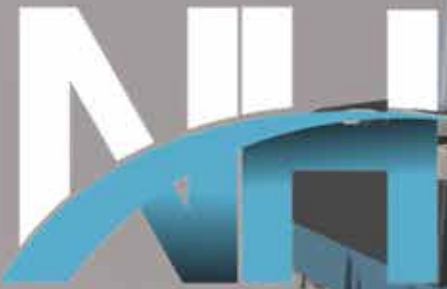




Asociación Nacional de Hospitales Privados



Nuestro Mundo Hospitalario

**EL PAPEL DE LA
HEPATITIS EN LA
PEDIATRÍA**

**ENTREVISTA: PANORAMA DEL
TRASPLANTE HEPÁTICO EN
MÉXICO**

Dr. Mario Vilatobá Chapa

**RETOS DEL
TRASPLANTE
HEPÁTICO
EN MÉXICO**

**LA CULTURA DEL
CUIDADO CENTRADO
EN LA PERSONA**

EDITORIAL:

**Lic. Gerardo R. Ríos Zamudio
TESORERO ANHP**



**Descarga
versión
digital**



B. Braun por medio de sus divisiones **Hospital Care**, **Aesculap** y **Avitum** cuenta con los conocimientos médicos y tecnológicos necesarios que le permiten atender al mercado internacional con una vasta y especializada cartera de soluciones, de más de **5,000 líneas de productos** y **120 mil artículos** elaborados en propios centros de producción.

Todo con el compromiso especial de ofrecer sólo las mejores soluciones para la atención médica a los pacientes y apoyar a los profesionales de la salud que interactúan con ellos, cumpliendo así nuestra misión:

Protegemos y mejoramos la salud de las personas en todo el mundo.

B. Braun - Sharing Expertise

Piensa en valor,
Piensa en B. Braun



 BBraunMx  B. Braun Group

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

30 AÑOS
EN MÉXICO
1987-2022

B. Braun México | Av. Revolución 756, Piso 6 y 7
Col. Nonoalco | Benito Juárez | C.P. 03700 | Ciudad de México
Tel.: +52 (55) 5089 7800 | comunicacion.mx@bbraun.com
www.bbraun.mx

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. en C. Roberto Anaya Prado
Grupo Hospitalario Puerta de Hierro

Dr. Fredy Chablé Montero
Hospital San Ángel Inn Universidad

Lic. Mónica Pamela Espinoza Velázquez
Grupo Hospitalario Christus Muguerza

Lic. María Rosalina León López
Hospital San Javier

Dra. Irene Emmita Maulén Radován
Hospital Angeles 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

Lic. Verónica Margarita Rodríguez Veloz
Hospital Médica Brisas

Act. Miguel Ángel Hernández Rodríguez
Director del Comité Editorial

Diseño y Formación Editorial

Brunnen. Brand Consulting

Diseño Digital

Meredith Marketing

CONTENIDO

La cultura del Cuidado Centrado en la Persona. (CCP)

06



Entrevista: Panorama del trasplante hepático en México.



16 Retos del trasplante hepático en México.

El papel de la hepatitis en Pediatría.

18



Promoción de Salud Ambiental y Residuos Sólidos Urbanos. Parte 1



25 Conversatorio "El futuro del Sistema de salud en México: Una visión integral"



Convenio ANHP, ITESM y TecSalud.

30



SERVICIOS ARTICULADOS ITINERANTES

Cirugía Cardiovascular



Paso a paso, servicio itinerante

Quirófano listo en días

5 días
antes

Solicitud

4 días
antes

Planeación

1 día
antes

Gestión

8:00
a.m.

Procedimiento

1 día
después

Salida



Para mas información contáctanos en: www.vitalmex.com.mx ó al 55 8850 1100



EDITORIAL

EL RETO CONSTANTE DE LAS RELACIONES COMERCIALES EN LOS HOSPITALES PRIVADOS

Lic. Gerardo Ramón Ríos Zamudio

Tesorero de la ANHP

Cuando hablamos de vender o comercializar servicios hospitalarios siempre aparece el tema ético sobre el sentido amplio de la salud y el intrínseco derecho a la misma de todos los seres humanos. Es más, somos recelosos en el sector del uso del término “cliente” y preferimos utilizar la palabra paciente, familiar, aseguradora, banco o empresa, refiriéndonos a quien cubre el monto por los servicios que proporcionamos.

Las instituciones privadas de salud ofrecemos diversos servicios, entre los que destacan los hospitalarios, quirúrgicos, de urgencias y de gabinete, mismos que son promocionados, difundidos y comercializados con el fin de poder obtener la rentabilidad correspondiente y que, como cualquier empresa, el hospital se mantenga, se consolide y crezca.

En los últimos años, diversos factores han impulsado a que la negociación comercial en nuestro sector se haya desarrollado, forjándose estructuras formales dentro de nuestras organizaciones con la finalidad no sólo de lograr la venta, sino de mantenerla, generando una continuidad que nos obliga a dar lo mejor de nosotros, a ofrecer servicios confiables y seguros para nuestros pacientes acercándolos a la tecnología biomédica avanzada y ayudando a generar una mayor expectativa de vida.

Para el área comercial, el reto de negociación con las aseguradoras y administradoras de servicios de salud es continuo, ya que diversos factores intervienen directamente en este proceso que cada vez se vuelve

más complicado. Aunque no todo se resume en precio y descuento, son temas fundamentales y una base de encuentro o desencuentro entre los invitados de todo convenio.

Si consideramos, por ejemplo, la volatilidad en los precios de medicamentos, insumos de la salud y materiales de alta especialidad y le sumamos el hecho de la escasez de varios de ellos a raíz de la pandemia, la recesión mundial y las políticas implementadas por el gobierno actual resulta que se ha generado una gran variabilidad que afecta la operación y encarece los servicios.

La limitada fabricación de componentes electrónicos ha derivado en el incremento en los precios de los equipos biomédicos y en prolongados períodos de espera para su entrega; además, en el caso del mantenimiento de varios de ellos, nos hemos visto incluso forzados a inhabilitar alguno por falta de refacciones.

La demanda y alta rotación del capital humano, la importante inversión en capacitación que hacemos para contar con colaboradores altamente especializados y comprometidos con la seguridad del paciente incrementó los gastos por nómina, carga social y prestaciones debido a la necesidad de retener el talento.

Mencioné sólo tres elementos, sin embargo son muchos más y entre todos generan la inflación médica, que repercute directamente en la conformación de nuestra lista de precios. Esta es la herramienta base con la que trabajamos al momento de vender, pero no la única ni en muchas ocasiones la más importante.

Estoy convencido. Las relaciones comerciales se basan en una comunicación directa, honesta, deferente y continua con cada uno de nuestros clientes. Nuestra interacción con ellos debe de ser constante por las características de nuestro servicio que no se detiene en ningún momento.

Lo anterior conlleva a que los que participamos en el departamento comercial tengamos el compromiso de atender requerimientos a toda hora, conocer muy bien nuestro hospital y su organización, estar capacitados en todos los diferentes servicios que prestamos, conocer y respetar a la competencia, y ser resolutivos. La clave para ser resolutivo es no procrastinar, por ello es muy importante contar con el respaldo de la alta dirección.

La Asociación Nacional de Hospitales Privados se ha distinguido porque en todos sus asociados, pese a contender en el mercado, siempre prevalece una gran relación de respeto y trabajo en equipo, de apoyo y concordia. Sigamos avanzando y preparándonos para los grandes retos comerciales de nuestro entorno.



La cultura del Cuidado Centrado en la Persona (CCP)

Mari Jo Pires, Paciente experta
Karen Medina, MD/MSc | Asesora en Mejora de la salud

Tristemente, nadie comprende la salud hasta que la pierde. Y sólo cuando nos toca navegar por nuestros propios sistemas de salud comprendemos que el nuevo equipo médico y la alta tecnología no siempre cubren por completo nuestras necesidades.

Para algunos de nosotros, ante un sistema de salud muchas de las veces fragmentado reconocemos que, a pesar de nuestra distinción profesional, nuestras eficientes conexiones en el medio y nuestros recursos continuamente quedamos lejos de estar frente a un sistema de salud que funcione más rápido, más seguro y más eficiente, dejándonos así un sabor de impotencia.

Es entonces cuando el flujo de pacientes, el tiempo de espera, los horarios de visitas, el correr detrás de nuestras historias clínicas, exámenes y visitas médicas, entre otros procesos, se hacen tangibles y la paciencia y la esperanza son algunos de los elementos clave que desarrollamos, sobre todo cuando una noticia adversa toca nuestra puerta y reconocemos que nosotros también somos vulnerables. Al estar expuestos a vivir eventos como éstos podemos imaginar lo que probablemente experimentan nuestros pacientes y sus familiares día tras día en nuestros establecimientos de atención médica.

¿Y cómo hacemos para mejorar esto?

El enfoque está en partir con la filosofía y la mentalidad adecuada, para así poder estar abiertos a una nueva cultura en la que, sin perder el rigor de nuestro trabajo, incluyamos experiencia, sabiduría, trayectoria y vivencias de aquellas personas a quienes servimos, nuestros pacientes y sus familiares, con el compromiso de unir fuerzas y buscar la mejora continua y la calidad en conjunto con nuestro equipo hospitalario.¹

Por tanto, nuestro compromiso debe estar enfocado en escuchar, comprender, implementar y medir la interacción con los pacientes y sus familiares a tal punto que eso nos permita desarrollar la capacidad de utilizar esta información en beneficio de la excelencia en la práctica médica o en políticas y normas que ya rigen en nuestros establecimientos de atención médica,^{2,7} lo cual se consigue al implementar una cultura enfocada en Cuidado Centrado en la Persona (CCP).

¿Y cómo hacemos para lograr esto?

