

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Secretaría de Salud.  
México

## UNA VISIÓN DE LA MEDICINA INTEGRADA EN EL FUTURO DEL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD Y LA DIABETES MELLITUS

Miguel Ángel Díaz Aguilera<sup>1</sup>.

### INTRODUCCIÓN

Los sistemas y servicios de salud se desempeñan actualmente en un contexto caracterizado por fenómenos que demandan cambios en las formas tradicionales de atención de la salud.<sup>1-2</sup> Tales fenómenos incluyen la transición demográfica (con la incidencia de una población cada vez más envejecida y más numerosa), epidemiológica (donde las enfermedades crónicas no transmisibles coexisten y superan a las infecto-contagiosas) y nutricional (con la irrupción de la doble carga de morbilidad nutricional, y las poblaciones divididas entre la desnutrición y las carencias micronutrimientales y el exceso de peso y la obesidad); la persistencia de la “agenda inconclusa” y las enfermedades “desatendidas”, emergentes y re-emergentes; la acelerada y descontrolada urbanización; el deterioro de la seguridad social, la persistencia y extensión de la informalidad del empleo; y la introducción creciente y acelerada de tecnologías en salud y con ello, las discusiones sobre la equidad en la oportunidad y justicia en el acceso a las mismas.

México se encuentra inmerso dentro de una transición demográfica.<sup>3-4</sup> En los inicios del nuevo siglo y milenio la población de los mexicanos con edades entre 0 – 15 años sumaba 33 millones de personas, mientras que los tenían 65 años y más representaban apenas 5 millones. Para el año 2050 se prevé una realidad demográfica totalmente distinta. La población con edades entre 0 – 15 años será de 21.7 millones: un decrecimiento del 35 %. Por el contrario, la población con 65 años y más alcanzará los 33.2 millones: un aumento del 706 %. Es más: los niños con edades entre 0 – 5 años disminuirán a una tasa del 1.3 % durante los primeros 50 años del nuevo siglo y milenio, mientras que el número de los que tienen 65 años y más crecerá al 3.8 % anual en el mismo período.

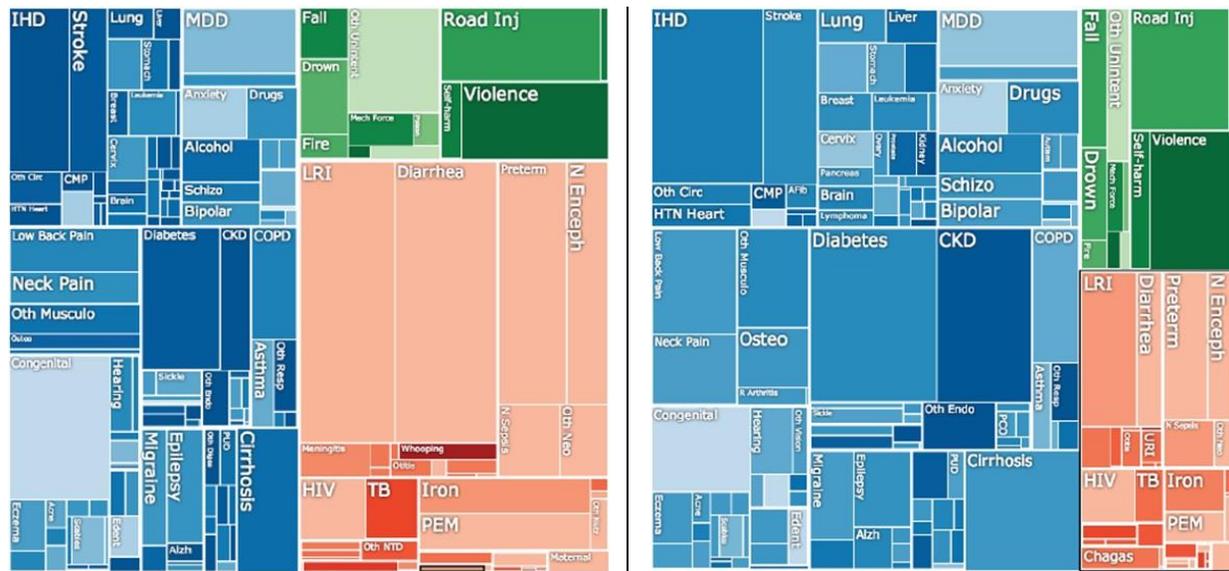
El cuadro de salud de México también ha experimentado cambios drásticos entre los 1980s y los 2010s.<sup>5</sup> Así, la mortalidad debido a las enfermedades infecciosas y parasitarias se ha reducido en un 80 % (Defunciones: *Año 1980*: 93.5 x 100 mil habitantes vs. *Año 2011*: 16.4 x 100 mil habitantes); pero, al mismo tiempo, ha aumentado la que es causada por la Diabetes mellitus ( $\Delta = +219$  %); los tumores malignos ( $\Delta = +56$  %), y las enfermedades cardiovasculares ( $\Delta = +14$  %).

