DR. ÉCTOR JAIME RAMÍREZ BARBA

LEGISLANDO LA SALUD

DESDE LA CURUL 083, UN COMPROMISO CIUDADANO

CÁMARA DE DIPUTADOS
LXV LEGISLATURA

CONSEJO EDITORIAL
H. CÁMARA DE DIPUTADOS

CONSEJO EDITORIAL
H. CÁMARA DE DIPUTADOS
CONSEJO EDITORIAL
H. CÁMARA DE DIPUTADOS

CONSEJO EDITORIAL
H. CÁMARA DE DIPUTADOS

LEGISLANDO LA SALUD

DESDE LA CURUL 083,
UN COMPROMISO CIUDADANO

DR. ÉCTOR JAIME RAMÍREZ BARBA

CÁMARA DE DIPUTADOS
LXV LEGISLATURA

CONSEJO EDITORIAL
H. CÁMARA DE DIPUTADOS

Primera edición, 2024

Catalogación en la fuente. Dirección de Bibliotecas, Cámara de Diputados
Nombre: Ramírez Barba, Éctor Jaime, autor
Título: Legislando la salud : desde el curul 083 un compromiso ciudadano / Éctor Jaime Ramírez Barba [ilustraciones Francisco Javier Domínguez Garibaldi]
Pie de imprenta: Ciudad de México : Cámara de Diputados, Consejo Editorial, LXV Legislatura, 2024
Descripción: 407 p. : ilustraciones
Identificadores: ISBN 978-607-8962-35-8 (Cámara de Diputados)
Temas: México. Diputado Federal (2018-2021, Ramírez Barba) - informes | Práctica parlamentaria |Oratoria política
Asientos secundarios: Domínguez Garibaldi, Francisco Javier, ilustrador

---

Clasificación Dewey: 328.72092 R1731l 2024

ISBN formato impreso: 978-607-8962-35-8
ISBN del formato digital: 978-607-8962-32-7

Formación: María Fernanda Cid del Prado Mena
Diseño de portada: María Fernanda Cid del Prado Mena

LXV Legislatura de la H. Cámara de Diputados
Av. Congreso de la Unión, Núm. 66
Alcaldía de Venustiano Carranza
Col. El Parque, C.P. 15960, Ciudad de México
Edificio C, Piso 2, Mezanine interior de la Biblioteca
Tel. 5036 0000 Exts. 51091 y 51092
www.diputados.gob.mx

Impreso en México - Printed in Mexico.

Esta es una publicación de distribución gratuita y con fines de difusión cultural.
Queda prohibida su venta

MENSAJE DEL CONSEJO EDITORIAL

Si he logrado ver más lejos ha sido porque he subido a hombros de gigantes. [1]

¿Has escuchado esta frase? El libro que tienes entre tus manos es eso, por un lado, la referencia colaborativa de los que antecedieron a esta obra, es decir: todos los pensadores, autores, investigadores y escritores que estuvieron antes, así como todo el conocimiento que cada libro recoge en sus líneas; y por otro lado, el resultado de un esfuerzo colectivo entre los involucrados en su producción; desde los servidores públicos presentes en el proceso de coordinación, administración, edición e impresión, hasta tú ciudadano, que con tus impuestos contribuyes a dicha posibilidad. En el Consejo Editorial nuestra esperanza y anhelo son que cada una de nuestras publicaciones se convierta en los lentes para mirar más lejos, y adquirir una mejor perspectiva de la realidad con un sentido crítico e informado que se sustente, en el fomento a la preservación de la memoria política e histórica, y a la cultura legislativa de nuestro país.

Conformados por un diputado consejero de cada grupo parlamentario en la Cámara de Diputados, el Consejo Editorial se erige como un órgano técnico plural, que busca darle cabida a estas aspiraciones, por medio de acuerdos en consenso, para seleccionar los libros que conforman el acervo de este sello editorial, que llegan como ejemplares gratuitos de calidad, a la mayor cantidad posible de ciudadanos. Es por ello que la comercialización del libro que tienes en tus manos constituye en sí misma un delito. Evitar su venta nos compete y beneficia a todos.

Ex Libris
CONSEJO EDITORIAL
H. CÁMARA DE DIPUTADOS

1 Frase que se le atribuye a Isaac Newton, aunque su verdadero origen aún se debate.

H. CÁMARA DE DIPUTADOS
LXV LEGISLATURA

Mesa Directiva
Dip. Marcela Guerra Castillo
Presidenta

Dip. Karla Yuritzi Almazán Burgos
Dip. Joanna Alejandra Felipe Torres
Dip. Blanca María del Socorro Alcalá Ruíz
Vicepresidentas

Dip. Brenda Espinoza López
Dip. Diana Estefanía Gutiérrez Valtierra
Dip. Fuensanta Guadalupe Guerrero Esquivel
Dip. Nayeli Arlen Fernández Cruz
Dip. Pedro Vázquez González
Dip. Jessica María Guadalupe Ortega de la Cruz
Dip. Olga Luz Espinosa Morales
Secretarios

Junta de Coordinación Política
Dip. Jorge Romero Herrera
Presidente y Coordinador del Grupo Parlamentario del PAN
Dip. Jorge Romero Herrera
Coordinador del Grupo Parlamentario del PAN
Dip. Rubén Ignacio Moreira Valdez
Coordinador del Grupo Parlamentario del PRI
Dip. Carlos Alberto Puente Salas
Coordinador del Grupo Parlamentario del PVEM
Dip. Alberto Anaya Gutiérrez
Coordinador del Grupo Parlamentario del PT
Dip. Jorge Álvarez Máynez
Coordinador del Grupo Parlamentario de MC
Dip. Luis Ángel Xariel Espinosa Cházaro
Coordinador del Grupo Parlamentario del PRD

Consejo Editorial

Dip. José Gerardo Rodolfo Fernández Noroña
Presidente

Dip. Hirepan Maya Martínez
Grupo Parlamentario de MORENA
Dip. Carolina Beauregard Martínez
Grupo Parlamentario del PAN
Dip. Brasil Alberto Acosta Peña
Grupo Parlamentario del PRI
Dip. Javier Joaquín López Casarín
Grupo Parlamentario del PVEM
Dip. Julieta Mejía Ibáñez
Grupo Parlamentario de MC
Dip. Ana Cecilia Luisa Gabriela Fernanda Sodi Miranda
Grupo Parlamentario del PRD

Mtra. Graciela Báez Ricárdez
Secretaria General
Lic. Hugo Christian Rosas De León
Secretario de Servicios Parlamentarios

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas
Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública
Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género
Centro de Estudios de Derecho e Investigaciones Parlamentarias
Centro de Estudios para el Desarrollo Rural Sustentable y la Soberanía Alimentaria
Dirección de Servicios de Investigación y Análisis

Dra. Jani Galland Jiménez
Secretaría Técnica
Mtro. Andrés Gualito Sandoval
Coordinación editorial y administrativa
C. Jazive Jazmín Reus Arcos
Asistencia parlamentaria
C. Adriana Arely Salazar Gómez
C. Anselmo Sánchez Salazar
C. Miguel Ángel Sánchez Carrera
C. Fernando Tapia Hernández
C. Hugo Razo Becerril
Inventario

ÍNDICE

Introducción 19

Prólogo 23

Grafito sobre Encabronamiento 26

Ilustración: “Neoliberales hipócritas” 27

1. El cáncer y los hombres 28

2. La debacle del sistema público de salud: El Dr. Soberón y López-Gatell 31

3. Ensanut 2021: ¿Sirve de Algo? 34

4. INSABI: La Institución Emblemática del Fracaso en la Cuarta Transformación 37

5. En Resumen: ¡Hacemos Milagros! 40

6. CONEVAL y Salud hacia el 2023: ¿Alguien hace caso? 43

7. Nueva oportunidad para servir a México 49

8. Ley de Coordinación y Continuidad Asistencial en Salud: Otra Maroma 52

9. Epidemia de la obesidad: un enfoque integral 57

10. Circo de Tres Pistas en Salud 60

Ilustración: ¿“Como anillo al dedo”...? 63

11. Poliomielitis: Defensa a Nuestro Alcance 64

12. Garantizar la atención nutricional en niños 67

13. Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor 74

14. Cumbre Global UNITE 2022 77

15. Donación de Órganos y Sociedad 80

16. Donación de órganos, una necesidad nacional 83

17. Manejo Integral de la Diabetes 87

18. Organismos Neonatos en Salud y PEF 2023 89
19. Ucrania, como el Fénix, el ave 92
20. Organismos Neonatos en Salud y PEF 2023 95
Ilustración: "¿Continuidad Bolivariana?" 99
21. Qué manera de legislar 100
22. Trabajo del Futuro y el Derecho a la Desconexión Digital 103
23. Cannabis: Ni Agitada ni Mezclada 106
24. "Salus populi suprema lex est": Dictadura Sanitaria 108
25. La 4T aumenta los riesgos para los mexicanos 111
26. Daga Azucarada y la Educación para Proteger el Futuro 114
27. La Oportunidad de Servir 117
28. Mercado de la Cannabis Medicinal 119
29. Nuevos medicamentos para enfermedades crónicas 124
30. Lo que nos habían dicho, no es 127
Ilustración: "El seguro popular... pura corrupción" 130
31. Velando armas en defensa de la libertad 131
32. Salud, Comercio y Propiedad Industrial 133
33. Efecto Cicatriz 137
34. Indicadores de Calidad en Cuidados Paliativos 139
35. Receta Electrónica 142
36. Tamiz por el futuro de la niñez 145
37. To be, or not to be... Síndrome de Guillain Barré 148
38. Medicina de Precisión en la Prevención del Suicidio 151
39. Louis Pasteur y la Rabia 154
40. Diabetes y COVID-19: Lo Desconocido 156
Ilustración: ¿"Dictadura sanitaria"? 160
41. Reinvención Responsable e Incluyente 161
42. Gran salud, 'Fuera de la Matrix' (Parte I) 165
43. IMSS: Superávit o Negligencia 168
44. Gran Salud, 'Fuera de la Matrix' Parte II 171
45. Suicidio, cuidados paliativos, cuestión de vida o muerte 173

46. De ocurrencias a incertidumbres 176
47. Cáncer en México: lo que no dice el INEGI 179
48. Grasas trans: Un Paso Más 183
49. Epístola de Zoé Robledo para el Mundo 186
50. Falsas noticias o noticias falsas 189
Ilustración: "¿Superávit o negligencia?" 193
51. Coneval cantinflesco 194
52. Vacunas a la deriva cuestan vidas 197
53. INSABI, el Irresponsable Ejecutor 199
54. Es Tiempo de ConocEr y ReconocEr 203
55. Propiedad Intelectual en México 206
56. UNITE: La Hepatitis no Puede Esperar 209
57. Límpiate las manos 212
58. Del fentanilo para uso médico y el amigo de los abrazos 215
59. Diálogo con AMLO y su Impacto en el Dolor 218
60. Disección anatómica del dolor crónico 222
Ilustración: "¡Porque digo yo!" 225
61. Inteligencia Artificial en Salud: Un Mercado Explosivo 226
62. A Morena y su Coordinador en Guanajuato 228
63. Saboteadores del Plan Nórdico de Salud 231
64. Parlamentarios en la Salud para Todos 235
65. Médico Clínico versus Funcionario Público 238
66. Catafixia de Cigarrillos por Vapeadores 240
67. Día Nacional de la Prediabetes 243
68. Prematuridad 246
69. Insabi... La ridícula idea de no volver a verte 248
70. INSABI: "Requiescat in pace" ¡Atención, Gobernadores! 251
Ilustración: "Yo les tengo confianza" 255
71. Convenio de Estambul: ¿Ya merito firmamos? 256
72. Apoye, no castigue 259
73. Fomentar el Diálogo Respetuoso 261

74. La Pandemia y la Constitución 265
75. Pena de muerte y la participación médica: Una indignante realidad 268
76. Insuficiencia cardíaca: un problema subestimado en México 271
77. Legislación de vacunas ante el fin de la pandemia 273
78. Salud Mental y Adicciones 276
79. Otra Mentira Más Que Dañará la Calidad en Salud 279
80. López-Gatell: Atendemos 35 Mil Enfermedades 281
Ilustración: "Ya no hay desabasto" 284
81. Diabetes: la Buena, la Mala y la Peor 285
82. Algo Huele Mal en Dinamarca 288
83. ¡Normas o plomo! 291
84. COVID-19: El Plan de Vacunación en México Frente al Rigor Científico de la FDA 293
85. Métricas que Importan para la Acción en Salud de la Población 296
86. Inteligencia Artificial en Salud: Innovación y privacidad en Juego 299
87. Consejo de Salubridad General: ¡Con la cuchara grande! 302
88. Magnus Ser, Aldim y Enfermedades Raras 304
89. Un Clamor por la Libertad Sanitaria 307
90. La Soledad, un problema de salud 310
Ilustración: "Feliz, feliz, feliz! 313
91. Un Sexenio de Acceso Acelerado en Enfermedades Crónicas 314
92. Medicamentos y Promesas Vacías: Ni 'Chana' Ni 'Juana' Han Cumplido 317
93. El infarto al corazón en México: Un reto nacional urgente y la ruta hacia la solución 319
94. Muerte doméstica y cuidados de soporte 323
95. Lactancia Materna: Hacia un Futuro Más Saludable 326
96. Internet en la salud: Revolución en la atención médica 329
97. Contratiempos y Desafíos en el Camino hacia la Salud Univer- 332

sal en México
98. La buena salud parece inalcanzable 335
99. Soberanía y Salud: La Posverdad de López-Gatell 338
100. Agenda Legislativa Sanitaria 2023-4 342
101. Zoé Robledo: Entre la Gestión en Salud y las Aspiraciones Chiapanecas 345
102. 5to. Informe de Gobierno y el deber ser del sistema de salud 349
103. Guardia Nacional de la Salud 353
104. La Gesta de los Huipiles: Beatriz y Xóchitl 356
105. #5AñosDeFracasos Estado de Derecho y Salud 359
106. Trampantojo Presupuestal 2024 en Salud 362
107. México Merece Ser Más Sano 365
108. FONSABI, la gran simulación 368
109. Edward Jenner, del inventor de las vacunas al COVID-19 372
110. Centro Nacional de Trasplantes, Avances y Retos 375
111. "Entre Penumbras y Olvidos: El Difícil Legado Social de López Obrador" 378
112. Proteger la Salud de los más vulnerables 381
113. Escudo para nuestro futuro y Latidos en riesgo 384
114. La delicada balanza entre derechos fundamentales 387
115. Moderna, Nobel de Medicina 2023 y Derecho a la Salud 390
116. La Eutanasia a escena ... otra vez 393
117. Reflexiones sobre la Comercialización del Cannabis 396
118. La Salud en Jaque por el Saqueo Silencioso 399

Agradecimientos 404

a Nena

INTRODUCCIÓN

Imagina un viaje por los pasillos de uno de los espacios más emblemáticos del país, el palacio Legislativo de San Lázaro. Desde la curul 083, he tenido el privilegio de servir como tu representante en la LXV Legislatura del H. Congreso de la Unión, bajo la bandera del Partido Acción Nacional.

Cada día, he llevado conmigo tus voces, tus inquietudes, y las esperanzas de numerosas personas, asociaciones, colegios y entidades de nuestra sociedad. Como resultado, he presentado cuarenta y nueve iniciativas y treinta y dos puntos de acuerdo, centrados en su mayoría en la transformación y mejora de nuestra salud pública.

Este libro es un espejo de esa labor, y a través de él te invito a recorrer una selección de las 118 columnas que he escrito para periódicos como AM y El Economista. No solo son reflexiones, sino también un registro histórico de los desafíos y victorias que hemos enfrentado en el ámbito de la salud.

Más que una serie de textos, estas páginas representan un compromiso. Un compromiso que he reafirmado en cada entrega, desde “25 puntadas en Salud” en 2004, pasando por “Caleidoscopio” en 2017, hasta “Contestatario” en 2022. A través de ellas, he aprendido, he crecido y me he reinventado, guiado siempre por los comentarios invaluables de personas como tú.

Es mi esperanza que este libro te ofrezca una perspectiva fresca y profunda sobre el sistema de salud mexicano. Pero, sobre todo, que te inspire a creer en la posibilidad de un futuro más saludable y equitativo para todos los que llamamos a México nuestro hogar.

PRÓLOGO

Dentro de las vastas salas del Palacio Legislativo de San Lázaro, donde resonaban los ecos de debates apasionados y la historia se escribía en cada decisión, la curul 083 tenía una particularidad. No sólo era una silla física donde se tomaban decisiones, sino que también representaba un compromiso profundo con los ciudadanos, una responsabilidad que yo, como diputado habitante de dicha curul, he llevado con seriedad y pasión.

"Legislando la Salud desde la curul 083, un compromiso ciudadano" no es simplemente un compendio de columnas. Es el reflejo de un trabajo constante, una labor incesante que busca traer a la luz los aspectos más críticos, los desafíos y las posibles soluciones en el ámbito de la salud en nuestro país. A través de estas páginas, el lector encontrará análisis profundos sobre la situación actual, críticas constructivas y propuestas viables para mejorar la salud de los mexicanos.

En este volumen compilatorio, se exploran temas que van desde la problemática del cáncer en hombres, el estado de nuestra infraestructura sanitaria, las epidemias actuales y

las respuestas gubernamentales, hasta análisis sobre figuras clave en el panorama de la salud pública mexicana. Cada una de las 115 columnas es una ventana a los desafíos que enfrentamos y, a su vez, una llamada a la acción.