Como si fuera uno más de nuestro equipo, a los pacientes y familiares que brindamos atención médica los

vamos a entrevistar, encuestar, formar en grupos de discusión para hacerlos más participativos y los vamos a invitar a que den testimonio de sus vivencias en el área de salud, para pedir que den consejería sobre lo que les ha funcionado y lo que no.⁸

Además, vamos a invitarlos a participar junto con nuestras autoridades, para que opinen sobre futuras decisiones y sobre cómo podemos mejorar lo que ya está en curso, cuestionando sobre qué es lo realmente importante para ellos y qué marcaría un cambio en el empoderamiento de su salud,⁵ planificando sus visitas médicas y midiendo su progreso curativo.⁹

También hay que integrarlos a todo lo que es promoción, prevención y rehabilitación en salud, al igual que invitarlos a evaluar y comentar nuestros servicios con la finalidad de así poder mejorar tales áreas;^{10, 12} del mismo modo que podemos invitarlos a formar parte de nuestros equipos de investigación para que sean facilitadores en futuras capacitaciones e inclusive sean parte de la contratación del personal o puedan integrarse como apoyo clínico.^{4, 10, 11}

Lo anterior se logra adoptando una filosofía de constante inclusión, eliminando barreras en cuanto a equidad y fomentando la participación de un equipo totalmente capacitado y multidisciplinario,¹³ puesto que la innovación y la excelencia nace de las diversas perspectivas culturales, de capturar diferentes habilidades y de fomentar un fuerte sentido de pertenencia.

Por eso, la clave está en codiseñar. Es decir, partir de una autoevaluación del estado inicial y, junto con la colaboración del paciente y sus familiares, identificar brechas y cocrear la mejor estrategia que se ajuste a su realidad organizacional.^{10, 11}

Pese a que es verdad que las normas culturales y sociales tienen un impacto en el proceso de participación, lo que es apropiado y factible en un contexto puede no ser aceptable en otro. Sin embargo, los principios subyacentes para reconocer el valor de los pacientes, familias, cuidadores y comunidades como socios en la atención son importantes en todos los contextos.¹⁴

¿Y qué dice la literatura al respecto?

La literatura menciona que cuando la atención médica se brinda con compasión y empatía los resultados de salud mejoran, cuanto más si la participación del paciente y los familiares ahora es reconocida como una parte integral de dicha atención médica. Lo cual se convierte en un componente crítico para que los recursos puedan utilizarse de mejor manera si están alineados con las prioridades de los pacientes y familiares, siendo fundamental para la sostenibilidad de los sistemas de salud en todo el mundo.^{4, 7, 8}

Tal enfoque puede conducir a mejores resultados de salud y contribuir a mejorar la calidad de la atención y los servicios,

además de la seguridad y el control de los costos de la atención médica.^{3, 9} Un sistema de atención que es codiseñado por los pacientes y familiares puede identificar y abordar las brechas en la atención e identificar dónde existe una atención insegura o de insuficiente calidad.⁸

Es importante señalar que el incluir la perspectiva de quienes servimos implica escuchar y documentar cuidadosamente sus historias y experiencias, identificar sus prioridades y recomendaciones sobre cómo mejorar el sistema, lo que también conlleva a medir dicha experiencia y desarrollar la capacidad de utilizar tal información para cambiar prácticas, políticas y reglas.

Así, los establecimientos de atención médica estarán mejor equipados para comprender y abordar las necesidades de los pacientes, los familiares y la comunidad, porque de hecho los nuevos modelos de atención a nivel mundial se basan en la perspectiva de la comunidad, extendiéndose mucho más allá de las paredes de los hospitales e integrando las contribuciones de las organizaciones de atención primaria, especializada y social, entre otras.⁴

Hoy en día, los pacientes, familiares y personal de atención médica transforman conjuntamente el diseño para el servicio de atención y participan en la mejora continua produciendo gran entendimiento sobre cómo funciona el sistema y cómo navegarlo.

Es así como se llega a mejores prácticas y experiencias de atención, mayor satisfacción de pacientes, familiares y del personal demostrando alta responsabilidad, transparencia, credibilidad y compromiso ante las partes interesadas.^{1, 2, 4-8, 10, 11, 14}

En definitiva, el Cuidado Centrado en la Persona, que está emergiendo como un tema crítico y oportuno, implica escuchar y honrar a los pacientes con dignidad y respeto al mismo tiempo que a las perspectivas y elecciones familiares. También significa incorporar el conocimiento, los valores, las creencias y los antecedentes culturales del paciente y de la familia en la planificación y la prestación de atención, mientras supone un intercambio de información adecuado donde debe comunicarse y compartirse la información completa e imparcial con los pacientes y los familiares de manera afirmativa, útil, oportuna, completa y precisa para poder participar efectivamente en la atención y la toma de decisiones.

Asimismo, conlleva a mantener una asociación y participación efectiva en donde se alienta y se apoya a los pacientes y sus familiares para que participen en la atención y toma de decisiones en la medida en que lo deseen. O bien, para que desarrollen sus propias habilidades de cuidado a lo largo de su viaje de salud con

el objetivo de ser un verdadero socio de los cuidadores que lo acompañan.⁸

Finalmente, implica una colaboración genuina y significativa en la cual los pacientes y familiares participan en el desarrollo de políticas y programas, implementación y evaluación, diseño de instalaciones, educación profesional y prestación de atención, entre otros.^{10, 11}

Este enfoque favorece una implicación activa de todos los participantes basada en una relación de empatía, en un clima de confianza que permite escuchar e incluir constantemente la perspectiva de todo como táctica y práctica de excelencia.

¿Y qué dice una paciente experta al respecto?

Yo, Mari Jo, paciente que maneja activamente múltiples enfermedades desde hace más de 30 años, tengo algunos comentarios al respecto...

Al inicio de mis diagnósticos me limitaba a escuchar y a seguir instrucciones y no me daba la oportunidad de cuestionar u opinar acerca de mis condiciones de salud.

Con el tiempo me fui acostumbrando a que varios de los médicos que me atendían, junto a mi equipo clínico, no se hablaban entre sí causando más complicaciones agregadas.

Era, también, fatigante, tener que explicar repetidamente mi historial médico a cada servidor de salud que me atendía. Claro que había archivos sobre mis condiciones, pero no siempre estaban disponibles para el médico que me iba a examinar.

Por esas razones empecé a hacer preguntas a mis médicos pidiendo inicialmente clarificaciones del impacto de una enfermedad sobre otra; poco a poco fui haciendo un archivo de cómo había que preparar mis consultas médicas y anotaba las preguntas que consideraba pertinentes para las mismas. Con el tiempo y al estar a menudo en el hospital para asistir a varias citas y consultas médicas noté que otros pacientes tenían las mismas inquietudes y preguntas que yo, razón por la cual inicié mi colaboración como voluntaria en el hospital y así pude ayudar a otros pacientes que iba conociendo en el camino.

A continuación, decidí que yo sería la Directora Ejecutiva (CEO) de mi salud y entonces tendría que enfrentar y manejar mis enfermedades crónicas, ya que ciertamente esto sería un trabajo para toda la vida.

Una vez tomada esa decisión tomé el siguiente paso: empezar a contribuir en varios grupos hospitalarios que intentaban solucionar dilemas en cuanto a la participación y opinión de los pacientes con respecto a su experiencia de vida. Yo, a la fecha, ya tenía mucha experiencia de vivencias en varias clínicas y servicios, pero en aquel momento pensaba que todo

el tiempo que había invertido en mi hospital iba a servir de algo productivo, que finalmente iba ayudar a mejorar la oferta de servicios para otros pacientes como yo. No se trataba sólo de completar un cuestionario de satisfacción, que también es importante, más bien se trataba de colaborar lado a lado con el equipo médico para desarrollar e implementar soluciones en conjunto.

Además, para que una persona esté satisfecha con los servicios de salud los cuidados deben ser organizados alrededor de la persona, pero contando con ella. Deben ser respetuosos y tener en cuenta la voz, las necesidades, la cultura, los valores, las creencias y los estados cambiantes de salud de la persona y sus circunstancias de vida. Enfatizando que una persona no se define por su estado de salud o enfermedad es fundamental establecer una buena comunicación y colaboración.

Esta filosofía requiere un cambio en la cultura de los cuidados de la salud, así como en las actitudes y comportamientos de los profesionales del sector, concretamente, en su capacidad para desarrollar relaciones, comunicarse, colaborar, fomentar la colaboración y compartir toda información relacionada con las decisiones sobre cuidados y servicios de salud.

En consecuencia, para optimizar los resultados de salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus servicios los establecimientos de atención médica deben implementar el CCP para ayudar a los profesionales de la salud a rediseñar su colaboración con las personas que reciben los cuidados. Además, dichas colaboraciones deben ser respaldadas por verdaderas cooperaciones y, por lo tanto, los profesionales de la salud deben utilizar la comunicación efectiva con la persona y promover su participación en las decisiones sobre su salud.

Hoy, con mucho orgullo, dedico mi tiempo como voluntaria no sólo para mejorar el sistema de salud de



mi organización, sino también para fomentar el Cuidado Centrado en la Persona por el mundo entero.

Finalmente

Aunque haya oportunidad de participación para todos, la pregunta a considerar es la siguiente: ¿qué tan flexible es nuestra cultura organizacional para abrir esta puerta?

Definitivamente, la respuesta marcará el destino hacia el avance de la calidad continua en su establecimiento de atención médica. Por ello, quienes estén dispuestos a mantener un fuerte compromiso con la calidad y con la seguridad del paciente estarán frente a una sabia y oportuna inversión de tiempo, recursos y esfuerzos.

Cuidado Centrado en la Persona (CCP)

Es un enfoque que guía todos los aspectos de la planificación, prestación y evaluación de servicios médicos donde el objetivo es crear y fomentar asociaciones mutuamente beneficiosas entre el personal del establecimiento de atención médica, los pacientes y las familias a las que sirven.^{4, 7, 10-12}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “un enfoque de la atención que adopta conscientemente las perspectivas de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades como participantes y beneficiarios de los sistemas de salud confiables que responden a sus necesidades y preferencias de manera humana y holística (2015)”.

Dicho de otro modo, significa trabajar en colaboración con los pacientes y familiares para brindar atención respetuosa, compasiva, culturalmente segura y competente, al tiempo que responde a sus necesidades, valores, antecedentes culturales, creencias y preferencias.^{1, 2, 4, 8, 9, 13}

La definición anterior incluye a la comunidad y abarca interacciones a un nivel superior, analizando el compromiso entre los individuos y el sistema de salud siendo su marco la atención médica integrada, la cual identifica los principios básicos en los que se basa dicha atención impulsándola a ser integral, equitativa, sostenible, coordinada, continua, holística, preventiva, empoderadora, respetuosa, colaborativa, coproducida, dotada de derechos y responsabilidades, gobernada a través de la rendición compartida de cuentas, informada por la evidencia y dirigida por el pensamiento de sistemas completos y de ética.^{4, 9, 12, 14}

Accreditation Canada (AC)

Es una organización sin fines de lucro dedicada a trabajar con pacientes, familiares y organizaciones de atención médica, responsables políticos y la comunidad para mejorar la calidad de los servicios sociales y de salud. Fundada hace más de 60 años en Canadá, trabaja desde

entonces en más de 35 países y está acreditada por ISQua (International Society for Quality in Health Care) en tres niveles: Estándares, Establecimientos de Atención Médica y Programa de Capacitación de Evaluadores.