La Figura 1 muestra el avance de las enfermedades crónicas dentro de México en los últimos 20 años.<sup>6</sup> Mientras la mortalidad por lesiones (*Año 1990*: 14 % vs. *Año 2011*: 13 %;  $\Delta = +1$  %) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (*Año 1990*: 38 % vs. *Año 2011*: 28 %;  $\Delta = +10$  %) disminuyó ostensiblemente en este período, las enfermedades crónicas se hicieron prevalentes (*Año 1990*: 48 % vs. *Año 2011*: 59 %;  $\Delta = -11$  %).

---

<sup>1</sup> Médico. Especialista en Medicina Integrada.

Figura 1. Comportamiento del cuadro de mortalidad de México en los últimos 20 años. Distribución de los años de vida saludables (AVISA) perdidos debido a la enfermedad según los diagnósticos principales. *Izquierda:* Año 1990. *Derecha:* Año 2011. *Color azul:* Enfermedades crónicas. *Color verde:* Lesiones y accidentes. *Color rosado:* Enfermedades infecciosas.



Fuente: Referencia [6].

¿Cómo el sistema de salud de México ha enfrentado las nuevas realidades sanitarias? De acuerdo con la Encuesta ENSANUT Nacional de Salud y Nutrición completada por la Secretaría de Salud en el año 2013, el 90 % de la población mexicana está registrada en algún sistema de protección financiera pública, pero la quinta parte de los mexicanos y mexicanas carece de cobertura de salud.<sup>7-8</sup> Por otro lado, solo la mitad de las personas incurre en gastos por medicamentos después de la visita a los servicios médicos.<sup>9-10</sup>

En un informe presentado por Pérez Hernández *et al.* (2013),<sup>11</sup> el modelo mexicano de salud está actualmente más centrado en la “cura de la enfermedad” que en el “cuidado de la salud”; las políticas, la planificación, la normatividad y el financiamiento de la salud están fragmentadas; la “protección” de la atención de salud a largo plazo es inadecuada; existe poca colaboración a nivel organizacional y entre los proveedores dentro y entre los sectores de salud y de atención; y se constata un débil desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS).

Los desbalances anotados en los párrafos precedentes son aún más llamativos en el caso de la DM. La DM ha experimentado un alza epidemiológica sin precedentes en los últimos años. Existen diagnosticados 6.4 millones de adultos enfermos (12 % del tamaño de este subgrupo etario), si bien algunos estudios sugieren que existe la misma cantidad de casos no diagnosticados.<sup>12-14</sup> Por otro lado, solo el 26 % de los sujetos en riesgo elevado de DM (debido a, entre otras causas, al envejecimiento, el exceso de peso y la obesidad) son pesquisados para el diagnóstico de Diabetes. La situación se enrarece aún más porque solo el 63.2 % de los afectados por la DM tienen entre 4 y 12 consultas al año, con lo que se pierden oportunidades únicas y valiosas para el control metabólico a largo plazo y la prevención de las complicaciones.<sup>14</sup> En tal

sentido, se ha estimado que sólo el 25 % de los diabéticos mexicanos muestra un control adecuado de la enfermedad.