He considerado vital mantener a mis electores y al público en general informados sobre lo que ocurre en la Cámara de Diputados, especialmente en lo que respecta a la salud. Semana tras semana, he comunicado mis opiniones, análisis y propuestas a través de estas columnas, convirtiéndolas en un puente entre la política y la ciudadanía.

El objetivo de este libro es, ante todo, crear conciencia y provocar reflexión. Las decisiones tomadas en la Cámara afectan a millones, y es esencial que los ciudadanos estén informados y sean partícipes activos en la construcción de un sistema de salud más justo y eficiente.

Invito al lector a sumergirse en estas páginas, a cuestionar, a debatir y, sobre todo, a unirse a este compromiso ciudadano por una salud digna para todos. Porque desde la curul 083, y en cada rincón de este país, trabajamos juntos por un México más sano.

GRAFITO SOBRE ENCABRONAMIENTO

En un país donde la corrupción y la decadencia moral de un hombre son celebradas por sus seguidores, yo, como uno de los 130 millones de mexicanos al borde del abismo, me esfuerzo por fomentar la crítica y la acción en mis círculos sociales y profesionales.

El autócrata emergente se fortalece, cooptando la voluntad popular, intimidando al poder legislativo mediante amenazas y sobornos, pervirtiendo a las fuerzas armadas para garantizar su lealtad incondicional y convertirlas en una ominosa cuarta esfera de poder; y con esfuerzos implacables por desmantelar el equilibrio judicial, aspira a un control absoluto sobre el destino de la nación.

Es una nación asediada por crisis sanitarias, catástrofes económicas, falacias educativas, desolación en el campo y un sinfín de calamidades que golpean con más fuerza a los menos afortunados.

Como si necesitara más poder, las ciudades, carreteras, fronteras y hasta las esperanzas están sofocadas bajo el fuego cruzado del crimen organizado, un quinto poder que, en la práctica, despeja su camino y le proporciona recursos teñidos de sangre.

Pido perdón a las ratas al compararlas con este nefasto personaje que dirige al país hacia la ruina. Por ello, incapaz de impactarlo directamente o afectar lo que pueda atesorar, canalizo mi frustración a través del grafito sobre el papel, dejando constancia de mi indignación. Mientras tanto, persisto en mis labores cotidianas; a diferencia de él, trabajo y contribuyo positivamente a la sociedad en la medida de mis capacidades.

Dr. Francisco Javier Domínguez Gabrialdi

ILUSTRACIÓN: “NEOLIBERALES HIPÓCRITAS”

De lo que no puedo plasmar en las paredes: Una hipócrita imagen de viejito simpático, de afable preocupado por los pobres mientras esconde la desnuda y horrible figura del criminal indolente. Y se atreve a escupir: “neoliberales hipócritas”.

Dr. Francisco Javier Domñinguez Garibaldi

1. EL CÁNCER Y LOS HOMBRES

13.08.2022 | El INEGI dio a conocer las diez principales causas de muerte desglosadas por sexo ocurridas de enero a junio de 2021. En las mujeres (M) ocurrieron 55,437, y en hombres (H) 89,716 fallecimientos por COVID-19, siendo la primera causa de muerte. La segunda fueron las enfermedades del corazón, con 51,276 (M) y 62,617 (H) muertes. La tercera fue la diabetes mellitus, con 36,056 (M) y 38,355 (H) muertes. Por último, la cuarta causa fueron los tumores malignos, ocasionando 22,714 (M) y 21,482 (H) defunciones.

La esperanza de vida al nacimiento en 2021 en nuestro país fue de 75.4 años; en las mujeres, 78.2 y en los hombres, 72.5 años (5.7 años menos). Esta diferencia significativa es causada por el índice de sobremortalidad masculina: mueren en promedio 128 hombres por cada 100 mujeres en los últimos 28 años.

Para tener una magnitud, señalaré el número de defunciones por cáncer de mama en todo el país de los últimos tres años (2019, 2020 y 2021): 7,527; 7,816 y 7,925. Por cáncer de próstata, 6,927; 8,037 y 7,955 respectivamente. En Guanajuato, por cáncer de mama, han sido 395, 356 y 376 defunciones. Por cáncer de próstata, 291, 352 y 385 respectivamente.

Un tema que nos debe hacer reflexionar sobre qué medidas debemos tomar para prevenir o minimizar el riesgo de ocurrencia del tumor es la edad en que están ocurriendo las defunciones. En el cáncer de mama, de 30 a 34 años el 2%, escalando cada cinco años a: 4%, 7%, 11%, 12%, 13%, 12%, 10%, 9%, 7%, 5% y 6.5% en las de 85 años y más. En el tumor

de próstata, de 50 a 54 años con 1%, luego 3%, 6%, 10%, 14%, 18%, 20%, y 26% de 85 años y más.

Estimado lector, tener a la mano y utilizar las cartillas nacionales de salud, para hombres y mujeres de 20 a 59 años y adultos mayores de 60 años y más, es muy recomendable para tener una lista de cotejo mínima de los cuidados que su proveedor de servicios médicos le tiene que otorgar y usted exigir para prevenir o detectar a tiempo diversas enfermedades, entre ellas los tumores malignos.

El Centro de Control de Enfermedades (CDC) recién difundió que los hombres presentan cáncer y mueren por esa causa en tasas más altas que las mujeres, como ya ocurre en nuestro país; señalando que se puede reducir la probabilidad de ciertos tipos de cáncer. Señalan que la mayoría de los cánceres tardan años en aparecer y hay factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que usted tenga un cáncer.

A mayor edad, mayor la probabilidad y el envejecimiento no es un factor de riesgo que podamos controlar, pero sí hay acciones que se pueden hacer todos los días para evitar tenerlo, tomando decisiones saludables y haciéndose las pruebas de detección que sean adecuadas.

De las decisiones saludables, dejar de fumar es una de las más importantes para reducir el riesgo de cáncer. El tabaquismo causa cánceres casi en cualquier parte del cuerpo. Si no fuma, asegúrese de mantenerse alejado del humo de segunda mano de otras personas. Los rayos ultravioleta del sol o de fuentes artificiales como una cama o cabina bronceadora, o lámpara solar, pueden causar cáncer de piel, el tipo de cáncer más común. El consumo de alcohol aumenta el riesgo de tener cinco tipos de cáncer, incluido el

de hígado y el colorrectal. Por último, casi el 40% de todos los cánceres están asociados al sobrepeso y a la obesidad.

De las pruebas de detección para cáncer colorrectal se recomienda iniciar a los 45 años y hacerlas hasta los 75 años de manera regular, se pueden hacer en casa o en el consultorio. Si usted tiene entre 50 y 80 años de edad, y fumó un paquete de cigarrillos al día por 20 años o dos paquetes por diez años, y si fuma ahora o ha abandonado el hábito en los últimos quince años, debe hacerse una tomografía axial computarizada (TAC) con dosis bajas cada año.

Para detectar cáncer de próstata, que es un cáncer que crece lentamente, se recomienda una prueba de sangre llamada prueba de antígeno prostático específico, a partir de los 45 años, y en decisión recomendada por su médico, realizar ultrasonido y, en su caso, biopsia del tejido prostático.

La buena noticia es que ahora con la medicina de precisión se pueden tratar los cánceres con decisiones terapéuticas de forma personalizada, es decir, en función de las características genómicas y moleculares del tumor de cada paciente, dando mayor eficacia y menos toxicidad. Les invito a disminuir los factores de riesgo y detectar tempranamente el cáncer para tratarlo oportunamente.

2. LA DEBACLE DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD:

EL DR. SOBERÓN Y LÓPEZ- GATELL

18.08.2022 | La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2021 sobre COVID-19, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública y recién publicada, dio a conocer los resultados de la debacle de los servicios públicos de salud durante la presente administración de gobierno: un desastre para los servicios, los servidores públicos de la salud, los enfermos y para la totalidad de la población.

La información fluye a lo largo de las 123 páginas del documento, y evidencia, de manera contundente, el desmantelamiento de los servicios públicos de salud durante los últimos cuatro años, tanto de la población con atención a la seguridad social como de los servicios a la población en general, revelando la catástrofe sanitaria propiciada por el actual gobierno de la cuarta transformación.

En lugar de responder a los resultados de la Encuesta, el subsecretario Hugo López-Gatell ha preferido cometer el múltiple error de emitir un discurso difamatorio contra el Doctor Don Guillermo Soberón Acevedo, quien fuera insigne Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México y luego Secretario de Salud que impulsó e hizo posible el establecimiento a nivel constitucional del derecho a la protección de la salud y la conformación de un sistema de salud a cargo de las instituciones públicas nacionales, estatales y municipales. López-Gatell ha salido a afirmar falsamente que el Dr. Soberón hubiera diseñado y puesto en marcha un proyecto de privatización de la salud

en México. Nada hay más retorcido y grotesco que esa afirmación, que ofende la memoria del Secretario Soberón y a todos quienes hemos sido servidores públicos de la salud y conocemos y reconocemos su labor y esfuerzo en beneficio de México y de los mexicanos.

El discurso de López-Gatell incurre también en el error de intentar tapar el sol con un dedo. Ha sido el gobierno de la llamada cuarta transformación el que ha privado de servicios de salud a la mayoría de la población, de manera injusta, más aún con la población que menos tiene y a la que ofrecieron un futuro de atención médica de alta calidad, de las mejores del mundo, y que la ENSANUT 2021 ha puesto en su lugar: una debacle del sistema público de salud sin precedentes desde 1812. Bastan los siguientes cuatro datos acerca de los nefastos resultados del gobierno del presidente López Obrador en materia de salud.

Hace diez años, el 39% de las personas acudía a servicios privados y sociales de salud. Actualmente, ese porcentaje es del 54%. Más de la mitad del total de la población no ha podido acceder a servicios públicos de salud durante esta administración de gobierno.

Ese porcentaje se agrava en el caso de la población sin seguridad social, de la cual el 66% tuvo que recurrir a servicios sociales y privados. Dicho de otro modo, debido a los errores y a la deficiente gestión de este gobierno, los servicios públicos de salud han dejado de atender al 66% de la población que no tiene los beneficios de la seguridad social. Hace cuatro años era el 31%. Ahora, dos de cada tres personas se han quedado sin acceso.

En estos últimos años, la gestión de los servicios públicos de salud ha logrado empobrecer a la población. El con-

junto de los gastos que realizan las familias para atender sus necesidades de salud es actualmente del 68.3%, cuando hace cuatro años era del 48%. La desprotección económica para la salud en las familias se incrementó en un 40%, con más intensidad en los más pobres.

Únicamente se ha vacunado al 30% de las niñas y niños de entre uno y dos años, cuando en gobiernos anteriores se alcanzó el 80%. Bajo la responsabilidad del actual gobierno, el alcance de la vacunación infantil a nivel nacional ha disminuido del 80% al 30%, poniendo a nuestra infancia, más de 8 millones nacidos en su administración, en situación de riesgo por enfermedades que son prevenibles por vacunación y que han tenido presupuesto, incluso este año, que han subejercido.

El gran error de López-Gatell ha sido pretender imputar al Dr. Guillermo Soberón Acevedo un proyecto de privatización de la salud que nunca existió. Es este gobierno de la cuarta transformación el que se ha encargado de privatizar los servicios de salud de la peor manera, privando de servicios públicos indispensables a la población.

Estimados lectores, no se trata únicamente de estas evidencias de la debacle, se trata de la realidad del sufrimiento y del dolor humano cuando se encuentra más vulnerable, pues su salud física, mental o espiritual están afectadas. El sufrimiento de la población por la falta de servicios y de atención médica es inconmensurable. Las muertes en exceso sí son medibles. La conducta negligente de la actual cúpula de autoridades de salud del gobierno federal, encabezadas por López-Gatell, ha redundado en más de 700 mil muertes en exceso, cientos de miles de familias enlutadas y miles de hijos sin padres que tendrán un futuro más difícil.
El fracaso del INSABI y las múltiples medidas absurdas que

este gobierno sigue adoptando sobre las rodillas en materia de salud permiten anticipar que muy lamentablemente la situación y las consecuencias únicamente habrán de empeorar.

Concluyo que las manifestaciones de López-Gatell en contra del Dr. Guillermo Soberón, mexicano ilustre, no solamente son una desvergüenza y un desatino, sino que son un signo de que este gobierno está recurriendo a la vileza y a las mentiras para tratar de encubrir los daños que está causando a la población.

3. ENSANUT 2021: ¿SIRVE DE ALGO?

20.08.2022 | Datos, datos y más datos sobre la salud de los mexicanos desde hace más de 25 años, obtenidos a través de encuestas nacionales de la Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública. ¿Tantos datos han servido para algo? ¿Se deben tomar decisiones de políticas públicas a partir de ellos? Creo que sí.

Hace unos días se presentó la Ensanut continua 2021 (agosto-noviembre) habiendo tomado incluso medidas como el peso y la talla, así como muestras sanguíneas en diferentes grupos de edad: Menores de 5 años; de 5 a 11 años, de 11 a 19 años y de 20 años y más, informando de las características del hogar en una muestra de 12,619 hogares de representación nacional, donde Guanajuato se ha destacado como el único que aporta recursos para que haya una muestra de representación estatal (1,090 hogares), y felicito por ello al Gobernador Diego Sinhue y al Secretario Daniel Díaz.

Expongo algunos de los hallazgos y diferencias encontradas entre lo Nacional (Nal) y Guanajuato (Gto). Los hogares usan leña como combustible para cocinar 13% Nal y 5% Gto. Este indicador debe servir para que las autoridades de los tres niveles de gobierno mejoren las viviendas y la calidad de vida de estas familias; no debemos olvidar que después del tabaquismo, una de las fuentes de cáncer de pulmón es la contaminación del humo de leña, y que por cierto, el gobierno de la 4T quitó el apoyo financiero al Instituto Nacional de Cancerología para atender esta neoplasia que predomina, como es lógico, en las mujeres. Se tiene ya la base de datos. Al menos de los hogares encuestados. ¡A trabajar!

De las necesidades de "atención médica" (señaladas en la encuesta como de "salud") el 20% de 43,724 personas Nal y 22% de 3,955 personas Gto reportaron alguna necesidad, buscando atención 88% Nal y 87% Gto, encontrándola 87% Nal y 85% Gto, siendo eventos de enfermedad aguda 48% Nal y 47% Gto. Se atendieron en los servicios públicos el 40% Nal y 39% en Gto.

Estos datos deben ser sustento para saber, por ejemplo, por qué de los derechohabientes del IMSS -que pagan su seguridad social- solo el 61% Nal y 58% Gto se atendieron en alguna de sus instalaciones, pagando de sus bolsillos al acudir el 39% Nal y 42% Gto a servicios privados.

Similar situación se informó del ISSSTE, donde los trabajadores al servicio del Estado acudieron para atenderse en sus establecimientos el 51% Nal y 38% Gto, gastando de su peculio para atenderse en servicios privados y sociales el 49% Nal y 62% Gto. En nuestro Guanajuato se ha documentado el abandono presupuestal y por ende de medicamentos, laboratorio y auxiliares diagnósticos suspendidos por falta de recursos. Estos hallazgos confirman lo informado en registros más amplios que se reportan en el Tercer Informe del Gobierno Federal.

Estos datos deben poner ¡a trabajar! a los representantes obreros y patronales en los órganos tripartitos de la Seguridad Social, y tomar acciones que corrijan de fondo el fenómeno de abandono con disminución de todos los recursos humanos, materiales y auxiliares de diagnóstico, que hacen que un trabajador tenga doble tributación, pagar sus cuotas y luego servicios privados.

Mención especial merece la simplista, sesgada y absurda interpretación declarativa del imperdonable López Gatell a nombre del gobierno de la 4T, que quiere "cerrar" los servicios sociales y privados. ¡A trabajar! Desde aquí le digo que vea el desastre que está haciendo con los servicios de salud, de manera puntual le manifiesto que es responsabilidad federal absoluta normar que los servicios de salud tengan seguridad y calidad, tanto en instalaciones, productos como profesionales.

Si los servicios sociales o privados, aislados, dentro de instalaciones hospitalarias o adjuntos a farmacias cumplen con ella ¿cuál sería la razón de la amenaza de cerrarlos? Debe saber que en nuestro país todos pueden ejercer la actividad que deseen, siendo lícita, como es el caso informado en la Ensanut.

Le señalo al gobierno federal como ejemplo vivo de "hágase la voluntad en los bueyes de mi compadre" el requisito impuesto -y bien impuesto- de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados para poder conveniar con los servicios públicos; pero no se exige a los servicios públicos que estén certificados para poder atender a los mexicanos con acceso efectivo y calidad. ¡A trabajar! Si los servicios públicos no están certificados, que los otorguen los servicios que sí lo estén.
Concluyo con estos breves datos existentes en la Ensanut, que están disponibles para todos y que sí sirven. ¡A trabajar! pues han puesto al desnudo también la falta de vacunas y de

vacunación, de medicamentos, de infraestructura y del alza de enfermedades crónico-degenerativas. ¡A trabajar!

4. INSABI: LA INSTITUCIÓN EMBLEMÁTICA DEL FRACASO EN LA CUARTA TRANSFORMACIÓN

23.08.2022 | Ayer, me dirigí al Maestro Juan Ferrer Aguilar, en nombre del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, para darle una cordial bienvenida a la mesa de trabajo de la Comisión de Seguridad Social. También lo invitamos a acudir a la Comisión de Salud, un llamado que hasta ahora ha quedado sin respuesta, en la esperanza de que se sume antes de que el INSABI, la "Institución insignia del fracaso de la cuarta transformación", desaparezca por completo.

