



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión

“Sesión conjunta con la Secretaría de Salud”

Ciudad de México a 12 de Febrero del 2020

Bajo la coordinación del Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela y como ponentes: Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar, Dr. Gustavo Reyes Terán, Dr. Ruy López Ridaura, Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán.

Dr. Jorge Alcocer Varela, “Presentación”

Como se había señalado se está haciendo frente a uno de los objetivos más ambiciosos de la cuarta transformación y que corresponde a hacer realidad el derecho humano al acceso universal a la Salud, para el país esto significa brindar el acceso a la salud a casi 70 millones de mexicanos que no cuentan con un mecanismo estatal de seguridad social.

Como se citó la “*Ley de los Cuidados Inversos*”, misma que fue propuesta por *Julian Tudor Hart* en 1971 y en la que se plantea que el acceso a la atención médica de calidad es inversamente proporcional a las necesidades de la población asistida.

El fenómeno se magnifica, cuando la atención médica está sobreexpuesta a las fuerzas del mercado, debido a que el proceso de salud de enfermedad en el país es un abanico, con múltiples matices, con particularidades propias de cada región, estado e incluso municipio.

La transición económica, demográfica y cultural, tiene profundas implicaciones en la salud de los diferentes grupos poblacionales, el sistema al que se aspira plantea la premisa de toda la atención para todas las personas en todos los lugares.

Esto se logrará mediante un sistema que aventaje los intereses de la comunidad sobre los intereses corporativos o empresariales, se trabaja así y es de asegurarse de que en conjunto con la “ANMM” se reconfigurará el “*Sistema de Salud*” para atender las necesidades de las personas sin seguridad social, disminuyendo las barreras mediante la inversión en infraestructura física, medicamentos, así como en la contratación de personal para que vaya a zonas



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

donde la falta de acceso se explica por la carencia de servicios, además de crear sólidas redes integradas, para hacer frente a la falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, para con ello evitar la duplicidad de servicios y la fragmentación.

Hoy se pone en consideración, el analizar en conjunto lo que se considera son los cuatro pilares que harán frente a los principales retos que enfrenta el país y aunque no son los únicos se da la oportunidad a cuatro de ellos.

Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar, “El nuevo sistema nacional de atención a la salud, basado en la Atención Primaria de Salud”

Al inicio de este año comenzó la vida institucional del “*Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)*” nacido de una reforma a la “*Ley General de Salud*”, misma que fue aprobada en el Congreso y en el Senado de la Republica en noviembre pasado, es un “*Organismo Público Descentralizado de la Administración Federal*” con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado en la “*Secretaría de Salud*”, el equipo de dirección es muy pequeño, ya que cuenta con cuatro coordinaciones nacionales, mismas que se apoyaran en mucho con un trabajo coordinado con el resto de la “*Secretaría de Salud*”.

El objeto del “*INSABI*” definido en la “*Ley General de Salud*”, el cual cubre dos aspectos importantes, como son: **1)** Tendrá por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, **2)** Impulsar una adecuada integración y articulación entre las instituciones públicas de salud del país.

Los servicios de salud a partir de la publicación de la reforma a la ley, será de la siguiente manera, se tendrán 24 estados de la republica adheridos al “*INSABI*” y 8 estados que no están adheridos a los servicios de salud.

En el centro de acción transformadora del “*INSABI*” está la gratuidad de la atención a la salud, debido a que así se establece en el artículo 77 bis 1 de la “*Ley General de Salud*”, comenzando con la gratuidad en el primer y segundo nivel de atención, esto a partir del 1º de enero del año 2020.

Con el “*Seguro Popular*” esta gratuidad sólo cubría los padecimientos del denominado catálogo único de servicios que se conoce como cauces eso era lo que cubría el antiguo “*Seguro Popular*”, por lo que a partir de la creación del “*INSABI*” se propone garantizar la entrega de medicamentos gratuitos según las



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

necesidades de los padecimientos de las personas, abarcando desde una compra basada en un compendio nacional de medicamentos hasta la distribución en cada uno de los establecimientos en salud del país.

Se planea una ampliación progresiva del reconocimiento de las intervenciones que generan gastos catastróficos y como es de recordarse, ese número era de 66 de un total de 96, ésta es una labor conjunta que se está desarrollando con el “*Consejo de Salubridad General*”, finalmente se está encaminando hacia la gratuidad total en el “*Sector Público*” incluyendo la atención de alta especialidad o como es conocida también en el tercer nivel, lo que progresivamente se irá implementando y de acuerdo al compromiso hecho formalmente por el *Presidente de la República Andrés Manuel López Obrador* al día 1º de diciembre del 2020.