Las complicaciones derivadas del descontrol metabólico del paciente diabético comportan no solo daños para la validez y autonomía de las personas, sino también costos incrementados para los sistemas de salud. En un año fiscal los gastos por la atención del paciente diabético y de las complicaciones concurrentes en México pudieran sumar 3,430 millones de dólares.<sup>15</sup>

La fragmentación\* de los servicios de salud se erige como el mayor reto para la provisión de una atención efectiva y de calidad; y se ha reconocido como un problema relacionado con el modelo de organización, gestión y atención a nivel de los servicios de salud.<sup>16-17</sup> De acuerdo con la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud conducida por la Fundación Mexicana para la Salud (FMS) en el año 1994,<sup>18-19</sup> las principales quejas y reclamaciones de los derechohabientes se resumían en la mala calidad de los servicios (44 % de las quejas), la falta de recursos (30 %), el escaso acceso a los servicios (11 %), y los altos costos de los pagos múltiples (23 %).

Las nuevas realidades demográficas, epidemiológicas, asistenciales y económicas, y el compromiso de brindar cuidados de salud a un mayor número de personas, impulsan entonces a cambios en los paradigmas actuales de actuación asistencial. La Figura 2 muestra algunos de estos paradigmas. El énfasis de la atención médica debe desplazarse hacia el cuidado de la salud a través de un *continuum* asistencial, la provisión de cuidados apropiados en el nivel apropiado del sistema de salud, y la asunción por los prestatarios de la responsabilidad por la salud de poblaciones definidas (que se corresponderían con aquellas en situación incrementada de riesgo). Tales propósitos se lograrían mediante el armado de redes integradas de servicios de salud y la gestión en red. El éxito del sistema de salud se mediría entonces de la capacidad tanto de mantener sanas a las personas como de proveer valor agregado.

### ***La Medicina integrada como un nuevo paradigma de provisión de salud***

La Medicina integrada<sup>†</sup> es una especialidad médica que reúne las actividades de promoción de la salud con la atención preventiva, curativa y de rehabilitación; y que se enfoca en las enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas de mayor incidencia en el país.<sup>20-21</sup> La Medicina integrada también se enfoca en las lesiones accidentales y no accidentales. El componente central del trabajo de la Medicina integrada es facilitar el funcionamiento integrado, horizontal y vertical de las redes de servicios asistenciales; así como asegurar la continuidad de la atención de salud mediante el seguimiento estrecho del paciente a través de los distintos procesos de atención.

---

\* Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la fragmentación de los servicios se define como la coexistencia de muchas unidades o entidades proveedoras de salud que no están integradas dentro de la red de servicios de salud. Para más detalles: Consulte: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas, 2007. PANHO/WHO. Washington DC: 2007.

† De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la Medicina integrada "...es la gestión y prestación de los servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida...". Para más detalles: Consulte: World Health Organization. Integrated health services- What and why? Technical brief number 1. WHO. Geneva: 2008.

Figura 2. La evolución de los paradigmas de salud.



Fuente: Construcción propia del autor.

Sin embargo, tal vez el valor más importante de la Medicina integrada sea la continuidad, esto es: ligar todos los eventos de atención a un problema de salud determinado en el tiempo (desde el inicio hasta el final) y en el espacio (en todos los niveles del sistema sanitario, en todos los lugares). Se optimiza así la atención médica, se evita la duplicidad de pruebas diagnósticas, y se coordinan los cuidados y la toma de decisiones que resultan en la mejoría de la calidad de los servicios.

La implementación y asimilación de la Medicina Integrada en el sistema de salud implica una transformación profunda de todo el sistema de salud.<sup>22</sup> Así, la transformación de la atención primaria de salud (APS) llevaría a cambios en la atención al paciente, la conducción de los servicios con apego a los perfiles demográfico y epidemiológico de la región, la organización consiguiente de los servicios de salud, y la adquisición de las competencias requeridas por parte de los actores de la APS.

Tabla 1. Atributos de la Medicina integrada.

