



# 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 15 de abril del 2020

**Presentación del trabajo de ingreso a la ANMM a cargo de la Dra. Martha Kaufer Horwitz y comentado su trabajo por el Dr. Héctor Genaro Bourges Rodríguez.**

**Dra. Martha Kaufer Horwitz, “El perímetro de cuello y el éxito en el tratamiento de pacientes con obesidad: Estudio de vida real”.**

La obesidad es una enfermedad que se caracteriza por un aumento anormal en adiposidad, sin embargo, en la clínica y para fines epidemiológicos se usa generalmente el índice de masa corporal, mismo que mide masa corporal y no masa grasa, importa especialmente la grasa visceral por su asociación con el riesgo cardiometabólico, el estándar de oro para medirla es la resonancia magnética o el DEXA, no obstante, estos son métodos costosos y poco accesibles en la clínica, es por ello que el índice de masa corporal es práctico para usarse en la consulta, pero se tiene que interpretar con cautela, además debe complementarse con alguna medida de adiposidad, particularmente de adiposidad visceral.

El perímetro de cintura ha sido el indicador de elección para evaluar grasa visceral en la clínica, debido a su asociación con riesgo cardiovascular y enfermedades metabólicas, incluso se propone su uso en diversas guías de práctica clínica como las de “Endocrine Society”, pero hay otras mediciones, aunque menos exploradas como es el perímetro de cuello, misma que podría ser una opción sencilla y práctica para la evaluación de los pacientes.

Tanto el perímetro de cintura como el de cuello, tienen ventajas y desventajas, debido a que ambos se correlacionan con el índice de masa corporal, la grasa visceral y marcadores de riesgo metabólico, son fáciles de medir y son de bajo costo, sin embargo, el perímetro de cintura es difícil de medir en personas con obesidad, debido a la dificultad para localizar los referentes socios, además de la falta de consenso en el sitio anatómico para realizar la medición, es poco confiable en personas con índice de masa corporal > 35, su medición puede incomodar a los pacientes y fluctúa, debido a la distensión postprandial, por otra parte, el perímetro de cuello ha mostrado buena correlación con el perímetro de cintura, ya que es menos invasivo y se puede medir a cualquier hora del día e incluso a cualquier valor de índice de masa corporal, aunque no se cuente con puntos de



# 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

cohorte unificados para establecer riesgo y no se puede medir en personas con bocio.

El perímetro del cuello ha mostrado buena correlación con los diagnósticos de sobrepeso y de obesidad, de hecho se han propuesto puntos de cohorte para adultos y se han establecido puntos de cohorte específicos para algunas poblaciones.

Es conocido que en la literatura científica hay numerosos estudios que asocian el perímetro de cintura con la presencia de riesgo metabólico, en el caso del perímetro de cuello la información es más reciente, ya que en general data a partir del 2001 y se ha documentado su asociación con: sobrepeso y obesidad, adiposidad visceral, resistencia a la insulina, diabetes, síndrome metabólico, síndrome de apnea obstructiva del sueño, riesgo cardiovascular, tanto en estudios de evaluación, como en aquellos de diagnóstico y de seguimiento, inclusive el perímetro de cuello ha resultado el mejor predictor de enfermedad coronaria que el índice de masa corporal a 10 años, usando la escala de riesgo cardiovascular de "Framingham".

Son pocos los estudios que exploran la relación entre el perímetro de cintura y el perímetro del cuello, particularmente: en pacientes con obesidad mórbida y en su asociación con el éxito en programas de tratamiento, de esta manera se plantea que de encontrar una asociación se podría optimizar la práctica del clínico en el consultorio.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la asociación entre el perímetro de cuello y el de cintura con marcadores de riesgo cardio-metabólico y el éxito del tratamiento, en pacientes con obesidad sometidos a un programa de tratamiento para control de peso, en un contexto de vida real.

En la clínica de obesidad del "Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición", "Salvador Zubirán", se lleva a cabo el "programa de atención al paciente con obesidad", en el que se ofrece un tratamiento integral con atención, médica, nutricional y psicológica, a partir de un programa psicoeducativo de 20 semanas con visitas mensuales, el estudio consistió en un análisis retrospectivo de una cohorte de 470 pacientes de primera vez, mismos que concluyeron el programa y que tuvieron datos completos en las variables antropométricas al inicio y al final del programa, se incluyeron pacientes adultos con la escolaridad mínima de primaria completa e índice de masa corporal de 30 o más, también se evaluó, peso, estatura y perímetros de cintura, cadera y cuello, se determinaron glucosa en ayuno y perfil de lípidos, además se midió la presión arterial.