La labor inmediata del “*INSABI*” muestra cuatro funciones básicas que éste desarrollará de manera prioritaria, las cuales son: **1) Abasto y distribución de medicamentos**, material de curación y equipos médicos, de lo que se trata es renovar los protocolos de medicamentos, para que las personas tengan los mejores medicamentos y que estos sean efectivos para la curación de los padecimientos, **2) Médicos, enfermeras y especialistas** en las unidades de atención, se cuentan con 50 mil aspirantes para trabajar en cualquier parte de la república en los establecimientos de salud más apartados de México **3) Construcción y mantenimiento de establecimientos de salud**, se cuentan con 327 establecimientos abandonados y seguramente en otros estados se encontrarán otras construcciones también y lo que es peor es que se han encontrado construcciones con equipos, pero sin médicos y no abiertas para brindar servicios de salud, **4) Regularización de todos los trabajadores eventuales y con honorarios por contratos**, existen 87 mil trabajadores, por lo que se va a hacer una basificación del personal con dos criterios que establece la propia ley, o sea antigüedad y desempeño, ya que no habrán recomendaciones de nadie para que entre una persona, ya que deberá de acreditarse la antigüedad en el área que quiere ocupar y en el puesto que se le va a asignar.

También se cuentan con herramientas para hacer el trabajo del “*INSABI*”, mismas que son muy claras, por ejemplo: cuando se señaló que habían 24 estados adheridos y que 8 no estaban adheridos, en dichas herramientas dice que hay acuerdos con los estados (de lo que más adelante se platicará) y a cada uno de los estados se les explicó la parte técnica del “*INSABI*” y en ninguna se tuvo problema con la parte de nuevo modelo de salud del mencionado, sin embargo, en donde no se está de acuerdo, es en la adquisición de: los medicamentos, de los equipos y en la parte de la construcción que no sea derivada de una planeación



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

que favorezca a las personas, esto no se va a permitir, en virtud de que no se pueden cometer los errores que se han tenido en el país durante 40 años, por lo que la transformación se va a dar con acuerdos, mismos que deberán de ser con voluntad y sin presión como lo ha indicado el Presidente.

Otra herramienta que se ha hecho es de comunicación y dialogo, a partir de que se puso en funcionamiento el “INSABI”, por lo que desde el primer día junto con el equipo de trabajo del instituto y con el Secretario Dr. Jorge Alcocer Varela, se dieron a la tarea de atender a los 32 Secretarios de Salud, en tiempo y forma, con el fin de platicar sobre el nuevo modelo de salud y sobre todo dar a conocer lo que es el “INSABI”, reiterando que esta comunicación se sigue manteniendo hasta hoy, de los estados con los que se reunieron están, Durango, Yucatán, Michoacán, Estado de México y Jalisco, reiterando que no se va a descansar hasta que haya un entendimiento pleno de lo que se quiere en México para la salud y con el nuevo modelo de salud.

El tercer pilar es la construcción de mantenimiento, aunque se encontraron 327 unidades, no se ha dejado de trabajar desde el 2019, ya que de 68 hospitales en los que se ha estado trabajando, ya se pusieron en funcionamiento 18 y de 110 Centros de Salud ya se cuentan con 54 operando y 56 que están en proceso, de los hospitales encontrados que estaban equipados y no funcionaban uno es en Tekax, Yucatán, mismo que beneficiará a 11 municipios y en donde se atenderán a 250 mil personas, cuenta con 30 camas censables y 30 no censables, el 16 de enero nació el primer bebe en este nosocomio, en este establecimiento se cuentan con las especialidades de: Pediatría, Gineco-obstetricia, Medicina interna, Cirugía general, Ortopedia, Anestesiología y Radiología.

Otro hospital que ya se puso en funcionamiento es el de Mazatlán, la inversión de éste fue de 1,038 mdp, se beneficiaran casi 300 mil personas, cuenta con equipo de alta tecnología y personal capacitado, tiene 120 camas censables y 82 camas no censables, así como 31 consultorios.

En la basificación de trabajadores, como se dijo era por mayor antigüedad, para lo cual existe un dato, para el 2020 se tienen 5,227 trabajadores que tienen 8 años o más de antigüedad, 6,037 con 9 años o más y 6,010 con 10 años o más, de lo que da un total de 17,274, de los cuales 2,539 son médicos, 1,365 son enfermeras, 841 paramédicos, 107 personal de confianza médica, 359 afines y 799 administrativos.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

El Modelo de Salud para el Bienestar (modelo SABI), era un círculo vicioso del “Sistema de Salud de México” en las últimas 4 décadas, la compra de medicamentos e insumos eran caros, los costos de transacción por subrogación de servicios, con poca consideración a los conflictos de intereses, el 20% de los gastos de atención ambulatoria. Los países de la “OECD” gastan el 33%, entre el 2012 y 2018 creció la tasa de uso de servicios hospitalarios de 3.8% a 4.6% y decreció el uso de servicios ambulatorios de 8.2% a 6.4%, este círculo vicioso se sigue extendiendo. (Ver diapositiva)

Sin embargo, hay una construcción de lo que se quiere hacer de un círculo virtuoso y que es el augmentar la eficacia, es decir desarrollar la atención primaria de salud y las redes integradas en servicios de salud en todo el país, que haya mayor énfasis en la inversión de recursos para la promoción de salud y la prevención de enfermedades, así como impulsar toda la coordinación con los institutos de seguridad social, hoy en día se lleva a cabo una reunión semanal para solucionar e integrar el “Sector Salud”, por lo que el “IMSS”, “ISSSTE”, “PEMEX”, “SEDENA” y “SEMAR” trabajan de la mano de la “Secretaría de Salud de México”.