Insignia del fracaso, así es como lo denominamos, debido a que, después de más de cuatro años desde su concepción, solo se ha plasmado en la Constitución un grandilocuente y vacío "Sistema Nacional de Salud para el Bienestar". Su único objetivo, según el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, es proporcionar servicios de atención médica en todo el territorio nacional a las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE.

Sin embargo, este calificativo se sustenta en la gestión incompetente de sus funcionarios. A pesar de contar con un "bono inicial" de 40,000 millones de pesos y un fondo fiduciario con más de 100,000 millones de pesos, se han producido recurrentes subejercicios presupuestarios que han dejado al sector de la salud con carencias de personal, infraestructura, medicamentos e insumos, perjudicando a la población más necesitada.

Otro aspecto que añade peso a esta Insignia del Fracaso es haber caído en la "tentación de lo imposible", al prometer de manera populista servicios y medicamentos de primer mundo sin tener ni siquiera un respaldo presupuestario planificado. Esto llevó a las renuncias del Secretario de Hacienda, el Director del IMSS y la Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sistema de Salud.

Desde su inicio en 2020, el INSABI también ha generado controversia al cobrar cuotas de recuperación que prometieron eliminar. El 8 de enero de 2020, ante las quejas de la población, el propio Juan Ferrer reconoció que, por ley, la atención de primer y segundo nivel estaría completamente cubierta, pero que en el tercer nivel se aplicarían cuotas de recuperación en los centros nacionales de salud. Esto generó una clara contradicción con lo prometido y provocó descontento.

Otra crítica se refiere a la falta de transparencia y coherencia en sus declaraciones, lo que socava aún más su credibilidad. Cambios de rumbo repentinos, como retractarse de sus declaraciones anteriores para seguir prometiendo servicios gratuitos, han aumentado la incertidumbre y trasladado los costos de estas promesas incumplidas a la población más vulnerable. Esta situación se refleja en el Censo de Población y Vivienda, que informó de 35 millones de mexicanos sin acceso a servicios de salud, así como en el aumento del 58% en el gasto de bolsillo según la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares, lo que ha empujado a muchas familias hacia la pobreza. La Encuesta de Salud y Nutrición también ha destacado una cobertura de vacunación inferior al 29%.

Además, el INSABI ha permitido que, bajo la cuarta transformación, la Secretaría de Hacienda retire más de 60,000 millones de pesos del Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI) con el propósito de destinarlos a otros fines que no están relacionados con la salud. Esto ha dejado a los más pobres sin atención médica en dos aspectos cruciales: la incapacidad para atender nuevas enfermedades con el

dinero destinado a gastos catastróficos y la falta de atención para más de 5 millones de niños y niñas que antes estaban cubiertos por el Seguro Médico Siglo XXI, un programa que se ha eliminado.

La gestión del INSABI ha estado plagada de errores y desaciertos, lo que ha llevado al presidente López Obrador a redirigir su único objetivo, que era proporcionar atención médica en todo el territorio nacional a las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE, al programa IMSS-Bienestar.

El INSABI ha seguido una política basada en ocurrencias, con falta de planificación y sin una base financiera sólida. Esto se ha visto reflejado claramente en Nayarit, un ejemplo del desastre que se avecina. El gobernador de Nayarit reconoce una deuda de más de 5,000 millones de pesos, lo que ha llevado a que el Congreso autorice la venta de toda la infraestructura de salud para pagarla. El IMSS "convenia" con Nayarit y posiblemente con el INSABI para expandir la cobertura de salud, mientras Nayarit asume la responsabilidad de acuerdo con la Ley General de Salud y la Constitución estatal. Esto ha generado una creciente fragmentación en el sistema de salud.

Además, se ha impulsado la creación de un "Organismo Público Descentralizado" (OPD), que se espera esté regulado por la Ley Federal de Entidades Paraestatales. Sin embargo, hasta la fecha, estas declaraciones han sido informales y parecen estar fuera del marco legal existente, generando preguntas significativas.

Estas preguntas incluyen: ¿Se considerará el valor del INSABI en la infraestructura de salud de Nayarit para cancelar su deuda? ¿La infraestructura que era propiedad del gobierno federal y se transfirió a Nayarit en 2000 se adquirirá mediante la propuesta de reventa? ¿Es ético revender instalaciones, mobiliario y equipos financiados con fondos federales, estatales y municipales, así como donaciones de comunidades, que inicialmente se utilizaron para construir

unidades médicas? ¿Cómo se ajustará esto a las normas de contabilidad gubernamental? ¿Quién será el propietario de la infraestructura en caso de que Nayarit no aporte los recursos estatales requeridos? ¿Qué papel desempeñarán los sindicatos federales y estatales en la protección de los derechos de los trabajadores? ¿Se planea modificar la Ley de Coordinación Fiscal para asignar directamente el ramo 33 al IMSS-Bienestar? ¿Se cambiará la Ley General de Salud para eliminar el INSABI o reducir su función a la redistribución de recursos y financiamiento del FONSABI? En conclusión, ofrecí al Maestro Ferrer las capacidades e iniciativas que el Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional ha presentado en el Congreso en el ámbito de la salud en beneficio de México. Propusimos una gran alianza para diseñar un nuevo sistema de salud que fortalezca la atención médica pública y reorganice la atención médica de las personas, integrando todo el Sistema Nacional de Salud y otros actores que influyen en los Determinantes de la Salud. Tenemos la voluntad y el compromiso de ser una oposición constructiva y esperamos que se sumen a esta importante tarea para el bienestar de todos los mexicanos en este gran país.

5. EN RESUMEN: ¡HACEMOS MILAGROS!

27.08.2022 | El Foro Internacional de los "Días H" del 23 y 24 de agosto fue un espacio de reflexión en torno a la situación de los cánceres hematológicos en México y el mundo donde participaron pacientes, familias, cuidadores y organizaciones como la Asociación Pro-Trasplante de Médula Ósea coordinadora del evento (*https://uni2.org.mx/medula-osea*); así como especialistas nacionales e internacionales.

En México se registran más de 18,000 nuevos pacientes de cánceres hematológicos; siete de cada diez son diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad; 4 de cada 10 familias destinan sus ingresos para atender a su enfermo por falta de cobertura en el sector público.

Los avances en investigación y desarrollo en cáncer han sido inmensos, por tanto, se demandan tratamientos de alta complejidad y costos elevados con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales, tanto a nivel personal como familiar.

En una mesa se discutió el papel del Fondo de Gastos Catastróficos (hoy FONSABI), la disminución del presupuesto en salud, los cambios en el proceso de adquisición de medicamentos y la concurrencia de la pandemia en el manejo de los pacientes con cáncer hematológico. Al término de la misma, le preguntaron al médico que ejerce en uno de los hospitales más especializados en el manejo de cáncer que hay en México, después de oir las deficiencias que existen ¿nos puede decir cómo le hacen para atenderlos? La respuesta que imaginé nunca llegó; después de un largo silencio contestó: En resumen, ¡Hacemos Milagros!.

La misma semana acudió a la Cámara de Diputados Juan Ferrer, último director del Seguro Popular y actual director del INSABI, diciendo bajo protesta de decir verdad, que a pesar "que ya se compraron todas las medicinas que se necesitan", ¡estas no llegan a los hospitales! haciendo creible el testimonio del médico que ¡Hacen Milagros!.

La cadena de errores que causan horrores por la falta de medicamentos que además son elementos críticos en los pacientes con cáncer hematológico inició con nombrar a la Oficialia Mayor de Haciencia con nula experiencia en el ramo de la salud que debiera comprar dos mil millones de piezas para un año.

Luego se designó al INSABI quien contrató a la UNOPS (*https://proyectosaludmexico.org/*) después de haber pasado por fallas y torpezones en 2019 y 2020. Otro error fue eliminar a los distribuidores y designar a BIRMEX como agente único logístico para distribuir los medicamentos resultando en un fracaso absoluto.

Otro fue la sustitución del Cuadro Básico de Insumos para la Salud ordenado por nivel de atención aun mamotreto llamado Compendio, el INSABI en su primer pedido y por la prisa e ignorancia, incluyeron la adquisición de "Ranitidina" un medicamento con alerta sanitaria; medicamentos sin registro sanitario vigente e incluso medicamentos que ya no se producían en el país, por mencionar solo algunas pifias.

Utilizar la plataforma Ambiente para la Administración y Mejora de Atención en Salud (AAMATES) para "consolidar el pedido" fue otra falla por no saberlo utilizar. Los productores de medicamentos y los datos muestran que las cantidades que medicamentos que pretendían adquirir comparadas con las compras habituales del sector salud eran o muy altas o muy bajas.

Si el INSABI pasó ese compendio con estos errores a la UNOPS, imagino los esfuerzos que tuvieron que hacer ajustar, corregir, verificar y luego, renegociar cantidades corriendo el proceso de adquisición y quizá explique el porqué no lograron cumplir las metas a las que se habían comprometido. ¿Sirve o no el AAMATES?

La distribución es ahora el malvado de la película a decir de Juan Ferrer. Ya lo había denunciado quien esto escribe, que al utilizar una estrategia centralizada eliminando el sistema existente era un error. No saben planificar y los contratos de los operadores logísticos fueron tardíos, con mal diseñado estratégico, con tardanza en las adjudicaciones, con cambios justo en los procesos de entrega que requirieron recalendarizarlas llegando al desabasto de medicamentos

del cuál hemos sido víctimas. Además es un sistema que carece de trazabilidad, es decir, no hay seguimiento de la cadena de distribución desde el momento en que lo recibe el distribuidor hasta que ¿llega? a las unidades de salud, situación más compleja lo es los cambios de distribuidores por licitaciones repetidas.

Todo lo anterior ha generado la situación de la que aún no logramos salir, es decir: no hay abasto suficiente y la mayoría de las compras las realizan directamente las entidades del sector, por fuera del trabajo de la UNOPS, comprando a precios mucho mayores. La Auditoría Superior de la Federación y la Secretaría de la Función Pública deberán ver a fondo la gestión del INSABI que ha creado un verdadero caos. Deben corregir el rumbo, IMSS-Bienestar incluido.

Hago un reconocimiento a todos las familias, médicos y enfermas convocándolos a que continúen ¡haciendo milagros!.

6. CONEVAL Y SALUD HACIA EL 2023: ¿ALGUIEN HACE CASO?

31.08.2022 | El próximo 8 de septiembre, el Ejecutivo Federal tiene la obligación de presentar el paquete fiscal para el año 2023, por cierto, el penúltimo de esta administración. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), órgano autónomo constitucional, presentó en días pasados el documento "Información para el proceso presupuestario 2023" con la finalidad, dicen los que tienen como lema "Lo que no se mide no se puede mejorar", de proporcionar información útil y sustantiva que contribuya a la toma de decisiones de las personas que participan en la integración del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2023.

En dicho documento se presenta el panorama del desarrollo social en México con una selección de indicadores que permiten observar algunos aspectos relevantes sobre la situación económica general, los niveles de pobreza y el acceso efectivo a los derechos sociales, así como las brechas que presentan los grupos históricamente discriminados en el contexto actual.

Los criterios metodológicos del análisis de los programas y acciones federales de desarrollo social se integran en 120 fichas de programas y acciones federales del ejercicio fiscal 2022. Puntualizan aspectos relevantes a considerar durante la integración del PEF 2023, formulados con base en la evidencia generada por el CONEVAL mediante estudios y evaluaciones en la materia. La pregunta de fondo, estimados lectores, es ¿Alguien le hace caso al CONEVAL? Veamos.

Este 2022 hay 29 programas sociales coordinados por alguna institución de salud en México. 13 son operados por la Secretaría de Salud -INSABI incluido-, 9 por el ISSSTE y 7 por el IMSS y su programa IMSS-Bienestar. De prestación de servicios son 22, cuatro con lineamientos de operación y solo tres están sujetos a reglas de operación.

En el PEF 2022 original se les asignó a los 29 programas 540,308.6 millones de pesos, lo que representa el 41% del presupuesto total asignado a programas sociales. Sin embargo, tres programas concentran el 72% del total del presupuesto asignado al Sector Salud. Se trata de los programas E011 "Atención a la salud" coordinado por el IMSS (259,600 mdp), el U013 "Atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral" (77,600 mdp) operado por el INSABI y el E023 "Atención a la salud" (51,600 mdp) operado por la Secretaría de Salud.
Cabe resaltar que de los 29 programas sociales coordinados por alguna institución de salud en México, 12 (41.4%) identifican con claridad tanto a su población objetivo como el problema que buscan resolver en ella, 14 (48.3%) deben

mejorar el planteamiento de alguno de los dos elementos de su objetivo central (ojo: no lo han hecho en los años que ya llevan de gobierno), 3 (10.4%) no definen con claridad ni su población objetivo ni el problema público que les dio origen; uno de ellos es el U013 manejado por el INSABI.

Analicemos en detalle lo señalado en las fichas de programas específicos, contrastemos con las recomendaciones del CONEVAL y, partiendo del supuesto que la tendencia hace la moda en estadística, veamos si el Gobierno federal hace caso, aunque, dicho sea de paso, tiene el menor porcentaje de gasto en salud proveniente de fuentes públicas (49.3%), ya no digamos con los países de la OCDE, sino de Latinoamérica por debajo de Colombia (77.5%), Costa Rica (73.9%) y Chile (60.6%). Veamos con un poco de detalle lo que ocurre con los Programas de "Atención a la Salud".

Del programa de Atención a la Salud E044-ISSSTE, señala que disminuye la presencia de enfermedades transmisibles no controladas y su mortalidad asociada, a través del otorgamiento de servicios con calidad en las modalidades de atención de urgencias, consulta externa general y consulta externa especializada, así como mediante la atención hospitalaria general y de especialidad oportuna y eficaz, a los trabajadores del Estado, pensionados y sus familias, ofreciéndose durante todo el año. Que su población objetivo son las personas que "demandarán" los servicios otorgados en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención, habiendo estimado 1,388,875 personas y atendieron 1,563,039 personas (113% más). Sin embargo, el presupuesto asignado disminuyó de 33,847 mil millones de pesos (mdp) a 25,835 mmdp, ¡24% menos! Los indicadores que miden el programa son la razón de muerte institucional señalando un cumplimiento de metas del 83% y las tasas de mortalidad por hipertensión arterial sistémica, cáncer y diabetes mellitus, asignándose el cumplimiento de metas del 100 por ciento.

Con tal insuficiencia presupuestal, la alta prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial en adultos, así como el número de derechohabientes que se atendieron en la medicina privada y social consumiendo medicamentos e insumos en el mismo sector reportados por la Ensanut COVID-19 2021, y, por último, la tasa de mortalidad en exceso informada por el INEGI tanto en 2020 como en 2021, hacen no creíble -por no decir irrisorio- estimados lectores el cumplimiento de las metas reportadas por el ISSSTE.

Identifico al menos tres recomendaciones del CONEVAL que tendríamos que ver en el Proyecto del PEF 2023 relacionados con el ISSSTE: 1) Es necesario, en el corto plazo, atender las brechas de financiamiento entre subsistemas de salud para asegurar el acceso universal efectivo a un sistema de salud de calidad y así resolver los retos en el acceso y disponibilidad de servicios en los tres niveles de atención. 2) Es fundamental diseñar e implementar estrategias enfocadas a reducir el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en salud de los hogares, especialmente, para población vulnerable. Y 3) Se requieren estrategias de prevención y promoción de la salud que permitan disminuir la saturación de los servicios de atención secundaria y terciaria, y, de esta forma, mejorar la calidad de atención reflejada en los tiempos de espera, en la disponibilidad de consultas y en el tratamiento oportuno de enfermedades. Debo referir desde ahora mi pesimismo, debido a que la estructura programática presentada por la SHCP no incorpora nuevos programas para esta institución.

Del Programa de Atención a la salud E011-IMSS, señala que contribuye a otorgar atención a la población derechohabiente de todos los grupos etarios, mediante acciones de prevención secundaria, como diagnóstico clínico y paraclínico; tratamiento farmacológico y no farmacológico; quirúrgico; de sustitución o de sostén; de prevención terciaria dirigida a la rehabilitación física, mental, social y de cuidados paliativos en unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención; así como a incrementar la esperanza de vida

al nacer. Que su población objetivo son los derechohabientes adscritos a unidades de medicina familiar, clínicas y hospitales, vigentes. Titulares con más de un puesto de trabajo, que reciben más de un pago por concepto de pensión y los adscritos como titulares y beneficiarios de otro titular; habiendo estimado 59,321,565 personas y atendido al 87.65% de ellos. El financiamiento creció en un 10.70%, de 215,380 mmdp en 2020 a 278,281 mmdp. A diferencia del ISSSTE, el IMSS solo tiene un solo indicador orientado a resultados, que es la tasa de incidencia (número de casos nuevos) de enfermedades crónico degenerativas "seleccionadas" en derechohabientes del IMSS y la lograron en un ¡100%! Los mismos argumentos que señalé con el ISSSTE aplican para el IMSS. Además, hay que resaltar que son millones de mexicanos -trabajadores, patrones y cuota social- los que teniendo Seguridad Social, no están adscritos a ninguna unidad de medicina familiar.