Referencias

1. Health Quality Ontario (2016). *Engaging with Patients and Caregivers about Quality Improvement: A Guide for Health Care Providers*. [Consulta: 2019-07-13]. Recuperado de <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/qi/qip/patient-engagement-guide-1611-en.pdf>
2. Health Quality Ontario (2016). *Engaging with Patients and Caregivers about Patient Relations: A Guide for Hospitals*. [Consulta: 2019-07-13]. Recuperado de <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/guide-engaging-patients-caregivers-en.pdf>
3. Kitson, A., et al., (2013). What are the core elements of patientcentred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of advanced nursing*. 69(1): p. 4-15.
4. Kim, J. Y., Farmer, P., and Porter, M. E., (2013). Redefining global health-care delivery. *The Lancet*. 382(9897): p. 1060-1069.
5. Johnson, B., et al., (2008). *Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system*. Institute for Patient- and Family-Centered Care and Institute for Healthcare Improvement.
6. Coulter, A., et al., (2014). Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ*. 348.
7. Accreditation Canada, (2017). *Client- and Family-Centred Care: Its History in Qmentum and a Supporting Literature Review*.
8. Frampton, S. B., et al., (2017). *Harnessing Evidence and Experience to Change Culture: A Guiding Framework for Patient and Family Engaged Care*. *NAM Perspectives*.
9. Fried, L. P., et al., (2012). *Global public health leadership for the twenty-first century: towards improved health of all populations*. *Global Public Health*. 7(sup1): p. S5-S15.
10. Sullivan-Taylor, P., et al., (2022). *Integrated People-Centred Care in Canada - Policies, Standards, and Implementation Tools to Improve Outcomes*. *International Journal of Integrated Care*. 22(1).
11. Sullivan-Taylor, P., (2022). *Canadian Policy Context – Driving the Design of an Integrated People-Centred Health Systems Standard and Implementatio Tools*. *International Journal of Integrated Care*. 22(S1).
12. World Health Organization, (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*.
13. Fooks, C., et al., (2015). *The Patient Experience in Ontario 2020: What is Possible?* *HealthcarePapers*. 14(4): p. 8-18.
14. Jouet, E., Flora, L., and Las Vergnas, O., (2010). *Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients: Note de synthèse*. *Pratiques de Formation - Analyses*. 58/59.

Entrevista: Panorama del trasplante hepático en México.

Dr. Mario Vilatobá Chapa. *Jefe del Departamento de Trasplantes en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” y miembro del Hospital Ángeles del Pedregal.*



En fechas recientes se realizó el trasplante de hígado número 500 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), centro médico y de investigación a la vanguardia en nuestro país. En dicha institución se realiza, aproximadamente, 1 de cada 3 trasplantes de hígado en México en donde el Dr. Mario Vilatobá Chapa tiene un papel muy destacado, al ser parte de un grupo multidisciplinario experto en trasplantes. Además, el Dr. Vilatobá colabora en diversas instituciones privadas donde realiza este tipo de procedimiento.

Como muchas personas y personal médico no conocen sobre el tema de trasplantes hepáticos en hospitales de nuestro país, es un honor que el Dr. Vilatobá nos haya concedido esta entrevista. A continuación, hemos incluido una serie de preguntas para dar a conocer un poco más sobre el tema.

¿Qué formación requiere un cirujano para realizar trasplantes y qué credenciales debe tener el cirujano?

En primer lugar, muchas gracias por la invitación. Ahora bien, en el país y en la actualidad existe el curso de alta especialidad en trasplante renal; desafortunadamente, aún no tenemos un programa de curso de alta especialidad en trasplante hepático, aunque existen algunos cirujanos que se han entrenado en esto. Previamente, el médico debe terminar la especialidad de cirugía general y después hacer este entrenamiento.

De forma clásica, en el extranjero era donde se tenía que ir para poder tener el entrenamiento completo, es decir el Fellow, una subespecialidad en Estados Unidos o Europa,

que normalmente involucra entrenamiento en trasplante multiorgánico abdominal e incluye hígado, riñón, páncreas y, en algunos centros, de intestinos.

En México, en el INCMNSZ nuestro grupo ofrece el curso de alta especialidad en trasplante renal, el cual es avalado por la UNAM, aunque hay una gran exposición a trasplante hepático. Antes de la pandemia realizábamos en promedio 50 trasplantes hepáticos por año, lo cual nos permitió entrenar a algunos cirujanos que en la actualidad son responsables de algún programa público de trasplante hepático.

Para realizar un trasplante hepático se requiere no solo de infraestructura, sino de un grupo multidisciplinario. En este sentido: ¿Quiénes integran el equipo multidisciplinario de trasplantes?

En principio, se necesita el apoyo de los directores, directores generales, médicos y de cirugía para que el programa pueda funcionar y que se forme un grupo de especialistas de primera fila, en esencia, el cirujano y el anestesiólogo.

Por ejemplo: El anestesiólogo debe tener entrenamiento específico en trasplante hepático; el hepatólogo será quien lleva el manejo de la cirrosis del paciente, así como las descompensaciones que pueden ocurrir y, junto con el cirujano, manejará el postoperatorio de estos pacientes y luego el seguimiento a largo plazo. Además, hay una gran cantidad de otros especialistas que participan en el comité como el psiquiatra, el infectólogo, el cardiólogo, el neumólogo, etc., incluso el personal de banco

El alcohol sigue siendo una de las principales causas de cirrosis. El hígado graso es de las primeras tres causas, si no es que será la primera, ya que en nuestro país tenemos un importante problema de obesidad.

de sangre y trabajo social.

Por otro lado, la tecnología y la infraestructura son muy importantes, porque se debe contar con el material necesario y con quirófanos adecuados, pero deben saber que, en la mayoría de los hospitales privados en los que he participado, todos cuentan con ello, ya que se necesita de material específico como instrumental, separadores, tromboelastógrafo, etc.

Además, la terapia intensiva debe contar con personal que tenga cierta experiencia en el manejo de estos pacientes críticos. El banco de sangre es muy importante, ya que debe contar con productos sanguíneos disponibles y, en este sentido, cuesta trabajo contar con plaquetas. Obviamente, también debe haber un servicio de patología con experiencia para estudiar el explante del hígado o, en su defecto, para valorar el órgano que se va a trasplantar; en ocasiones pedimos análisis del hígado que vamos a trasplantar, así como el seguimiento del trasplante por si presenta rechazo o alguna otra patología.

Nos comentaba que el hepatólogo es quien da seguimiento al tema de la insuficiencia hepática en su etapa final, que es la cirrosis. En México, desde hace mucho tiempo, se consideraba al alcoholismo como la principal causa de insuficiencia hepática y cirrosis. Actualmente, de los casos que trasplanta, ¿cuáles son las más comunes?

El alcohol sigue siendo una de las principales causas de cirrosis. El hígado graso es de las primeras tres causas, si no es que será la primera, ya que en nuestro país tenemos un importante problema de obesidad. Además, la infección por virus de la hepatitis C sigue siendo una causa frecuente, aunque con los nuevos tratamientos de acción directa es probable que vaya a desaparecer. También hay que considerar a las enfermedades autoinmunes y el carcinoma hepatocelular que se presenta por diferentes etiologías, incluida la cirrosis, pero a veces esa es la indicación por la que trasplantamos a los pacientes.

En México, ¿qué tanto se ha trabajado en la cultura de donación de órganos, sobre todo de hígado? ¿Y qué avances se han logrado en años recientes?

Creo que se han tenido buenos avances, sin embargo, las características del sistema de salud de nuestro país lo hacen complicado, ya que no existe un presupuesto único a nivel nacional para trasplantes, sin importar del subsistema de salud del que se este hablando. Entre ellos tenemos al IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, secretarías de salud estatales, SEDENA, Secretaría de Marina, PEMEX, quizás se me escapa alguna otra institución y, obviamente, los hospitales privados, en todos estos sistemas se busca otorgar ciertos recursos

a los programas de trasplantes, solo que es de manera independiente.

Pese a que se ha trabajado en el concepto de donación en la población y créeme que los mexicanos somos muy solidarios cuando hay necesidad de apoyar un problema, en la actualidad es más bien la estructura de salud la que todavía no es lo suficientemente sólida. Tal estructura es insuficiente para captar la información de los pacientes, decidir qué paciente está más grave y, en específico, enfermo de gravedad del hígado; esto no existe, puesto que no hay una base de datos en tiempo real que informe qué paciente es el más grave.

Por otro lado, las leyes consideran que el hospital, donde se genera un donador, es el que decide a dónde se debe de ir ese órgano y normalmente tratan de cubrir primero al mismo subsistema de salud, por ejemplo, si salió en un hospital de traumatología del IMSS ese hígado se ofertará primero dentro del Seguro Social, si no existe receptor se hará a otras instituciones públicas, pero si ahí tampoco lo requieren, entonces pasará a las instituciones privadas. Así es cómo funciona este proceso, por lo cual es todavía limitado.

Por lo anterior, siempre se trata de cubrir el sitio donde se obtiene, pues la procuración se hace allí. Al respecto, es bueno mencionar que, hablando específicamente de los hospitales privados, el 90% de los órganos que se trasplantan en las instituciones privadas provienen de una institución pública, lo cual quiere decir que falta mucho trabajo por hacer en lo que corresponde con la detección de donadores y de concretar esos posibles donadores. Solo así se generará un mayor número de órganos para los pacientes que están registrados en una institución privada, es ahí, yo creo, donde está uno de los grandes temas pendientes.

Entonces, en la práctica privada, ¿cuántos trasplantes de hígado se hacen al año? Nos mencionaba que, en años pasados, dentro del INCMNSZ se hacían 50 anuales.

La verdad no podría saber con exactitud ese dato, pero dicha información se puede revisar en la página web del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA).

De acuerdo con los datos del CENATRA, entre el 2018 y el 2019 se incrementaron los trasplantes privados. En general, para trasplante de hígado en todo el país hay 256 personas enlistadas, cuando se sabe que la cirrosis es la segunda causa de mortalidad de la población económicamente activa, es decir de los 16 a los 65 años.