En la parte equitativa hay una prioridad de inversión en infraestructura, contratación de personal y en dotación de equipos, hay una mayor eficiencia en compra consolidada de medicamentos, reducción de costos administrativos y lo único que no está permitido en esta administración, es contratar más personal administrativo, ya que la prioridad son: médicos, enfermeras y promotores de salud, también otra prioridad es terminar las obras inconclusas, más equitativo aún es la gratuidad total de la atención a la salud en todo el país, así como acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud con la universalidad integral en la atención.

En relación a los elementos estructurales del Modelo SABI, el equipo de “Salud de Bienestar (ESB)” en la unidad institucional a cargo de la salud de una población de alrededor de 3 mil personas, compuesto por médico, personal de enfermería y promotor de salud, todo “ESB” pertenecerá a una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), que incluye centros para la atención especializada, hospital, unidades para exámenes complementarios y terapias especializadas, la “RISS” funcionará con importante grado de autonomía y coordinación operacional para garantizar la atención oportuna de las personas. Se estructuraran alrededor de las 300 mil personas.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Ya se inició el proceso de formación, ya que en los estados de: Chiapas, Tabasco, Zacatecas, Colima, Baja California, Tlaxcala e Hidalgo, se tienen 950 personas ya capacitándose, capacitación que se está haciendo con la "OPS" y con la "UNAM".

Las redes de servicios integradas de salud van a ser ligadas a una concepción de atención primaria en salud, la "R/ISS", como se sabe se interpretan como un conjunto de establecimientos e instituciones que prestan o hacen arreglos institucionales para prestar de manera coordinada servicios de salud, pero la virtud que tienen éstos es que deben ser equitativos e integrales a esa población que se está definiendo en el territorio que son de 3 mil personas.

Las redes integradas de salud van a trabajar como "Centros de Salud" para prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades sencillas, en el segundo nivel está en "Hospital General" para hospitalización, cirugía y enfermedades menos complicadas, los "Hospitales de Alta Especialidad" para diagnóstico y tratamiento de enfermedades muy complicadas.

Conclusiones:

El "Estado Mexicano" tiene la obligación de garantizar los servicios de salud a todas las personas sin seguridad social, el desafío para el "INSABI" es transformar el "Sistema Nacional de Salud", privilegiando la atención integral con acceso universal, gratuito e integrado, contribuyendo a un México más justo y equitativo.

Dr. Gustavo Reyes Terán, "Optimización de tratamientos: El proyecto del CCINSHAE"

El tercer nivel de atención, está enfocado como misión principal en la investigación básica y clínica, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada.

La atención médica de alta especialidad generalmente no está como la misión principal, debido a que se asume que la atención médica es de excelencia en todos los "Institutos Nacionales de Salud", "Hospitales Federales de Referencia" y en los "Hospitales Regionales de Alta Especialidad", cualquiera de tercer nivel, sin embargo, en algunos no es así, pero el objeto es dar atención médica de alta especialidad a pacientes con padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, así como de urgencias, teniendo como base una infraestructura especializada sofisticada, son 13 "Institutos Nacionales", 6 "Hospitales Federales" y 7 "Hospitales Regionales" de alta especialidad.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Las líneas estratégicas rumbo hacia la gratuidad, mismas que son el objetivo a un corto plazo, son: **1) La optimización** de tratamientos médicos, **2) La eficiencia** de la atención médica, **3) La amortización** legislativa, **4) El aumento** en los recursos y eficiencia en la administración de recursos, **5) El impulsar** la investigación clínica y de ciencia básica y **6) Comunicación integral**, fundamental para lograr los objetivos.

El continuum o la cascada de la atención médica, muestra lo que pasa actualmente, ya que está es la situación nacional, el primer grupo representa el 100% y corresponde a casos estimados, el segundo grupo del 60 al 65% a casos detectados, el tercer grupo del 47 a 50% a casos de atención y tratamiento, finalmente el cuarto grupo del 25 al 40% corresponde al porcentaje de personas con una condición determinada, como puede ser: VIH, Hepatitis C, Hipertensión o Diabetes, por lo que el objetivo final es realmente bajo, ya que estos son factores de riesgo, además de ser una de las principales causas de muerte.

