



Barreras de acceso para la atención de oncología geriátrica en México

Access barriers for geriatric oncology care in Mexico

Betsabé CONTRERAS-HARO¹

Departamento de Oncología Médica, UMAE, HE, CMNO

Instituto Mexicano del Seguro Social

Guadalajara, Jalisco, México

<https://orcid.org/0000-0002-8443-3481>

betsabecoha@gmail.com

Alan Oswaldo REGINA-RUIZ²

Departamento de Oncología Médica, UMAE, HE, CMNO

Instituto Mexicano del Seguro Social

Guadalajara, Jalisco, México

<https://orcid.org/0009-0001-1745-5920>

reina@oncologia.org.mx

Luis Javier HERNÁNDEZ-GARCÍA³

Departamento de Oncología Médica, UMAE, HE, CMNO

Instituto Mexicano del Seguro Social

Guadalajara, Jalisco, México

<https://orcid.org/0009-0002-2847-346X>

jhernanandez@oncologia.org.mx

Tonatiuh GONZÁLEZ-HEREDIA⁴

Departamento de Ciencias Biomédicas

Centro Universitario de Tonalá

Guadalajara, Jalisco, México

<https://orcid.org/0000-0003-4089-5462>

tonatiuhgonzalezherida2923@academicos.udg.mx

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/5773>

DOI : 10.25965/trahs.5773

Licence : CC BY-NC-SA 4.0 International

¹ Investigador Asociado

² Residente especialidad oncología-médica.

³ Residente especialidad oncología-médica.

⁴ Investigador Asociado.

Resumen: En México, como derecho humano, se ha procurado la cobertura universal en salud. Consecuencia de la transición demográfica y el incremento en la expectativa de vida, se estima que entre el 30 y 70% de los pacientes con cáncer son adultos mayores. Relacionado con el envejecimiento, el adulto mayor con cáncer es considerado social y médicamente vulnerable, lo que hace imperativa la necesidad de una atención multidisciplinaria como parte del estándar de cuidado y atención, mismas que no han sido consideradas un tema prioritario en salud. Las disparidades para recibir una atención oportuna y adecuada en el adulto mayor con cáncer, suelen ser producto de las barreras en el acceso a este tipo de servicios, por lo que el objetivo de este artículo es: identificar las barreras de acceso para la atención en oncología geriátrica; barreras relacionadas a la fragmentación y barreras propias del sistema de salud en México.

Palabras clave: derecho a la salud, población vulnerable, oncología geriátrica, barrera de acceso, sistema de salud

Résumé : Au Mexique, malgré les efforts déployés pour atteindre la couverture sanitaire universelle, la transition démographique et épidémiologique et l'augmentation de l'espérance de vie font qu'entre 30 et 70 % des patients atteints de cancer appartiennent à la population âgée. En raison du vieillissement, les personnes âgées atteintes de cancer sont considérées comme socialement et médicalement vulnérables, ce qui nécessite des soins multidisciplinaires dans le cadre des normes sanitaires, aspects qui n'ont pas été considérés comme des priorités en matière de santé. Les disparités dans l'accès à des soins rapides et adéquats pour les personnes âgées atteintes de cancer sont souvent une conséquence des obstacles à l'accès à ces services. Cet article vise à identifier les obstacles à l'accès aux soins en oncologie gériatrique, en se concentrant sur les obstacles liés à la fragmentation et à ceux du système de santé au Mexique.

Mots clés : droit à la santé, population vulnérable, oncologie gériatrique

Resumo: No México, apesar dos esforços para alcançar a cobertura universal de saúde, a transição demográfica e epidemiológica e o aumento da expectativa de vida fizeram com que entre 30% e 70% dos pacientes com câncer pertencessem à população idosa. Devido ao envelhecimento, os idosos com câncer são considerados social e medicamente vulneráveis, o que requer cuidados multidisciplinares como parte do padrão de atendimento e tratamento, aspectos que não foram considerados prioridades na área da saúde. As disparidades no acesso a cuidados oportunos e adequados para idosos com câncer são muitas vezes consequência de barreiras ao acesso a esses serviços. Este artigo tem como objetivo identificar as barreiras ao acesso aos cuidados em oncologia geriátrica, com foco nas barreiras relacionadas à fragmentação e às do sistema de saúde no México.