# 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

Se definió síndrome metabólico como la presencia de tres o más componentes de los criterios armonizados de "Alberti", como son: 1) Perímetro de cintura  $\geq 80$ cm en mujeres, 2) Presión arterial sistólica  $\geq 13$ mmHg y/o diastólica  $\geq 85$ mmHg, 3) Triglicéridos  $\geq 150$ mg/dL, 4) c-HDL  $< 40$ mg/dL en varones y  $< 50$ mg/dL en mujeres y 5) Glucosa en ayuno  $\geq 100$ mg/dL, se consideró éxito del tratamiento a una reducción ponderal del 5% o más, debido a su asociación con beneficios metabólicos, el estudio fue aprobado por los "Comités de Ética" y de investigación del "Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición", "Salvador Zubirán" y los participantes otorgaron consentimiento informado por escrito.

El 73.5% de los pacientes eran mujeres, la media del índice de masa corporal de los pacientes incluidos fue del 44.1, en general superior a la mayoría de los estudios encontrados en la literatura, el 64% cursó con un índice de masa corporal de 40 o superior, sin que se encontrarán diferencias estadísticas entre hombres y mujeres.

El perímetro de cintura superó los puntos de cohorte en la totalidad de la muestra, con un intervalo de 82 a 183 cm, el 89% de las mujeres y todos los hombres tuvieron perímetros de cuello con valores altos, los que se definieron en varios estudios como, valores anormales, más del 45% de los pacientes tuvieron éxito al alcanzar una pérdida ponderal de 5% o más que se acompañó de mejoría en los indicadores de riesgo cardio-metabólico y como era de esperarse los hombres alcanzaron el éxito en el tratamiento en mayor proporción que las mujeres.

Como resumen de los resultados anteriores, en la evaluación basal, la media del índice de masa corporal fue superior a 40 en hombres y mujeres, indicando obesidad clase III, de acuerdo con los criterios de la "OMS", en ambos sexos el perímetro de cintura indicó obesidad abdominal y el perímetro de cuello presentó valores por arriba de lo informado en estudios de distintas poblaciones, los parámetros metabólicos tuvieron valores compatibles con los componentes del síndrome metabólico y solo el colesterol total mostró medias dentro de los valores normales, al final del estudio hubo mejoría estadísticamente significativa en los indicadores antropométricos y metabólicos en hombres y en mujeres, con excepción de glucosa en hombres y colesterol HDL en ambos sexos.

Al final del tratamiento se encontró una mejoría significativa en el número de componentes del síndrome metabólico en la proporción de casos con valores alterados en los diferentes criterios y por ende en la proporción de pacientes con diagnóstico de síndrome metabólico, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el perímetro del cuello y el de cintura, tanto



# 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

en hombres como en mujeres, además se encontraron correlaciones significativas del perímetro de cintura con el colesterol total LDL, de presión sistólica y diastólica en hombres y con glucosa HDL y presión sistólica y diastólica en mujeres, por su parte el perímetro de cuello mostró correlación colesterol LDL en hombres y con triglicéridos HDL y presión sistólica y diastólica en mujeres. (Ver diapositiva)

### Conclusiones:

**1)** En pacientes con obesidad mórbida se encontró: **1.1)** asociación del perímetro de cintura con el perímetro del cuello y de ambos con indicadores de riesgo metabólico; **1.2)** asociación del perímetro de cuello con el éxito en el tratamiento, **2)** Si bien, el perímetro de cuello no fue superior al de cintura, las correlaciones con éxito en el tratamiento y cambios metabólicos sugieren que puede ser una herramienta para la evaluación y seguimiento de pacientes con obesidad que se someten a un programa de tratamiento, particularmente aquellos con obesidad clase III y **3)** Su uso podría complementar al índice de masa corporal IMC, al ser indicador de adiposidad central y de asociarse con comorbilidades frecuentes en estos pacientes.

Los resultados sugieren que el perímetro de cuello podría ser una herramienta sencilla y barata que ahorra tiempo en el consultorio y que es menos invasiva en el perímetro de cintura.

### Dr. Héctor Genaro Bourges Rodríguez, “Comentarios”.

La pregunta a resolver se inicia en la reflexión sobre los métodos de que disponen los profesionales que tratan clínicamente el grave problema de la obesidad para conocer la adiposidad, en especial la adiposidad visceral de los pacientes.

Los métodos disponibles son muy diversos en: complejidad, costo y eficacia, la bioimpedancia y la absorciometría de rayos x de doble intensidad conocida como DEXA, son métodos biofísicos costosos y complejos, además de indirectos porque parten de una serie de supuestos, que si bien son razonables, pueden ser discutibles.

El perímetro de cintura combinado o no con el perímetro de cadera son indicadores antropométricos muy útiles de adiposidad visceral y se asociación con marcadores de riesgo cardio-metabólico, sin embargo, tienen limitaciones metodológicas y prácticas, ya que por un lado es difícil usarlos en pacientes con obesidad extrema al hacerse difícil ubicar las salientes óseas, debido a que la



# 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

cinta no siempre tiene el tamaño suficiente y la medida es susceptible de afectarse por movimientos del paciente.