La meta para 2024 con una perspectiva a 2030, es que en la meta final se tenga un control de estas cuatro enfermedades representativas: VIH, Hepatitis C, Hipertensión y Diabetes, entre un 85 y 95%, es una meta no fácil de cumplir, debido a que depende no solamente del tratamiento para cada una de estas condiciones, ya que forma parte de la piedra angular para tratar de disminuir el impacto o la magnitud de los problemas ocasionados por estas cuatro enfermedades.

¿Cómo alcanzar las metas?, si se revisan las guías de nuevos tratamientos que hay actualmente, mismas que se han llevado a cabo desde los últimos lustros, es de notar que muchas de ellas son obsoletas, siempre acompañada de otras intervenciones generales, como: dieta, ejercicio, adherencia, etc., en segundo lugar la medición intermitente de la intervención, es decir los efectos sobre el control de enfermedades, efectos sobre sus complicaciones y muy importante el efecto sobre la supervivencia.

La estrategia de triple optimización, en donde se selecciona a un grupo de expertos, sin conflictos de interés, sobre todo con la industria farmacéutica, así como elegir el mejor de los tratamientos para cada una de las condiciones, dar una perspectiva de salud pública, misma que es la segunda optimización y en tercer lugar, brindar ventajas en el mecanismo de negociación para tener los mejores precios.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

El tratamiento antirretroviral (TAR) de adultos en México, se planteó a finales de abril del 2019, el costo en esas fechas era más de 3,200 mdp, las sustentabilidad siempre fue cuestionada en los últimos 5 a 10 años, debido a que el costo se iba incrementando cada año por el aumento de personas en “TAR”, México compraba antirretrovirales a mayor precio en Latinoamérica, la cobertura era de 97 mil personas sin seguridad social y actualmente son más de 100 mil personas y los previos intentos habían fracasado para bajar los costos del tratamiento, a pesar de que varias alternativas se intentaron.

En un marco de que el tratamiento se llevaba a cabo hasta mayo del año pasado, era cuestionado por la alta resistencia del virus a uno de los componentes fundamentales de ese tratamiento, mismo que era una combinación de tres medicamentos. (Ver grafica)

¿Cómo hacerlo posible si los costos de los nuevos “ARV” son mayores?, **1)** Negociar por un alto volumen de compra (usar preferentemente una combinación), **2)** Sustituir/Switch y **3)** Evaluar la multianualidad. Y los costos se bajaron, de manera que un tratamiento que costaba (lo que se muestra en la gráfica) en el primer mundo, en México se consiguió en 70 dls por mes aproximadamente, sin sacrificar eficacia y la seguridad del tratamiento.

Además las bases de la estrategia fueron con base en la ciencia, se cambiaron las guías de tratamiento antirretroviral en un mes después de haber sido propuesto y desde fines del año pasado las guías en México son comparables con las mejores guías internacionales, como las de *EEUU* o con las de Europa.

Otro ejemplo, es el tratamiento de la hipertensión arterial ¿Dónde estamos en 2020?, se estima que el 25% de la población tiene hipertensión arterial sistémica, esto equivale a más de 32 millones de personas con dicho padecimiento, situación que es un problema de salud pública, no sólo por la frecuencia alta, sino también por las implicaciones que conlleva, debido a que el 72% está no controlado, ya sea que reciba o no tratamiento contra la hipertensión arterial y esto significa que 23 millones de personas están en esta situación.

¿Cómo revertir el estado actual?, **1)** Mejorar el diagnóstico temprano y **2)** Actualizar las estrategias terapéuticas con base en la ciencia.

Se sabe que utilizar menos tabletas y menos dosis por día son fundamentales para mejorar la adherencia y esta es una parte fundamental de la propuesta, ya que con esto se aumenta la adherencia, aumenta también la efectividad, hay



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

sinergismo a dosis bajas, disminuye efectos secundarios y de igual manera disminuye costos.

Actualmente se utiliza la monoterapia, se compra una cantidad aproximadamente de 53 millones de frascos de un solo medicamento que es el más utilizado, llamado losartan. (Ver diapositiva)

Conclusiones:

1) En México hay un pobre control de las enfermedades crónicas (HAS, DM y VIH como ejemplos). 2) Se requiere cambiar las estrategias y guías de tratamiento, con base en la ciencia (decisión de expertos), Primera optimización 3) Definir una de las estrategias (muy predominantemente) con las misma eficacia y seguridad, 4) Negociar los costos por volúmenes de compra y 5) Implementar y comunicar las nuevas estrategias a la población.

Dr. Ruy López Ridaura, “Transformación del sistema Agro-Alimentario. Una política intersectorial”

Este grupo se empezó a constituir el 14 de febrero del 2019, convocado por el Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela, por lo que ahora ya se presenta una propuesta más definida e integrada con objetivos específicos y grupos de trabajo.