Atributo	Descripción
Centrada	En la persona
Orientada	En la atención específica del adolescente, adulto joven, adulto maduro y adulto mayor
Integrada	Conjunta en el acto médico las actividades a lo largo de los procesos de atención
Enfocada	Enfermedades crónicas no transmisibles Enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia y prevalencia en el país Salud mental Accidentes Otras lesiones violentas
Continuada	Responsable del flujo del paciente a través de los servicios, procesos y redes del sistema de atención mediante el diseño de un plan de seguimiento.
Articuladora	De los servicios, procesos y redes de atención mediante su vinculación funcional horizontal y vertical para la solución del problema de salud donde corresponda
Participante	Capacitación del médico de primer contacto y de los profesionales de la atención primaria.

Fuente: Referencias [20]-[21].

Los cambios en la atención al paciente harían énfasis en la combinación de calidad técnica, interpersonal e intercultural; y la integración de las acciones de prevención, promoción, curación, rehabilitación, y seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso de atención. Por su parte, el apego a los perfiles demográfico y epidemiológico de la región implica el énfasis en la atención al adolescente, el adulto joven, el adulto maduro y el adulto mayor, y el énfasis prospectivo en el perfil epidemiológico a fin de evaluar (y actuar en correspondencia) la incidencia en los problemas regionales de salud-enfermedad.

La transformación de la organización de los servicios de salud implica la articulación de los procesos de atención médica y la optimización funcional de las redes de servicios de salud, el fomento de la credibilidad de la Medicina de primer contacto que supere las barreras de comunicación con el resto del sistema de salud, y el logro de una alta capacidad resolutoria de la Medicina de primer contacto. Por último, mediante la adquisición de competencias se promueve el desarrollo de aquellas propias de la Medicina de primer contacto, y adquiridas en los niveles segundo y tercero; a la vez que el desarrollo de competencias derivadas de la contribución de la Medicina de primer contacto a la historia natural de la enfermedad.

La incorporación de la Medicina integrada dentro del sistema de salud llevaría a invertir en la formación y capacitación de los profesionales médicos y de la salud; el desarrollo de plataformas tecnológicas que facilite el flujo de información dentro del sistema de salud y entre los prestadores de servicios, resolviendo así las barreras de comunicación existentes; y la orientación de la actividad investigativa hacia el análisis costo-beneficio con el fin de determinar los efectos de los recursos utilizados en la atención integrada, y de su impacto en la salud de la población.<sup>23</sup>

Figura 3. Objetivos y propósitos de los sistemas integrados de atención médica.