Por otra parte el perímetro de cintura y el perímetro de cadera son medidas relativamente invasivas, aunque muy usadas, además pueden resultar inaceptables o por lo menos incómodas para algunos pacientes por razones de pudor.

Una medida que podría sustituir a la circunferencia de cintura, es el perímetro de cuello, mismo que ha sido usado por varios investigadores, en cuanto a si hay asociación de esta medida con la circunferencia de cintura en personas con obesidad mórbida, así como asociación de estas con marcadores de riesgo cardio-metabólico y con la evolución terapéutica, de acuerdo al estudio presentado se demostró que hoy en día se cuenta con un método sencillo, barato y rápido para estimar la masa grasa visceral y mucho menos invasivo y molesto para el paciente, que el perímetro de la cintura.

## Academia Nacional de Medicina de México

### Acta de la Sesión

#### Simposio:

#### “Modelo integral, integrado y sistémico de Cuidados Paliativos en comunidades rurales y pluri-étnicas.”

Ciudad de México a 15 de abril del 2020

Bajo la coordinación del Dr. Uría Medardo Guevara López, y como ponentes. Dra. Teresita Corona Vázquez, Adalberto de Hoyos Bermea, José Antonio Sánchez Barros.

#### **Dra. Teresita Corona Vázquez, “Pobreza, marginación y vulnerabilidad”.**

Como se sabe México se encuentra entre la economía 14 o 16 en el mundo, esto va variando de acuerdo al ranking internacional, sin embargo, esto no quiere decir que realmente se tenga una economía como, EEUU, China o Japón, sino que se tiene internamente algunos cuestionamientos importantes como son: la inequidad y la desigualdad de la población.

La esperanza de vida al nacimiento según el sexo al 2030, (se tienen estadísticas que llegan hasta el 2050), ha ido aumentando década a década y las mujeres van a llegar a tener



# 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

en el 2050 una esperanza de vida mayor a los 80 años, mientras que los hombres entre los 77 y 78 años.

En la pirámide de población se percibe como se ha ido invirtiendo la base poblacional infantil y también se observa como la base de los adultos y adultos mayores han ido aumentando.

En países desarrollados se considera un país envejecido, cuando el 10% o más de su población tienen 60 años o más. México, actualmente tiene una población cercana al 10% con 60 años o más, por lo que estaremos llegando a ser una población envejecida. Este envejecimiento, aunado a factores ambientales y sociales, como: la educación, la distribución de la riqueza, el acceso a los servicios sanitarios y de salud, entre otros, son causa de discapacidad importante, lo que genera consecuencias económicas, familiares, laborales y de la comunidad que las determina como enfermedades familiares y sociales.

La "OMS" señala también que al menos 10% de la población tiene alguna discapacidad, de ello el 70% se concentra en países en vías de desarrollo.

En cuanto a cómo está México en relación a la pirámide poblacional, se percibe que los hombres están en el 48.6% y las mujeres en un 51.4%, se tienen enfermedades todavía materno-infantiles y enfermedades de adultos mayores, es decir también enfermedades infectocontagiosas y enfermedades crónicas degenerativas, por ejemplo: de las áreas endémicas de cisticercosis que al día de hoy todavía México está considerado como un área endémica de cisticercosis

Según gráfica se muestra la población de 60 años o más y la población de 80 años o más, en donde una las predicciones que hay para el 2050, es que en el 2020 ya se superó el 10% lo que implica que seamos una población envejecida.

La situación de la dinámica demográfica del país, de acuerdo a "CONAPO", misma que podría revisarse y ver cómo es que a través de esta dinámica se van dando factores que afectan a la salud, la contribución del cambio de cada fenómeno demográfico al proceso de envejecimiento es más clara si se separan las tendencias de la natalidad, la mortalidad y la migración en tres periodos, que corresponden aproximadamente a las etapas de la transición demográfica de México: **1)** El rápido crecimiento demográfico (hasta 1969), **2)** El descenso de la fecundidad (1970-1999) y **3)** La convergencia de los fenómenos (2000-2050) (Partida, 2005).

La disminución en la mortalidad, que ha sido tan importante, sobre todo en la mortalidad infantil, sin embargo, la "OMS" prevé que en los próximos años, los



# 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

decrementos de esta tasa serán muy pequeños, a pesar de los avances médicos e institucionales en materia de atención a las mujeres embarazadas y a los niños y niñas menores de un año. El aumento de las afecciones originadas en el periodo perinatal, determinadas por la presencia de factores socioeconómicos, genéticos, de salud, ambientales y los toxicológicos, repercutirán en la salud de los infantes, determinando la gradual presencia de las anomalías congénitas, las cuales harán más difícil el abatimiento de la mortalidad infantil, debido a lo complejo de su atención.