Palavras chave: direito à saúde, população vulnerável, oncologia geriátrica, barreira de acesso, sistema de saúde

Abstract: In Mexico, despite efforts to achieve universal health coverage, the demographic and epidemiologic transition and the increase in life expectancy have caused between 30% and 70% of cancer patients to belong to the elderly population. Due to aging, elderly people with cancer are considered socially and medically vulnerable, which requires multidisciplinary care as part of the standard of care and treatment, aspects that have not been considered priorities in healthcare. Disparities in access to timely and adequate care for the elderly with cancer are often a consequence of barriers to accessing these services. This article aims to identify the barriers to accessing care in geriatric oncology, focusing on the barriers related to fragmentation and those of the health system in Mexico.

Keywords: right to health, vulnerable population, geriatric oncology, access barrier, health system

Derechos Humanos y El Derecho a la Salud en México

Los Derechos Humanos son definidos como aquellos derechos universales para todos los seres humanos, independientes de la raza, color, sexo, lenguaje, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, propiedad, nacimiento, o cualquier otro estatus (ONU, 2023). Esto dista mucho de la realidad mundial, donde vemos que constantemente y a pesar de nuestra llamada modernidad, los Derechos Humanos no se ejercen por igual, existiendo aun países azotados por la guerra, la hambruna, la enfermedad; crímenes de odio basados en raza, religión, preferencias sexuales; discriminación⁵ en base a color de piel, lengua o grupo étnico, sexo; y no solo de un lado a otro de las fronteras, sino que también dentro de las fronteras de un mismo país. La discriminación se encuentra a la orden del día a pesar de todas las legislaciones nacionales e internacionales creadas contra ella.

El derecho a la salud fue establecido en 1948 en la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁶ (DUDH), por la Organización de las Naciones Unidas⁷ (ONU), la cual establece que, todo ser humano tiene el derecho a los más altos estándares posibles en salud física y mental (ONU, 2023). A nivel internacional, se encuentra protegido por diversos instrumentos, como la mencionada DUDH en su artículo 25; mientras que en América Latina está amparado por la Convención Americana de Derechos Humanos (Hernández Mier & Illán Marcos, 2021). En México, fue incorporado parcialmente como “Derecho a la Protección de la Salud” desde 1983, y cabalmente en 1917, en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁸, donde se establece que:

To Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general... La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social... (Cámara de Diputados, 1917).

El derecho a la salud es indivisible de otros derechos humanos, incluyendo aquellos de acceso a la educación, participación, alimentación, hogar, trabajo e información. Es mandatorio que este derecho contenga los siguientes elementos esenciales: 1) disponibilidad, suficientes establecimientos, bienes y servicios de salud funcionales para la población; 2) accesibilidad, dichos establecimientos, bienes y servicios deben ser alcanzables por todos, sin discriminación, con adecuada accesibilidad física,

5 Trato injusto o basado en prejuicios de diferentes categorías sobre otras personas, pero más comúnmente en base a etnia, edad o discapacidad.

6 Documento elaborado por representantes de todas las regiones del mundo, proclamado el 10 de diciembre de 1948 en París, y que establece los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero.

7 Agencia dedicada a garantizar una salud y seguridad mundial, conformada por 194 países miembros.

8 Carta magna de México, establecida para regir jurídicamente al país, fijar los límites y definir las relaciones entre los poderes de la federación, entre los tres órdenes del gobierno, y entre el gobierno y los ciudadanos.

económica y de información; 3) aceptabilidad, ser culturalmente apropiada⁹, y sensible al género¹⁰; y 4) calidad: los servicios deben ser médica y científicamente probados, además de seguros, efectivos, oportunos, equitativos, y eficientes (OMS, 2017).

En México, al igual que en diversos países se refiere como adulto mayor a las personas con edades comprendidas desde los 65 años en adelante y, dentro del *vox populi* se les conoce como “copos de nieve” o “cabezas blancas”, haciendo alusión al color de su cabello. La expectativa de vida se incrementó a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, no obstante, este incremento se ha acompañado de un pobre estado de salud (MacGuire, 2020), y asociado a un mayor periodo de discapacidad¹¹ o enfermedad. Por ello, se estima que en el mundo el número de personas de 65 años y más, incrementa de 901 millones en el 2015, a 1,400 millones para el año 2030. El envejecimiento de la población pudiese ser considerado como un éxito en el desarrollo socioeconómico y de las políticas públicas, por lo que, este grupo etario se encuentra amparado legalmente y de forma primordial en la “Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores” en México, la cual establece en su artículo quinto que:

De manera enunciativa y no limitativa tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

III. De la protección de la salud, la alimentación y la familia:

- a) A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.
- b) A tener acceso preferente a los servicios de salud... con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.
- c) A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.
- d) A desarrollar y fomentar la capacidad funcional que les permita ejecutar sus tareas y desempeñar sus roles sociales (Cámara de Diputados, 2002).