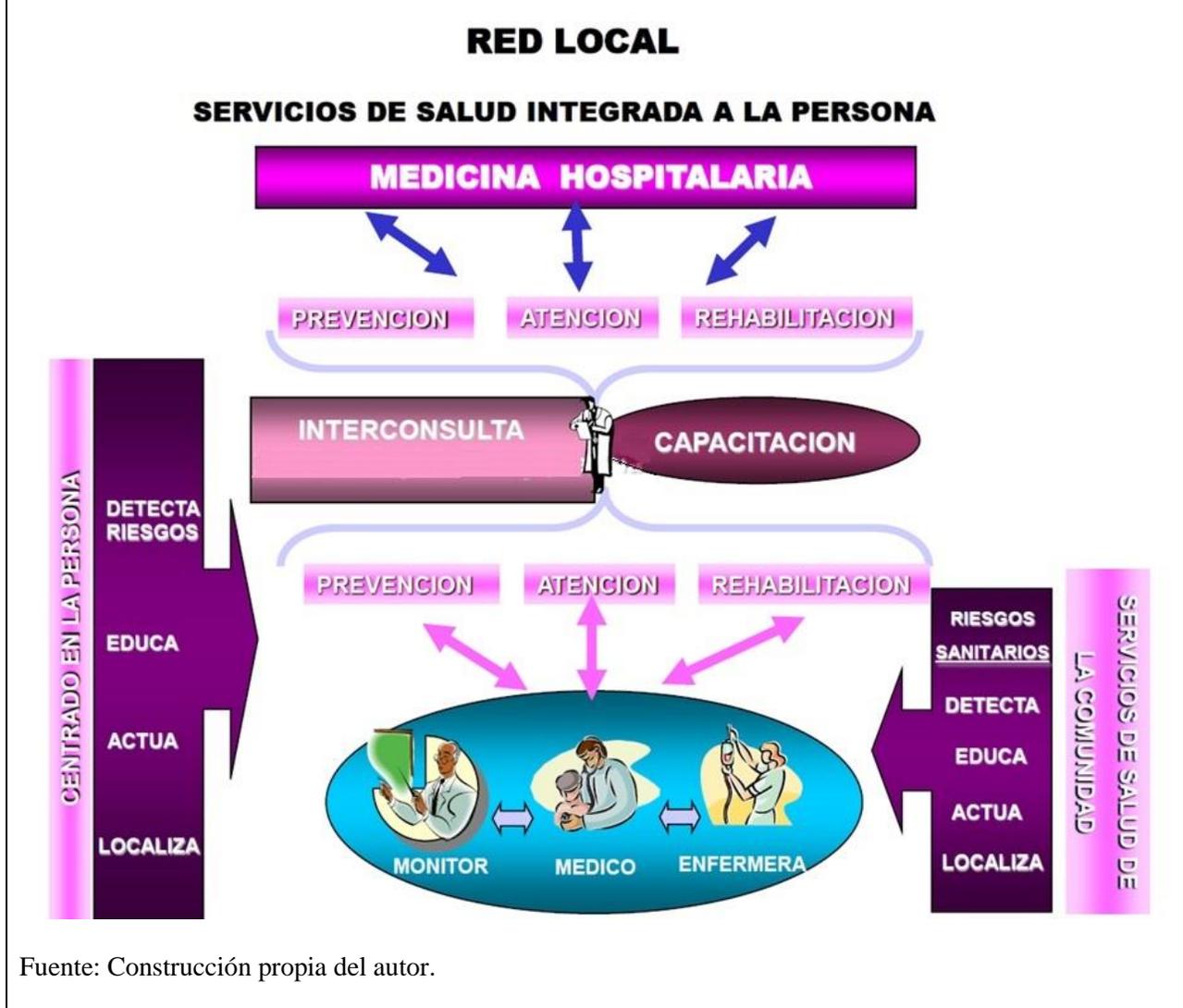
Fuente: Construcción propia del autor.

Las ventajas que la Medicina integrada podría aportar al funcionamiento del sistema de salud serían varias. Los recursos financieros, materiales y humanos asignados a la atención médica se dirigen apropiadamente; y las decisiones se basan en el cuidado de la salud antes que en la demanda de atención, y se convierten en el vehículo para facilitar el acceso a los servicios de salud de los grupos vulnerables de la sociedad. Así se aumenta el acceso, la funcionalidad y la oportunidad de los servicios de salud, lo que se traduce en mayor efectividad (eficiencia + eficacia + calidad) del sistema de salud

## CONCLUSIONES

Integrando un único proceso asistencial en el que el usuario perciba continuidad en el proceso de diagnóstico, tratamiento y cuidados, desde que entra en contacto con el sistema sanitario, hasta que se soluciona su problema de salud, ligando para ello todos los aspectos, momentos, medios, lugares y profesiones que intervienen en la resolución de sus necesidades de atención médica. Se avanzará así hacia un sistema de salud más equitativo, que exhibe mejores resultados en salud, que ofrece mayor satisfacción de los usuarios, y opera con menores costes económicos.

Figura 4. Acciones integradas de salud a nivel de la atención primaria de salud.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azzopardi-Muscat N, Brambilla A, Caracci F, Capolongo S. Synergies in design and health. The role of architects and urban health planners in tackling key contemporary public health challenges. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis* 2020;91(Suppl 3):9-20. Disponible en: <http://doi:10.23750/abm.v91i3-S.9414>. Fecha de última visita: 26 de Marzo del 2020.
2. Cooper LA, Purnell TS, Showell NN, Ibe CA, Crews DC, Gaskin DJ; *et al.* Progress on major public health challenges: The importance of equity. *Public Health Reports* 2018;133 (1 Suppl):S15-S19.
3. Santana SRG, Sierra APG, Chickris AK. La transición demográfica en México. *Cultura Científica Tecnológica* 2018;65:61-74.