Del Programa de Atención a la Salud E023-Salud se dice que proporciona atención hospitalaria y ambulatoria de alta especialidad a la población que la demanda o es referenciada, sin restricciones sociales, laborales, de género o de otro tipo, con énfasis en la población vulnerable sin seguridad social, en las unidades médicas que integran la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), para mejorar las condiciones de salud de la población. Como población objetivo, las personas posibles de atender en el año de reporte con el uso más eficiente y eficaz de los recursos humanos, materiales y tecnológicos "disponibles en la institución". Las personas objetivo eran 1,103,228 y atendieron al 85.91%. El presupuesto se incrementó en un 63%, pasando de 26,288 mmdp en 2020 a 42,877 mddp en el 2021. Tiene dos indicadores orientados a resultados, el primero el porcentaje de Diabetes Mellitus controlada (79% de cumplimiento) y el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación (100% de cumplimiento).

Los comentarios hechos para el ISSSTE y para el IMSS aplican para la Secretaría de Salud. Es de resaltar que para el mismo programa de atención a la salud se utilicen indicadores de resultados tan diferentes por un lado, y el reporte sobreestimado en exceso del "éxito del programa".

Otros comentarios del CONEVAL que aplicarían sería el seguir avanzando en el establecimiento de un mecanismo que permita la integración del sistema de salud para reducir su fragmentación; si no se puede por instituciones, deberían homogeneizar los indicadores en las tres instituciones y quizá en el programa S038-IMSS-Bienestar dado el papel que está asumiendo en Nayarit.

Una ausencia en la evaluación del CONEVAL fueron aquellos servicios de salud prestados por la Sedena, Semar, Pemex, ISSEMYM, ISSTECH, ISSSTELEON, ISSSTESON, ISSSTECALI e ISSFAM, Cruz Roja Mexicana, Servicios Médicos Municipales y Universitarios, que sumados derechohabientes y recursos es una cantidad más que razonable para saber cuál es el valor adicional y las áreas de mejora que aportan al sistema.

Concluyo esta columna aspirando a que al menos el Ejecutivo Federal y sus autoridades en Salud le hagan caso al CONEVAL y revisen aquellos indicadores en salud que no miden resultados (27), que ajusten algún complemento para medir resultados (1) y, de los solo 25 que miden resultados, se revise la metodología de fondo para evaluarlos, pues es notorio a la luz de los últimos censos y encuestas antes citadas, que estamos lejos de tener un sistema de salud que aspire a hacer efectivo el derecho a la salud señalado en nuestra Carta Magna. En la H. Cámara de Diputados continuaré luchando porque haya más pesos para la salud y más salud por cada peso invertido.

7. NUEVA OPORTUNIDAD PARA SERVIR A MÉXICO

03.09.2022 | El Congreso de la Unión inició su segundo año legislativo hace dos días, y creo sin duda alguna que es una nueva oportunidad para servir a México, tanto para quien escribe esto como para los 628 integrantes del mismo. El mismo día, el Ejecutivo Federal presentó formalmente su cuarto informe del estado que guarda la administración pública federal, y el día 8 de este mes presentará el paquete fiscal sustentado en el Plan Nacional de Desarrollo 2020-2024, de donde ingresarán los recursos y a dónde se dirigirán en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

En esta ocasión, comentaré la política nacional de desarrollo social, el enfoque aparente de atención de la actual administración al tener como consigna "Primero los pobres". Para ello, ha dispuesto en este 2022 la friolera de 3,404 millones de pesos (65% del Gasto Programable o sea disponible). Se incluyen acciones que permitan superar la pobreza a través de la educación, salud, alimentación nutritiva y de calidad, generación de ingresos y empleo, autoempleo y capacitación; seguridad social y programas asistenciales; desarrollo regional; infraestructura social básica; y fomento del sector social de la economía.

La política social debe permitir que toda la población viva en un entorno de bienestar, creando condiciones para que cada persona pueda acceder de manera efectiva a sus derechos sociales, económicos, culturales y ambientales, considerados fundamentales para alcanzar el desarrollo individual y colectivo.

El derecho a recibir una educación inclusiva, pertinente y relevante que asegure los niveles educativos obligatorios, ya sea para insertarse en la vida social o continuar los estudios

de nivel superior, requerirá esfuerzos presupuestarios adicionales tanto para la asistencia presencial como para igualar el acceso y la disponibilidad de tecnologías de la información (conectividad y equipos) en los planteles educativos y en los hogares, tanto en zonas urbanas como rurales.

Focalizar en la población de 3 a 29 años con ingresos inferiores a la línea de pobreza que asiste a la educación pública obligatoria a fin de otorgarles becas es importante, dado que ha disminuido en los últimos dos años. Las inequidades en los grupos étnicos y lingüísticos deben ser consideradas para presupuestar de manera regional.

El derecho hacia el nivel más alto de salud física, mental y social debe recuperar la atención, tratamientos e intervenciones suspendidas en enfermedades crónicas degenerativas y los síndromes post COVID prolongados. La atención a la salud mental, donde la depresión, ansiedad y estrés postraumático por la muerte de más de 800 mil compatriotas y el impacto económico que tuvieron en sus hogares, llevando a millones a un nivel de pobreza mayor.

Avanzar en la cobertura universal de servicios esenciales requerirá una mayor inversión del gasto público en salud; mejorar el abasto y distribución de medicamentos; evitar una mayor fragmentación de los sistemas públicos, incluyendo IMSS-Bienestar e Insabi; fortalecer el sistema de salud pública en inteligencia y vigilancia epidemiológica; adquirir y mantener los equipos de especialidad en calidad óptima y, sin duda, mejorar el sistema de atención primaria a la salud en las comunidades dispersas del país.

La alimentación que satisfaga las necesidades de dieta, teniendo en cuenta la edad, salud y condiciones de vida, se vio afectada durante la pandemia por la disminución en la disponibilidad de alimentos, los sobreprecios y la interrupción de cadenas de suministro.

Esto afectó el derecho a la alimentación nutritiva y de calidad, y se informó de su carencia en el 22.5% de la población, siendo mayor en los hogares con jefatura femenina (23.3%) e indígenas (35.2%). Lo mismo ocurrió entre la población con discapacidad, llegando a ser hasta el 32.4%.

Se requiere una atención prioritaria con programas orientados a la población que históricamente ya contaba con condiciones de mayor vulnerabilidad, sin condicionamientos de ningún tipo. Los criterios de zonas de atención prioritaria (ZAP) no deben ser la única regla de focalización, dado que existen hoy datos desde el nivel de vivienda y censos de estos grupos de mexicanas y mexicanos para ser subsidiarios y solidarios en el apoyo.

Disponer de una vivienda digna que no ponga en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas, con seguridad jurídica de su tenencia, con materiales y diseños de calidad; bien ubicada y con acceso a servicios básicos y complementos funcionales y suficientes, ubicadas en barrios o colonias seguras, con espacios comunes, áreas verdes y calidad comunitaria, es una tarea prioritaria de políticas públicas y presupuesto, dado que disminuyó en un 4%, mientras que el porcentaje de viviendas rentadas o prestadas aumentó por motivos económicos.

Disponer de políticas públicas para activar el trabajo, fortalecer la economía y apoyar el derecho a una vivienda digna debe ser un llamado a la acción en el paquete fiscal.

En lo personal, doy gracias por esta nueva oportunidad para servir a México y buscar recuperar el rumbo con mejores políticas sociales, las cuales no han dado los mejores resultados.

8. LEY DE COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SALUD: OTRA MAROMA

06.09.2022 | El 31 de agosto pasado, el Ejecutivo Federal creó por decreto el Organismo Público Descentralizado (OPD) denominado "Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar)", sepultando con ello la primera criatura creada por el presidente López Obrador, en su papel de "doctor Frankenstein", para llevarnos cual Prometeo a la ideologizada Salud Nórdica, el "Instituto de Salud Pública para el Bienestar" (Insabi). Esto se hizo a través de una iniciativa presentada por el otrora coordinador del grupo parlamentario de Morena, Mario Delgado, en unión de diputados y senadores, entre ellos el actual gobernador de Nayarit, Miguel Ángel Navarro Quintero, en julio de 2019. Dicha iniciativa fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de ese mismo año.

Apenas transcurrieron tres días desde el entierro del Insabi o el nacimiento del quizá malformado OPD IMSS-Bienestar a través de una maroma que ignoró la Ley General de Salud, cuando la presidenta de la Comisión de Seguridad Social y excomisionada del también sepultado "Seguro Popular", la diputada Angélica Ivonne Cisneros, presenta una iniciativa para crear la Ley de Coordinación y Continuidad Asistencial en Salud. Es otra maroma más en la planificación sobre las rodillas en salud, que ha costado ya cientos de miles de vidas debido a la negligencia criminal de este gobierno de la cuarta transformación, y de ella les quiero comentar, estimados lectores.

La iniciativa tiene como propósito regular la coordinación asistencial institucional en salud para garantizar la atención médica de las personas de acuerdo a su necesidad de salud,

con oportunidad, calidad e independencia de su condición de derechohabiente, así como la continuidad de dicha atención, evitando interrupciones en su tratamiento (artículo 2º), sin modificar ninguna de las leyes que regulan las instituciones de salud y de seguridad social vigentes. Esto llama la atención por el mecanismo financiero que las rige, surgiendo la pregunta de si la diputada Cisneros Luján lo hizo por cuenta propia o se la hicieron (la iniciativa) en el Ejecutivo. Dado que ella es muy influyente dentro de Morena, se dice en el radiopasillo que es la "maga de las encuestas" que proporciona resultados para puestos de elección popular. Se manda la señal a sus correligionarios de que es propuesta del Ejecutivo, quien en esta ocasión determinó que no fuera su coordinador, el diputado Ignacio Mier, quien lo hiciera, debido a los conflictos que tiene con el también morenista gobernador Miguel Barbosa, de Puebla.

Me inclino a pensar que se la hicieron y con premura, pues llama la atención que siendo en su caso una iniciativa que complementaría desde el Congreso el decretazo del Ejecutivo del IMSS-Bienestar, tenga errores burdos de numeración del articulado a partir del Capítulo V, donde reinicia con el artículo 21º, debiendo ser ya el 28º. Ivonne Cisneros tiene un perfil controlador, por lo que es extraño que no haya notado el error en una iniciativa en la que colocó su firma en todas las hojas. Esto es de fácil corrección durante la elaboración del dictamen, que espero no sea votado rápidamente la próxima semana, pero habla de la improvisación que ha sido constante en el Gobierno federal.

De su exposición de motivos me adelanto a concluir que dicen verdades a medias o mentiras completas para sustentar esta ¡nueva ley!, como ha sido costumbre basarlas con ideología o datos puestos a modo, en lugar de utilizar evidencias y datos duros para justificar el porqué de la necesidad y el mecanismo por el cual se opta a fin de garantizar el derecho a la salud de manera efectiva.

Verdad a Medias 1: Desde el párrafo primero se dice que México tiene un sistema público con marcada inequidad como consecuencia de su conformación histórica, destacando las relativas a la cobertura de servicios de salud y la capacidad resolutiva de las diversas instituciones que segmentaron a la población entre aquella con derecho a la seguridad social por contar con un empleo "estable" y la excluida de la misma, que para el año 2020 representaba alrededor del 38% del total, utilizando como fuente el Censo de Población y Vivienda 2020.

Evidencia 1: Es cierto que el Sistema Nacional de Salud desde sus orígenes protegió primero a los sindicatos del régimen en turno, creando el IMSS y el ISSSTE, incluyendo algunos estados donde los sindicatos gubernamentales crearon servicios estatales como en el estado de México y Sonora. Siempre han sido fuertes los servicios médicos de las fuerzas armadas y marina, hoy protegidos por la Ley del ISSSFAM. Luego se dieron servicios especiales al poderoso sindicato de Pemex y, por último, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, para los desheredados, quien tuvo una organización descentralizada, partiendo de los servicios coordinados de salud pública a los institutos estatales de salud pública, todos ellos OPD. Quedando bajo la coordinación hasta hoy de la Secretaría de Salud los hospitales regionales de alta especialidad y los institutos nacionales de salud. Omitió decir que el gobierno de la cuarta transformación recibió, según el Consejo Nacional de Evaluación, una población con carencia de acceso a los servicios de salud del 16.2%, creciendo al 28.2% (12% más) en tan solo dos años. La cifra real, responsabilidad del Insabi según la Ley General de Salud al 2020 según el Censo sería: del total que reportó afiliación (92 millones 582 mil 812 personas), Insabi 35.5%, institución privada 2.8%, Otra Institución 1.2%, más 33.5 millones sin cobertura, dan más de 70 millones de personas o el 55.6% de la población total. También omite que las evaluaciones del Coneval al Programa Seguro Popular fueron siempre muy positivas en su aporte al cubrir la carencia del Derecho a la Salud.

Verdad a Medias 2: El párrafo dos destaca que una de las consecuencias más negativas de la fragmentación del sistema de salud ha sido la imposibilidad de optimizar la infraestructura física, el equipo disponible, el personal, los medicamentos y los insumos médicos ante necesidades de salud de la población, donde priva la "propiedad institucional de los mismos", encontrándose con situaciones en las que, a pesar de existir camas disponibles y otros recursos en un hospital, no pueden utilizarse por otro subsistema por razones de carácter financiero y administrativo. Describe luego que esto sustentó los dichos del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024.

Evidencia 2: No aporta ningún dato que sustente tal afirmación y solo es un apunte teórico de lo ya conocido. Omite decir que nuestro país tiene los indicadores en salud más bajos de la OCDE tanto en financiamiento público de salud, número de camas, médicos, enfermeras, por citar algunos, y de los más altos en gasto de bolsillo de la población. Los informes de las instituciones muestran que los indicadores de servicios otorgados están al tope por dos razones. La primera es porque los recursos humanos son escasos para cubrir todos los servicios (a veces tienen solo la plantilla de arranque) y en otros porque están saturados de pacientes como los Institutos nacionales. Esto, sin contar que millones de derechohabientes ni siquiera están registrados en el IMSS o ISSTE a nivel de consultorios y, por tanto, no utilizan sus servicios de por sí saturados, como lo informa el presidente López Obrador en su cuarto informe de Gobierno. Además, omite decir que nuestro país tiene 188,691 localidades menores de 15,000 habitantes donde habitan 45.7 millones de personas, donde no hay ninguna duplicación de infraestructura, siendo atendidos (sin acceso efectivo) por el IMSS-Bienestar (1 millón) y el resto por el INSABI o los servicios estatales de los estados que no se adhirieron como Guanajuato, Chihuahua, Aguascalientes, Tamaulipas, Jalisco y Nuevo León. Introduzco por último que omiten señalar cuánto recurso han dedicado a mantener la infraestructura ya existente, sobre todo, las unidades móviles tan requeridas en aquellas poblaciones rurales y

urbanas donde la distancia y el tiempo para llegar al siguiente nivel de atención superan los 60 minutos por el medio de transporte habitual.

Concluyo esta columna comentando que continuará la próxima semana, pues tan solo he contrastado las verdades a medias de los primeros tres renglones, donde es muy evidente que construye la diputada Ivonne Cisneros una narrativa ideologizada del mismo modo que el Plan Nacional de Salud presentado por el Ejecutivo en el documento uno, no el del documento presentado también al Congreso hecho por el hoy exsecretario de Hacienda y Crédito Público, el Dr. Carlos Urzúa, quien renunció por dignidad dos meses antes de la desaparición del Seguro Popular, al estar en desacuerdo con las políticas públicas impuestas por el inquilino del Palacio Nacional. Les adelanto también que comentaré el sustento teórico de esta nueva Ley, que tiene como base conceptual la autoría de la proponente Ivonne Cisneros en ocho de las diez referencias utilizadas.

Habría que hipotetizar si quiere ser propuesta como la siguiente secretaria de Salud Federal o al menos ocupar la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, que está vacante desde la renuncia de la Dra. Asa Cristina Laurell en 2019. También haré pronósticos sobre si la Ley propuesta estará bajo la custodia legislativa de la Comisión de Salud que preside el diputado morenista Emmanuel Reyes Carmona, dado que el fondo del financiamiento son los Ramos 12 y 33, o con la Comisión de Seguridad Social bajo la presidencia de la proponente, dado que se anula al sempiterno ausente secretario de Salud, Dr. Carlos Alcocer, a quien dejan como vocal de la junta de Gobierno que presidirá el director del IMSS Zoé Robledo Aburto con el omnipotente voto de calidad responsable de la salud de los mexicanos de este país.

Por último, de aprobarse en Diputados y pasar la minuta al Senado, ¿no se habrá arrepentido de su renuncia como director del IMSS en mayo del 2019 el actual senador independiente Germán Martínez Cázares, al ver el tamaño del pastel?

9. EPIDEMIA DE LA OBESIDAD: UN ENFOQUE INTEGRAL

10.09.2022 | Los resultados de la nueva Encuesta de Salud y Nutrición 2021 sobre Guanajuato, recién publicada, han revelado datos alarmantes que indican que las tasas de sobrepeso y obesidad han alcanzado proporciones epidémicas. La Organización Mundial de la Salud define la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo. Hoy en día, esta condición representa una seria amenaza para la salud pública en la mayoría de los países del mundo.

La obesidad afecta negativamente al bienestar físico, mental y, en la mayoría de las culturas, al bienestar social. Es la causa de trece tipos diferentes de cáncer y se encuentra entre las principales causas de muerte y discapacidad.

Los resultados de la nueva Encuesta de Salud y Nutrición 2021 sobre Guanajuato, recién publicada, han revelado datos alarmantes que indican que las tasas de sobrepeso y obesidad han alcanzado proporciones epidémicas.