9 Se trata de afirmar que los individuos, familias y comunidades son culturalmente diversos, pero desde un enfoque inclusivo y respetuoso.

10 Hace referencia a la comprensión de los roles y desigualdades de género, en un esfuerzo por fomentar la igualdad de participación y distribución equitativa y justa de los beneficios.

11 Situación de la persona que, por sus condiciones físicas, sensoriales, intelectuales o mentales duraderas, encuentra dificultades para su participación e inclusión social.

Sistema de Salud en México

México es una entidad federativa¹² con 32 estados entre los que se incluye su capital, la Ciudad de México. El último censo de población y vivienda del 2020 reportó un total de 126 014 024 habitantes, en donde el grueso de la población es considerada adulta con 57.5%, siendo el 8.1% correspondiente a los adultos mayores (INEGI, 2020).

El sistema de salud mexicano se encuentra fragmentado entre el sector privado¹³, sector público¹⁴ y sector de seguridad social¹⁵, siendo la segmentación dependiente de las fuentes de ingreso o financiamiento de cada uno de ellos (Orellana Centeno, Nava Zárate, Onofre Quilantan, & Orellana Centeno, 2013). El sector privado, conformado por aquellas personas con la percepción económica suficiente para costear por su cuenta un cabal acceso a la salud, representa solo al 3 % de la población. El sector público, conformado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), previamente llamado Seguro Popular, atiende al 35.5% de la población mexicana. Por último, el sector de seguridad social, siendo el de mayor capacidad de atención, y por el cual todo trabajador debe encontrarse amparado, se sub-fragmenta a su vez en cinco instituciones: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que atiende al grueso de la derechohabiente¹⁶ con un 51%, y percibe financiación tripartita¹⁷ entre el estado, los trabajadores y los patrones; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que atiende al 8.8% y está destinado a brindar atención a los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes; mientras que un restante 1.3% brindan atención a los trabajadores (y familiares directos) de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SM). Según datos del INEGI¹⁸, en el 2020 las instituciones con mayor recepción de usuarios adultos mayores fueron los del sector seguridad social (38%) y el sector público (25%) (INEGI, 2020).

La fragmentación del sistema de salud en México ralentiza el progreso a un sistema de salud eficaz, al no distribuir sus servicios de manera equitativa en el país. En el caso de las enfermedades oncológicas¹⁹, en el sector seguridad social, el primero y segundo nivel de atención²⁰ generalmente carecen de recursos humanos e

12 Unidad delimitada territorialmente que en unión de otras entidades conforman a una nación.

13 Conjunto de emprendimientos económico-productivos con fines de lucro, que existen fuera del control directo del Estado.

14 Conjunto de instituciones u organismos administrados por el Estado.

15 Sistema de acceso a la salud administrado por una combinación de los sectores privado y público.

16 Derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar designado beneficiario.

17 Dividido en tres partes, órdenes o clases, o formado por ellas.

18 En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, organismo público autónomo responsable de normar y coordinar la información estadística y geográfica, así como de captarla y difundirla.

19 Referente al cáncer.

20 Forma ordenada y estratificada de organizar los recursos en salud en tres niveles: el primer nivel atiende los problemas básicos más frecuentes y hace promoción y prevención en salud; en el segundo nivel se ubican los hospitales y presta servicios de especialidad médica; el tercer nivel se reserva para los problemas poco prevalentes y patologías complejas que requieren

infraestructura para realizar un diagnóstico oncológico, mientras que los hospitales de tercer nivel suelen brindar atención únicamente a pacientes con un diagnóstico confirmado. Por otro lado, el sector público de la Secretaría de Salud no cubre en su totalidad los estudios necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las neoplasias. Por su parte, los sistemas de salud como PEMEX o SEDENA que cuentan con esquemas de cobertura mixtos y más completos sólo atienden a una pequeña fracción de la población. Esta división ocasiona que el acceso a la salud se encuentre restringido entre los sectores públicos y de seguridad social, lo cual implica desigualdades en abordaje y tratamiento del paciente con cáncer.

