencia se observa en la información de las defunciones del 2020.

A partir de los 50 años de edad, hay un incremento más dinámico en la tasa de defunción por tumores malignos, tanto en hombres como en mujeres, aunque a partir de los 60 años los hombres registran tasas mayores que las de las mujeres.⁴

En un informe ejecutivo sobre las tendencias de mortalidad por cáncer en México a nivel nacional, hay diversas aristas que considerar para hablar del cáncer en nuestro país:⁵ México está clasificado como un país de ingreso medio-alto, con un PIB per cápita ligeramente superior a los 15 mil dólares. Tiene 126 millones de habitantes y una esperanza de vida al nacer de 75.2 años, cifra ligeramente menor al promedio de los países de América Latina y el Caribe, la cual es de 75.6 años, y al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), el cual es de 80.1 años.

Asimismo, es un país que enfrenta una transición demográfica en curso. En 2030, se espera que la población mayor de 65 años alcance el 10.3 % de la población total. No obstante, México gozará de un bono demográfico en los próximos 15 años, en donde la participación de la población en edad de trabajar, es decir de 15 a 64 años, será todavía sustancial.

Aunque esto representa una gran oportunidad para un país con un nivel de ingresos como México, implica también un reto importante en términos de mantener, desde hoy, en buena salud a la población en edades productivas, y de hacer lo que se requiera para lograr una población de adultos mayores más sana y con menos comorbilidades en el mediano plazo.

Esto es relevante si se considera que, pese a tener una población todavía bastante joven, las enfermedades no transmisibles, incluyendo el cáncer, son la causa de mortalidad predominante en México.⁵

EL CÁNCER INFANTIL

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad entre niños y adolescentes en todo el mundo, ya que cada año se diagnostica con cáncer a aproximadamente 400 mil niños de entre 0 y 19 años.

El cáncer infantil comprende numerosos tipos de tumores diferentes que se desarrollan en este grupo de población. Los tipos más comunes son la leucemia, el cáncer cerebral, el linfoma y los tumores sólidos, como el neuroblastoma y el tumor de Wilms.



En general no es posible prevenir el cáncer en los niños, por eso la estrategia más eficaz para reducir la carga de morbilidad y mejorar la evolución clínica es centrarse en un diagnóstico precoz y correcto, seguido de un tratamiento eficaz y científicamente contrastado, que se acompañe de medidas de apoyo personalizado. Sin embargo, la mayoría de los niños con cáncer viven en Países de Ingresos Bajos y Medianos (PIBM), donde enfrentan inequidades inaceptables en aspectos como detección temprana, diagnóstico y acceso a tratamientos de calidad y cuidados paliativos. Los peores resultados que experimentan los niños en los PIBM amenazan la cohesión social, la prosperidad económica, así como el logro de las metas globales, incluidas en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible.⁶

En México, el cáncer infantil es la primera causa de muerte por enfermedad en niños de 5 a 14 años y la sexta en niños menores de 5 años, y representa casi el 70% de la carga total de cáncer en estos grupos de edad. Comparado con las enfermedades neoplásicas en adultos, el cáncer en la infancia y adolescencia representa una proporción baja de

todos los cánceres, un 5 %. No obstante, esta enfermedad representa una de las principales causas con mayor número de años de vida potencialmente perdidos.

La leucemia linfoblástica aguda es el cáncer más común en niños y adolescentes mexicanos y las estimaciones de supervivencia global a cinco años varían entre el 40 y 60%. Además, la leucemia es la causa de 1.24% de los años vividos con discapacidad en niños y niñas de 5 a 14 años.⁷

La Organización Mundial de Salud, en 2018, lanzó la Iniciativa Mundial Contra el Cáncer Infantil, la cual ofrece a los gobiernos pautas y asistencia técnica para ayudarlos a establecer y mantener programas de calidad contra el cáncer infantil y tiene por objetivo lograr, para el año 2030, una tasa de supervivencia de, como mínimo, el 60% de los niños con cáncer, lo que supone prácticamente duplicar el porcentaje actual y salvar un millón más de vidas en los próximos diez años.

CÁNCER EN ADOLESCENTES

Entre los jóvenes de 15 a 29 años, la principal causa de defunción por tipo de cáncer fue la leucemia, con una tasa de 0.36 por cada 10 mil hombres y de 0.25 por cada 10 mil mujeres.