En menores de 5 años se encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 5% (26 mil 100 niños). Para la población escolar de 5 a 11 años, la prevalencia de sobrepeso fue del 18.7% (150 mil niños) y el 22% tenía obesidad (179 mil niños). 41 de cada 100 niños guanajuatenses tienen sobrepeso u obesidad. En la población de 1 a 4 años, se reportó un consumo habitual de bebidas endulzadas (86%) y botanas (61%), cifras muy cercanas o incluso mayores que algunas alimentos saludables como lácteos (68%) y frutas (60%). Para los escolares de 5 a 11 años, la proporción que consumió bebidas endulzadas fue del 96% y el 68% consumió botanas dulces y postres, mientras que el 77% consumía agua de manera habitual.

La prevalencia de sobrepeso (22.7%, 201 mil adolescentes) y obesidad (18.8%, 166 mil adolescentes) en la población de 12 a 19 años se encontró en 41.6%, lo cual resulta compatible con el porcentaje de adolescentes que reportaron consumir bebidas endulzadas de manera habitual (95%), proporción que resulta mayor a la encontrada para el agua (67%).

La prevalencia de sobrepeso (34.1%) y obesidad (40.5%) en población de 20 años y más se encontró en un 73%. En cuanto al consumo del grupo de alimentos de manera habitual, se reportó que una importante proporción consume alimentos no recomendables como las bebidas endulzadas (87%).

Se necesita un enfoque integral para contener esta epidemia. Las intervenciones de política pública deben apuntar a los determinantes ambientales y comerciales de la mala alimentación. Parecen prometedoras las políticas fiscales, como los impuestos a las bebidas azucaradas o subsidios para adquirir alimentos saludables; restricciones a la comercialización de alimentos poco saludables dirigidas a los niños; etiquetado nutricional obligatorio en el frente del paquete en todos los alimentos; la mejora del acceso a los servicios de control del sobrepeso y la obesidad en la atención primaria de salud, y los esfuerzos para mejorar la dieta y la actividad física a lo largo de la vida.

En los entornos educativos, para que tenga efectos generacionales, deben implementarse acciones de educación y asesoramiento nutricional reglamentarios para aumentar la ingesta de frutas y verduras. Existen evidencias exitosas, como las de Holanda, que disminuyeron el sobrepeso y la obesidad infantil en un 12% con numerosas intervenciones como la prohibición del jugo de frutas en las escuelas, la instalación de bebederos de agua potable, la provisión de clases de cocina, la prohibición de que empresas de comida rápida patrocinen eventos en la ciudad y el subsidio de actividades para familias de bajos ingresos.

Debemos cambiar la narrativa continua que sugiere que abordar la obesidad es responsabilidad únicamente de la persona y no de la sociedad en general, incluidas las autoridades gubernamentales. Se ha demostrado que muchas veces se prioriza la actividad económica sobre la salud. En el Congreso de la Unión, cada intervención legislativa que afecta a la industria alimentaria enfrenta una oposición considerable y poca voluntad política, lo que representa una barrera que debemos superar.

La cobertura universal de salud, a la cual todos tenemos derecho según la Carta Magna, tampoco evidencia qué acciones efectivas están disponibles para abordar la obesidad y el sobrepeso, por ejemplo, qué intervenciones farmacéuticas o quirúrgicas están cubiertas por los impuestos públicos.

Lograr una reducción considerable (más del 20%) y sostenida del peso corporal ha sido casi imposible con los medicamentos aprobados hasta ahora. Por ejemplo, en Europa apenas alcanza el 5%. Al parecer, los nuevos medicamentos Semaglutida y Tirzepatida (que regulan el apetito y la ingesta alimentaria) podrán llegar al 10% de reducción para que haya beneficios comprobables en la salud.

Concluyo que ninguna intervención individual por sí sola podrá detener la epidemia que estamos observando. Será importante contar con un enfoque integral multisectorial, ya que, de no lograrlo, es probable que la obesidad supere al tabaquismo como el principal factor de riesgo de cáncer prevenible en las próximas décadas.

10. CIRCO DE TRES PISTAS EN SALUD

13.09.2022 | La iniciativa de Ley de Coordinación y Continuidad Asistencial en Salud, presentada por Ivonne Cisneros Luján, pretende amalgamar ahora en tres pistas el circo con el que iremos hacia la salud nórdica prometida por el Ejecutivo Federal.

La primera pista son los servicios de salud que brinda la Seguridad Social, que tiene mucho éxito, según Ivonne, con recursos humanos y hospitalarios de sobra, que podrían ser utilizados por los otros sistemas. En la segunda pista actúa el INSABI y los Servicios estatales de Salud, que no han sido exitosos en las metas planteadas de salud para el bienestar. En la tercera pista se encuentra el IMSS-Bienestar, ahora el nuevo vehículo para alcanzar el acceso universal a los servicios de salud.

La coordinación y continuidad asistencial propuesta reduciría, según la autora, la incertidumbre de personas servidoras públicas para intercambiar servicios e insumos, eliminando los riesgos de incurrir en responsabilidades administrativas, con la ganancia de que no tendría impacto presupuestal, pues solo sería un intercambio entre las instancias públicas.

Para garantizar la atención médica gratuita de las personas de acuerdo a su necesidad de salud, con oportunidad, calidad e independientemente de su condición de derechohabiencia, así como la continuidad de la atención, evitando interrupciones en su tratamiento, las y los mexicanos deberán acudir a la unidad médica de primer nivel de atención que les haya sido asignada o, en caso de una emergencia, al área de urgencias del hospital más cercano a su domicilio o donde ocurrió la emergencia.

El IMSS-Bienestar tendrá la responsabilidad de garantizar su tránsito necesario, a través de los niveles de atención y servicios de diagnóstico, así como garantizar una adecuada coordinación asistencial entre los profesionales de salud que intervengan, con el fin de lograr una atención integral, oportuna y sin interrupciones a través de las redes integradas de servicios de salud (RISS) que comandará el IMSS, que tiene la mayor infraestructura a nivel nacional.

Todos los subsistemas sanitarios, de manera facultativa, podrán adherirse a las RISS mediante la firma de convenios. Todas las personas deberán estar informadas de cuál es la RISS a la que pertenecen y las normas para transitar a servicios más complejos.

Habrá un tabulador único nacional de atención médica para cobrarse entre las instituciones, que se referirán a pacientes atendidos mediante guías de práctica clínica y las NOM en materia de atención médica, con un compendio de medicamentos e insumos ajustado a los niveles de atención.

El tabulador lo elaborará la SCHP, con la participación de las instituciones federales y la Secretaría de la Función Pública. El expediente clínico único circulará entre las instituciones con los mecanismos de referencia y contrarreferencia, ya sea en formato de papel o digital.

Se propone que los insumos del sector salud y los medicamentos se registren en tiempo real y así formular la adquisición consolidada, al estar obligados todos a utilizar un solo sistema de solicitud.

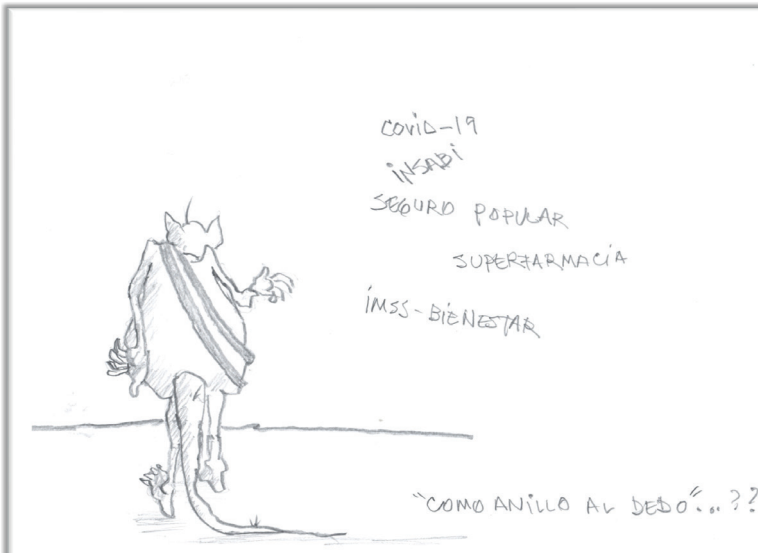
En 180 días hábiles posteriores a la publicación de esta Ley en el Diario Oficial de la Federación (DOF): Las instituciones públicas deberán ajustar sus marcos normativos; el IMSS conformará las RISS y las hará públicas en el DOF; La SHCP publicará el tabulador único nacional de atención médica; El IMSS-Bienestar diseñará el instrumento de medición para

ser aplicado en la encuesta de percepción sobre continuidad asistencial en los usuarios; Iniciará la aplicación de la anterior encuesta sesenta días después de su aprobación (sin quedar específico el tiempo para su aprobación); Diseñar el sistema único nacional de medicamentos e insumos, poniéndolo en operación 90 días después.

Hay un refrán popular que dice "Si no hay enanos, no hay circo", y aplica claramente a esta Ley que imagina un tabulador único en un circo de tres pistas para cubrir las necesidades de salud de los 130 millones de mexicanos.

Veamos los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica actualizados al año 2022 del IMSS (DOF 21/12/2021) para la determinación de créditos fiscales derivados de capitales constitutivos, inscripciones improcedentes y atención a no derechohabientes, a fin de dimensionar lo que implicaría en términos presupuestarios, con el supuesto de todos los servicios, todas las enfermedades y cerca de tu domicilio.

ILUSTRACIÓN: ¿"COMO ANILLO AL DEDO"...?



¿Que sabe hacer?, dar la espalda a la realidad y miseria que ya se comienzan a sentir, a las tragedias en todos los frentes, resaltando salud, seguridad y educación, mientras saluda a un puñado de sectarios y a un pueblo imaginado por él, y que le ajusta: "como anillo al dedo".

Dr. Francisco Javier Domínguez Garibaldi

11. POLIOMIELITIS: DEFENSA A NUESTRO ALCANCE

17.09.22 | La defensa para evitar que tus hijos o nietos corran el riesgo de padecer la poliomielitis es vacunarlos, y la vacuna hexavalente, un biológico que protege contra seis enfermedades, está al alcance de todos.

Hace unos días, la gobernadora Kathy Hochul declaró el estado de emergencia en el estado de Nueva York debido a la propagación del virus de la polio. Esto se debió a un caso confirmado, el primero en Estados Unidos en la última década, y a muestras de aguas residuales que arrojaron resultados positivos para la presencia del poliovirus en cuatro condados vecinos, con los efectos en la salud que esto puede causar.

Es importante destacar que la declaración de emergencia se emitió para instar a todos los ciudadanos no protegidos por la vacuna a que se la apliquen, con el fin de lograr la inmunidad personal y colectiva.

La parálisis infantil espinal, conocida como poliomielitis, fue estudiada por Adolf Strümpell en 1884, Oskar Medin en 1887 y Karl Landsteiner y Erwin Popper en 1909. Este estudio culminó con el desarrollo de las modernas vacunas de Jonas Salk y Albert Bruce Sabin.

En 1954, la Fundación Nacional para la Parálisis Infantil de Estados Unidos convocó a un ensayo colectivo para probar la vacuna de Jonas Salk, desarrollada en la Universidad de Pittsburgh. Participaron 650 mil niños, y a 200 mil de ellos se les aplicó un placebo en lugar de la vacuna. Los resultados fueron concluyentes: los casos de poliomielitis en la población no vacunada fueron cuatro veces mayores. Tres años después, el 50% de los estadounidenses menores de 40 años estaban vacunados.

En 1962, se introdujo en la República Federal Alemana la vacuna viva contra el virus de la poliomielitis, desarrollada por el virólogo estadounidense Albert Bruce Sabin, que se administraba fácilmente por vía oral y era efectiva contra los tres tipos de poliovirus (I, II y III).

Las normas sanitarias cambiaron para pasar gradualmente de la inyección de la vacuna inerte de Salk a la administración oral de Sabin, lo que redujo drásticamente el número de casos. En la República Federal Alemana, la cifra pasó de 4,667 casos en 1961 a 291 en 1962.

La poliomielitis afecta principalmente a niños menores de 5 años, pero las personas de cualquier edad, incluidos los adultos, que no están vacunadas corren el riesgo de contraerla. Aquellos que viajan o viven en áreas donde hay polio tienen más probabilidades de contraerla. La mayoría de las personas que se infectan con el poliovirus no tienen ningún síntoma, pero una de cada cuatro personas que contraen la polio tendrá síntomas que duran de 2 a 5 días, similares a los de la gripe.

Como mencioné antes, en casos raros, la poliomielitis puede ser muy grave y llevar a una meningitis, una infección de la cubierta de la médula espinal o el cerebro, y debilitar o paralizar los brazos, las piernas o ambos. Esta parálisis o debilidad puede durar toda la vida y, en casos graves, puede amenazar la vida si afecta los músculos utilizados para respirar.

En México, aunque muchos hoy en día no lo sepan debido a que nunca han visto un caso o no lo recuerdan, una de las epidemias más temidas en el siglo XX fue esta infección viral que mantuvo en alerta a las familias mexicanas durante muchos años debido a las secuelas de discapacidad a lo largo de la vida, como piernas atrofiadas, adelgazadas, con deformidades o con flexiones inusuales, y en algunos casos, la muerte.

El último caso confirmado de poliomielitis en México fue en 1990. Cuatro estrategias han contribuido a su erradicación: 1) altas tasas de inmunización con la vacuna oral contra la polio, 2) inmunización complementaria durante los días nacionales de vacunación, 3) vigilancia epidemiológica efectiva de casos de parálisis flácida aguda y 4) bloqueos vacunales en zonas de alto riesgo.

Coincido con los tres asertos de la gobernadora Basset: 1) "Por cada caso de polio paralítico que se observe, pueden existir cientos de personas infectadas", 2) "Con la poliomielitis, simplemente no podemos dejar las cosas al azar" y 3) "Si usted o su hijo no están vacunados o al día en la vacunación, el riesgo de una enfermedad discapacitante es real".

Dice el refrán que cuando veas las barbas del vecino cortar, pon las tuyas a remojar. La defensa para evitar que tus hijos o nietos corran el riesgo de padecer la poliomielitis es vacunarlos, y la vacuna hexavalente, un biológico que protege contra seis enfermedades (difteria, tétanos, tosferina, haemophilus influenzae tipo B, hepatitis B y poliomielitis), está al alcance de todos.

En Guanajuato llegaron 109,580 dosis de la vacuna hexavalente, y se deben administrar cuatro dosis a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad. Por favor, actúen y llévenlos ya a vacunar, revisen sus cartillas y aprovechen para completar su esquema, ya que también llegaron otras vacunas que el gobierno federal no había adquirido, como la BCG (contra la tuberculosis) y la VPH para proteger a las niñas de 11 años contra el papiloma, un virus causante del cáncer del cuello del útero. ¡Tomemos acción!.

12.GARANTIZAR LA ATENCIÓN NUTRICIONAL EN NIÑOS

20.09.2022 | La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT - 2021 sobre COVID-19 causó un escándalo nacional por tres razones hoy ciertas: la primera, por el uso de los servicios médicos privados y farmacias con consultorios adyacentes que reflejaron la falta de servicios, medicamentos e insumos públicos de salud; la segunda, por la caída grave en la cobertura de vacunación infantil debida a la falta de biológicos y aplicación de la Federación; la tercera, por las altas prevalencias de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad, así como por la falla ya crónica de políticas integrales de salud.

En esta columna, quisiera llamar la atención en torno a otras dos situaciones preocupantes: primera, el mal estado nutricional de los menores reportado por la ENSANUT-21; y segunda, una iniciativa de ley que presentamos en la Cámara de Diputados el pasado jueves para garantizar la atención nutricional de niñas, niños y adolescentes que padecen enfermedades que provocan gastos catastróficos.

Dimensionemos la presencia de los programas sociales relacionados con el título de esta columna en los hogares, informados por la ENSANUT-21 en localidades Rurales-Urbanas: Pensión para adultos mayores, 73.1-59.3%; Alimentos escolares fríos del DIF, 12.5-4.26%; Abasto social de leche Liconsa, 5.8-5.1%; Despensas de alimentos DIF, 8.1-2.9%; Alimentos calientes DIF, 5.3-1.1%; INSABI Salud, 2.3-1.3%; Comedores populares DIF, 0.6-0.3%; Bienestar de las niñas y los niños hijos de madres trabajadoras, 0.4-0.2%; Alimentario de albergues y/o comedores escolares indígenas, 0.3-0.0%; y asistencia social alimentaria durante los primeros mil días, 0.4-0.0%. Es notable la mínima influencia de los apoyos enfocados a los programas alimentarios y la pequeñez de la presencia del INSABI en

la salud comparados con la pensión para adultos mayores que tiene cientos de miles de millones de pesos propuestos en el PEF 2023.

Ahora veamos el número de hogares de los 36.4 millones representados en la ENSANUT-21 que experimentaron inseguridad alimentaria. Un total de 12.73 millones de hogares experimentaron inseguridad alimentaria leve, caracterizada por preocupación al acceso a los alimentos y, cuando faltaron los mismos, sacrificaron la calidad de la dieta. La inseguridad alimentaria moderada se presentó en 5.8 millones de hogares (15.8%), caracterizada además por restricciones en la cantidad de alimentos consumidos. La inseguridad alimentaria severa la sufrieron los habitantes de 3.7 millones de hogares, caracterizada por situaciones donde alguno de sus integrantes omitió tiempos de comida o dejó de comer todo un día debido a la falta de dinero o recursos para adquirir alimentos.

