

La cirugía como problema de salud pública en México y el concepto de cirugía global

Surgery as a Healthcare problem in Mexico and the concept of global surgery

Antonio Ramos-De la Medina,* Juan Roberto Torres-Cisneros†

La salud es un derecho fundamental reconocido por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y por el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El papel que el acceso a servicios de salud tiene en el desarrollo humano no puede pasarse por alto y es claro que aquellas sociedades que garantizan este acceso mediante sistemas bien establecidos poseen mejores niveles de desarrollo y calidad de vida. La “salud global” es uno de los principales temas del presente siglo. En muchos países, incluso aquéllos con economías bien desarrolladas y sólidas, existen grupos con acceso limitado a la atención médica.^{1,2} Las enfermedades que requieren atención quirúrgica para su manejo representan cerca de 30% de la carga mundial de enfermedad.³ Sin embargo, a pesar de la magnitud que tienen las enfermedades quirúrgicas en el contexto de la salud global, la cirugía no había sido considerada como un tema relevante de salud pública. Se estima que actualmente casi 2/3 partes de la población mundial no tienen acceso a atención quirúrgica y anestésica seguras.^{4,5} El tercio más pobre de la población del mundo recibe 3.5% de las intervenciones quirúrgicas practicadas cada año.⁶ Este desequilibrio en el volumen de cirugía en países de bajos y medianos ingresos demuestra que la cirugía sigue siendo “el hijastro olvidado de la salud global”.⁷

En años recientes se han desarrollado diversas iniciativas para enfocarse en este problema. Una de las más difundidas ha sido

la Comisión Lancet de Cirugía Global (LCoGS) liderada por John G. Meara de la Escuela de Medicina de Harvard, Andy Leather del King's College de Londres y Lars Hagander de la Universidad de Lund, quienes junto con un grupo de comisionados, representantes de asociaciones profesionales, gobiernos, organizaciones no gubernamentales y académicas de 110 países generaron un reporte titulado *Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development*⁴ en el que se postulan cinco mensajes clave:

1. 5,000 millones de personas carecen de acceso a cirugía y anestesia seguras, económicas y oportunas.
2. Se necesitan 143 millones de procedimientos quirúrgicos adicionales cada año para salvar vidas y prevenir la discapacidad.
3. Cada año 33 millones de personas se enfrentan a gastos catastróficos debido al pago de cirugías y anestesia.
4. La inversión en los servicios quirúrgicos y de anestesia es costeable, salva vidas, y promueve el crecimiento económico.
5. La cirugía es una parte indivisible e indispensable de la salud.

Asimismo, este reporte establece seis indicadores que es necesario medir para evaluar la fortaleza actual de un sistema quirúrgico, la capacidad de preparación de un país para proveer atención quirúrgica segura y el estado

* Director del Centro de Investigación en Cirugía Global del Hospital Español de Veracruz.

† Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Recibido: 12/02/2020

Aceptado: 25/02/2020



Citar como: Ramos-De la Medina A, Torres-Cisneros JR. La cirugía como problema de salud pública en México y el concepto de cirugía global. Cir Gen. 2020; 42(1): 57-60. doi: 10.35366/92713

de protección contra el riesgo financiero. Los indicadores son:

1. Acceso oportuno a cirugía esencial: proporción de la población de cada país que puede acceder, en menos de dos horas, a un establecimiento en el cual pueden realizarse cesáreas, laparotomías y reparaciones de fracturas expuestas (Procedimientos Bellwether).
 2. Densidad de la fuerza laboral de especialistas quirúrgicos: número de médicos especialistas en cirugía, anestesia y obstetricia (SAO, por sus siglas en inglés) que trabajan en cada país por cada 100,000 habitantes. El objetivo es contar con al menos 20 especialistas por 100,000 habitantes.
 3. Volumen quirúrgico: número de procedimientos realizados en un quirófano por cada 100,000 habitantes al año en cada país. El objetivo es un volumen quirúrgico de 5,000 procedimientos por 100,000 habitantes.
 4. Tasa de mortalidad perioperatoria: número de muertes intrahospitalarias por cualquier causa en pacientes que han sido sometidos a un procedimiento que se realiza en un quirófano, dividido entre el número total de procedimientos, presentado como porcentaje.
- 5y6. Riesgo de gastos empobrecedores y riesgo de gastos catastróficos por atención quirúrgica: la probabilidad de experimentar empobrecimiento (usando un umbral de 1.25 dólares al día, PPA) cuando se requiere atención quirúrgica y la probabilidad de sufrir gastos catastróficos (10 % de los ingresos totales) cuando se requiere atención quirúrgica.