La cirrosis ocupa un lugar muy importante porque se calcula

que deben existir unos 30 mil pacientes cirróticos que fallecen por año y solamente tenemos 256, por lo que allí tenemos un problema, ya que no representa ni el 1%, lo que significa que la gran mayoría no llegan a una institución donde hay trasplantes.

Se calcula que deben existir unos 30 mil pacientes cirróticos que fallecen por año y solamente tenemos 256 trasplantes, por lo que allí tenemos un problema, ya que no representa ni el 1%.

En este año se han reportado 169 trasplantes, lo cual está bien, pues en las estadísticas antes de la pandemia, de

2003 a 2012, hubo una meseta de 100 trasplantes y después empezó a incrementar hasta 2018 y 2019, después de esto las cifras cayeron por la emergencia sanitaria (Fig. 1).

Además, casi siempre hacemos trasplante de donador cadavérico, mientras que de donador vivo son muy pocos. Por entidad federativa, la Ciudad de México (CDMX) es la que más hace y de acuerdo con el sistema, Seguridad Social hace el 43%, Salud Pública el 29% y sector privado el 28%, o sea, el sector privado casi hace lo mismo que el público, sin tomar en cuenta al Seguro Social. Si lo hacemos de puro donador cadavérico, en 2019, solo hubo un hospital privado dentro de los primeros cinco, ya que en primer lugar están el IMSS, el ISSSTE y nosotros (INCMNSZ), ahora llevamos 30 trasplantes este año, ya nos estamos recuperando, pero no vamos a llegar a los 50.

En el caso de donador vivo la mayor parte es privado, lo cual también es complicado, si entendemos que solamente el 10% de la población tiene seguro de gastos médicos. No suena muy lógico, pero es un procedimiento tan complicado que las instituciones públicas no quieren apoyar, por lo que entonces, la única forma es hacerla en un lugar privado.

Mucho recae en la institución pública, pero sí ha existido un incremento en la práctica privada. En 2018, el sector privado tuvo un porcentaje más alto de trasplantes que el sector público, 33% vs. 29%. Si nos vamos al total, nosotros hicimos 53 y Grupo Ángeles 11, fue el único grupo privado que aparece entre los primeros cinco, ya que Grupo Ángeles tiene una ligera ventaja porque funciona como un subsistema de salud. Es así porque si el órgano está en Tijuana de allí se manda al Hospital Ángeles que lo requiera.

Ahora bien, ya comentamos que el 90% de todos estos donadores aparecieron en una institución pública y casi siempre es en el Seguro Social. ¿Qué es lo que pasa? Que el privado hace trasplante. Entre hospitales privados los costos del trasplante los absorbe el receptor, pero en los públicos no, no se paga nada, entonces ocasiona un problema porque

se están consumiendo recursos. Todavía no hay una forma en la que la institución pública le diga al hospital privado que tiene que recuperar una cantidad del costo real, tener un donador en terapia, pasarlo a quirófano, utilizar el quirófano, hacer toda la procuración y emplear todo el material que se utilizó; si eso ocurriera sería un sistema más fluido y además se vería con mejores ojos por parte de todo mundo.

Asimismo, no existe un frente común de la parte privada que diga: hagamos una red de todos los hospitales privados para detectar potenciales donadores, que todos tengan licencia, porque deben tener licencia de procuración, sino no puedes procurar y, entonces sí, si se detecta un donador y si en ese hospital no hay receptor se refiere a otro hospital privado; eso es uno de los grandes temas pendientes.

El otro tema es que no existe una legislación clara y contundente que te diga: Si tú trasplantas como hospital privado me tienes que dar un reporte de la evolución de tu paciente. Ahora lo están empezando a hacer, pero no tenemos el informe con claridad. Más o menos, la supervivencia del injerto a un año es del 95%, a 3 años del 90% y a 5 años del 85%. Son buenos números.

Obviamente, una pregunta obligada es: ¿Qué tanto impacto tuvo la pandemia en la procuración de órganos, sobre todo, de hígado?

Sí se vio muy afectada, porque mencionábamos que el 90% de los donadores venían de hospitales públicos, todos los hospitales públicos se saturaron por casos de COVID-19. En el anual del 2020 (Fig. 1) se ve claramente una caída, y de allí sí fueron los privados los que tuvieron más procedimientos. Figura 1.



Figura 1.
Fuente: <https://www.gob.mx/cenatra/documentos/estadisticas-50060>

Nosotros (INCMNSZ) hicimos solo 11 trasplantes entre los meses de enero y febrero, antes de que en marzo pegara la pandemia, ya que nosotros nos convertimos en centro COVID. Los privados se vieron beneficiados porque fueron los primeros que salieron de la pandemia. En el anual, los privados fueron los que tuvieron más trasplantes, un 42%, aunque el número total global no fue tanto.

¿Qué requiere el paciente privado para ser candidato a recibir un trasplante hepático?

Que sea evaluado, tenga las características para ser considerado un candidato adecuado para trasplante y registrarse en un hospital. Esto es muy importante: el registro. El registro ante el CENATRA y ante el comité del hospital donde se va a registrar, o sea, no se puede enlistar en dos lugares al mismo tiempo.

El tema de las aseguradoras es importante en hospitales privados. En términos generales, ¿las aseguradoras sí cubren los gastos de trasplantes? Y, en el caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿se tiene un tope de gastos médicos?

No conozco tanto de las aseguradoras, mi experiencia es que depende de la póliza de cada individuo y depende del tope que tiene esa póliza. Cuando nos enfrentamos ante escenarios muy complicados, como cuando un paciente está muy grave y tiene falla hepática fulminante, ahí me ha tocado de todo y sí me ha tocado que no se logra trasplantar.

En las fallas hepáticas fulminantes tienes a veces 48 o 72 horas para tenerlos listos y registrados, ahí es donde a veces los trámites con las aseguradoras no son tan eficientes. Cuando ya el paciente tiene contemplado trasplantes dentro de su seguro sí depende de la cantidad tope, y de ahí hay que decidir si es posible que se trasplante o no, porque de otra forma solamente te quedas con el paciente a la mitad del camino. Lógico, también depende de que no existan complicaciones postoperatorias, infecciones, etc. y los días que pueda ocupar en la terapia intensiva, o sea que sí hay muchos factores que pueden influir en el tope de gastos médicos.

A lo mejor se podría hacer una reunión, un simposio o algo donde se les pueda explicar a las aseguradoras, de manera más detallada, este tipo de situaciones. En riñón se tiene la posibilidad de mantener al paciente en hemodiálisis, pero en hígado no. En hígado, si vienen los pacientes en agudo o

con falla hepática fulminante son pacientes que están en jaque y allí creo que deberían tener conocimiento de que debe existir un mecanismo para que se pueda agilizar y contemplar al paciente para el trasplante. De los honorarios médicos ya ni te digo, porque a veces son absurdos, puesto que al trasplante hepático hay que entenderlo como cuatro procedimientos de golpe.

Por ejemplo, de acuerdo con una historia real, te hablan y te dicen: "Paciente con falla hepática fulminante en institución privada de la CDMX, pero el hígado donador está en Chihuahua", entonces habría que ir a Chihuahua por el hígado, ya que tomar el hígado del donador es una cirugía formal, la procuración es una cirugía formal y es difícil porque uno tiene que extraer las estructuras aledañas para no dañar los vasos sanguíneos ni la vía biliar, esa es la primera; luego, el embalaje y traslado desde Chihuahua, pues es todo un drama regresar hasta la ciudad, ya en la CDMX tienes que hacer la cirugía de banco, que es cuando se prepara todo el hígado y el tejido aledaño para dejar solo los vasos sanguíneos preparados para las anastomosis.

Después, viene la cirugía en el receptor donde se tiene que invadir con catéteres de alto flujo, líneas arteriales, la monitorización completa, a veces también ecografía transesofágica y, claro, la hepatectomía, entonces hay que quitar el hígado enfermo, lo cual puede ser extremadamente complicado. A veces hay pacientes que ya están multioperados del abdomen o tienen trombosis portal y hay que poner el nuevo injerto y que funcione, entonces te lleva de 18 a 24 horas desde que te hablaron por primera vez hasta que te vas a tu casa, por lo que es un proceso muy desgastante, de alta complejidad, que demanda de uno a dos o hasta tres grupos de especialistas, de cirujanos y de anestesiólogos, es decir que es una buena cantidad de gente la que esta trabajando, más el hepatólogo y, si de repente hay un problema de corazón, pues el cardiólogo, etc.

Por eso es un problema a nivel público, a nosotros porque nos apasiona y nos gusta, pero el salario que recibe alguien de una institución pública es el mismo que recibe cualquier otro que va de 7 de la mañana a 3 de la tarde y, además, tú tienes que estar días festivos y en la noche; por ejemplo, para el trasplante de hoy (día de la entrevista), ahora están camino a Michoacán, seguramente van a regresar como a las 4 o 5 de la tarde y nos vamos a ir como a las 12 de la noche, entonces ya exigió que estés

Todavía no hay una forma en la que la institución pública le diga al hospital privado que tiene que recuperar una cantidad del costo real, tener un donador en terapia, pasarlo a quirófano, utilizar el quirófano, hacer toda la procuración y emplear todo el material que se utilizó

pendiente todo ese tiempo, porque para tener buenos resultados de alta complejidad, en este procedimiento, hay que estar disponible 24/7.

Cuando hay una remuneración adecuada, dices: "Bueno, de esto voy a vivir, ¿qué no debería de ser así?" Es muy discrepante el sector público y el privado, si existiera un sistema de salud con un presupuesto para trasplantes no importaría si lo haces en práctica pública o privada, porque entonces todos van a recibir la misma cantidad por trasplante y por consumo de material, todos, el grupo médico y el quirúrgico van a recibir cierta cantidad, que va a ser una cantidad lo suficientemente buena para que estés ahí trabajando, sin que tengas que ir a hacer una vesícula de repente a la medicina privada.

¿Cualquier hospital privado puede generar su programa de trasplantes o se necesitan cosas específicas para que un hospital privado realice trasplantes?

Pues sí necesitan cosas que tienen que ser valoradas por COFEPRIS, aconsejadas o coordinadas con CENATRA, para tener licencia para procurar y la licencia para trasplantar, y de trasplantar depende qué órgano quieres trasplantar, para cada uno debe de existir una licencia, lo cual tampoco ha sido una estrategia muy buena, porque existen más de 80 licencias autorizadas y ya revisamos en CENATRA que solo hay 5 establecimientos con un volumen lo suficientemente adecuado que realizan el 85% de todos los trasplantes; entonces, para qué necesitas más de 80 licencias, como que se vuelve muy difícil de valorar y coordinar.