¿Qué pasa en los análisis en los que se está demográficamente estudiando qué pasa con la salud?, las adolescentes y las madres menores de 15 años, mismo que es un problema muy importante y que ya se ha mencionado en otras ocasiones, en relación al embarazo en niñas y adolescentes en el país, reiterando que el gobierno federal y cada una de las entidades federativas tienen la obligación –ya que México ha firmado acuerdos internacionales en este aspecto–, de establecer en sus códigos como edad mínima los 18 años para poder contraer matrimonio legalmente y asegurarse de que dicha ley se lleve a la práctica.

Es preciso que las entidades que aún no han eliminado las dispensas o excepciones para contraer matrimonio antes de esa edad, como: Baja California, Guanajuato, Nuevo León, Querétaro y Sonora, lo hagan a la brevedad, ya que en muchos casos esas dispensas son una puerta para que este hecho continúe ocurriendo, haciendo mención de que no debe haber injerencia de la religión o de dogmas, en virtud de que es lo que legalmente se debe hacer.

Se identifica en ese sentido un aumento importante a nivel nacional, pero también se observa que en entidades como: Guerrero, Chiapas, Coahuila, Baja California Sur, Tamaulipas, Morelos, Yucatán y Campeche prevalecen altos niveles de fecundidad en las niñas y adolescentes menores de 15 años. Se registra que en cinco de estas ocho entidades, hay una relación importante entre las condiciones de marginación, altos niveles de población de hablantes de lengua indígena, usos y costumbres asociados a estos pueblos y elevados niveles de fecundidad.

Los niveles de fecundidad en el país, han mantenido un descenso constante desde finales de la década de 1960, en la cual la tasa global de fecundidad fue de siete hijos por mujer; actualmente, es de 2.21 (estimada para el trienio 2011 a 2013).

Los niveles de fecundidad por tipo de localidad, mantienen un descenso constante, entre lo observado en “ENADID 1977 y 2014”, al bajar la TGF de 3.92 a 2.81 en las localidades rurales y de 2.56 a 2.04 en las urbanas en el mismo



# 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

periodo, por lo que hay que buscar los determinantes sociales que hacen que en las comunidades rurales no disminuya aún más la tasa global de fecundidad.

La escolaridad de la mujer, también es un factor que influye en el comportamiento reproductivo. En el último trienio de la “ENADID 2014” (de 2011 a 2013), la tasa global de fecundidad de las mujeres sin escolaridad es de 3.3 hijos por mujer, mientras que las mujeres con una escolaridad media superior es de 1.79 hijos por mujer.

En México, la mortalidad infantil ha registrado un importante descenso en las últimas décadas. En 1970 morían 68 infantes con menos de un año de edad por cada mil nacimientos; en la actualidad, la tasa estimada para el trienio de 2011 a 2013 es de 14.

¿Qué otro fenómeno está afectando en la migración interna?, es de destacar que 6 de cada 100 migrantes que se fueron a vivir a otra entidad federativa lo hicieron motivados por la inseguridad pública o la violencia, por lo que su porcentaje es cercano al de estudiar y superior al de casarse o unirse, la distribución porcentual que los migrantes presentan por causas de migración y lugar de residencia hasta el 2014, las causas, son: reunirse con la familia, buscar trabajo, cambio de trabajo, estudiar, por inseguridad pública o violencia, se casó o se unió, lo deportaron, entre otras.

También como se sabe se tiene migración internacional, fundamentalmente éstos se van a otros países como EEUU, sin embargo, dentro de esta migración internacional, las entidades federativas que más migran son: Nayarit, Guanajuato, Oaxaca, Quintana Roo y Baja California.

Otro factor que está determinando la salud, es el analfabetismo, en México, en 45 años el porcentaje de personas analfabetas de 15 y más años bajó de 25.8 en 1970 a 5.5% en 2015, lo que equivale a 4 millones 749 mil 057 personas que no saben leer ni escribir, es decir se ha abatido el analfabetismo, sin embargo, no se ha llegado a ser un país completamente alfabetizado, pero si se ha hecho algo. Por género las encuestas muestran que las mujeres tienen mayor grado de analfabetismo y menor grado de número de años de estudios.

El analfabetismo en México, es una deuda social, debido a que “La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura “UNESCO” y “La Comisión Económica para América Latina y el Caribe “CEPAL”, consideran como personas no alfabetizadas a las que tienen 5 años o menos de educación formal, por lo tanto si esto se llevara a la población en lo general, aumentaría el índice de analfabetismo en el País.





# 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

Es muy importante mencionar que las personas que tienen 60 años o más y son analfabetas, les implica limitar la posibilidad de desarrollo de los adultos mayores durante más de 10 años, lo cual incluye desde el punto de vista humano, coartar las posibilidades de crecimiento de la sociedad en general. Todavía más grave es el caso de las mujeres, que constituyen la mayoría de los analfabetos y quienes tienen una esperanza de vida de 78 años.