Sólo en 39 de cada 100 hogares hubo seguridad alimentaria, siendo del 29% las poblaciones rurales menores a 2,500 habitantes, del 33.7% en regiones urbanas de 2,500 a 99,999 habitantes y, del 46.5% en regiones metropolitanas de 100,000 habitantes y más. Es una paradoja que en las zonas rurales -aunque también en algunas urbanas- donde se cosechan o se producen los alimentos, haya mayor inseguridad alimentaria. Se debe revisar la visión a la luz de estos hallazgos y actuar en consecuencia con políticas públicas que resuelvan esta paradoja.

En salud infantil, además de la evidenciada baja cobertura del INSABI, es de preocupación que sólo el 61% de los menores de cinco años haya recibido una consulta de niño sano, sin diferencias entre las zonas rurales y urbanas. Los consejos para la lactancia materna exclusiva, la alimentación adecuada y otorgar suplementos nutricios fueron políticas públicas que dieron resultados y que, aún así, fueron eliminadas por esta administración. La lactancia materna exclusiva de 0 a 5 meses de edad mostró mejoría en los últimos dos años, con una prevalencia del 35.9%, faltando mucho trayecto para alcan-

zar el 90% mínimo deseado. Las instituciones de seguridad social, el INSABI y el IMSS-Bienestar deben dar resultados con tres características: buenos, rápidos y a la primera, pues las intervenciones requeridas para el estado nutricio y de inmunizaciones están cubiertas con los recursos financieros de la atención primaria en salud tan señalada en los discursos y tan ausente en las comunidades como lo desnudó el ENSANUT.

Aprovechar la salud digital, cartilla de vacunación y cartillas nacionales de salud digitales incluidas, deben ser incorporadas en toda la población, pues los ojos no ven lo que la cabeza no piensa. Con medios electrónicos es fácil saber, tomando el peso y la talla, determinar el estado nutricio, así como saber el estado de inmunización de los menores y actuar en consecuencia para completar los esquemas.

Para el análisis descriptivo del estado nutricio, los datos de peso y talla/longitud de los menores de cinco años se transformaron para obtener puntajes de peso y talla con relación a la edad, y así clasificar a los 9 millones 992,000 niños estimados por la muestra del ENSANUT-21 en categorías: bajo peso, baja talla, emaciación (una forma de malnutrición potencialmente mortal que provoca una delgadez y debilidad extremas en los niños), sobrepeso, obesidad. La talla baja se observó en 1.3 millones de niñas y niños (12.6%); el bajo peso en 3.7% y la emaciación en 1.5%.

Es de enfatizar que la prevalencia más alta de bajo peso se encontró en la región Península con 6% y Pacífico centro con 4.9%; la emaciación en la zona Pacífico Centro con 6.6% seguida de la región centro con 2.4%. Sólo en la Zona norte no hubo menores con emaciación. Estos tres indicadores: bajo peso, baja talla y emaciación han permanecido sin cambios significativos, por lo que es relevante se enfoquen los programas sociales con precisión. Resulta increíble que en esta época con una gran expansión de las tecnologías de la comunicación e información no se tenga por nombre, apellido y localización los datos de estos menores para actuar en

consecuencia y corregir de inmediato para que tengan un arranque parejo en la vida.

El Coneval debería utilizar estos indicadores también para modificar las políticas sociales segmentando además de las zonas de atención prioritarias (ZAP) por los indicadores antes descritos en los menores de cinco años.

Concluyo esta sección diciendo que la ENSANUT-21 aportó datos sobre la alimentación y algunos de sus resultados como el estado nutricional, datos que deben, en los tomadores de decisiones, modificar la visión, políticas y programas gubernamentales si queremos tener una niñez nutrida, sana y con esperanza de un futuro mejor. Añadido a los derechos de niñas, niños y adolescentes

Ahora les comentaré del decreto que presentamos el jueves 15 de septiembre para adicionar la fracción VIII Bis al artículo 50 de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Este artículo establece que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud, así como la obligación de las autoridades a coordinarse para lograr este objetivo. La fracción que queremos añadir señala que se debe garantizar la atención nutricional de niñas, niños y adolescentes que padecen enfermedades que provocan gastos catastróficos.

Imagine usted a uno de los menores de la ENSANUT con bajo peso, baja talla o emaciado, o la combinación de alguna de ellas o las tres y que presente, por ejemplo, insuficiencia renal crónica. En estos enfermos, varios factores ocasionan un mayor desbalance nutricional que es predictor de la morbilidad y mortalidad de ellos antes de poder ser trasplantados. Entre los factores menciono las toxinas urémicas que ocasionan inflamación y ulceración de la mucosa gastrointestinal,

originando gastritis, esofagitis, náuseas, vómitos, diarrea y anorexia; además, el 70% de los lactantes con falla renal congénita presentan reflujo gastroesofágico; la alimentación inadecuada derivada a la alteración en la percepción del sabor de los alimentos y bebidas; los procesos infecciosos que se superponen; la pérdida de proteínas, aminoácidos, vitaminas y otros nutrientes esenciales derivada de la diálisis peritoneal o hemodiálisis que hay que realizarles; y por último, las alteraciones hormonales.

Debo enfatizar que el trasplante renal para los no derechohabientes está garantizado por el Fondo Nacional de Salud para el Bienestar, no así el manejo nutricional y los insumos suplementarios fuera del alcance de los bolsillos de los más de 77 millones mexicanos sin seguridad social.

Pongo a su consideración ahora, un conjunto de enfermedades infantiles muy frecuentes en este grupo de edad, denominadas neoplasias malignas o cáncer; donde la desnutrición o emaciación son consecuencias tanto de la enfermedad como del tratamiento. Y me explico: En los niños con cáncer, la balanza nutricional es más inestable derivada de su limitada capacidad para compensar las sobrecargas provocadas por la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento. Por ese motivo, mantener niveles de nutrición óptima es crucial para garantizar el cumplimiento de los protocolos terapéuticos y así evitar los efectos de la malnutrición, que por ella misma torna al paciente proclive a las recaídas, acortando la supervivencia.

Los tipos de cáncer que suelen presentarse en la edad pediátrica acostumbran tener una progresión rápida y una buena respuesta al tratamiento de quimioterapia, hecho que condiciona una mejor evolución. Dicha evolución, sin embargo, puede verse afectada por las complicaciones derivadas de una situación de malnutrición, una de las alteraciones más frecuentes en el niño debido a sus mayores necesidades de nutrientes para el crecimiento, la frecuencia y gravedad con que desarrolla malabsorción, y el mayor número de infecciones.

En el enfermo recién diagnosticado, la malnutrición presenta generalmente una incidencia similar a la del resto de la población o aquella que tiene tumores benignos. Sin embargo, ésta puede variar dependiendo de las causas y la extensión de la enfermedad hasta alcanzar incidencias del 37.5% en la enfermedad metastásica o del 50% en el neuroblastoma en estadio IV. Estudios relativos al tema han dado a conocer que la prevalencia de desnutrición en el momento del diagnóstico alcanza el 50% en países en vías de desarrollo dependiendo del tipo de tumor y de la extensión de la enfermedad.

Como mencionaba, gran parte de los factores asociados al desarrollo de malnutrición en pacientes con cáncer infantil se pueden dividir en dos grandes vertientes, aquellas derivadas de la enfermedad per sé, y los causadas a raíz del tratamiento, a las que se le puede añadir aquellos relacionados con el entorno del paciente, como puede ser la falta de apoyo familiar adecuado, entre ellos los recursos económicos o educativos.

Por un lado, los pacientes que cuentan con un estado nutricional subóptimo al momento del diagnóstico, suelen tener un peor pronóstico que los que no lo están. Por otro lado, la malnutrición tiende a reducir la tolerancia al tratamiento, lo que ocasiona el hecho de tener que ajustar o retrasar las dosis, provocando un menor cumplimiento de los protocolos terapéuticos. Por último, parecen existir diferencias en el metabolismo de los quimioterápicos entre los pacientes bien y mal nutridos. Aunque la desnutrición es una amenaza directa para la vida, a menudo no se trata. Cabe enfatizar que esta condición aumenta 14 veces la mortalidad de los pacientes e incrementa 3 veces las complicaciones. Se estima que actualmente un 66% de los pacientes desnutridos no reciben tratamiento, provocando una menor calidad de vida comparada con el resto de los enfermos, incrementándose además su readmisión y estancia hospitalaria con los costos asociados a ella.

Hay evidencias de que el uso de suplementos nutricionales orales, no incluidos ahora en las guías de manejo y pago de las enfermedades que provocan gastos catastróficos del FONSABI, puede reducir la mortalidad entre un 18 y un 34%; reducen las infecciones y las heridas abiertas en un 70% repercutiendo en mejoras significativas en calidad de vida en términos de movilidad y el hecho de mantener la autonomía. Al reducir los reingresos en el hospital (25%), disminuir las estancias en el hospital (2 a 3 días) y reducir las visitas a los consultorios, a la fisioterapia y a la atención primaria, los tratamientos de toma de suplementos nutricionales orales logran también disminuir los costos financieros de la atención de hasta el 22% en comparación con una atención médica estándar. Es decir, el uso de suplementos nutricionales ha demostrado ser una intervención con evaluación económica positiva en términos de eficacia, eficiencia y beneficio.

En el Reino Unido, se evidenció que un paciente que ha recibido suplementos orales nutricionales en el preoperatorio gasta entre 19,000 y 24,000 pesos menos que quien no los ha recibido. Igual efecto de beneficios y ahorros ocurren en la hospitalización y el postoperatorio; además de mejorar el peso y los indicadores antropométricos como el grosor de los pliegues cutáneos y la circunferencia braquial que reflejan un mejor estado nutricio.

Muchas enfermedades más que provocan gastos catastróficos tienen efectos igualmente positivos con el apoyo nutricio, tales como las cardiovasculares, displasia broncopulmonar, cuidados intensivos neonatales, enfermedades metabólicas en menores de 10 años y enfermedades infectocontagiosas como el VIH/Sida.

Concluyo esta sección citando que “El hecho de que un niño dependa del nivel socioeconómico de sus padres, o de la calidad de atención en los servicios de salud de su país para sobrevivir al cáncer -u otra de las enfermedades

antes citadas-, es en sí mismo una injusticia social". Por ello, con esta visión presentamos la iniciativa y discutiremos en el Congreso de la Unión esta incorporación en la Ley para que de los recursos financieros ya existentes en el FONSABI, se amplíe el catálogo de servicios nutricionales para estos menores y mejoremos su probabilidad de sobrevivir y disfrutar del derecho a la salud de nuestra Carta Magna.

13. CUIDADOS PALIATIVOS Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

24.09.22 | *"Es en la enfermedad cuando nos damos cuenta de que no vivimos solos, sino encadenados a un ser de un reino diferente, del que nos separan abismos, que no nos conoce y del que es imposible hacernos comprender: Nuestro cuerpo"*.

Marcel Proust

En los últimos dos años, la preocupación por los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor se ha reflejado en iniciativas de ley para modificar la Ley General de Salud. Estas iniciativas fueron presentadas el 29 de abril de 2021 por el Diputado Ismael Sánchez Hernández (PAN), el 5 de abril de 2022 por este servidor (PAN) y el 27 de abril de 2022 por el Diputado Emmanuel Reyes Carmona (Morena). Esta semana se delineó el proyecto de dictamen que se presentará primero al pleno de la Comisión de Salud y, de ser aprobado, al pleno de la Cámara de Diputados. Del estudio y análisis de las tres iniciativas, la Comisión considera en síntesis hacer las siguientes reformas y adiciones:

Precisar que el tratamiento integral del dolor, como parte de la salubridad general, es un componente importante de la

atención médica integral. Esto incluye acciones de carácter preventivo, curativo, paliativo y de rehabilitación, así como la atención de urgencias. Con esto, se supera el planteamiento restrictivo actual en la ley vigente, que considera el tratamiento del dolor solo como parte de los cuidados paliativos para pacientes cuyo pronóstico de vida es menor a seis meses.

Establecer que el tratamiento del dolor debe ser un derecho universal, accesible para todas las personas, de todas las edades y para todas las enfermedades que así lo requieran. Esto se aplica especialmente a las personas que enfrentan enfermedades crónicas con cuadros de dolor crónico y que reciben cualquier tipo de atención médica.

Determinar que la atención médica curativa debe integrar todas las medidas sustentadas en la evidencia científica y principios éticos. Esto se hace con el fin de ofrecer posibilidades de curación de una enfermedad o traumatismo y debe considerar, cuando sea necesario, el tratamiento del dolor, garantizando la disponibilidad y el acceso oportuno a medicamentos esenciales para ello.

Precisar que los cuidados paliativos son el cuidado activo e integral de las enfermedades graves que no responden al tratamiento curativo y que generan sufrimiento y dolor, entre otros síntomas. Estos cuidados son aplicables en todos los niveles de atención y durante el transcurso de la enfermedad, de acuerdo con las necesidades del paciente. Tienen como fin mejorar la calidad de vida del enfermo, controlar el dolor y otros síntomas que causen sufrimiento, además de atender aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Fortalecer los derechos de los pacientes enfermos en situación terminal para que, además de recibir cuidados paliativos, también reciban los medicamentos prescritos de forma oportuna, de acuerdo con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, y con pleno respeto a sus derechos humanos y autonomía.

Normar que las instituciones del Sistema Nacional de Salud deben garantizar la disponibilidad y el acceso oportuno a medicamentos esenciales para el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos, que pueden incluir opiáceos, y establecer mecanismos para su uso seguro y adecuado.

Proponer la inclusión del concepto de "Cuidados de Soporte", que abarcan apoyo físico, psicológico, social y espiritual tanto para los pacientes como para sus familias, con el fin de garantizar la calidad de vida de las personas.

Establecer que, en el caso de los medicamentos controlados para el tratamiento del dolor, la Secretaría establecerá las disposiciones y mecanismos que permitan garantizar su disponibilidad y abasto necesario para el acceso oportuno. Además, se establecerá un sistema de control para las sustancias controladas con fines médicos y científicos, especialmente para el tratamiento del dolor, de acuerdo con las disposiciones legales aplicables.

En los artículos transitorios se prevé la formación y actualización del personal de salud mediante programas de formación especializada en tratamiento del dolor, cuidados paliativos y de soporte.

Estimados lectores, si el dictamen propuesto es aprobado, estoy seguro de que contribuirá a que la persona enferma sea valorada en toda su dignidad como ser humano, más allá de cualquier otra condición que pueda estar afectando su vida. Así, la atención paliativa se enfocará en las personas enfermas y se adaptará a sus necesidades. Espero con optimismo que las reformas propuestas sean aprobadas este mismo año. Les mantendré informados.

14. CUMBRE GLOBAL UNITE 2022

27.09.22 | La Cumbre Global UNITE 2022 es el principal foro mundial para forjar alianzas entre parlamentarios, parlamentarias y líderes de la comunidad global de la salud. Del 5 al 7 de diciembre, expertos de la sociedad civil, representantes de las comunidades afectadas, miembros de organizaciones internacionales y del mundo académico nos reuniremos en Lisboa con destacados parlamentarios y parlamentarias de todo el mundo para debatir los problemas más apremiantes de la salud mundial y establecer la agenda para los años venideros bajo el liderazgo del Dr. Dip. Ricardo Baptista Leite. Conspiraremos bajo el tema principal "De la pandemia a la prosperidad: cumpliendo los Objetivos de Desarrollo Sostenible".

Mientras todavía no nos recuperamos de la crisis de salud mundial más grave en la última centuria, lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 requerirá un esfuerzo heroico y creativo en todos los países del planeta. Los integrantes de los parlamentos desempeñamos un papel crucial para volver a encarrilar esa agenda, ya que debemos abogar por un mayor esfuerzo e inversiones crecientes, al tiempo que buscamos que los gobiernos cumplan con aquello de lo que son responsables. También, los parlamentarios somos actores clave en la respuesta multilateral que tanto se necesita.

La pandemia COVID-19 ha retrasado años la lucha contra muchas enfermedades infecciosas. Se necesitarán nuevas asociaciones, nuevas formas de pensar y nuevos fondos para volver a encarrilarse y lograr la promesa de los ODS. La Cumbre Global UNITE catalizará este esfuerzo renovado a la mitad del camino. La agenda de la cumbre se desarrollará con tres temas estratégicos centrales: 1) Preparación y respuesta para la prevención de pandemias, 2) El futuro de los

sistemas de salud, 3) La salud como derecho humano. De cada tema, buscaremos responder a tres interrogantes: ¿Qué progreso hemos logrado hasta ahora durante el período de los ODS?, ¿Qué hemos aprendido que pueda ayudarnos a progresar aún más para 2030?, ¿Cuál es el papel de los parlamentarios para ayudar a impulsar ese progreso?

El aserto base para el primer tema es que la pandemia de la COVID-19 ha cambiado la forma en que miles de millones de personas en todo el mundo trabajan, viven y realizan su vida diaria. Ha provocado millones de muertes y ha dejado un profundo impacto en la salud, la economía y el bienestar de cientos de millones más. Ha desbloqueado la innovación a una escala y velocidad sin precedentes, y ha resaltado las debilidades sistémicas en la forma en que se distribuyen los medicamentos novedosos.

Algunas preguntas a contestar serán: ¿Qué podemos aprender del esfuerzo global para combatir la pandemia?, ¿Qué éxitos hemos visto contra la COVID-19 que se pueden replicar para otras enfermedades infecciosas?, ¿Cuáles son las barreras políticas que podrían obstaculizar nuestra capacidad para evitar que el próximo patógeno respiratorio letal se convierta en una pandemia mundial?