¿Crees que podría funcionar un programa de referencia entre hospitales privados?

No lo sé, podría ser. Si existiera una organización bien establecida, pues sí, una red de hospitales privados sí funcionaría.

¿Cuál es el futuro del trasplante hepático?

Desde mi particular punto de vista, creo que en un país como el nuestro debería de ser contemplado privado y público por igual, debería existir un órgano rector, CENATRA o la Secretaría de Salud, donde se tenga un presupuesto y se cubra el trasplante de cada individuo; porque el problema aquí es el órgano, en este caso el hígado, que es una materia prima no renovable y se está generando por la buena voluntad de la ciudadanía.

En conceptos de beneficio, de ética y de igualdad debemos de tener contemplado

que todos los pacientes deben tener la misma posibilidad, si existiera una forma de remunerar a los especialistas en la institución pública y que fuera la misma remuneración en la institución privada, pues ya no existiría ningún conflicto de interés.

Por el otro lado, la institución privada quedaría acotada a un sistema nacional como ocurre en países como Francia e Inglaterra. Entonces, cuando tienes el órgano ya se puede asignar a una persona, sin importar el subsistema de salud, sin que existan discrepancias tan amplias entre la parte pública y la privada.

En lo particular, parte del porqué nos comprometimos con una institución pública para realizar ese número de trasplantes es porque no existe ninguna otra institución pública que haga trasplantes a nivel estatal o federal. Recientemente, el Hospital General de México lo está haciendo, pero de trasplante hepáticos en adultos fuimos por muchos años los únicos que cualquier paciente que esté en cualquier parte de la República Mexicana y que necesite un trasplante pueda voltear, hacia nosotros.

Debemos tener la capacidad de brindar lo mismo y con la misma calidad a la gente que no tenga recursos, de la misma manera que ocurre en el sector privado.

Agradecemos al Dr. Mario Vilatobá por su entusiasmo y esta valiosa entrevista, una gran persona, médico y cirujano, sin lugar a dudas, orgullo de nuestro país.

Realizó entrevista: Dr. Fredy Chablé Montero, Jefe de Patología en el Hospital San Ángel Inn Universidad, CDMX.



Retos del trasplante hepático en México

Dr. Erick Armando Reyes Cabello

Médico Cirujano y Partero por la UANL con Especialidad en Medicina Interna y Subespecialidad en Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, ambas por la UANL. Cuenta con un Máster de Investigación Clínica en Enfermedades Hepáticas por la Universidad de Barcelona. Fellowship en Aspectos Médicos del Trasplante Hepático en el Hospital Clínic Barcelona. Es miembro de la Asociación Mexicana de Gastroenterología.

El trasplante hepático es el acto quirúrgico en el cual se retira el hígado enfermo de una persona y se reemplaza, ya sea por un hígado de un donante cadavérico o por un segmento de hígado de un donante vivo. Si bien el requisito principal para ser candidato a un trasplante es tener una enfermedad hepática irreversible, con mayor probabilidad de complicarse que la cirugía de trasplante misma, no todos los pacientes que tienen este criterio pueden ser trasplantados.

Previo a decidir si un paciente entra en la lista de espera de trasplante, se realiza una valoración detallada del funcionamiento de los diferentes órganos y sistemas del cuerpo, y si alguno de ellos presenta un deterioro importante que incrementa aún más el riesgo de muerte al momento de la cirugía o en el perioperatorio se considera que el paciente no es candidato a este procedimiento.

El trasplante hepático presenta una serie de retos importantes en México.

Con un promedio de 310 personas en espera de un trasplante de hígado cada año una de las principales limitantes es el bajo número de donadores.

Desafortunadamente, las dos condiciones de los órganos de las personas que decidieron donar después de haber fallecido no siempre permiten llevar a cabo este acto, y en quienes sí es posible que se realice la donación a veces no se encuentran registrados como donadores de órganos o la familia no acepta que se realice la procuración.

Para ello, se trabaja en constante comunicación y educación, pero la desconfianza y factores culturales influyen de forma importante en que no se incremente el número de donadores.

Otro reto es la cobertura del costo, misma que considera la realización de diferentes estudios especializados para la valoración pretrasplante, el procedimiento (ya

Un trasplante de hígado puede rondar entre los 2 y 3 millones de pesos, siendo un costo poco accesible para la mayoría de la población mexicana. Aquellas personas que cuentan con un instrumento de apoyo financiero, como un seguro de gastos médicos mayores, tienen mayor posibilidad de acceder a este procedimiento, no obstante, deben tomar en cuenta lo siguiente:

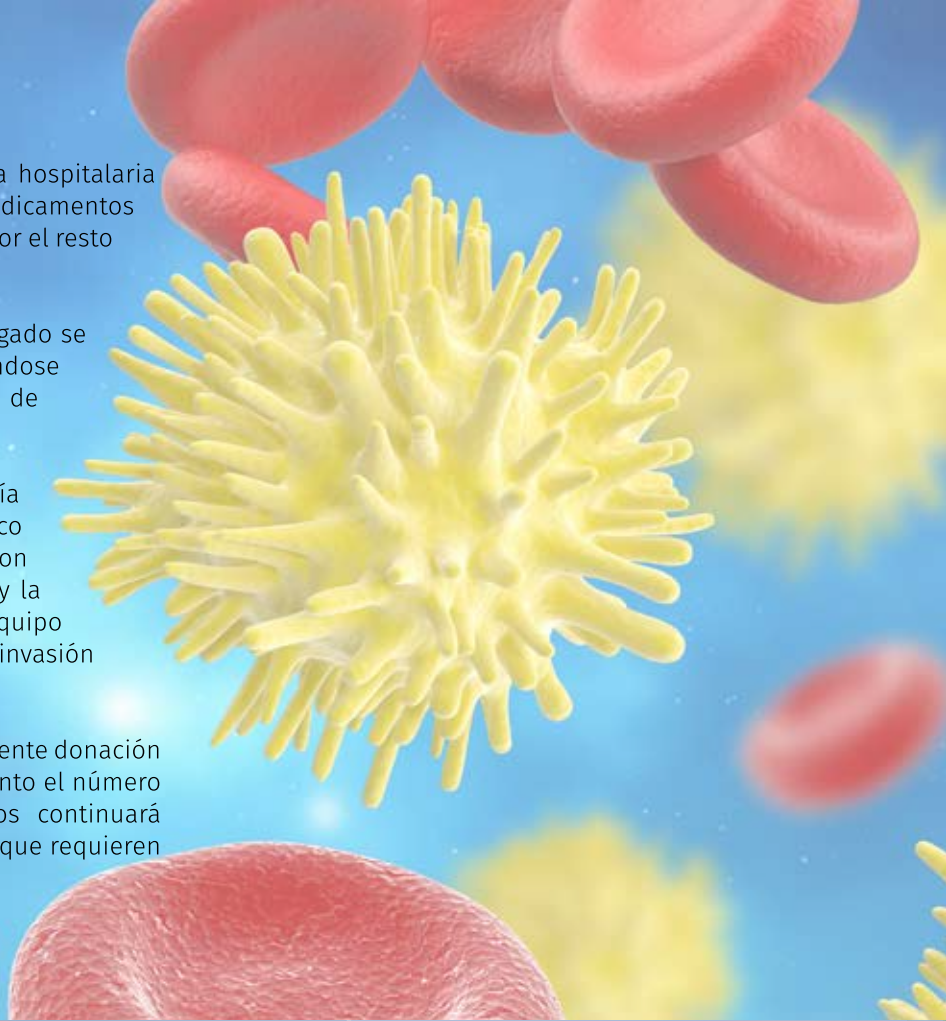
- *Tiempos de aprobación para la cobertura del procedimiento*
- *La red de hospitales y médicos autorizados en su póliza*
- *Montos de coaseguro y copago*
- *Cobertura de gastos médicos del donante y receptor*
- *Plan farmacéutico pre- y postrasplante*
- *Monto máximo asegurado de 3 millones de pesos*
- *Valoraciones médicas periódicas postrasplante*

sea de donante vivo o cadavérico), la estancia hospitalaria y, a partir de la fase de recuperación, los medicamentos inmunosupresores que el paciente consumirá por el resto de su vida.

En el país, sólo el 22% de los trasplantes de hígado se realizan en instituciones privadas, concentrándose en los estados de Nuevo León, Jalisco y Ciudad de México.

En cuanto al personal capacitado y la tecnología para realizar los procedimientos, en México existen 415 establecimientos de salud con licencia, los cuales cuentan con la capacidad y la experiencia que se requiere, así como con el equipo para diagnóstico y manejo mediante mínima invasión de las potenciales complicaciones.

Esto último es esencial, pero si no se tiene suficiente donación y los pacientes no pueden cubrir el procedimiento el número de trasplantes hepáticos y de otros órganos continuará siendo muy inferior a la cantidad de pacientes que requieren un trasplante.



Mesa quirúrgica general KERNA™

Enfócate en lo esencial

- **Versátil:** plataforma de múltiples módulos y capacidad de posicionamiento optimizada para una amplia variedad de cirugías.
- **Ergonómica:** un diseño que ofrece acceso óptimo al personal médico (miembros superiores e inferiores).
- **Modular:** compatible con las extensiones y accesorios de la línea CMAX®3 y ofrece una inversión estratégica y duradera.
- **Robusta y confiable:** Sistema electrohidráulico y materiales de alto rendimiento (acero inoxidable y aluminio).



 **STERIS**®

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

El papel de la Hepatitis en Pediatría

Dra. Irma Virginia Díaz Jiménez
Infectóloga Pediatra

Una patología común en niños es la hepatitis, que consiste en una inflamación aguda del hígado donde la causa más común es infecciosa, principalmente por virus. En niños sanos, por lo general, las infecciones son controladas por el mismo cuerpo y se debe dar tratamiento sintomático y reposo, siempre con la debida consulta de su médico de confianza.

La hepatitis A es primordialmente una enfermedad transmitida mediante el consumo de alimentos, ya que puede propagarse a través de agua contaminada y comestibles sin lavar. Es el tipo de hepatitis más fácil de transmitir, en especial en los niños, pero también es el que tiene menos probabilidades de dañar el hígado y, por lo general, es leve y se resuelve por completo.