4. Partida Bush V. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *Papeles Población* 2005;11:9-27.
5. Soto-Estrada G, Moreno-Altamirano L, Pahuá Díaz D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Rev Fac Med [México]* 2016;59:8-22.
6. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F; *et al.* La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública Méx* 2013;55:580-94.
7. Gutiérrez JP. Cobertura universal de salud en México: Las brechas que persisten. *Salud Pública Méx* 2013;55:153-4.
8. Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud Pública México* 2013;55(Supl):S83-S90.
9. Wirtz VJ, Serván-Mori E, Heredia-Pi I, Dreser A, Ávila-Burgos L. Factores asociados con la utilización y el gasto en medicamentos en México. *Salud Pública México* 2013;55(Supl):S112-S122.
10. Lomelí Vanegas L. Los desafíos del sistema de salud en México. *Economía UNAM* 2020;17:16-27.
11. Pérez-Hernández G, Quiñones GM, Pérez H, Uribe A, Arévalo A. Approach to development of integrated care in Mexico [Abstract]. *Proceedings of the 13<sup>th</sup> Conference on Integrated Care*. Berlin [Germany]: April 11-12, 2013. *Int J Integrated Care* 2013;13(5):0-0. Disponible en: <http://www.integratedcarefoundation.org/content/33-international-lessons-implementing-integrated-care-%E2%80%932>. Fecha de última visita: 27 de Marzo del 2020.
12. Bello-Chavolla OY, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Hernández-Avila M. Epidemiology of Diabetes mellitus in Mexico. *Nutr Rev* 2017;75:4-12.
13. Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. Diabetes mellitus in Mexico: Status of the epidemic. *Salud Pública Mex* 2013;55(Supl 2):S129-S136.
14. Jiménez-Corona A, Aguilar-Salinas CA, Rojas-Martínez R, Hernández-Ávila M. Type 2 Diabetes and frequency of prevention and control measures. *Salud Pública Mex* 2013;55 (Supl 2):S137-S143.
15. Escobedo J. Disability-adjusted life-years (DALYs) for Diabetes in Mexico in 2005: A cross-sectional burden of disease analysis. *The Lancet* 2013;381(Supl):S46. Disponible en: [http://doi:10.1016/S0140-6736\(13\)61300-8](http://doi:10.1016/S0140-6736(13)61300-8). Fecha de última visita: 28 de Marzo del 2020.
16. Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Pública México* 2011;53(Supl):S220-S232.
17. Bode I, Culebro Moreno JE. La tensión entre la fragmentación y la integración en la reforma a los sistemas de salud: Un estudio comparativo entre Alemania y México. *Región Sociedad* 2014;26:235-66.
18. Fundación Mexicana para la Salud. Encuesta nacional de satisfacción con los servicios de salud, 1994. *Economía y Salud. Documentos para el Análisis y la Convergencia*. Ciudad México: 1995. Pp 1 – 105.
19. Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Saucedo-Valenzuela AL, Vértiz-Ramírez JDJ, Juárez-Ramírez C, Wirtz VJ, Pérez-Cuevas R. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Pública México* 2013;55(Supl 2):S100-S105.
20. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Silva MRFD, Paepe PD. Integrated health care networks in Latin America: Toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Pública* 2009;26:360-7.

21. Morera R. Atención integrada. RISAI Rev Innova Sanit Atenc Integr 20087(1):0-0. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/11>. Fecha de última visita: 29 de Marzo del 2020.
22. Durán-Arenas L, Salinas-Escudero G, Granados-García V, Martínez-Valverde S. La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria. Gac Méd Méx 2012; 148:552-7.
23. Saturno-Hernández PJ, Hernández-Avila M, Magaña-Valladares L, Garcia-Saisó S, Vertiz-Ramírez JDJ. Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. Salud Pública México 2015;57:275-83.