Después de esa causa, hay diferencias por sexo: En los hombres, destacaron las defunciones por tumor maligno de las meninges, del encéfalo, de otras partes del Sistema Nervioso Central, linfoma no Hodgkin y de estómago. En las mujeres, predominaron por orden de importancia el tumor maligno del ovario, del cuello del útero, de las meninges, del encéfalo y de otras partes del Sistema Nervioso Central.⁵

Se ha expuesto información de numerosas estadísticas que no brindan la mejor perspectiva, pero en el próximo número se profundizará en qué se debe tomar en cuenta para enfrentar este padecimiento y qué se recomienda en algunos casos particulares como el embarazo.

Bibliografía

1 Meza Junco, J. et al., *Bases moleculares del cáncer*, Rev. Inv. Clin., 2006; 58 (1): 56-70.

2 Yanes, J., *La historia del cáncer*, 2020.

3 Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), ISBN: 978-84-09-38029-9, 2022.

4 INEGI, *Comunicado de prensa no. 74/22, 2 de febrero de 2022.*

5 Blutitude, *Informe ejecutivo sobre las tendencias de mortalidad por cáncer en México a nivel nacional*, All Can: México, 2022.

6 Organización Panamericana de la Salud, "Día Internacional del Cáncer Infantil 2021", recuperado de <https://www.paho.org/es/campanas/dia-internacional-cancer-infantil-2021>

7 Rivera Dommarco, J. y Barrientos Gutiérrez, *Síntesis sobre políticas de salud. Propuestas basadas en evidencia*, Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2021.

Firma de convenio educativo entre la Universidad de Guadalajara a través de su Sistema de Universidad Virtual y la Asociación Nacional de Hospitales Privados.



De izq. a derecha Dr. Jorge Alberto Balpuesta, Rector interino UDG Virtual; Mtro. Héctor Flores, Presidente de la ANHP.



De izq. a derecha Dr. Jorge Alberto Balpuesta, Rector interino UDG Virtual; Mtro. Héctor Flores, Presidente de la ANHP; Dr. Carlos Dueñas y Mtra. Mónica Rendón, Vocales de la ANHP.

El 26 de enero del 2023 se realizó la firma del convenio educativo entre la Asociación Nacional de Hospitales Privados y la Universidad de Guadalajara a través del Sistema de Universidad Virtual (UDGVirtual), el cual contribuirá mediante sus beneficios a la educación del personal sanitario elevando la calidad de la medicina en las instituciones privadas de México.

Generar una colaboración académica, científica y cultural entre la Universidad de Guadalajara (UdeG) y la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP) es el objetivo de la firma de este convenio entre ambas instancias promovido por el Sistema de Universidad Virtual (UDGVirtual).

Este convenio fue firmado con los siguientes elementos presentes: Por parte de UDGVirtual se encontraban el rector interino, el Dr. Jorge Alberto Balpuesta; la responsable del programa de extensión, la Dra. Rosa Noemí Moreno; y la jefa de unidad de promoción, la Lic. Laura Topete.

Por parte de la Asociación Nacional de Hospitales Privados se encontraban el presidente Mtro. Héctor Flores; la vocal Mtra. Mónica Rendón; el vocal Dr. Carlos Dueñas; y el director ejecutivo, el Act. Miguel Ángel Hernández.

El maestro Héctor Marcelino Flores Hidalgo, presidente ANHP, dijo que para esta organización es muy importante esta firma de convenios con el fin de generar intercambios académicos de primer nivel.

“Qué mejor que con la UdeG para poder hacer este intercambio, tenemos 144 hospitales afiliados en toda la República y hay una necesidad de capacitación profesional importante, así que creo que este convenio nos va a facilitar esa tarea”, afirmó el maestro Flores Hidalgo.

Este convenio surge a partir del interés conjunto de ofrecer y desarrollar programas educativos y de capacitación, eventos académicos, profesionales, culturales y de difusión, así como la generación de publicaciones.

¡GRACIAS!



1^{ER} CONGRESO:
INNOVACIÓN ADMINISTRATIVA
Y TECNOLOGÍA POSTPANDEMIA
LA PAZ, B. C. S. 2023



¡Espera el próximo!



HCIAM 2024
Valle de Guadalupe-Ensenada B. C.

Aparta tu lugar: cel. 4423182571 4776606089
correo: info@hciam.com.mx

Produce Oxígeno a Bajo Costo

Ventajas:

- Producción autónoma y mayor confiabilidad operativa.
- Aproximadamente 70% Ahorro en suministro de oxígeno.
- 20%-25% Gasto por suministro de oxígeno en hospitales.
- Bajo costo de operación
- Control preciso de gastos.

Trabajamos a nivel nacional, cuente con un suministro continuo de oxígeno.

FEBRERO 2023: Bienvenido Cd. Juárez

cel. 4423182571 4776606089 correo: administracion@hcpromedical.com