La hepatitis B puede transmitirse a través de la exposición a sangre, agujas, jeringas o fluidos corporales contaminados, o bien, de madre a hijo. Es un trastorno crónico y, en algunos casos, puede provocar daño hepático a largo plazo, cáncer de hígado y cirrosis hepática después de muchos años de portar el virus.

La hepatitis C únicamente se transmite a través de sangre infectada o de la madre al recién nacido durante el parto. También puede provocar cáncer de hígado y cirrosis a largo plazo.

La hepatitis D sólo se produce en personas que también están infectadas con hepatitis B.

La hepatitis E tiene mayor prevalencia en África, Asia y América del Sur.

Además de lo anterior, hay ciertos medicamentos generalmente seguros que pueden ser tóxicos para el hígado, por tal motivo, cuando se toman en exceso o en dosis muy altas causan hepatitis inducida por fármacos, los cuales incluyen paracetamol e incluso vitamina A; de modo que es importante consultar con su pediatra sobre la dosis adecuada para su hijo. También existe una etiología metabólica.¹

¿Qué manifestaciones puede presentar mi hijo para sospechar hepatitis aguda?

Independientemente de la causa, los síntomas de la hepatitis aguda son los siguientes:

- Vómitos, diarrea o dolor abdominal
- Ictericia (coloración amarilla de los ojos y la piel)
- Heces pálidas

No obstante, la mayoría de los niños no experimenta ningún síntoma visible y pocos presentan ictericia. Aunque puede curarse rápidamente sin necesidad de cuidados ni tratamientos especiales, en ocasiones puede provocar falla hepática, y, por consiguiente, cuando los padres tienen sospecha de esta enfermedad deben acudir con el pediatra.

¿Qué es la hepatitis aguda grave en niños?

La definición de caso probable de hepatitis aguda grave en niños, de acuerdo con la Organización Mundial de la salud (OMS) es a todo niño de 16 años o menos con un cuadro de hepatitis aguda (negativo para virus de hepatitis A-E) con elevación de enzimas hepáticas >500, después de octubre de 2021.²

Al 8 de julio de 2022, 35 países de cinco Comités Regionales de la OMS han notificado 1010 casos probables de hepatitis aguda grave de etiología desconocida en niños que cumplen con la definición de caso descrita, incluidas 22 muertes. Desde la publicación anterior de Disease Outbreak News, el 24 de junio de 2022, se han notificado a la OMS 90 nuevos casos probables y cuatro muertes adicionales. Además, dos nuevos países, Luxemburgo y Costa Rica, han notificado casos probables.

El adenovirus continúa siendo el patógeno frecuentemente más detectado entre los casos con datos disponibles. En la región europea se detectó adenovirus por PCR en el 65.9 % de los casos. En Japón se detectó adenovirus en el 9 % de los casos (5/58) con resultados conocidos. Debido a la vigilancia limitada de adenovirus en la mayoría de los países es difícil evaluar si estas tasas son más altas que las esperadas en la población.³

¿Existe algo para prevenir la infección de la hepatitis aguda grave?

Las medidas de prevención son de contacto y vía aérea:

- Lávese las manos con frecuencia con agua y jabón o

aplique un gel de manos hidroalcohólico y supervise a los niños pequeños para que hagan lo mismo.

- Evite los espacios concurridos y manténganse a una distancia segura de otras personas.
- Garantice una buena ventilación en espacios interiores.
- Use una mascarilla bien ajustada que le cubra la boca y la nariz cuando esté recomendado.
- Cúbrase la boca y la nariz al toser y estornudar.
- Beba agua salubre.
- Quédese en casa cuando no se encuentre bien y busque

atención médica si está preocupado.²

¿El confinamiento por la epidemia por COVID ha predisuesto el adquirir esta enfermedad?

En caso que la etiología sea infecciosa, se está considerando que la disminución de la exposición de los niños a infecciones virales comunes, incluyendo el adenovirus y rinovirus por el distanciamiento social y el uso de mascarilla, esté contribuyendo en la actualidad a la presencia de este tipo de infecciones.

¿La vacunación contra la COVID causa mayor riesgo de presentar la hepatitis aguda grave en niños?

Hasta el día de hoy no se ha encontrado ninguna relación con la administración de la vacuna del SARS-CoV-2. De hecho, la gran mayoría de los niños afectados no habían sido vacunados.

Conclusión

Debemos estar atentos acerca de los hallazgos encontrados en el seguimiento de los casos identificados desde octubre del 2021. Hasta el momento, el virus que se relaciona en la mitad de los casos es adenovirus 40-41. Este virus no es nuevo y en niños sanos causa un cuadro de diarrea controlable.

Por lo anterior, como padres debemos de reforzar en los niños la educación sobre las medidas de prevención, así como estar atento del cuadro clínico, para acudir con el pediatra ante la sospecha, siendo quien orientará y dará el tratamiento requerido.

Referencias

1. World Health Organization (12 July 2022). *Severe acute hepatitis of unknown aetiology in children - Multi-country*. Recuperado de <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON400>
2. Organización Panamericana de la Salud (3 mayo 2022). *Preguntas y respuestas: hepatitis aguda grave en niños*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/3-5-2022-preguntas-respuestas-hepatitis-aguda-grave-ninos>
3. UK Health Security Agency (26 July 2022). *Investigation into acute hepatitis of unknown aetiology in children in England*. Recuperado de https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1094573/acute-hepatitis-technical-briefing-4.pdf



Promoción de Salud Ambiental y Residuos Sólidos Urbanos *Parte 1*

Autoras:

MSP-SA Mildred Amar López Ramírez

Licenciatura en Química Industrial (UAEMor)

Maestría en Salud Pública con área de concentración en Salud Ambiental (INSP)

Mtra. Giovanna Stephanie Mercado Prado

Apoyo operativo del Programa de Gestión Ambiental EcoINSP

Instituto Nacional de Salud Pública

MSP. Urinda Álamo Hernández

Investigador en Ciencias Médicas B en Instituto Nacional de Salud Pública

Adjunta del programa Maestría en Salud Pública con área de concentración en Salud Ambiental

Resumen

El manejo inadecuado de los residuos sólidos urbanos se asocia a más de cuarenta enfermedades y lesiones. Esta problemática trae consigo riesgos de salud pública e impactos negativos al ambiente⁽¹⁾. El presente estudio tuvo como objetivo promover la Salud Ambiental en Tetela del Monte a través de una iniciativa participativa de manejo adecuado de residuos sólidos mediante un enfoque de Promoción de la Salud Ambiental (PSA).

La intervención constó de tres fases: diagnóstico participativo con actores clave, diseño de la iniciativa en conjunto con actores clave e implementación y evaluación de actividades prioritarias para culminar con recomendaciones y acciones de continuidad. El enfoque de PSA permitió dialogar con los participantes desde una perspectiva positiva y favorecer la propuesta de estrategias para mejorar el manejo de residuos en el poblado, se generaron vínculos entre activistas y actores clave, la elaboración de un diagnóstico sirvió de base para proyectos actuales y futuros. Se lograron cambios en hábitos por difusión entre familias y vecinos, se inició comunicación entre comerciantes para generar estrategias de reducción de residuos y hubo acercamiento con recicladores para conocer rutas y materiales.

Introducción

Como parte de los factores sociales que tienen un impacto en la morbilidad, se estima que el manejo inadecuado de Residuos Sólidos Urbanos (RSU) se asocia a más de cuarenta enfermedades. Las más frecuentes son de

tipo gastrointestinal, dermatitis y dengue, mientras que otras se vinculan con la emisión de compuestos tóxicos al ambiente; por ejemplo, la quema de RSU genera emisiones que, al ingresar al organismo por vía respiratoria u oral, provocan enfermedades respiratorias y cardiovasculares, así como afectación en los ojos, daño hepático, daños neurológicos, alteraciones hematológicas, malformaciones congénitas e inclusive cáncer.⁽¹⁾

Con respecto a esta problemática, la Federación, las entidades federativas y los municipios deben ejercer sus atribuciones en materia de prevención de la generación, aprovechamiento, gestión integral de los residuos, prevención de la contaminación de sitios y su remediación, en conformidad con la distribución de competencias, prevista en la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos (LGPGIR) y en otros ordenamientos legales.⁽²⁾

La importancia del tema no solo involucra problemas de salud pública, también engloba la explotación de los recursos naturales y la contaminación que producen los residuos desde la extracción de la materia prima hasta su disposición final.⁽³⁾

El presente documento comprende el diseño e implementación de una iniciativa participativa de promoción de la Salud Ambiental, con el fin de que la población ejerza mayor control sobre su salud con las herramientas que forman parte de su entorno. Además, está dirigida al manejo adecuado de Residuos Sólidos

Urbanos en el Poblado de Tetela del Monte y fue llevada a cabo en el período de febrero a agosto del 2022, tomando como punto de partida las propuestas de iniciativas desarrolladas en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Sitio de Estudio

Tetela del Monte se encuentra dentro de un polígono ejidal, ubicado al norponiente del municipio de Cuernavaca, en Morelos, México, con un aproximado de 4 mil 210 habitantes, con el mayor porcentaje de ingreso económico representado por la producción y venta de plantas de ornato y que se rige por usos y costumbres,

mismos que reivindican por ser pueblos originarios.^{(4), (5)}

Buscando acercar el campo de la promoción de la salud al de la salud ambiental, algunos autores conciben a la promoción de la salud ambiental como: “Cualquier proceso planificado que utiliza un enfoque de promoción de la salud para evaluar, corregir, controlar y prevenir a aquellos factores del medio ambiente que pueden dañar la salud y la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras.”^{(6), (7)}

Por lo anterior, se han propuesto modelos conceptuales que muestran la relación del sistema salud-ambiente y representan el enlace entre la promoción para la salud y la salud ambiental. La PSA se sustenta en áreas complementarias que comprenden las ciencias sociales y las ciencias naturales, pues estos modelos describen de manera intersectorial los ejes que rodean al ser humano para poder entender el entorno, social y físico, y acercarse a un nivel óptimo de calidad de vida.^{(6), (7)}

Métodos

Se realizó un estudio cualitativo de febrero a agosto del 2022 a través de una iniciativa en promoción de la salud ambiental, dirigida al manejo adecuado de residuos sólidos con elementos de investigación y acción participativa, orientada a actores clave del poblado de Tetela del Monte. La selección de participantes fue por conveniencia considerando su representatividad y participación dentro de la comunidad y se recurrió a la técnica de bola de nieve para conformar la muestra final en cada una de las fases. Los sitios para desarrollar las actividades



fueron definidos por los actores clave de la comunidad, y se buscaron espacios al aire libre y lugares confortables, pero debido a la actual contingencia por la pandemia del virus SARS-CoV-2, cada acercamiento con la comunidad fue bajo los protocolos de sanidad y acorde al semáforo epidemiológico en el que se encontraba el estado de Morelos.