La LCoGS tiene como objetivo implementar estos indicadores y alcanzar las metas en 80% de los países para el año 2020 y en 100% de los países para 2030.

En México existen múltiples programas de salud pública dirigidos a atender las necesidades de la población más vulnerable, la mayoría de los cuales son de prevención, acceso y detección temprana, atención de enfermedades infecciosas o crónico degenerativas. Sin embargo, al igual que en el resto del mundo, la cirugía

como problema de salud pública ha recibido menos atención en el país. Si bien, desde la implementación del denominado Seguro Popular en 2003 la cobertura y protección financiera mejoró, pero aún existen retos y barreras financieras para proveer los servicios necesarios. En un estudio sobre el acceso a la atención de salud en México, Gutiérrez y colaboradores concluyeron que 48% de la población no tiene aún acceso efectivo a servicios de salud en el país, ya sea por falta de protección financiera (54.3%) o por limitaciones y barreras de acceso a la atención como falta de calidad en los hospitales o disponibilidad geográfica (45.7%).⁸

México no cuenta con un sistema robusto de información en salud con el cual se pueda medir el estado que guarda la atención quirúrgica. Si tomamos como base algunos indicadores propuestos por la comisión LCoGS encontramos que la densidad de la fuerza laboral de especialistas quirúrgicos es de 40.2 por 100,000 habitantes, el doble de la meta sugerida por dicha comisión y un poco por encima del promedio para países de altos ingresos. Sin embargo, el volumen quirúrgico se estima en 1,335 procedimientos por 100,000 habitantes, lo que está muy por debajo de la meta de 5,000 procedimientos.⁹ Esta información es inquietante y si bien se sabe existe un subregistro motivado por la fragmentación del sistema de salud, esto puede, por otro lado, indicar una baja productividad o dificultades de acceso para obtener atención quirúrgica. La tasa de mortalidad perioperatoria fue analizada en un estudio reciente, el cual encontró que la media nacional de mortalidad se sitúa en 0.28 para cesárea (rango 0-0.95 por estado), 4.64 para colecistectomía (rango 0.73-12.42 por estado), 3.03 para appendicectomía (rango 0-9.55 por estado) y 3.78 para hernia inguinal (rango 0-12.64 por estado). Estas cifras son comparables con las de países de ingresos altos, pero debe tomarse en cuenta que no incluyen datos del sector privado.¹⁰

Respecto a la protección financiera y el riesgo de gastos empobrecedores y catastróficos, Shrim y su equipo desarrollaron un modelo estocástico para estimar el riesgo, en el cual se incorporaron la distribución del ingreso para cada país analizado, la probabilidad de requerir cirugía y los costos médicos y no médicos aso-

ciados a la atención. En este análisis, el riesgo de incurrir en gasto empobrecedor y catastrófico para la población en general se calculó en 54.5 y 27.8% respectivamente, mientras que para la población más pobre de México se estimó en 100 y 64.3% respectivamente.¹¹ Hacia fines del año 2019, el gobierno de México decidió la cancelación del Seguro Popular y la puesta en marcha del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y recentralizar los servicios de salud para la población no asalariada. Este nuevo intento de ofrecer salud universal en México entró en funciones al iniciar 2020 y aún no se conocen bien sus reglas de operación y esquemas de financiamiento ni se sabe qué contempla respecto al acceso a cirugía esencial, segura y asequible.

Estos números y antecedentes ponen de manifiesto la importancia de enfocarse en las necesidades de capacidad y atención quirúrgica de la población y el área de oportunidad que existe para que la atención quirúrgica adquiera un papel relevante en la salud pública del país.