Del futuro de los sistemas de salud se plantea que una de las innovaciones que trajo la COVID-19 fue la provisión de datos en tiempo real sobre casos y muertes en la mayoría de los países del mundo. Los expertos compartieron datos genómicos a una velocidad increíble, advirtiendo sobre la aparición de nuevas variantes semanas o incluso meses antes de que se extendieran por todo el mundo. Los sistemas de salud facilitaron la prueba de terapias antiguas para una nueva amenaza, incorporando el uso de medicamentos como la dexametasona, salvando muchas vidas. Estas son solo algunas de las innovaciones que podrían revolucionar la forma en que se brinda atención médica en todo el mundo, sin siquiera considerar la gama más amplia de avances que trae consigo la digitalización de los sistemas de salud.

Interrogantes para debatir respuestas: ¿Cómo serán los sistemas de salud en 2030?, ¿Cómo podemos obtener hoy los más altos estándares de atención para todos?, ¿Qué papel pueden desempeñar los datos en la mejora del acceso a la salud?, ¿Qué políticas deben cambiar para desbloquear una mejor atención para todos?

Del derecho humano a la salud se tiene evidencia de que cada crisis mayor de salud de los últimos cien años ha golpeado más duramente a los más marginados. Ya se trate de grupos vulnerables en países de altos ingresos o de poblaciones enteras en países de medianos y bajos ingresos que no pueden acceder a medicamentos que salvan vidas, son los más pobres los que más luchan. Sin embargo, durante más de cincuenta años, el derecho humano a la salud ha sido reconocido universalmente por los gobiernos del mundo, incluso si no lo cumplimos.

Algunos planteamientos a contrastar serán: ¿Qué papel jugarán los derechos humanos en la realización de los aspectos de salud de la agenda de los ODS?, ¿Cómo se entrelazan temas como la política de drogas con los resultados de salud?, ¿Qué políticas pueden garantizar que las poblaciones más pobres y vulnerables no se queden atrás durante el resto del período de los ODS?

Además del tema principal de la Cumbre, organizaremos sesiones regionales todos los días, sabiendo que la salud es global, pero la respuesta es local. Nos enfocaremos en la implementación de los tres temas centrales en cada una de nuestras regiones. Estas sesiones se estructurarán en el formato de una investigación parlamentaria. Se invitará a "testigos" expertos para que brinden sus puntos de vista sobre los desafíos específicos que enfrenta cada una de las regiones de UNITE y ofrezcan sus pensamientos sobre dónde los parlamentarios debemos centrar nuestros esfuerzos para lograr el máximo impacto.

Por último, estimados lectores, enfatizo que en la cumbre acudiremos los parlamentarios de la Junta Global de UNITE,

cada uno con un historial comprobado en la defensa de la salud y el desarrollo global; hasta 30 miembros del parlamento que representan las diferentes regiones de intervención de UNITE; organizaciones internacionales que están en el centro de la agenda mundial de salud; académicos y pensadores líderes en salud global, incluidos expertos en políticas de las organizaciones asociadas de UNITE; y, por último, organizaciones de la sociedad civil y comunidades afectadas aportando experiencia de primera mano sobre los desafíos que discutiremos. Los invito a participar y a construir un trabajo colaborativo en *www.unitenetwork.org*

15. DONACIÓN DE ÓRGANOS Y SOCIEDAD

03.10.2022 | *"El siglo XXI será recordado, sobre todo, no como la era de conflictos políticos e invenciones técnicas, sino como una época en la que la sociedad humana se atrevió a pensar en el bienestar de toda la raza humana como un objetivo práctico"*

Arnold Toynbee

Esta semana, después de 4 años, 5 meses y 25 días de "estudio y análisis", se someterá a discusión una minuta proveniente del Senado con la finalidad de modificar el sistema de donación de órganos. Se pretende pasar del modelo actual de consentimiento explícito, en el que aquellos que deseen donar un órgano deben inscribirse en el registro de donadores, a un modelo de consentimiento tácito. En este último, todas las personas mayores de edad serían consideradas donadoras presuntas, a menos que manifestaran su negativa.

El dictamen que había sido aprobado en la Comisión de Salud fue retirado del orden del día debido a la presión ejercida por el Dr. José Salvador Aburto Morales, titular del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA). A pesar de su liderazgo durante varios años, el país continúa siendo uno de los que menos donaciones obtiene por millón de habitantes. Esto es especialmente crítico ya que ocho de cada diez niños, niñas, adolescentes y adultos enlistados que requieren un trasplante de riñón mueren sin haberlo recibido.

En nuestra última conversación con la Dra. Mara Medeiros Domingo, presidenta de la Sociedad Mexicana de Trasplantes, el Dr. Aburto dejó dos puntos muy claros en la posición del CENATRA. Aunque son declaraciones que rechazo de manera rotunda, dado el valor de la vida de las personas, considero importante mencionarlas. La primera fue la aseveración que transcribo literalmente: "Y definitivamente, ¿para qué queremos más donantes si no tenemos con qué?".

Esta afirmación resalta la falta de recursos como un problema serio. La segunda, y en la que confío, dado que el Dr. Aburto es un profesional serio y responsable, es su solicitud anual a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para obtener más recursos. Año con año, estas solicitudes son negadas, lo que resulta en la pérdida de vidas que podrían haberse salvado con un mayor apoyo financiero.

También he mencionado que el Dr. Aburto parece estar desgastado por tanto esfuerzo con tan pocos avances y apoyo de las autoridades superiores de Salud y Hacienda. Quizás debería esforzarse aún más o, en un acto de reflexión, considerar retirarse de esta responsabilidad y regresar al ámbito clínico, donde es muy competente.

Un ejemplo de su falta de acción que no está relacionado con los puntos anteriores es el hecho de que, independientemente de si la donación es explícita o presunta, todas las personas deben entender qué implica la donación de órganos. Ade-

más, deben tomar una decisión autónoma sobre si desean participar en el sistema de donación y comunicar su decisión a sus familiares o personas cercanas. Desde 2019 hasta 2021, se ha propuesto una minuta en el Senado que fortalecería estas acciones de educación y promoción, pero el Dr. Aburto no ha brindado apoyo para que se convierta en ley.

En lo que respecta al financiamiento para los mexicanos sin seguridad social, el FONSABI, antes Fondos Catastróficos, ya ha autorizado el pago de trasplantes de córnea, hígado, corazón, médula ósea y pulmón para adultos y niños, así como trasplantes de riñón solo para niños. En este sentido, debería considerarse que el gobierno pague los trasplantes de riñón de adultos utilizando los recursos del FONSABI, que actualmente cuenta con 30 mil millones de pesos, después de que se retiraron 70 mil millones de pesos en el primer semestre de este año bajo circunstancias poco claras.

Hasta junio de este año, el CENATRA informa que hay personas en lista de espera para trasplantes: 17,076 para riñón, 5,192 para córnea, 248 para hígado, 57 para corazón, 6 para hígado-riñón, 3 para corazón-riñón, 1 para riñón-páncreas y 1 para riñón-riñón. La médula ósea también está en la lista de espera, aunque no se cuantifica.

Invito a los legisladores y a la sociedad a abrir una discusión seria y ampliada sobre cómo obtener más órganos para salvar a miles de personas que actualmente están esperando un trasplante de riñón y que podrían fallecer sin recibirlo en los próximos meses o años. En 2018, se alcanzó un máximo histórico con 1,063 trasplantes. Continuaremos luchando y los insto a unirse a nuestra causa.

16. DONACIÓN DE ÓRGANOS, UNA NECESIDAD NACIONAL

04.10.2022 | Ha vuelto a la discusión parlamentaria el dilema sobre si se continúa con el mismo modelo de donación de órganos explícito, donde la persona debe registrar su decisión, o bien, cambiar a un modelo que presuma que toda persona adulta desea ser donante de sus órganos a menos que, con absoluto respeto a su autonomía, manifieste su decisión de no ser donante de órganos.

Veamos el tamaño del problema contrastando necesidades actuales y capacidad de respuesta, tanto de infraestructura como de financiamiento, tomando como fuentes el Consejo de Salubridad General y el listado de enfermedades que provocan gastos catastróficos; el informe anual del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) y del Centro Nacional de Trasplantes (Cenatra), así como el estado actual de receptores, donadores y trasplantes en México al segundo trimestre de 2022.

Solo haré una sucinta relatoría de la donación de riñón y su trasplante. Hay 17,076 compatriotas en lista de espera de un riñón, proveniente ya de un donador vivo relacionado con él o de un donador cadavérico. En 2019, último año "normalizado" antes de la pandemia, se realizaron 2,991 trasplantes de riñón y, de estos, solo el 31% fueron provenientes de personas fallecidas.

De los trasplantes de este año, el 50% se realizaron en las instituciones de seguridad social como IMSS (333), ISSSTE (138) y SEMAR (8); en la Secretaría de Salud, el 19% se concretaron en los Institutos Nacionales y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (85), en los Estados (53), en tanto que en el Sector Privado se hicieron 221 (31%).

Los riñones provenientes de los donantes cadavéricos al segundo trimestre de 2022 se implantaron en la seguridad

social en un 68%, en la Secretaría de Salud en un 24%, y en el sector privado en un 8% (solo 12).

El financiamiento de este tipo de trasplante, incluyendo los gastos de la donación, está cubierto por los fondos que trabajadores, patrones e impuestos públicos proveen en la seguridad social. En el sector privado, está cubierto por el bolsillo de los ciudadanos.

En la población no derechohabiente, la más vulnerable por ingresos y por marginación, están cubiertos solo los infantiles por el Fondo Nacional de Salud para el Bienestar (Fonsabi) con un monto por trasplante de un millón 33 mil pesos por los primeros diez años, pagados de la siguiente manera: Para estudios de selección de donador, $19,695 pesos, y del receptor, $29,411 pesos. Para el procedimiento en el donador, $11,501 pesos, y en el receptor, $34,496 pesos. Para el tratamiento inmunosupresor el primer año un evento por semestre, $125,805 pesos. Para los siguientes años (18 veces), uno por semestre, $70,237 pesos.

Si el paciente hace un rechazo agudo, se autorizan $38,950 pesos para su atención por única vez. A partir del año once, dado que el promedio de vida del trasplante suele ser de 12 a 15 años, la inmunosupresión deberá ser autorizada por la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

Contesto ahora algunas preguntas hipotéticas para abrir la conversación con ustedes, queridos lectores, y a su vez ampliarla por su conducto con la sociedad.

¿Da una mejor calidad de vida y más beneficio económico seguir con diálisis peritoneal o hemodiálisis? Falso. El trasplante renal es mucho más económico para las finanzas públicas y familiares y, sin duda, los pacientes tienen una mejor calidad de vida.

¿Cuál es la probabilidad de que los 17,076 niños, niñas, jóvenes y adultos de ambos sexos que están en la lista de espera puedan sobrevivir dado que no recibirán el riñón tan anhelado? Es muy baja, si no logran tener un familiar que

se lo done. Es muy baja, si no tienen derechohabiencia en la seguridad social. Es muy baja, si son adultos y no tienen dinero para pagarlo aún en instituciones públicas, dado que el trasplante en adultos no lo cubre el Fonsabi. Es muy baja, sobre todo porque no hay órganos; el año que más riñones fueron trasplantados de donaciones cadavéricas fue 2018 con 985, requiriéndose más de 5 años de igual volumen para trasplantar a los enlistados hoy. No por nada se ha citado que el 80% de las personas en espera de un trasplante de riñón fallecen antes de lograrlo.

¿En México la mayoría no quiere donar órganos por la falta de confianza en las instituciones señalando como causas la corrupción y el tráfico de órganos? Es una aseveración falsa. Más del 70% de los adultos en encuestas señalan que están dispuestos a donar, pero por diversas razones no lo han hecho explícito conforme a la ley vigente.

Además, los datos del Cenatra desde 1963 demuestran que los trasplantes en su gran mayoría se hacen en el sector público y los que se hacen en todos los sectores son monitoreados con gran celo por la autoridad sanitaria federal, poniendo en seria duda los rumores del tráfico de órganos.

¿Cenatra y Hacienda se oponen a disponer de más órganos para trasplantar dado que no hay dinero para hacerlo? Sí se oponen y de manera importante, habiendo ya causado miles de muertes atribuidas a su falta de respuesta. Señalo además que sus argumentos son un falso dilema y explico: Si se pagaran todos los adultos y niños del listado actual con el Fonsabi, al monto autorizado, se requerirían -garantizando los primeros 11 años-, tan solo 5 mil 700 millones de pesos.

El Fonsabi fue saqueado con 70 mil millones de pesos de enero a junio de este año por "no haberse necesitado" -dicen- y le llaman "remanente". Pues, ¿cómo no habría dicho remanente, si no están cubriendo las necesidades...? Aún así, al día de hoy le quedan 33 mil millones de pesos, de los cuales para el primer año se requerirían tan solo mil 237 millones de pesos para trasplantarlos a todos si hubiera los órganos suficientes. Queda claro que no se requiere

presupuesto adicional; basta que no saqueen los fondos creados para salud con fines poco transparentes.

¿Cuánto pagó el Fonsabi a las entidades federativas por concepto de trasplante de riñón infantil en el último año informado? Tan solo 22 millones 372 mil pesos, habiendo en enero del 2022 más de cien mil millones de saldo en el fideicomiso del Fonsabi.

¿Hay infraestructura suficiente para obtener los órganos? Sin duda. El Cenatra tiene autorizados 576 establecimientos con los siguientes programas de uno o varios trasplantes: 416 para procurar órganos por 365 días del año = 151,840 procuraciones, pensando tan solo una por día; para realizar los trasplantes 893 por 365 = 325,945 procedimientos potenciales; y 67 bancos para almacenar órganos (córneas, hueso, tejidos, células).

Mientras usted lee esta columna, la vida de estos mexicanos pende de un hilo, sumada a los 248 que esperan un hígado, 57 un corazón y 11 más de un órgano cuyo tiempo de espera es más crítico para sobrevivir. Abramos seriamente la conversación sobre cómo podemos obtener más órganos. Declaro desde estas líneas que los legisladores del PAN continuaremos luchando por esta causa que es una necesidad nacional impostergable.

17. MANEJO INTEGRAL DE LA DIABETES

08.10.22 | *"La salud y el intelecto son las dos bendiciones de la humanidad"*

Menandro

Esta semana, se llevó a cabo un foro en la Cámara de Diputados para aprovechar el conocimiento de expertos de la Federación Mexicana de Diabetes, la Asociación Mexicana de Diabetes, el IMSS en el Centro Médico Siglo XXI y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. El objetivo de este foro fue analizar, reflexionar y proponer acciones para abordar uno de los grandes desafíos que enfrenta nuestro país: la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y mejorar la salud de la población.

México ocupa el séptimo lugar en el mundo y el segundo en América Latina en términos de la cantidad de pacientes que viven con DM2. En 2021, la diabetes representó la tercera causa de muerte, solo después de las enfermedades cardiovasculares y el COVID-19. Si las tendencias actuales continúan, se estima que para 2045 más de 21 millones de personas en México vivirán con diabetes.

Junto con la enfermedad en sí, la prevalencia de otras enfermedades relacionadas con la DM2 revela la necesidad de abordarla de manera integral. En los últimos años, el país ha experimentado una disminución en la detección temprana y en el control de la DM2, lo que refleja un deterioro en la atención primaria, que se ha visto fuertemente afectada por la pandemia de COVID-19 en México.

La DM2 y sus complicaciones cardio-renales también tienen un impacto económico significativo en nuestra sociedad y economía. El costo social principal son las muertes relacionadas con la enfermedad. En 2011, se reportaron 81 mil

muertes por DM2. Diez años después, esa cifra ha aumentado a casi 143 mil. Además de los costos en términos de mortalidad prematura, la DM2 conlleva costos directos (atención médica, medicamentos e insumos) e indirectos (incapacidades, traslados, invalidez) que afectan tanto a recursos públicos como privados, y tienen un impacto en la productividad del país.

Se estima que en 2019, los costos directos de la enfermedad ascendieron al 1.09% del PIB, equivalente a 306 mil millones de pesos, siendo la mayor parte (87.5%) destinada a cubrir la atención médica de las complicaciones de la DM2. Por otro lado, los costos indirectos en 2019 se estimaron en 326 mil millones de pesos, equivalente al 1.17% del PIB.

El Programa Sectorial de Salud 2019-2024 identifica la DM2 como uno de los principales desafíos para el sistema de salud del país. Aunque existen regulaciones y lineamientos aplicables a los distintos tipos de diabetes, como la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus", los expertos han destacado la necesidad de su actualización, así como de las guías de práctica clínica y lineamientos aplicables a los distintos subsistemas de salud, para incluir nuevas tecnologías y tratamientos. A pesar de los avances, es esencial redoblar esfuerzos para abordar los factores de riesgo modificables en la población y garantizar un enfoque integral de la diabetes. Se planea presentar un punto de acuerdo para exhortar al ejecutivo federal a actualizar la NOM y las guías de práctica clínica.

Además de la transición demográfica y epidemiológica, los cambios en los hábitos de la población previsiblemente aumentarán el número de nuevos casos de DM2, como se informó en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021. Se encontró que muchas personas tenían DM2 sin saberlo, lo que incrementará las repercusiones sanitarias, económicas y sociales asociadas.

El foro planteó cinco recomendaciones para complementar las estrategias existentes en la atención integral y oportuna de la diabetes:

Comprender la experiencia del paciente para la toma de decisiones e implementación de políticas públicas.