Edad Avanzada y Oncología

Biológicamente, el envejecimiento se considera como el cambio gradual e irreversible en la estructura y función de un organismo que ocurre como consecuencia del paso del tiempo (Alvarado García & Salazar Maya, 2014); cambios que pueden verse reflejados en la fisiología, ocasionado un descenso en las capacidades físicas y mentales, y es observado en todos los seres vivos porque, como diría Nathan W. Shock, “vivir es envejecer”.

El cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial, y con base a los datos actuales es relevante en la población de adultos mayores, debido al aumento de la esperanza de vida en conjunto con una alta incidencia de la mayoría de los tipos de cáncer en esta población, por lo que cada vez se requiere poner mayor atención y recursos para la atención de esta población en particular.

Con base a las cifras de la Sociedad Americana de Oncología Clínica²¹ (ASCO), para el 2030, el 70% de los cánceres serán diagnosticados en ancianos. En la actualidad, el 70% de los cánceres de pulmón, el 59% de los cánceres colorrectales, y el 59% de los cánceres de próstata se diagnostican en este grupo etario (Kadambi, y otros, 2020). En México, según el INEGI, en la población mayor a 60 años la tasa de mortalidad por cáncer es de 37 muertes por cada 10 mil habitantes, siendo cuatro veces mayor que en la población menor de 60 años. Dentro de las entidades que encabezan las causas de mortalidad por cáncer destaca el cáncer de próstata y de pulmón en los hombres; así mismo el cáncer de mama e hígado en las mujeres (Molina Garrido, 2020).

Como resultado de la transición demográfica²², la atención hacia el adulto mayor debe considerarse un tema prioritario. En México, se ha procurado una cobertura universal de salud, en donde el acceso a la salud se define como: ...todas las personas tengan la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, accesibles, eficientes y sin exponer a los beneficiarios a dificultades económicas; sin embargo, este acceso aún se enfrenta a una serie de barreras, entendidas como “... los factores que impiden el acceso a los servicios de salud” en el paciente adulto mayor con cáncer (Van Herck, y otros, 2021). Estas barreras contribuyen a las inequidades en el acceso a la salud afectando el derecho a la misma.

procedimientos especializados y de alta tecnología. Los primeros dos niveles resuelven el 95% de los problemas en salud y el tercer nivel se encarga del 5% restante.

21 American Society of Clinical Oncology (ASCO), organización y principal foro internacional para la presentación de investigaciones científicas y la educación de avanzada en oncología clínica.

22 Fenómeno y teoría que propone un cambio histórico entre las altas tasas de natalidad y mortalidad por una de baja natalidad y mortalidad, con el consiguiente envejecimiento de la población.

Barreras de implementación en oncología geriátrica

El acceso a la práctica de oncología geriátrica se ve limitado por ciertos tipos de barreras: falta de conocimiento, falta de tiempo para la atención médica y falta de personal capacitado, en donde consecuentemente se ve mermada la posibilidad de lograr un tratamiento exitoso, sin la presencia de toxicidades y una afectación en la calidad de vida por la misma.

Falta de conocimiento: es necesario contar con fuentes de datos confiables de los indicadores en oncología en nuestro país ²³, y no limitarse a extrapolar la información obtenida a nivel mundial (Mohamed, y otros, 2019). Conocer los datos reales a los que nos enfrentamos contribuiría a planificar de mejor manera los métodos de prevención y tamizaje²⁴, y de igual manera, facilitar el acceso y lograr una mejora de la educación continua en la población mexicana, con la única meta de ir un paso adelante de este grupo de enfermedades devastadoras, donde con frecuencia se llega tarde al diagnóstico.

Actualmente, la única fuente de información sobre pacientes adultos mayores en México con enfermedad oncológica auto declarada por diagnóstico previo es la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento²⁵, la cual reporta prevalencias del 2.3% en la población adulta mayor (ENASEM, 2021). En México, no fue hasta el 2016, cuando el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), logró que se discutiera el tema del Registro Nacional del Cáncer (RNC) en las cámaras legislativas. Derivó en la publicación en el Diario Oficial de la Federación, del Reglamento del RNC el 2 de julio del 2018; no obstante, a la fecha y tras más de 5 años de su publicación, aún se mantiene más como un proyecto que como una realidad (Brau Figueroa, Palafox Parrilla, & Mohar Betancourt, 2020).