Otra innovadora iniciativa es la colaboración del *National Institute for Health Research Unit on Global Surgery* (NIHR GSU) de Reino Unido y *GlobalSurg*. Esta última es una red internacional de investigadores quirúrgicos interesados en temas de cirugía global y que forma parte de la *Surgical Gateway Research Foundation*, organización benéfica de Reino Unido. El objetivo de *GlobalSurg* es fomentar la integración y colaboración local, regional e internacional de redes quirúrgicas con el fin de participar en el desarrollo de estudios globales basados en un modelo colaborativo de asociación entre pares previamente publicado en *Lancet*, y sienta las bases de poder contar con un registro nacional para realizar proyectos similares en cada país.¹² Las líneas principales de investigación tienen como objetivo generar indicadores de calidad y riesgo en cirugía general. En noviembre de 2018 se integraron en Veracruz, México, con el apoyo de las universidades de Birmingham, Edimburgo y Warwick, así como fondeo y coordinación logística del NIHR GSU, el Centro de Investigación en Cirugía Global, el cual ha participado en múltiples proyectos de investigación coordinados por *GlobalSurg* y NIHR GSU, mismos que han

demostrado que la mortalidad y riesgo de infección de sitio quirúrgico en países de altos ingresos es menor que en países de medianos y bajos ingresos.¹³

Es importante que en la Asociación Mexicana de Cirugía General hagamos conciencia de la inequidad prevaleciente en la atención quirúrgica de la población y nos sumemos a participar de manera activa en este tipo de iniciativas. La responsabilidad de las autoridades del gobierno es asegurar que se cuente con la infraestructura adecuada, estabilidad política y económica, recursos humanos suficientes y sistemas de protección financieros.

Es imperativo desterrar la idea de que ofrecer atención quirúrgica como parte de otras medidas básicas de salud pública es demasiado costoso y complejo. Mejorar el acceso, la calidad y la seguridad de la cirugía para la población no debe considerarse una obra de caridad encargada a organizaciones filantrópicas de manera intermitente debido a que es un derecho fundamental, un principio de justicia y responsabilidad social sin importar países e ideologías. La cirugía es un componente esencial de la salud universal y debe abordarse con un enfoque holístico para poder ofrecer soluciones integrales.

REFERENCIAS

1. Hannan E, van Ryn M, Burke J, Stone D, Kumar D, Arani D, et al. Access to coronary artery bypass surgery by race/ethnicity and gender among patients who are appropriate for surgery. *Med Care* 1999; 37: 68-77.
2. Boff AJ. The great divide: cancer care for Indigenous Australians. *Med J Aust*. 2008; 188: 560-561.
3. Shrime MG, Sleemi A, Thulasiraj RD. Charitable platforms in global surgery: a systematic review of their effectiveness, cost-effectiveness, sustainability, and role in training. *World J Surg*. 2015; 39: 10-20.
4. Meara JG, Leather AJ, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015; 386: 569-624.
5. Alkire BC, Raykar NP, Shrime MG, Weiser TG, Bickler SW, Rose JA, et al. Global access to surgical care: a modeling study. *Lancet Glob Health*. 2015; 3: e316-e323.
6. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*. 2008; 372: 139-144.
7. Farmer PE, Kim JY. Surgery and global health: a view from beyond the OR. *World J Surg*. 2008; 32: 533-536.

8. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Dolci GF, Hernández AM. Effective access to health care in Mexico. Vol. 23, BMC Health Serv Res. 2014, p. 186.
9. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. Bull World Health Organ. 2016; 94: 201-209F.
10. Uribe-Leitz T, Rosas OSR, Esquivel MM, Cervantes TA, Garland NY, Cervantes J, et al. The volume and outcomes of surgical procedures in Mexico in 2014. Academic Surgical Congress Abstracts 11th Annual Academic Surgical Congress (ASC), At Jacksonville, Florida, Volume: 11th 2016.
11. Shrimé MG, Dare AJ, Alkire BC, O'Neill K, Meara JG. Catastrophic expenditure to pay for surgery worldwide: a modelling study. Lancet Glob Health. 2015; 3: S38-44.
12. Bhangu A, Kolias AG, Pinkney T, Hall NJ, Fitzgerald JE. Surgical research collaboratives in the UK. Lancet. 2013; 382: 1091-1092.
13. GlobalSurg Collaborative. Mortality of emergency abdominal surgery in high-, middle- and low-income countries. Br J Surg. 2016; 103: 971-988.

Consideraciones y responsabilidad ética: Privacidad de los datos. De acuerdo a los protocolos establecidos en el centro de trabajo de los autores, éstos declaran que han seguido los protocolos sobre la privacidad de datos.

Financiamiento: No se recibió apoyo financiero para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la realización del trabajo.

Correspondencia:

Dr. Antonio Ramos-De la Medina

E-mail: ramos.antonio@heveracruz.mx

Dr. Juan Roberto Torres Cisneros

E-mail: jrobottotorres@amcg.org.mx