Se consideraron las siguientes categorías de análisis, tanto en la fase de diagnóstico como en la de evaluación: conocimientos, percepciones, prácticas, contexto y actividades de promoción. Las tres fases del proyecto fueron: diagnóstico, diseño de la iniciativa e implementación piloto y evaluación.

También, este estudio contó con la participación del comisariado ejidal junto al ayudante municipal y el presidente del comité de vigilancia ejidal más los representantes de comerciantes, los representantes de floricultores, los ejidatarios y los activistas de la comunidad.

Tras una ejecución y análisis durante estos meses obtuvimos resultados que serán compartidos en la próxima entrega, con el fin de presentar las conclusiones obtenidas al evaluar la recepción y percepción de los participantes, así como brindar una invitación a otras instituciones a involucrarse en dinámicas parecidas que tengan como fin mejorar la calidad de vida de las poblaciones originarias.



Referencias

1. Carmona, A. R., Bolaños, R. R., Hernández, U. Á., Magaña, L. E. P., Siller, S. T., Serrano, M. M. Experience of community participation in management adequacy of municipal solid waste in Mexico. *Glob. Health Promot.* (2015 Feb 1); 22(2): 96–106.
2. De Diputados C., Congreso de D. H., Unión L. A., Ley N. *Ley general para la prevención y gestión integral de los residuos.*
3. *Informe del Medio Ambiente*, ((2022, Jan 30). Available from: <https://apps1.semarnat.gob.mx:8443/dgeia/informe15/tema/cap7.html>
4. Rodríguez-López, T., Guzmán-Ramírez, N. B. El manejo del agua e interacciones cooperantes de los usuarios de la Barranca Chalchihuapan en el norte de Cuernavaca, Morelos, México. *Agric. Soc. y Desarro.* (2022 Feb 2); 11(1):53–70. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-54722014000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Renero, E. *Capilla de los Reyes Magos: Artificios.* Available from: <http://ec.aciprensa.com/c/constantino>.
6. Howze, E. H., Baldwin, G. T., Kegler, M. C. Environmental health promotion: bridging traditional environmental health and health promotion. *Health Educ. Behav.* (2022 Feb 7); 31(4):429–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15296627/>
7. Alamo-Hernández, U., Riojas-Rodríguez, H., Baltazar-Reyes, M. C., O'Neill, M. Promotion of environmental health: Close up of two fields. The case of Mexico. *Glob. Health Promot.* (2022 Feb 7); 21(3):80–8. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975914525481>
8. Domínguez, M. Separación de residuos sólidos urbanos susceptibles a ser valorizados, que contribuyan al mejoramiento del entorno en la colonia de Atlahuayan, municipio de Yautepec Morelos, bajo el enfoque ecosistémico. *Proyecto terminal profesional* (2022 Aug 22),. p. 89. Available from: <https://catalogoinsp.mx/files/tes/052153.pdf>
9. Rojas, A. Manejo adecuado de residuos sólidos urbanos con participación comunitaria del paraje acatongo, de santa maría ahucacatlán, cuernavaca, morelos. *proyecto terminal profesional.* (2022 Aug 22), p. 57. Available from: <https://catalogoinsp.mx/files/tes/051140.pdf>



1^{ER} CONGRESO:

INNOVACIÓN ADMINISTRATIVA
Y TECNOLOGÍA POSTPANDEMIA

23,24 Y 25 DE FEBRERO 2023
LA PAZ, B.C.S

Más Información
aquí



administracion@hcpromedical.com

(442) 643 7040

(442) 318 2571

HC

PROMEDICAL

¿Necesitas de una opción rentable, segura y que te genere ahorro en tu suministro de oxígeno?

Ventajas:

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

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

administracion@hcpromedical.com

(442) 643 7040

(442) 318 2571

La pletismografía corporal es el estándar de oro para medir el volumen pulmonar. ¿Su hospital ya ofrece esta prueba?

PowerCube Body+ es la cabina pletismográfica más avanzada con medición de flujo por sensor ultrasónico. Este sensor es una innovación de **SCHILLER** que evita la contaminación cruzada y no requiere calibración.



Sistema de Difusión PowerCube Body Diffusion+ para PowerCube Body+ Combinación única de gases y tecnología para un diagnóstico de alta velocidad.

Dosímetro Ganshorn ProvoX para PowerCube Body+ Pruebas de provocación bronquial por inhalación.



Para más información escaneé el código QR o visite schillerlatam.com



Conversatorio “El futuro del Sistema de salud en México: Una visión integral”

Análisis del sistema de salud en México

El pasado 3 de octubre del 2022 se realizó, en el marco de este conversatorio dentro de la Cámara de Diputados, un intercambio enriquecedor y amplio sobre el actual panorama de la salud en México de la mano de grandes expertos, cada uno en su respectiva área.

El eje de esta exposición se basó, sobre todo, en 4 grandes temas: el análisis del sistema de salud en México, sus retos y oportunidades y la visión integral del mismo.

Sofía Charvel Orozco, académica del Instituto Tecnológico Autónomo de México, realizó un breve recorrido por la transformación que ha tenido el servicio de salud público y sus efectos en la población más vulnerable, aquella con menores recursos. Destacó que es importante atender la falta de medicamentos apropiados, la distribución equitativa del presupuesto y establecer lineamientos claros de funcionamiento a organismos que surgen, como es el IMSS Bienestar; también comentó la relevancia de las campañas sanitarias y sus tasas de vacunación, así como la conciencia sobre la prevención del cáncer femenino: cervicouterino y mamario.

El Lic. Héctor Valle Mesto, presidente ejecutivo de FUNSALUD, expuso la disparidad que existe actualmente entre la cantidad de médicos especializados y la

población del país, de la misma manera que hay un déficit de enfermeras. Mencionó como oportunidad el uso e implementación de la telemedicina, ya que la infraestructura que se posee en este momento no avalaría un cambio de estrategia.

Por su parte, la Mtra. Mariana Barraza Llorens, socia fundadora Blutitude, presentó el tema del financiamiento y gasto público, señalando que no se ha destinado la suficiente cantidad del presupuesto en la salud pública, realizando una comparativa importante entre los países de la OCDE donde México muestra un importante desfase al tener un gasto de apenas 3%, mientras otros países destinan hasta un 9% del dinero público en salud. Cualquier cambio, señala, requiere una optimización del uso de los recursos disponibles y suma atención a las tendencias a largo plazo.

El diputado Éctor Jaime Ramírez Barba del PAN aporta a este breve análisis la importancia de generar un marco legal adecuado, sin incorporaciones ideológicas ni políticas que permita la correcta comunicación e integración entre los sistemas de salud públicos y privados que permitirán una salud pública nacional.

Retos

El presente sistema de salud en México se enfrenta a numerosos retos, entre ellos, Javier Potes González, director general del Consorcio Mexicano de Hospitales, presenta el hecho de que el sistema de salud privado ha enfrentado una importante migración de usuarios del sistema de salud público al privado, el cual posee el 70% de los hospitales en el país. Esta situación no es idónea, pues el sistema de salud privado no tiene diseñado un sistema de salud integral, sino una atención puntual. Esto ha presentado 3 retos relevantes: 1. Reconocer el valor público de la salud, con el paciente como centro del modelo; 2. Establecer el programa de atención a la salud de forma transversal, con la participación del sector educativo, social, empresarial y gubernamental; y, 3. Incrementar el gasto en salud real. Todo esto ayuda a incorporar la prevención, estandarizar la calidad y elevar el compromiso social.



El Dr. Enrique Ruelas Barajas, por su parte, presidente del Instituto Internacional de Futuro de la Salud, propuso el manejo de un mapa estratégico de valor donde se utilicen modelos innovadores, se atiendan la salutogénesis que incorporaría elementos hasta ahora no contemplados como antropólogos o psicólogos sociales y la necesidad de que este nuevo sistema de salud se vuelva más integral, con mayor inversión y mejor infraestructura.

Oportunidades

Ante semejantes retos, ¿qué podríamos incorporar como posibles soluciones?

Un tema expuesto por varios participantes fue la relevancia de conseguir alianzas entre el sistema de salud público y privado, aunque fue Gabriela Allard Taboada, presidenta de la Asociación Mexicana de Diabetes (AMD), quien resaltó la necesidad de la creación de un marco legal con certezas jurídicas que permitiera integrar tanto a los empresarios de la salud como al gobierno y las aseguradoras hacia un objetivo común. Mencionó como una oportunidad la incorporación de la tecnología requerida en el diagnóstico adecuado de diversas enfermedades y acortar los tiempos de espera entre un diagnóstico y un tratamiento, gestionando los recursos que se tienen ahora en las instituciones privadas y públicas.

Otra oportunidad mencionada por Javier Picó, Consultor de Lifesciences Consultants, es abandonar la intención de actualizar lo que se ha utilizado hasta ahora, innovando todo de una manera disruptiva, un término también utilizado por el Dr. Enrique Ruelas Barajas, centrando las modificaciones en mejorar a los pacientes y fomentar el autocuidado de formas distintas como utilizar terapias digitales que ayuden a un acompañamiento continuo de los pacientes. Todo midiendo de manera específica solo el objetivo o valor que se busca lograr, facilitando así la medición de los resultados y su impacto.





Asociación Nacional de Hospitales Privados

En este apartado podemos mencionar el aporte del académico de la Universidad Anáhuac, José Alarcón Irigoyen, quien propone como propósito a alcanzar un acceso universal a la salud para el 2030 por medio de un enfoque multidisciplinario y utilizando objetivos cuantitativos, además de gestionar redes entre instituciones, desarrollar campañas de promoción y educación a la población y diseñar una plataforma digital de conectividad.

Análisis de los modelos de salud

Jorge Aspíri López, director de Expansión y Desarrollo TecSalud, realizó un trascendental repaso por los principales sistemas de salud utilizados a nivel mundial y algunos resultados, además de mencionar las métricas de salud que se califican a nivel global con el fin de realizar una mejor alineación dentro de nuestros sistemas de salud. Mencionó también la salutogénesis, la cual presentan como una pieza fundamental en el desarrollo de un eficiente sistema de salud, ya que se utiliza en el modelo de salud Beveridge, el cual ha demostrado generar resultados en España, el país más sano de acuerdo con el ranking de Bloomberg en el 2019.