Según las guías internacionales (National Comprehensive Cancer Network, 2024) es imperativo realizar una Valoración Geriátrica Integral (VGI)²⁶ a todo paciente adulto mayor con cáncer, esto con el objetivo de identificar a los pacientes vulnerables o frágiles²⁷ que presentan un riesgo incrementado de toxicidad y un pobre desenlace (Wildiers, y otros, 2014) (INEGI, 2023). La VGI es una evaluación que considera dominios como: estado funcional, (actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales y riesgo de caídas), médico-biológico (enfermedades concomitantes, síndromes geriátricos, estado nutricional, polifarmacia), evaluación socioeconómica (accesibilidad a servicios sanitarios y redes de apoyo), esfera mental (función cognitiva, depresión y delirium). El oncólogo médico, carece del conocimiento o refiere no sentirse capacitado para abordar al paciente mediante dicha evaluación

23 Los indicadores en salud son medidas que estiman una dimensión determinada en una población específica (ejemplo, mortalidad por cáncer de próstata en adultos mayores de 65 años).

24 Las pruebas de tamizaje son instrumentos de bajo costo y aplicación masiva que permiten identificar factores de riesgo para presentar una enfermedad antes de que ocurra, o diagnosticarla en fases tempranas para limitar su impacto sobre la salud.

25 Estudio nacional longitudinal sobre distintos aspectos de la vida de los adultos de 50 años y más en México, actualmente con actualizaciones cada tres años y financiado por el INEGI, con apoyo internacional por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de Estados Unidos.

26 Instrumento de evaluación multidimensional (biopsicosocial y funcional), que permite identificar y priorizar problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento oportuno.

27 En oncología es aquel individuo que presenta múltiples comorbilidades, dependencia de un cuidador, o presenta algún trastorno cognitivo o motriz que lo limita en la toma de decisiones; volviéndolo susceptible a sufrir eventos adversos no deseados o potencialmente mortales.

(Verduzco Aguirre, y otros, 2023), por lo que únicamente toman en cuenta la capacidad del paciente para realizar sus actividades diarias de manera independiente (Oken, y otros, 1982), la presencia de comorbilidades y la expectativa de vida (Suemoto, y otros, 2016). Desde la formación universitaria en los médicos o incluso durante el programa de especialización, no se ilustra de manera clara las necesidades claras de salud pública en este grupo etario, por lo que no se abordan de manera específica dentro de los programas académicos.

Desde el punto de vista del oncólogo médico, desde su formación se instruye como que cualquier sujeto puede prescribir una quimioterapia, sin embargo, sólo el oncólogo médico sabe tratar las toxicidades. Es en este punto donde se cometen la mayoría de los edadismos²⁸ implícitos, puesto que evitan el prescribir tratamientos completos y basados en la evidencia en el adulto mayor, bajó el pensamiento de “no lo va a tolerar”, o “es mejor asegurar una baja toxicidad (mejor calidad de vida), sacrificando una mayor supervivencia”. En algunas situaciones incluso el pensamiento es más radical, y se deja a un paciente en mejores cuidados de soporte²⁹ a pesar de contar con buen estado funcional, por el simple hecho de rebasar el promedio de la expectativa de vida, nuevamente en función de evitarle una “toxicidad innecesaria”.

Se reitera que esto no se hace de forma consciente, ni buscando un daño sobre este sector poblacional, y se basa en el hecho de que la mayoría de los ensayos clínicos en oncología, excluyen precisamente a este grupo etario; todo esto deja a este sector poblacional vulnerable a un manejo oncológico subóptimo (National Comprehensive Cancer Network, 2024).

Falta de tiempo: la disponibilidad oportuna y adecuada por parte del sector salud en términos estructurales y humanos, suele ser insuficiente. La cantidad de pacientes atendidos por día por los servicios hospitalarios ya sea en el sector público o en sector de seguridad social, se encuentra en demasía sobresaturada y el tiempo de atención por consulta médica es muy limitado, lo que limita una evaluación de otros dominios de la VGI que pudieran ser relevantes²⁷. Por otro lado, la falta de vías de derivación efectiva para la evaluación por parte de geriatría imposibilita evaluar al adulto mayor con cáncer mediante la VGI, ya que la cita suele otorgarse de 2 a 3 meses posteriores a la solicitud.