Es un reto multifactorial: el envejecimiento de la población, porque además hay pérdidas de salud por lesiones en edades medias y avanzadas en México: los resultados a partir de la Carga Global de las lesiones en los adultos de edades medias y avanzadas empiezan a ser reconocidas como un tema prioritario desde la perspectiva de la salud pública, los derechos y el desarrollo humano. En México es un problema cada vez más relevante, debido al progresivo envejecimiento poblacional y a la complejidad del fenómeno.

¿Cómo está México en algunas estadísticas internacionales?, como ya se había mencionado la esperanza de vida al nacer era de 75 años en 2015, en comparación con el promedio de la "OCDE" de 80.6. Si bien la esperanza de vida ha aumentado considerablemente desde 1970, el avance se ha desacelerado desde principios de la década de 2000.

Los mexicanos tienen la segunda prevalencia más alta de obesidad, según estos países y la más alta proporción general de la población con sobrepeso u obesidad, sin embargo, el país tiene también las tasas más bajas de consumo diario de tabaco (7.6% en comparación con el promedio de la "OCDE" de 18.4%) y consume poco alcohol (5.2 litros de alcohol puro anual per cápita en comparación con el promedio de la "OCDE" de 9.0 lts).

Los altos índices de obesidad, junto con otros factores como el poco avance en la reducción de mortalidad por padecimientos circulatorios, las altas tasas de muertes por accidentes de tránsito y homicidios, así como las persistentes barreras de acceso a la atención de calidad, explican por qué las ganancias en esperanza de vida en México se han desacelerado en años recientes, debido a que se está en un país que se ha dicho está en guerra, debido a que se tiene una violencia interna enorme y las muertes por homicidios son muy altas.

Además según grafica se muestra como se está incluyendo la tasa de sobrepeso y obesidad y como está México en relación a otros países, lo que es verdaderamente preocupante, es un tema que se ha tratado reiteradamente en la "ANMM" y es un tema de salud pública que debe abordarse con medidas mucho



# 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

más estrictas, esto mediante campañas y otro tipo de proyectos dirigidos a esta población, desde los niños hasta los adultos mayores.

El acceso a la atención, si bien ha mejorado, de acuerdo a los indicadores que muestran que mejoró significativamente con las reformas del “Seguro Popular”, no ha llegado a tener la cobertura que se quisiera, la calidad de la atención, también tiene algunos indicadores que no ayudan, como es: la atención después de un infarto agudo al miocardio, mismos que son las tasas más altas en la “OCDE” y equivalen al 28% de las admisiones. Al mismo tiempo, México muestra un desempeño relativamente bueno en términos de reducir al mínimo las admisiones hospitalarias.

El gasto en salud promedio, por persona es cuatro veces menor que el promedio de la “OCDE” de 4,003, debido a que el país no está invirtiendo en salud per cápita lo que debería de invertir, en virtud de que el gasto de bolsillo de las familias es muy alto, por otro lado el personal de salud, médicos y enfermeras, no son adecuadas para el número de habitantes, ni de manera urbana, ni rural.

Reflexiones:

Otros factores que están afectando son: Agua, salud y medio ambiente: el alcantarillado y el agua potable, han mejorado, pero es una deuda que todavía se tiene con las poblaciones, sobre todo rurales.

**Dr. Adalberto de Hoyos Bermea, “Multiculturalidad y etnicidad en los cuidados paliativos”.**

La autonomía del paciente, es decir este principio hace que alguien pueda escoger o tenga una opinión importante en el propio tratamiento que quiere recibir, “Daniels” dice que los servicios de salud sean justos, pero esto no tiene que ver estrictamente con la distribución de esos servicios, o sea con el acceso a la misma cantidad de citas, sino que tiene que ver con que esos servicios de salud posibiliten a los individuos desarrollar sus planes de vida y para tales efectos entreguen también los planes de muerte de la persona.

Desde una ética clínica bastante estándar, se pudiera decir que en entornos multiculturales, es importante en los cuidados paliativos, debido a que el componente científico ya no está dedicado a la curación, sino a ofrecer una muerte digna, para que ésta sea de acuerdo a las concepciones que cada persona tiene.



# 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

Es importante que las personas que ofrecen cuidados paliativos desarrollen competencias culturales, como el uso de un intérprete, ya que al tener un paciente que no habla español y que el médico no tenga una conversación con el intérprete o familiar, lo recomendable es que no olvide que su paciente es la persona que no habla y utilice al intérprete para comunicarse con él, porque si no desplaza al paciente que no habla su idioma a un segundo plano.

En Las instituciones de salud se puede hacer una planeación culturalmente sensible, por ejemplo: en hospitales de tercer nivel, cuando se tienen técnicas para la cirugía sin el uso de sangre en el caso de los “Testigos de Jehová” y es donde se está haciendo una planeación culturalmente sensible, pero también en muchos estados existen hospitales interculturales, donde la atención se ofrece de acuerdo a las prácticas de salud de las distintas comunidades indígenas, sin embargo, hay ocasiones en que aquellas que van a involucrar cuidados paliativos y en donde es difícil hacer una planeación cultural, como es el caso de las emergencias, donde el punto medular será la relación que se pueda establecer entre el equipo de salud y el paciente y ahí es donde competencias culturales, la sensibilidad del otro o el dialogo intercultural, permitirán mostrar al otro que su concepción de vida es importante para el personal de salud, mismos que trataran de hacer lo posible para que el desenlace llegue en las mejores condiciones para esa persona.