El problema que desde un inicio se planteó abordar, es la doble carga de la mala nutrición, en virtud que la enorme carga de la creciente epidemia de obesidad con todas las enfermedades asociadas, tanto en las prevalencias en los diferentes grupos de edad, como en las diferencias rurales que cada vez son menores, además de tener un aumento cada vez más importante en las regiones rurales, en lo que a tasas de obesidad se refiere.

De los datos más alarmantes de esta epidemia, es sobre la estimación de una disminución en la esperanza de vida que pueden tener las siguientes generaciones, ya que en la historia nunca se había visto que generaciones siguientes tengan menos esperanza de vida que la generación actual y tal vez además de violencia, la obesidad sea uno de estos factores que puede tener un impacto, por lo que se ha estimado hasta una disminución de 4.2 años de vida, debido a sobrepeso y obesidad.

Los gastos que han sido estimados en varios estudios, también datan mucho de su importancia, además de las prevalencias de las enfermedades y la mortalidad



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

asociada, sin embargo, aún se tiene un problema importante en desnutrición, mismo que se debe de señalar y definir dentro del mismo problema, en virtud que todavía se tiene un 22% de hogares que en esta estimación o percepción de seguridad alimentaria, reportan una inseguridad alimentaria moderada o grave, con una alta prevalencia de anemia y deficiencia de micronutrientes, esto derivado de la última encuesta nacional de nutrición del 2018, en cuanto a la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años en el último cuarto siglo en México por condiciones de bienestar y en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niñas y mujeres es muy alta y continúa en aumento. (Ver graficas)

Esto es lo que ha impulsado a tener estrategias o políticas de salud enfocadas en obesidad, debido a ello en el 2013 hubo una estrategia nacional para la prevención del control de sobrepeso obesidad y diabetes, misma que fue la estrategia principal durante la administración previa, de dicha estrategia se pueden aprender muchas cosas, debido a que se basó también en una recomendación de un libro publicado por la "ANMM" conjuntamente con el "Instituto Nacional de Salud Pública" y la "UNAM" y mucho de esas recomendaciones se implementaron en esa estrategia.

Sin embargo hay algunos puntos que señalar donde estuvo limitado, y uno de ellos es que no logró codificar los entornos obesigénicos, mismos que son los que están impulsando estilos de vida o comportamientos que promueven la obesidad y tampoco hubo una clara estrategia para motivar a la población para adoptar un estilo de vida saludable, tampoco ha habido unas evaluaciones claras de estos indicadores y el componente de atención médica, tal vez fue una de las cosas en que se enfocó mucho, ya que dentro de esta misma estrategia estaba definido una serie de acciones para el control de diabetes, del síndrome metabólico, acciones en las unidades, tanto de primero como de segundo nivel y esto fue lo que tal vez concentró mucho de las prioridades, dejando quizás con menos prioridad la modificación de los entornos, por lo que se cree, que si se enfoca mucho de la estrategia hacia el sistema agroalimentario, se puede realmente enfocarse en estos entornos para modificar el entorno obesigénico.

Cuando se ven cualquiera de los modelos que se han planteado sobre las causas de obesidad y desnutrición, siempre se va a encontrar el sistema agroalimentario como uno de los componentes claves y es por eso que desde la transición, a propósito de una nueva versión de un libro donde proponía una serie de estrategias para el control de la obesidad, mismo que publicó el "Instituto Nacional de Salud Pública" en el año 2018, así como una publicación que de igual manera los orientó a la nueva estrategia y que fue una publicación que hizo un grupo grande global que se llamó el "EAT – Lancet Commission" y lo que en él se



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

publicó es una estrategia para contar con un enfoque en la estrategia para la salud del humano, pero que también estuviera a la par de la protección ambiental, estos dos elementos se discutieron, por lo que se enfocaron el objetivo en tener un sistema agroalimentario que fuera justo, saludable y sustentable, en virtud de que claramente el sistema agroalimentario que actualmente se tiene no es justo, en el sentido de que las poblaciones, principalmente las que están produciendo alimentos a mayor o menor escala, son las poblaciones que tienen mayores carencias en nutrición y tampoco es saludable, debido a que en los entornos en los que se mueve, casi toda la población, son entornos que promueven dietas poco saludables, debido a que promueven también el incremento de obesidad.

Claramente el sistema agroalimentario, especialmente en la agroindustria, en la gran producción, no es para nada sustentable y ya se ha estimado que a nivel global existen agroalimentarios de los grandes motores en el cambio climático y de impacto ambiental.

En ese sentido el 14 de febrero se convocó este esfuerzo intersectorial con varias "Secretarías", en donde también estuvo "CONACIT", la "AMNN" y centros como la "UAM Xochimilco", entre otras, por lo que fue un grupo amplio y en donde se pusieron en la mesa las prioridades o acciones en la que la política intersectorial realmente va a lograr el transformar el sistema agroalimentario.