Falta de personal capacitado: el manejo del adulto mayor con cáncer suele ser complejo y requiere de un manejo multidisciplinario³⁰. Derivado de la falta de estadísticas en materia de salud en oncología en México, la formación de oncogeriatras es insuficiente. Actualmente en México solo un centro hospitalario por parte del sector público oferta el adiestramiento en Oncogeriatría³¹, dirigido a

28 Discriminación contra personas o colectivos por motivo de edad. Es implícito cuando se hace sin intención, y explícitos cuando se ejercen de forma intencional.

29 Tratamiento de elección cuando la curación no se logra con los tratamientos oncológicos, e involucra el manejo exclusivo de síntomas relacionados con la enfermedad (paliación de síntomas).

30 Reunión de disciplinas con un mismo objetivo, que abordan un problema específico desde los puntos de visita de sus áreas particulares.

31 También Geriatría Oncológica, es disciplina de la medicina, dedicada a abordar la patología oncológica en el paciente de edad avanzada.

oncólogos médicos³² y geriatras³³. Únicamente los hospitales en países desarrollados han propuesto programas que abordan específicamente esta área, o se ha propuesto el entrenamiento del geriatra o el oncólogo en la mencionada disciplina (Extermann, y otros, 2011).

En caso de no contar con un oncogeriatra, en su defecto el adulto mayor con cáncer debería ser abordado por un geriatra (IMSS, 2021). Cabe resaltar la poca disponibilidad de expertos en geriatría, ya que no ha sido considerado un tema prioritario, donde según reportes del Consejo Mexicano de Geriatría, existen para el 2022, apenas 841 geriatras certificados; cotejado con los 10.2 millones de adultos mayores del último reporte de INEGI, corresponde a más de 12 mil ancianos por geriatra (ENASEM, 2021). Por su parte, el sector seguridad social, cuenta con 170 médicos geriatras a nivel nacional, colocándolo como el organismo de salud en el país con la mayor cantidad de especialistas en la materia (IMSS, 2019). Sin embargo, el número de geriatras se limita a uno o dos por centro hospitalario para el grueso de la población adulto mayor con cáncer, convirtiéndose en una limitante para el abordaje por parte de esta especialidad.

Conclusiones

La atención médica dirigida al adulto mayor con cáncer no es parte de la práctica clínica diaria. La falta de conocimiento por parte del oncólogo médico tratante, la falta de personal especializado en el área, como geriatras u oncólogos geriatras, así como la sobrecarga de trabajo en los servicios hospitalarios para el grueso de la población, son las principales barreras a las que se enfrenta el adulto mayor con cáncer en el sector público y sector social del sistema de salud mexicano. Es imperativo mejorar el conocimiento de la Oncogeriatría en todas sus dimensiones, desde aumentar el interés a los investigadores en estos sectores poblacionales, lo que garantizaría contar con información actualizada y enfocada para su aplicación clínica; pero también, mediante intervenciones educativas dirigidas a geriatras y oncólogos, además de favorecer la creación de equipos multidisciplinarios. A su vez, el oncólogo médico debería contar con habilidades formativas esenciales que le permitan discriminar adecuadamente entre aquellos pacientes más vulnerables y frágiles, para la prevención de toxicidad y mejorar el pronóstico de los pacientes.

32 La oncología, en su gran área de intervención, divide sus esfuerzos en tres ramas principales: la oncología médica, que trata el cáncer con terapias sistémicas como la quimioterapia, hormonoterapia, terapia blanco, inmunoterapia, entre otras; la oncología quirúrgica, que aplica las mejores técnicas en cirugía en este ámbito; y la Radio-oncología, que utiliza la farmacología de la radioterapia.

33 La geriatría es la rama de la medicina que se dedica a estudiar las enfermedades que aquejan a las personas adultas mayores y también a sus cuidadores.