Los valles centrales de Oaxaca, tienen un 16% de población, mismos que son hablantes de lengua indígena, en su mayoría son, Zapotecos, Mixes y Mixtecos, y en donde se hicieron encuestas y entrevistas para tratar de conocer, cuáles son sus concepciones en torno a la muerte y que tipo de cuidados paliativos serían los adecuados, este trabajo fue encabezado por un grupo multidisciplinario de: médicos, filósofos y científicos sociales, mismos que se dieron a la tarea de estudiar este fenómeno, buscando establecer qué valores serían los más importantes a tener como personal de salud y para preservar los valores de los pacientes culturalmente diversos religiosamente.

Algunos de los principales resultados que se encontraron específicamente para los valles centrales de Oaxaca, fueron: **1)** Los problemas de acceso a servicios de salud y gastos catastróficos, **2)** El 58% estuvo de acuerdo con medidas extraordinarias, inclusive vida artificial, **3)** El 70.5% estuvo en desacuerdo con eutanasia activa o pasiva y **4)** Valores relacionados, con: caridad y piedad estuvieron en contra; justicia a favor.

Hay un acuerdo relevante del 62%, en cuanto a la donación de órganos y cuando los encuestados estaban de acuerdo con la donación de órganos, era porque estaban encaminando su discurso a partir de valores como el interés, piedad o



# 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

valentía, donde todos estuvieron de acuerdo, pero también de forma relevante la voluntad de servicio, la autonomía, por lo que se establece la importancia de estudiar los valores.

Respecto a las entrevistas, aparecieron temas muy importantes, uno de ellos son los cuidadores que normalmente son las mujeres y el apoyo económico que proviene de la familia ampliada, la participación del médico tradicional, normalmente cuando aparece una enfermedad terminal, las personas regresan al médico tradicional, no solo para buscar deshacerse del dolor, sino para empezar tratamientos rituales.

### Conclusiones:

1) Las capacidades culturales deben evitar la discriminación en vez de aislar al paciente, 2) Fomentar una forma de vida cultural, 3) El caso Valles Centrales de Oaxaca; 3.1) Mostrar profundo respeto hacia la persona que muere, 3.2) Honestidad al brindar información, 3.3) Compasión respecto al sufrimiento.

### **Dr. José Antonio Sánchez Barros, “Voluntad Anticipada”.**

La voluntad anticipada, ha existido siempre en la práctica médica, misma que básicamente consiste en la posibilidad de una persona de decir que es lo que quiere o no quiere para el final de su vida, de alguna manera u otra siempre el paciente ha podido establecer sobre todo a las personas más allegadas, como quiere vivir el proceso de su muerte.

El cambio que se está viendo en épocas recientes, es que esa posibilidad ya empieza poco a poco a tener una regulación por parte del derecho, en México la primera ley de voluntad anticipada, fue la “Ley de Voluntad Anticipada para el D.F.” en el 2008, a partir de entonces, distintas entidades federativas han comenzado ese camino legislativo de regular el tema, también lo ha hecho “La Ley General de Salud”, con su reforma de enero del 2009, en el que establece la posibilidad de nombrar un representante y de que la persona pueda también establecer ciertas directivas, para el final de su vida.

El origen de la voluntad anticipada se puede encuadrar a dos aspectos: 1) Al que se le podría denominar, sociológico y filosófico, mismo que se debe a la introducción del principio de autonomía a la relación médico-paciente, a partir de la segunda parte del Siglo XX, el paciente empieza a hacerse responsable de las decisiones que tienen que ver con su vida, con su muerte y con su salud, 2) La otra causa que da origen a la voluntad anticipada, es a la que se le podría



# 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

denominar como el imperativo tecnológico, también en la segunda parte del Siglo XX, a principios de los años 70's, empiezan a surgir las primeras unidades de cuidados intensivos, sobre todo en *Inglaterra y EEUU*, lo que significa que antes procesos que solían conducir a la muerte, ahora son técnicamente controlados, por lo que la palabra desahucio, poco a poco va perdiendo cabida la relación médico-paciente, el mayor número de muertes ya no ocurren en casa, sino en los centros hospitalarios, lo cual hace reflexionar no solamente al equipo médico, sino también al paciente y decir si todo lo técnicamente que ya es posible, si esos procesos que antes solían invariablemente conducir a la muerte, hoy pueden ser controlados y en ese momento el paciente se cuestiona si realmente quiere tener acceso a ellos o no.