Este marco alimentario es un sistema complejo que tiene varios loops en los que va alimentando uno con el otro, pero si se quiere ver sencillo, tiene una fase de preproducción, una de producción, toda una fase de procesamiento y de la cadena de valor, misma que va desde la producción hasta el consumo y después todo el elemento del ambiente alimentario y esto es lo que se quiere transformar para logra que sea justo, saludable y sustentable.

Desde un inicio se empezó a plantear una serie de estrategias que en cada una de estas fases se podía ir priorizando, en el punto de producción y mucho de esto con los diferentes grupos con los que se estuvieron trabajando, se percataron de que había varias prioridades, entre ellas trazabilidad del impacto ambiental, especialmente en la agroindustria, diversificación de los sistemas, reorientación de los subsidios.

En la parte de cadena y suministro de valor, era claro que lo que se tenían eran cadenas muy largas, desde la producción hasta el consumo, con múltiples intermediarios, sin embargo, lo que se necesitaban eran sistemas que permitieran tener esas cadenas mucho más cortas, desde la producción hasta el consumo y



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

esto implicaba tener estrategias territoriales cercanas a donde estuviera el consumo, para que se beneficiara tanto el producto como el tener un acceso a alimentos frescos, esto era una de las grandes prioridades que se vieron desde un principio, de igual manera manteniendo estándares de calidad, así como regular el procesamiento y fortificación efectiva.

Se tiene una evidencia que es alarmante y que corresponde a una serie de normas en la que está muy claro cómo se deben fortificar las harinas en diferentes micronutrientes, sin embargo, en una evaluación que se hizo externa por una organización, misma que evaluó la fortificación tanto en las harinas como en los panes comerciales, vio que menos del 10% de los productos estaban adecuadamente fortificados, cuando por norma tenían que estarlo.

Otro componente es el ambiente alimentario, una de las prioridades era el etiquetado de alimentos que favoreciera la orientación al consumidor y la regulación, políticas fiscales donde también se había tenido éxito en cuanto al impuesto que se había agregado a refrescos y alimentos de alta densidad, pero se pensó si había una propuesta clara y la hay todavía en que si se incrementa este impuesto el impacto puede ser aún mayor.

Una prioridad que nunca se ha logrado, son los ambientes escolares, en virtud de que estos tienen lineamientos y hay una serie de estrategias que han tratado de controlar estos ambientes escolares, pero casualmente cada que se va a las escuelas, sucede no se siguen los lineamientos, debido a que sigue la oferta de refrescos, así como la oferta de alimentos de alta densidad, y ahí es donde se ve la necesidad de actividades intersectoriales, ya que no se puede desde salud hablar de lineamientos sin una clara estrategia junto con la "SEP" y con las agencias fiscalizadoras y sancionadoras de este tipo de procesos.

Por lo anterior se generó un programa especial intersectorial, mismo que tiene cuatro objetivos fundamentales, además se han definido varias líneas puntuales y estrategias, sin embargo, los principales objetivos, son: **1)** Incrementar la producción para la autosuficiencia alimentaria con prácticas orientadas a la sustentabilidad, **2)** Incentivar la comercialización, distribución y procesamiento de alimentos saludables, priorizando a pequeños y medianos productores, **3)** Mejorar el acceso físico y económico a dietas saludables, especialmente a la población más vulnerable y **4)** Reducir la prevalencia de malnutrición (sobrepeso, obesidad y desnutrición).



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Otro ejemplo de necesidad intersectorial, se refiere a que a veces las políticas agronómicas de desarrollo rural van dirigidas a que los campesinos empiecen a producir productos que puedan vender, más que puedan consumir, sin embargo, esto es parte del desarrollo, pero cuando empiezan a tener ingresos económicos, también empiezan a tener acceso a alimentos con muy poco valor nutricional, por lo que se tienen estas transiciones nutricionales aún en ambientes rurales, lo que se atribuye a que no se pueden tener políticas de una sola visión.

La estrategia para una alimentación saludable, en donde se mencionan varios puntos importantes, como: una campaña nacional de comunicación, los lineamientos y el reforzamiento para que se cumplan con éstos en las escuelas, estrategias de cambios de desayunos escolares de fríos a calientes, debido a que esto puede incrementar su valor nutricional, así como un etiquetado claro de alimentos, la modificación de los promocionales y la parte de publicidad, especialmente dirigida a niños, asimismo se está en proceso con la definición de una estrategia del aumento de impuestos a los productos, especialmente en las bebidas azucaradas y alimentos de alta densidad.