Referencias

- Alvarado García, A., & Salazar Maya, A. (2014). Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. doi:10.4321/s1134-928x2014000200002
- Brau Figueroa, H., Palafox Parrilla, E. A., & Mohar Betancourt, A. (2020). El Registro Nacional de Cáncer en México, una realidad. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 19(3), 107-111. doi:10.24875/j.gamo.20000030
- Cámara de Diputados. (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México. Recuperado el 27 de Enero de 2024, de <https://www.refworld.org/es/docid/57f795a52b.html>
- Cámara de Diputados. (2002). Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores: Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación. *H. Congreso de la Unión*, 1 - 43.
- ENASEM. (2021). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2021*. Obtenido de ENASEM: <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2021/>
- Extermann, M., Aapro, M., Audisio, R., Balducci, L., Droz, J. P., Steer, C., . . . Zulian, G. (2011). Main priorities for the development of geriatric oncology: A worldwide expert perspective. *Journal of Geriatric Oncology*, 2(4), 270-273. doi:10.1016/j.jgo.2011.07.001
- Hernández Mier, C., & Illán Marcos, E. (2021). El derecho a la salud es un derecho humano. *Revista CONAMED*, 26(2), 89-94. doi:10.35366/100351
- IMSS. (2019). *El IMSS cuenta con el mayor número de profesionales en la atención geriátrica*. Recuperado el 27 de Enero de 2024, de Acercando el IMSS al Ciudadano: www.imss.gob.mx
- IMSS. (2021). *Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el adulto mayor*. Obtenido de CENETEC - Guías de Práctica Clínica: <https://www.gob.mx/difnacional/documentos/catalogo-maestro-de-guias-de-practica-clinica-cmgpc-65598>
- INEGI. (2020). *Número de habitantes: Cuéntame de México*. Obtenido de <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>
- INEGI. (2023). *Estadística a propósito del día mundial contra el cáncer. Datos nacionales*. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Cancer.pdf
- Kadambi, S., Loh, K. P., Dunne, R., Magnuson, A., Maggiore, R., Zittel, J., . . . Mohile, S. (2020). Older adults with cancer and their caregivers – current landscape and future directions. *Nat Rev Clin Oncol*, 17(12), 742-755. doi:10.1038/s41571-020-0421-z
- MacGuire, F. A. (2020). Reducing Health Inequalities in Aging Through Policy Frameworks and Interventions. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-7. doi:10.3389/fpubh.2020.00315
- Mohamed, M. R., Ramsdale, E., Loh, K. P., Arastu, A., Xu, H., Obrecht, S., . . . Mohile, S. G. (2019). Associations of Polypharmacy and Inappropriate Medications with Adverse Outcomes in Older Adults with Cancer: A

- Systematic Review and Meta-Analysis. *The Oncologist*, 1, 94-108.
doi:10.1634/theoncologist.2019-0406
- Molina Garrido, M. J. (2020). Fragilidad en Oncogeriatría. *Infooncología. Revista Especializada en la Nutrición Clínica del Paciente Oncológico*, 10, 1-44.
- National Comprehensive Cancer Network. (2024). *Older Adult Oncology. Versión 1.2024*. Obtenido de https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/older_adult.pdf
- Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., McFadden, E. T., & Carbone, P. P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), 649-655.
- OMS. (2017). *Organización Mundial de la Salud: Salud y derechos humanos*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- ONU. (2023). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Obtenido de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Orellana Centeno, J., Nava Zárate, N., Onofre Quilantan, M., & Orellana Centeno, M. (2013). Comparación de los sistemas de salud de México y de España. *Salud en Tabasco*. *Salud en Tabasco*, 19(1), 28-36.
- Suemoto, C. K., Ueda, P., Beltrán Sánchez, H., Lebrão, M. L., Wong, R., & Goodarz, D. (2016). Development and Validation of a 10-Year Mortality Prediction Model: Meta-Analysis of Individual Participant Data From Five Cohorts of of Older Adults in Developed and Developing Countries. *The Journals of Gerontology*, A(72), 410-416. doi:10.1093/gerona/glw166
- Van Herck, Y., Feyaerts, A., Alibhai, S., Papamichael, D., Decoster, L., Lambrechts, Y., . . . Wildiers, H. (2021). Is cancer biology different in older patients? *The Lancet*, 663-677.
- Verduzco Aguirre, H. C., Bolaño Guerra, L. M., Chargoy, J. M., Culakova, E., Martínez Said, H., Beulo, G. Q., . . . Soto Perez de Celis, E. (2023). Factors associated with the evaluation of geriatric assessment (GA) domains by oncology specialists in Mexico. *Ecancermedicalscience*, 31(17), 1597. doi:10.3332/ecancer.2023.1597
- Wildiers, H., Heeren, P., Puts, M., Topinkova, E., Janssen Heijnen, M. L., Extermann, M., Milisen, K. (2014). International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 32(24), 2595-2603. doi:10.1200/jco.2013.54.8347