Las decisiones al final de la vida, dan lugar a dos posturas extremas, por un lado el mantenimiento a ultranza de la vida, lo cual significa que se debe de defender la vida a toda costa, es decir se deben de utilizar todos los medios técnicos, científicos disponibles y utilizar todo el arsenal de la ciencia para salvar la vida de una persona a cualquier costa. En esta primera postura, está lo que se denomina encarnizamiento terapéutico, ensañamiento terapéutico o bien la obstinación terapéutica y por otro lado está la libre disposición de la vida, cuando la persona que sus niveles de vida o su calidad de vida desciende por debajo de unos, que considera inaceptables.

En la segunda postura se podría ubicar la práctica de la eutanasia o el suicidio medicamente asistido, ambos extremos actualmente están regulados, están prohibidos por la normativa mexicana, el artículo 1661018 de la "Ley General de Salud", prohíbe la práctica de la obstinación terapéutica, lo mismo que hace el artículo 3 de la "Ley de Voluntad Anticipada del D.F." vigente en la CDMX y por otro lado el artículo 166 bis 21 de la "Ley General de Salud" y el artículo 25 de la "Ley de Voluntad Anticipada del D.F.", también prohíbe la practica tanto de la eutanasia como el del suicidio medicamente asistido, lo que lleva como conclusión que la voluntad anticipada no es lo mismo que la eutanasia, la voluntad anticipada no es lo mismo que suicidio medicamente asistido, tan es así que en sistemas jurídicos como el de México, puede existir la práctica de la voluntad anticipada, cuando se prohíbe la eutanasia, el suicidio médicamente asistido, así como la obstinación terapéutica, en virtud de que son temas totalmente distintos.

Es importante señalar que si bien de acuerdo con la norma, cualquier persona puede otorgar su documento de voluntad anticipada, está más recomendado a aquellas personas que ya tienen un diagnóstico conocido, es decir las personas que ya tienen alguna enfermedad crónica, que ya tienen una relación significativa con el médico tratante y es a esas personas que ya les está recomendada la



# 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

voluntad anticipada, en virtud de que y tienen un diagnóstico concreto, ya saben a qué enfermedad se van a enfrentar, el médico ya les ha dado un pronóstico de la enfermedad, etc.

Los estados en los que ya se puede ver una regulación concreta del tema de la voluntad anticipada, son: *Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit y San Luis Potosí*, lo que significa que todavía hay muchos estados en las que no hay ley de voluntad anticipada y que sigue siendo una asignatura pendiente para los legisladores y que el hecho de que no se cuente con una ley de voluntad anticipada, genera incertidumbre e inseguridades jurídicas, en cuanto a su buena práctica, tanto en el ámbito médico como en el jurídico.

Dos aspectos importantes en cuanto a la regulación jurídica de la voluntad anticipada, **1)** La norma permite que la persona que otorga el documento, (que normalmente es ante un notario público) designe un representante y **2)** Es el momento en que son eficaces las disposiciones de voluntad anticipada, es decir, el momento en el que se puede aplicar totalmente lo dicho en el documento de voluntad anticipada a diferencia de lo que ocurre en otros países reguladores de la voluntad anticipada, establecen que lo expresado en el documento, será efectivo, cobrará vigor en el momento en que la persona por cualquier circunstancia no pueda expresar su voluntad independientemente si se encuentra en un estado terminal o no, es decir, a nivel internacional las leyes también incluyen en su práctica a las personas que están en estado de coma, estado vegetativo o estado vegetativo persistente, sin embargo, la mayoría de todas las leyes de voluntad anticipada mexicanas, establecen que el momento en que será eficaz lo contenido en el documento, es cuando la persona entre en estado terminal, lo cual significa que haya muchos cuestionamientos desde el punto de vista bioético, o sea qué se hace con todos aquellos pacientes que no están en etapa terminal y que no obstante no tienen esa posibilidad de decir que es lo que quieren o no, para ese momento especial que están viviendo en relación con su enfermedad.

### **Dr. Uría Medardo Guevara López, “Modelo integral, integrado y sistémico de Cuidados Paliativos en comunidades rurales y pluri-étnicas.”**

Existen unas series de circunstancias que fueron las perspectivas que se tomaron en cuenta para establecer este modelo, **1)** La comisión “*LANCET*” en el 2017, estimó que 61.1 millones de personas requirieron cuidados paliativos en 2015, **2)** La mayoría de ellos viven en países de ingresos bajos y medios con provisión de cuidados paliativos precaria, **3)** A nivel mundial, se estima que solo el 14% de las personas que requieren cuidados paliativos, lo reciben, **4)** En 2040 se espera un



# 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

aumento de la mortalidad, debido a enfermedades no curables, multimorbilidad y complejidad médica.

De esta manera se ha establecido un mapa en donde se puede observar la necesidad de cuidados paliativos por regiones del mundo, por ejemplo: la carga del sufrimiento grave relacionado con la salud se duplicará para 2060, en mayor grado y rapidez en países de bajos ingresos, personas mayores y marginados, la acción global inmediata para integrar los cuidados paliativos en los sistemas de salud es un imperativo ético y económico.