Esto se está enfocando en una nueva estrategia nacional para la alimentación justa, saludable y sustentable contra el sobrepeso y la obesidad, donde este grupo al que se le ha acuñado GISAMAC (Grupo intersectorial para medio ambiente, alimentación, sustentabilidad y competitividad) es el órgano articulador de la intersectorialidad, sin embargo, la estrategia va a tener componentes específicos que se trabajaran desde la "Secretaría de Salud", pero algo que si se desearía separar de esta estrategia, son todos los componentes específicos de atención médica que estarán anidados dentro de un programa específico de la "Secretaría de Salud" enfocado en la atención médica de enfermedades crónicas.

Salud escolar ha ido avanzando, debido a que hay una estrategia clara que se está piloteando en la CDMX y el ejemplo más exitoso de este trabajo ha sido el recién terminado trabajo sobre el establecer una modificación en la NOM-051 y en donde se tuvo un gran apoyo por todo el Órgano Legislativo para poder realizar la modificación de la norma, de lo cual se obtuvieron sellos de advertencia que permiten al consumidor a primera vista detectar lo que puede ser dañino para su salud, como: exceso de calorías, azúcares, grasas saturadas, etc., dicha estrategia se está a punto de publicar y lo que se va a requerir es tener una estrategia de comunicación clara de cómo usar estos sellos para también regular otros ambientes y para armonizarlo con otras normas.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

En otro en que se está trabajando más directamente, es en el cambio de las guías, en virtud de que se lleva con el plato del buen comer durante muchos años y éste ya está obsoleto en muchas de sus recomendaciones, por lo que se están enfocando en la propuesta de “*EAT – Lancet Commission*” para ver que tanto se puede especificar y uno de los componentes claros en donde también se ha trabajado, es en lo que se refiere a regionalizar las canastas, donde sean culturalmente aceptables, por lo que se espera pronto tener una *NOM-043* que recomiende esta canasta.

Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán, “El futuro de la salud mental y las adicciones en México”

La salud mental entendida como el bienestar biopsicosocial, en donde el individuo es capaz de reconocer sus capacidades y sus habilidades para enfrentar el estrés cotidiano en la vida diaria para solucionar problemas y en el mejor de los casos para hacer una contribución fructífera a la comunidad, se tiene un rezago importante en salud mental y adicciones y siendo congruentes lo que se necesita es meterle turbo.

El objetivo general en la “*Secretaría de Salud*”, es reestructurar los servicios de salud mental y adicciones, dentro del *modelo de atención primaria a la salud integral (APS-I)*.

La combinación óptima de los servicios de salud mental de acuerdo a la pirámide, es: el autocuidado y cuidado informal comunitario con promotores de bienestar, así como el “*Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CAPA)*”, “*Hospitales Generales*” con servicios de psiquiatría y el “*Hospital Psiquiátrico*”, esta es la combinación óptima, sin embargo, la realidad es casi a la inversa, debido a que todo está sustentado y recargado en los hospitales psiquiátricos en el tercer nivel de atención, ya que se cuenta con un primer nivel de atención carente, prácticamente nulo y un segundo nivel de atención que tampoco existe en los hospitales generales, ya que no hay servicios de salud mental, sólo se reduce a algunas consultas externas, donde las citas son de cada 6 u 8 meses y por ende no hay atención a las intoxicaciones o al consumo de sustancias.

Por instrucción del Dr. Jorge Alcocer, se hizo una reingeniería de este sistema de salud mental y adicciones y dentro del organigrama se encontraba la “*CONADIC*” con una visión de criminalizar al usuario y de alguna manera en manos de las autoridades, los “*CIJ*” descentralizados y con una rectoría propia en la “*Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud*”, el “*CONSAME*”



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

prácticamente inoperante durante dos décadas, la “CCINSHAE” operando sin facultades normativas, pero si operativas, misma que operaba este tercer nivel de atención a través de seis unidades, tres de ellas hospitales psiquiátricos, mismos que al día de hoy siguen soportando la atención en salud mental y psiquiatría y el “*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*”, también descentralizado consigue una importante situación y avanza en investigación, pero con una escasa capacidad de atención.

La propuesta es hacer una fusión del “CONADIC”, el “CONSAME” y los servicios de atención psiquiátrica para crear una “*Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones*”, así como retomar la rectoría para poder tener normatividad y con ello poder operar un primer nivel de atención y también crear un segundo nivel de atención y un tercer nivel de atención que este dedicado a la investigación, capacitación y a la formación de recursos humano como normalmente debería de ser.

De acuerdo al “*Plan Nacional de Desarrollo*”, en donde el bienestar y la inclusión en la igualdad son las prioridades, el combate a la corrupción, hacer efectivo el artículo cuarto constitucional, así como federalizar los sistemas, implementar el modelo de atención primaria a la salud integral, así como una reorganización sanitaria.