También existen los modelos Bismarck, finlandés con recursos empresariales y médicos bien remunerados, utilizado en Europa; el modelo privado, que atiende principalmente un sistema de oferta y demanda utilizado en Estados Unidos; el modelo intermedio que se sostiene mediante financiación pública y privada, utilizado en Canadá, Brasil e Inglaterra; y el sistema segmentado, que utiliza una mezcla de todos los anteriores y es aplicado en América Latina.

Menciona cómo en algunos países han unido los sistemas de salud públicos con los privados y, aún así, la población se atiende mayoritariamente en el sistema de salud público.

Una visión integral

Por último, el diputado Emmanuel Reyes Carmona de MORENA, cierra este conversatorio agradeciendo las aportaciones, la contextualización necesaria de esta visión, el énfasis en realizar sinergias con el gobierno mexicano e instituciones privadas y la necesidad de atender las áreas de oportunidad como parte de un proyecto interno sanitario.

Afirma que se tomarán en consideración los temas presentados, incorporándolos en posteriores reuniones y diálogos con la Secretaría de Salud con el propósito de realizar acciones oportunas que permitan diálogos fructíferos para ambos sistemas y, principalmente, para fomentar y conseguir una población más sana.



Nuestro Mundo Hospitalario

Es un espacio para que publiques tus artículos

¡Colabora con nosotros!



55 5545 3501 y 55 1560 7112



hospitales@anhp.mx

¿ESTÁ PREPARADO PARA EL FUTURO?

Las nuevas tendencias en automatización hospitalaria

Entrevista a Joseph Yao
Director General Mindray Medical México



¿Podrías compartirnos la visión de Mindray para el sector salud? Su visión es muy sencilla, pero a la vez muy poderosa: “El mejor cuidado de la salud para todos”.

En los últimos años, hemos experimentado un crecimiento sin precedentes en la atención médica en todo el mundo y esto nos ha llevado a enfrentar nuevos desafíos, como una población envejeciendo, costos crecientes, integración de servicios y una pandemia que ha causado gran incertidumbre; a causa de estos problemas, la atención médica avanzada y de alta calidad, en la mayoría de las situaciones, aún no es accesible para los segmentos de más bajos ingresos de nuestra población.

El ideal que buscamos comunicar en nuestra visión es lo que nos genera el compromiso de hacer que la atención médica sea más asequible. Transferimos tecnologías avanzadas y las convertimos en innovaciones accesibles que ponen la atención médica al alcance de la mano de todo el mundo. Brindamos soluciones confiables y fáciles de usar para que los profesionales de la salud puedan enfocarse en lo más importante, el paciente.

¿Nos puedes hablar un poco de la presencia de Mindray en México y en el mundo?

Con gusto. Somos una empresa con sede en China y contamos con más de 50 filiales en todo el mundo. Nuestros productos y servicios están disponibles

en más de 190 países con ingresos globales de casi 4 mil millones de dólares en 2021, de los cuales el 10 % se ocupa en investigación y desarrollo de nuevas tecnologías o mejora de las existentes. Actualmente, contamos con 10 centros de investigación y desarrollo alrededor del mundo y en 2021 adquirimos HyTest, un fabricante líder mundial de I+D de anticuerpos monoclonales y antígenos, que mejoró en gran medida nuestro sector de diagnóstico in vitro.

Nuestro rápido crecimiento, así como el entregar soluciones accesibles y de alta tecnología para el mercado de la salud nos ha permitido posicionarnos como líderes del mercado en México, en sistemas de monitoreo de pacientes y en ultrasonido, permitiéndonos crecer un 500 % en nuestras ventas totales desde 2016.



Esto se ha visto reflejado en un crecimiento del 300 % en nuestra plantilla local en el mismo período, donde hoy en día contamos con 70 colaboradores de manera directa y 20 distribuidores para satisfacer las demandas del mercado en nuestras tres líneas de producto: Monitoreo de Paciente y Cuidado Crítico, Sistemas de Imágenes Médicas y Diagnóstico In Vitro. Próximamente, contaremos con una cuarta línea: Ortopedia.

¿Qué tipo de impacto ha tenido Mindray en México?

Mindray no solo es un fabricante de dispositivos médicos de alta tecnología que cumple con los más altos estándares de calidad a nivel mundial, sino también un socio confiable durante el proceso de desarrollo de hospitales en todos los niveles, brindando soluciones integrales que nos permiten construir un ecosistema médico superior. El ambiente médico inteligente de Mindray brinda a todo el personal hospitalario un sistema centrado en el paciente, diseñado para facilitar futuras actualizaciones y mejoras de acuerdo con los continuos desafíos que presenta todo hospital.

Para nosotros es muy importante la educación, por eso trabajamos en la construcción de plataformas académicas

internacionales de manera que la comunidad global de expertos médicos comparta ideas novedosas y así busquemos empoderar a nuestros usuarios en México a través de la adquisición e intercambio de experiencias y conocimiento en estas plataformas.

Nuestros productos y servicios también han desempeñado un papel importante en ayudar al país en momentos críticos, como lo fue durante la pandemia de COVID-19. En 2020, Mindray proporcionó más de 800 ventiladores, arriba de 1000 monitores de signos vitales y más de 4 mil 300 bombas de infusión bajo solicitudes urgentes de los diferentes sistemas de salud, tanto privados como públicos.

Durante 15 años, hemos construido una historia en México que nos ha permitido tocar y mejorar la vida de innumerables personas que necesitaron de nuestra tecnología para mejorar su salud, y estamos seguros de que, a través de los años por venir, construiremos historias donde seguiremos impulsando nuestra misión: El mejor cuidado de la salud para todos.

“实践出真知”.



ANHP, ITESM y TecSalud firman convenio de colaboración en mejora del sistema de salud mexicano.



Dr. Jorge Azpiri López. *Director de Desarrollo y Proyectos de Expansión de TecSalud.*

El 25 de julio del presente año fue celebrada la firma del convenio de colaboración entre el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, TecSalud, y la Asociación Nacional de Hospitales Privados, bajo el propósito de reforzar el desarrollo del actual sistema de salud privado del país mediante proyectos diversos que constituyen desde la parte académica, a través de capacitaciones indispensables e innovadoras, hasta el ámbito de la práctica de estos profesionales de la salud.

“La capacitación es un elemento clave para el personal sanitario”, fue el punto de vista brindado por parte del Dr. Jorge Azpiri López, Director de Desarrollo y Proyectos de Expansión de TecSalud, “y gracias a esta colaboración se alcanzarán nuevos niveles de profesionalidad”. Por su parte, el Dr. Jorge Valdez, decano de la Escuela de Medicina de la Salud del Tecnológico de Monterrey, expresó la necesidad inherente a estos tiempos que transitamos de forjar alianzas que nos guiarán hacia cambios que, a su vez, se transforman en legados de innovación y desarrollo hospitalario.

El Maestro Héctor Flores Hidalgo expresó cómo la pandemia transformó la realidad y se convirtió en una adecuada reflexión mundial acerca de qué es indispensable reforzar y modificar en los sistemas de salud actuales con los que se habían trabajado por tantos años. Esta alianza permitirá sumarse a la globalización y modernidad dentro del ámbito de la salud al contar con profesionales capacitados e innovadores.

Este esquema de educación continua incluye el necesario uso de tecnología y elementos de vanguardia como la formación a distancia y la generación de programas especializados de acuerdo con los rubros fundamentales a cubrir en cada área hospitalaria que lo necesite. Se contará asimismo con la valiosa colaboración de expertos en todos los sectores, los cuales serán una pieza primordial en el desarrollo de esta importante red hospitalaria que es la Asociación Nacional de Hospitales Privados con más de 140 hospitales afiliados a nivel nacional.

En la firma de este convenio también se contó con la asistencia del actuario Miguel Ángel Hernández, director ejecutivo de la ANHP, y el Licenciado Juan Gabriel Alanís Jiménez, director de Operaciones y Administración de TecSalud.

Actualmente, ya se ha comenzado la difusión de programas como “Gestión de sistemas de salud”, una iniciativa que cuenta entre sus objetivos con el desarrollo de los negocios de salud con el fin de emplear a su favor las oportunidades que han surgido y existen en este momento.

Este proyecto de colaboración conjunta entre la ANHP y TecSalud garantizan un desarrollo favorable y necesario dentro del sistema hospitalario privado dentro del país.



Mtro. Héctor Flores Hidalgo. *Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados.*



Asociación Nacional de Hospitales Privados

DAMOS LA BIENVENIDA A NUESTROS NUEVOS ASOCIADOS



Sistemas Médicos Nacionales
Tijuana, B.C.

Lic. Francisco Sabas Carrillo
Director General



Hospital Angeles
UNIVERSIDAD

Hospital Ángeles Universidad
Benito Juárez. CDMX

Ing. José Manuel Mendoza Reyes
Director General



Hospital SAME
Chalco, Edo. de México

Mtra. Ana Yessica Sánchez Matus
Directora General



Hospital MAC
Cholula, Puebla
C.P. Mariana Gómez Rojas
Directora General



Ya somos 142 asociados. Tu también forma parte de ANHP.

 55 5545 3501 y 55 1560 7112

 hospitales@anhp.mx

Accesorios y consumibles Dräger



Cal sodada
Envío gratis

Cal Sodada Drägerorb® 800+



Sensores de Flujo
Envío gratis

Sensor de Flujo Dräger® Spirolog



Filtros para el Sistema
Respiratorio y HME
Envío gratis

Dräger® TwinStar, CareStar, HumidStar



Mascarillas
de Anestesia
Envío gratis

Dräger® Libostar Desechables

Escanee
el código



y elija sus
productos

A un **click**
de su bolsillo

Calidad en la
que puede
confiar



Las piezas más pequeñas marcan la diferencia

En Dräger, los accesorios y consumibles son sometidos a los mismos exigentes controles de calidad que el resto de nuestros dispositivos, porque sabemos que **en su Hospital no hay lugar para el error**. Encuéntrelos ahora en nuestra tienda oficial de Dräger en Mercado Libre.

OBTENGA MÁS INFORMACIÓN EN WWW.DRAEGER.MX

De venta en



Dräger. Tecnología para la vida