Por lo anterior, se logró que tres grandes organizaciones globales del mundo, se reunirán para firmar la declaración de Berlín en mayo del 2019, misma que fue publicada en enero del 2020, la cual señala que se está en un momento crítico y decisivo y se estima que 61.5 millones de personas en el mundo experimentan grave sufrimiento relacionado con la salud, por lo que los estados miembros de la “ONU” se han comprometido a lograr los 17 objetivos de la “Agenda 2030” para los “Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)”, se cuentan solamente con 10 años para integrar los cuidados paliativos en la cobertura universal de salud como parte de los “ODS”.

Se estimó que había que lograr un índice de calidad de muerte y ya no solamente de calidad de vida, cuestión que se estableció en el marco para lograr y clasificar la evolución de los cuidados paliativos en 80 países, de acuerdo a su cobertura que tienen de atención paliativa y a sus poblaciones que tienen más de 65 años, así como el ver la disponibilidad de recursos que tienen para hacer frente a esta circunstancia, también se pudo ver que si existen o no políticas y la efectividad de su implementación es otro de los factores que intervienen, esto se agrupó en 20 indicadores en cinco categorías.

En paralelo la “OMS”, determinó que existen cuatro obstáculos para lograr una atención paliativa eficaz y eficiente, las cuales son: **1)** Escaso conocimiento acerca de la importancia de los cuidados paliativos, **2)** Los aspectos culturales y sociales, **3)** El lenguaje y **4)** La etnicidad, esto es relevante.

Si se recuerda en las 32 entidades federativas de la república, se hablan numerosas lenguas originarias, por ejemplo: en el Sur-Sureste se habla la mayor parte en lenguas indígenas, por lo que esto es muy importante, debido a que se puede establecer una geografía del dolor y sufrimiento en México y ver que la zona Sur-Sureste es la más necesitada, también se puede ver que en el estado de Oaxaca, se hablan 16 lenguas, en Chiapas 14, en Veracruz 11, 12 en Tabasco y Campeche, 8 en Quintana Roo, 5 en Yucatán, más todas las que se hablan en el



# 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

resto de la república, por lo que se ha determinado que la población rural en el país está en alrededor del 36%, esto aunado al envejecimiento demográfico que se está experimentando, así como el incremento de las enfermedades crónicas degenerativas, hace que se tenga un reto mayúsculo.

En la región de las Américas, se puede ver como si México se compara con otros países, por ejemplo: con *Chile, Costa Rica*, México está por abajo de la media, muy cerca de países con menor desarrollo, como: *Venezuela, Perú, Colombia, Guatemala y la Republica Dominicana*, en general, México está en el país 43 de 80, si aunado a esto se agrega y se analizan a detalle los números que "CONEVAL" ha propuesto para analizar la disponibilidad y acceso que hay a: el agua potable, a la vivienda, a la educación, a la alimentación digna y para aspectos de salud, entonces se puede considerar que existe una relación en condiciones de marginación, vulnerabilidad, pobreza y altos niveles de población de hablantes de lengua indígena, así como, usos y costumbres asociados a pueblos originarios.

Los desafíos en países de escasos recursos, lo primero es la equidad: no dejar a nadie atrás, **1)** Fortalecer un sistema y cobertura sanitaria universal que incluya los cuidados paliativos desde la atención primaria a la salud, **2)** Contar con cuidados paliativos regionalizados centrados en personas con enfermedades no curables de todas las edades.

Las estrategias que se han encontrado son: fortalecer el marco legislativo que facilite el acceso a analgésicos opioides y capacitación para su administración, crear mecanismos que hagan que la atención paliativa sea accesible para quienes la necesitan, augmentar el acceso a los cuidados paliativos basados en el hogar y la comunidad y brindar apoyo a las familias y voluntarios que faciliten el acceso a la atención.

Se tiene que: brindar una atención ética y de calidad, generar la motivación del personal sanitario, educarlo y que sea competente en relación a la atención paliativa, se necesita presupuesto y financiamiento, cadenas de suministro, infraestructura y equipamiento, buena gobernanza y reglamentación eficaz y una comunidad informada y con conciencia pública, por lo que se considera que hay que proponer y aceptar un sistema integral integrado de cuidados paliativos, respetando las culturas, así como las lenguas originarias de las comunidades, esta atención tiene que ser de calidad.

Que de alguna manera se fortalezcan los sistemas de salud estatales, hasta lograr una cobertura universal integral, se necesita impulsar los cuidados paliativos,





# 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

*hacia los “Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)”, garantizar que las personas y comunidades multiculturales y pluriétnicas tengan el derecho al bienestar con dignidad, contar con servicios de salud que incluyan cuidados paliativos sin gastos catastróficos, cerrar la brecha al acceso del alivio del dolor y cuidados paliativos como un imperativo ético.*

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](http://www.anmm.org.mx)***