Se está haciendo un diagnóstico y una reorganización del sistema para establecer las siguientes prioridades: **1)** Integración de la Salud Mental a la APS-I, **2)** Programas de prevención del suicidio y atención de la conducta suicida, **3)** Atención a la Salud Mental Infantil y del Adolescente, **4)** Programa de atención y tratamiento para la depresión, **5)** Programa de atención y tratamiento de las adicciones, **6)** Programa de atención en salud mental para las minorías, **7)** Salud mental perinatal y materno-infantil, **8)** Salud mental del adulto mayor, **9)** Atención a víctimas de violencia y a los trastornos por estrés postraumático y **10)** Atención de la salud mental en los cuidados paliativos.

Mediante una imagen se resume todo el nuevo modelo en un marco comunitario de derechos humanos de igualdad y equidad, calidad, cobertura, prevención y promoción, en donde estarían centrados en los centros comunitarios de “*Salud Mental y Adicciones*” que abra dos CAPA’S, no solo para dar prevención, sino atención también, los “CCINSHAE’S” que coordinen y escalen si esto es necesario hacia un segundo nivel de atención, así como en la formación en tercer nivel de atención, centrados en la persona, familia y comunidad promoviendo el



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

autocuidado y trabajando en los determinantes de salud biológicos, sociales, económicos, culturales y ambientales.

Desde los años, 90's, 2005, 2010 y 2017, han estado inscritos en los tratados, en los que claramente se expresa que hay que llevar la salud mental a la comunidad, sin embargo, esto no ha sucedido, de tal manera que se está atrasados.

La declaración de “*Alma ATA*” en 1976, refiere lo siguiente: **1)** La atención debe ser fundamentada científicamente, al alcance de todos, cercana al lugar de residencia - *Principio VI*, el *Ing. Heberto Castillo* decía “*la ciencia para el pueblo*”, **2)** Atención intersectorial y organizada –*Principio VII*, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en comunidad. Referencia y consulta de casos, trabajo en equipo y atender necesidades de salud de la comunidad.

La estrategia nacional para la prevención de adicciones, por instrucción del Presidente *Andrés Manuel López Obrador*, comenzó a andar de manera intersectorial, misma que se llama “*Juntos por la Paz*” es un modelo mexicano en donde la oferta como ya se venía atendiendo desde hace años a través de seguridad, fue reforzada y están centrados en la atención a la demanda a través de la coordinación de la “*Secretaría de Salud*” en donde se propone mitigar el impacto de los determinantes biopsicosociales para reducir la demanda, en virtud de que si no se reduce la demanda, no habrá estrategia de ataque a la oferta que funcione.

Las instituciones coordinadas por la “*Secretaría de Salud*”, como: “*CONADIC*”, “*Consejo Nacional de Salud Mental*”, “*INJUVE*”, quien está participando de una manera muy activa, impulsados por el Presidente *Andrés Manuel López Obrador* y por el vocero *Jesús Ramírez Cuevas*, se ha podido trabajar a lo que hoy ya es una realidad la “*Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones*”, en donde se atacan los determinantes, la violencia, el abandono, el consumo por Pares, consumo temprano, por ejemplo en Apatzingán los niños están consumiendo alcohol a los 9 años de edad, el consumo familiar, la información de riesgos y posiblemente la poca supervisión de los padres.

Por lo que esto de atacar el consumo de sustancias es una deuda para con la humanidad, ya que desde ningún punto de vista, desde ninguna ciencia y desde ningún lugar se ha podido abatir y el consumo sigue creciendo, sin embargo los que mejor lo han hecho en algún punto científicamente sustentado son los Islandeses, ya que son 340 mil habitantes de los cuales entre 40 y 50 mil son



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

adolescentes y que fue en ellos sobre los que incidieron, se tardaron entre 10 y 15 años y lo que pedían los adolescentes es que sus papas estuvieran en casa.

En “*Juntos por la Paz*” se está trabajando con cultura, a través de un diagnóstico cualitativo, así como el acercarse a la comunidad, ya que las necesidades y las capacidades de cada comunidad es diferente, no es lo mismo el consumo en: Yucatán, Cancún, en Acapulco, en Apatzingán, Cd. Juárez y Tijuana, o sea en lugares donde ya se desplegó la estrategia, en donde también se están capacitando a los agentes de seguridad para que ellos puedan ser sensibles con los jóvenes y no llevarlos al ministerio público, sino llevarlos a un servicio de salud.

La **Dra. Teresita Corona Vázquez**, agradece la presencia del Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela, Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar, Dr. Gustavo Reyes Terán, Dr. Ruy López Ridaura, Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán e invita el próximo miércoles 19 de febrero a la **Sesión Conjunta con la Academia Mexicana de Cirugía titulada “Avances en terapéutica quirúrgica”** misma que se llevará a cabo en el auditorio de la “ANMM” a las 17:00 hrs.

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante
Secretaria Adjunta

Para visualizar la sesión completa con su discusión favor de acceder al sitio www.anmm.org.mx