Impulsar acciones para mejorar la detección temprana de complicaciones y la atención primaria de pacientes con DM2: Fortalecer los esquemas de referencia oportuna; mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica y promover la actualización regular del marco legal y normativo para la prevención, detección y atención de la DM2.

Todos conocemos a alguien con DM2, quien vive con esta enfermedad los 365 días del año. Es crucial empoderar a los pacientes, a sus familias, amigos e instituciones en el autocuidado de la DM2 y la salud, ya que esto puede evitar más del 80% de las complicaciones. El documento final del foro, con 20 páginas de contenido completo, está disponible en el siguiente enlace: Documento del Foro. Seguiré atento y tomaré las acciones legislativas necesarias.

18. ORGANISMOS NEONATOS EN SALUD Y PEF 2023

11.10.2022 | Platicando con mi amigo, el Lic. Jorge Espinosa Fernández, acerca de los organismos neonatos - INSABI y SS-IMSS-Bienestar - coincidimos acerca de la necesidad de restituir el orden constitucional en materia sanitaria mediante la regulación presupuestal en el Presupuesto del Egresos de la Federación, PEF 2023. Los antecedentes son contundentes:

La Constitución establece que las autoridades sanitarias en materia de salubridad general son únicamente el Presidente

de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los Gobiernos de los Estados.

Conforme a la Carta Magna, la salubridad general - 1908 - es concurrente entre la Federación (Secretaría de Salud) y los Gobiernos de los Estados, de acuerdo al sistema federal establecido constitucionalmente desde 1857.

El contenido de la Ley General de Salud es la salubridad general y la regulación del acceso a los servicios públicos de salud, conforme lo dispone expresamente la Constitución.

Ahora bien, la estructura constitucional del derecho a la protección de la salud y de la salubridad general se ha venido deformando y desvirtuando por medidas de dos tipos: a) Por disposiciones de carácter presupuestal y de manejo de recursos públicos y, b) Por la creación de organizaciones que no tienen la condición jurídica-constitucional para asumir servicios de salubridad general como los neonatos INSABI y SS-IMSS-Bienestar, el primero creado por Ley y el segundo por los acostumbrados decretazos del gobierno de la cuarta transformación (sic.)

Estas medidas de pseudo-planificación hechas sobre las rodillas con gran frustración - de la visión de salud nórdica - por los paupérrimos resultados obtenidos en los primeros cuatro años de gobierno, en términos de cientos de miles de muertes e igual número de hogares dolientes, caída sin precedentes en la esperanza de vida, economía depauperada con tasas de inflación superiores al ingreso por familia y exceso en el número de hogares sin acceso a servicios de salud y pobreza extrema, han conllevado a la alteración del Sistema Federal Sanitario vía la declinación de atribuciones de las Autoridades Sanitarias Federales - Secretaría de Salud - y de la mayoría de los Gobiernos de los Estados, donde son autoridades sanitarias la persona titular de la Gobernatura, de la Secretaría de Salud Estatal y de los H. Ayuntamientos que integran las entidades federativas.
Visibilizamos que en su conjunto, la deformación y el incumplimiento del orden constitucional en materia sanitaria están

obstaculizando el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, han deteriorado gravemente la operación de los servicios públicos de salud y están dañando la salud pública del país, afectando con mayor severidad a la población sin seguridad social en los servicios de atención médica a la persona que han tenido que recurrir a personas físicas y morales de los servicios privados y de asistencia social, como se evidenció en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) COVID-19 más recientes.

La problemática de los neonatos INSABI y SS-IMSS-Bienestar conjuga tanto factores de recursos (presupuestales) como de organización (arreglo institucional). El aspecto presupuestal del problema reside en que gran parte de los recursos federales para la salud pública y para los servicios a la población sin seguridad social son gestionados y canalizados por la Secretaría de Salud, en lugar de que se transfieran directamente por la Secretaría de Hacienda (SHCP) a los servicios estatales.

Esta intermediación y gestión administrativa lleva dos décadas, y se ha recrudecido en los últimos años, tanto con el Ramo 33 como el Ramo 12, añadiendo que incluso parte de los recursos de aportación solidaria estatal, al menos el 70%, deberá ser entregado a los neonatos en efectivo conforme los acuerdos de coordinación firmados y que ya no hay disponibilidad de recursos provenientes de cuotas de recuperación, incluso de personas que tendrían la capacidad de pagarlas.

Como consecuencia, el gasto público ha quedado expuesto a desviaciones y ha impedido que el gasto público en salud sea fijo, estable o regularizable; incluso, se eliminó la asignación per cápita, disminuyendo con ello la capacidad de entregar los servicios esenciales de salud a una mayor población a atender, como ocurrió con los 15 millones más de mexicanos sin acceso a los servicios de salud que reveló el Censo de Población y Vivienda 2020 ratificado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval).

Es por ello que hay aproximadamente 100 mil trabajadores de la salud en todo el país sin estabilidad laboral, sin prestaciones y sin condiciones de seguridad social, es decir, sin plaza presupuestal y laborando en condiciones precarias.

La no asignación de presupuesto directamente a los Servicios Estatales y sus organismos públicos desconcentrados por territorio y función como jurisdicciones sanitarias, hospitales, laboratorios estatales de salud pública, centros estatales de transfusión sanguínea y de trasplantes, así como otras unidades médicas de los sistemas locales de salud, ha hecho posible las actuales derivaciones, reversiones y canalizaciones sistemáticamente irregulares de recursos públicos para la atención a población en general y a la salud pública.

Los aspectos de organización institucional y otros que nos deben llevar a los legisladores en tanto que es el poder que debe ser el equilibrio de los poderes ejecutivo y judicial, los comentaré en la siguiente columna de cara a la aprobación del Presupuesto de Egresos de la Federación 2023.

19. UCRANIA, COMO EL FÉNIX, EL AVE

15.10.2022 | En la mitología griega, el Fénix es un ave de larga vida que muere en un espectáculo de llamas y combustión, y que se regenera de las cenizas de su predecesor. En el registro histórico, podría simbolizar la renovación en general.

Mariia Mezentseva, parlamentaria ucraniana, en una emotiva sesión del miércoles pasado de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (PACE), que inició con un mensaje del presidente de su país, Volodymyr Zelensky, compartió su

descubrimiento matutino del significado mitológico del ave Fénix y lo asoció diciendo: "Nos estamos volviendo más y más poderosos con cada resolución. Las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales están analizando nuestras decisiones".

Lo dijo en referencia a dos situaciones:

El día anterior, la Asamblea General de la ONU aprobó por mayoría aplastante la resolución "Integridad territorial de Ucrania: defensa de los principios de la Carta de las Naciones Unidas", declarando que los actos ilícitos de Rusia al anexar por referéndum territorios en Donetsk, Jersón, Lugansk y Zaporiyia no tienen validez alguna, ni sirven para modificar de ninguna manera la integridad territorial de Ucrania, infligiendo una nueva derrota diplomática a Moscú que había vetado una resolución similar en el Consejo de Seguridad a finales de septiembre. Solo Rusia, Bielorrusia, Corea del Norte, Nicaragua y Siria votaron en contra de la resolución.

Ese día se presentaba en el hemiciclo de la PACE un debate bajo procedimiento de urgencia para determinar qué acciones debían seguirse ante la nueva escalada en la agresión de la Federación Rusa contra Ucrania, ponencia de Emanuelis Zingeris, de Lituania, con un proyecto de resolución aprobado por unanimidad que determinó, entre otras cosas, declarar "al actual régimen ruso como terrorista", siendo la primera organización en hacerlo.

El recibimiento del presidente Zelensky por el presidente de la PACE fue en reconocimiento de que, desde el 24 de febrero, decenas de miles de ucranianos han resultado muertos y heridos, y millones tuvieron que abandonar sus hogares o su país. El dolor causado por esta brutal guerra es inconmensurable. El coraje y la determinación mostrados por usted y por su pueblo son admirados por todos los países de la PACE, que consideran la agresión unilateral de Rusia como un ataque contra la cooperación multilateral que pretende

proteger a todos nuestros ciudadanos en Europa. Por ello, tratamos de hacer todo lo posible para apoyar a su país y a sus ciudadanos en estos tiempos tan desafiantes y peligrosos. Ahora, estimado lector, les comento en trazos sucintos lo expresado por el presidente Zelensky:

En estos días, Ucrania se despierta cada mañana con dos preguntas: ¿Qué más se ha convertido en el objetivo de terror ruso en la noche anterior? y ¿Dónde más pudieron nuestras fuerzas prevalecer sobre los terroristas?

Ustedes están bien informados sobre lo que los ucranianos tienen que vivir en estos días, porque los medios de comunicación en tiempo real proporcionan información sobre manifestaciones específicas del terror ruso y el curso de esta guerra.

Quiero centrarme en una cosa: Sobre cómo y cuándo podremos poner fin a estos días. Cuándo terminará la guerra. Cuando llegue la paz. Cuando nuestra integridad territorial, paz y tranquilidad regresen a la tierra ucraniana.

Tenemos que dialogar con todos nuestros socios en todo el mundo para que, estableciendo sanciones financieras, Rusia no tenga la capacidad para prolongar más esta guerra.

Les pido que hablen con sus ejecutivos y votantes, para que provean a Ucrania de una cantidad adecuada de sistemas modernos de defensa aérea y antimisiles para proteger nuestros cielos del terror ruso. Actualmente, disponemos tan solo del 10% de lo necesario.

Rusia tiene que ser reconocida como estado agresor para que todos los responsables de crímenes de guerra sean llevados a un tribunal especial penal internacional. Crear este organismo será la mejor manera de proteger los principios del derecho internacional.

Europa puede convertirse en líder de todos los esfuerzos para resarcir las pérdidas creadas por la guerra, sobre todo porque aquí se concentra la mayor parte de los activos rusos y de los negocios corruptos que están relacionados con los agresores. Entregarlos a Ucrania en compensación de las pérdidas que seguimos sufriendo.

Al término de su charla y posterior a dialogar con parlamentarios de muchos países que hacían preguntas y él contestaba, fue despedido de pie, con ovaciones y calurosos aplausos que muestran a una Europa unida y sí, como dijo Mariia, Ucrania parece estar resurgiendo con el ave Fénix.

Que así sea. #SlavaUcrania.

20. ORGANISMOS NEONATOS EN SALUD Y PEF 2023

18.10.22 | La problemática de la organización institucional se ha identificado en la derivación de recursos públicos de las instituciones nacionales de salud y de seguridad social, así como de las entidades federativas, fuera del sistema de salud para su gestión y ejercicio, como es el caso de las adquisiciones por la Oficialía Mayor de Hacienda de la SHCP y por la UNOPS, amén de su fracaso estrepitoso.

El INSABI ha sido un organismo inviable, pues conjunta los dos aspectos de la problemática: Primero, está fuera de la estructura federal de las autoridades sanitarias, siendo un ente exógeno para financiar de manera parcial y casi no atender los cometidos señalados en la ley que le dio vigencia. Segundo, su flujo administrativo y presupuestal es antagónico al régimen o sistema del manejo de recursos

públicos. Hasta el día de hoy, existen muchas interrogantes acerca de la seriedad y amplitud de los convenios de adhesión con las entidades federativas y los compromisos financieros adquiridos en la misma Ley de las aportaciones federales y estatales.

Como evidencia de lo anterior, en el Cuarto Informe de Gobierno se muestra una tabla con los recursos federales (FASSA, Ramo 12 y Ramo 19 IMSS-Bienestar) y estatales aportados, y se perciben diferencias verdaderamente significativas en la financiación.

Los cinco estados que reciben más dinero per cápita son Yucatán con $6,741 millones de pesos; Zacatecas, $6,722; Tabasco, $4,747; Ciudad de México, $4,383, y Campeche con $3,920 pesos. Los que menos reciben son Jalisco con $2,322; Sinaloa, $2,028; Coahuila de Zaragoza, $1,634; Nuevo León, $1,614.8, y Baja California, el que menos recibe con $1,547 pesos.

En cuanto a la aportación estatal en función de la aportación federal, los que más aportan son Sonora 43.6%, Tabasco 43.1%, Tamaulipas 39.1%, Nuevo León 35.8%, y Querétaro 35.7%. Los que menos aportan son Puebla 12.1%, Michoacán de Ocampo 11.9%, Durango 10.7%, Chiapas 10.4%, y el que menos aporta es Guerrero con el 5%, habiendo grandes desbalances.

Las mismas características que hicieron inviable al INSABI, que sigue vivo como fuente de redireccionamiento del Ramo 12, cuyo principal programa -el U013 Atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral- tuvo 77,600 millones de pesos en el PEF 2022 y es menor en el 2023 a precios reales; harán que el nuevo organismo público descentralizado (OPD) no sectorizado denominado "Servicios de Salud del IMSS para el Bienestar SS-IMSS-Bienestar" fracase también, pasándole la factura a las familias más desprotegidas como ya ocurrió con el INSABI. Las mismas razones estructurales de inviabilidad del INSABI y su programa institucional se replican en el

SS-IMSS-Bienestar y en el Programa Estratégico Especial de Salud Bienestar. Ambos son diseños institucionales exógenos al sistema público de salud, fuera de los cauces constitucionales y legales de la administración y gestión de los recursos públicos del país, con consecuencias negativas para la salud.

Tanto el INSABI como el nuevo SS-IMSS-Bienestar son entidades sin presupuesto propio, lo cual es contrario a la Constitución. Esa falta estructural es insuperable, pues su equivocado diseño legal, institucional y presupuestal conlleva operarlos con recursos derivados de los servicios estatales de salud; sin presupuesto regularizable; que la Cámara de Diputados no ejerza su atribución constitucional de examinar y aprobar sus presupuestos; sin mecanismos de planeación, programación, presupuestación, ejercicio del gasto, evaluación y rendición de cuentas; sin plazas, pues éstas sólo las puede aprobar la Cámara de Diputados en su presupuesto regularizable; que se constituyan en instituciones fiduciarias mandatorias para el manejo de recursos públicos; que actúen por derivación; que no tengan condiciones laborales propias, sino derivadas y contradictorias; que conlleven la insuperable continuación en la afectación y denegación masiva de derechos laborales de los trabajadores de la salud y; que no haya ciclos multianuales de operatividad financiera y de gasto y administración, haciendo inoperante el ciclo completo de medicamentos e insumos para los servicios requeridos.

Para asumir las funciones constitucionales inherentes a la Cámara de Diputados, proponemos declarar inconstitucional el Artículo 33 del proyecto de Decreto del PEF 2023 SHCP, que consiste en que la Cámara de Diputados decline definir y aprobar el presupuesto del Ramo 12 (Salud), el del INSABI y el del nuevo SS-IMSS-Bienestar, con la consecuencia de que esos presupuestos sean el resultado incierto de transferencias directas derivadas e indirectas de recursos públicos federales.

Las medidas concretas que podemos adoptar en el Decreto del PEF para 2023 son:

Trasladar la totalidad de los recursos del Programa de Salud para el Bienestar al Ramo 33, para su canalización bajo ese régimen a los servicios estatales de salud.

Establecer con base en esos recursos públicos presupuestos completos de los servicios estatales de todas las entidades federativas, incluyendo la creación de plazas presupuestales.

Establecer la aplicación normal de las políticas de gasto para las propias unidades ejecutoras del gasto, que son los servicios estatales mismos, no los nuevos organismos. La probabilidad de que esto ocurra es muy baja por la mayoría del partido oficialista, pero hay que intentarlo con seriedad con la visión de mejorar la salud del país.

ILUSTRACIÓN: "¿CONTINUIDAD BOLIVARIANA?"

Rata insaciable, que no enfrenta la realidad, que no acude a donde, según él, le van a sembrar agitadores conservadores y no le dejarían contemplar la "¿Continuidad bolivariana?".

Dr. Francisco Javier Domínguez Garibald

21. QUÉ MANERA DE LEGISLAR

21.10.2022 | *"Chi… a su m… qué manera de legislar"*, dijo un irritado Porfirio Muñoz Ledo ante el desaseo legislativo de Morena y sus aliados.

Acaba de ser aprobado por la mayoría de Morena, PT y PVEM el paquete de "Ingresos" para el año 2023. Sin escuchar ningún tipo de razones, evidencias o argumentos, simplemente no movieron ni "una coma" de lo enviado por el inquilino del Palacio Nacional, lo cual tendrá consecuencias para los mexicanos. Expondré tan solo una de las cinco reservas que presenté, las cuales atentan de manera flagrante contra el derecho a la salud, en especial de los más desfavorecidos.

Propuse eliminar el artículo décimo cuarto transitorio de la Ley de Ingresos de la Federación (LIF), que ordena al Instituto Nacional para el Bienestar (Insabi) que, durante el primer semestre de 2023, concentre en la Tesorería de la Federación (Tesofe) el "remanente" (sic) del patrimonio del Fondo Nacional de Salud para el Bienestar (Fonsabi), salvo que la SHyCP "autorice" que el remanente referido permanezca para el cumplimiento de los fines de dicho fondo. También se destaca que los "aprovechamientos" (intereses) obtenidos de dicho remanente se destinen prioritariamente para la adquisición de vacunas y los gastos de operación asociados, así como para los requerimientos derivados de la atención a la enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 y el fortalecimiento de los programas y acciones en materia de salud.

Argumentamos que desde la creación del INSABI, que debería atender enfermedades complejas de alto costo para la población sin seguridad social, como el cáncer en todos los niños y otros 65 padecimientos que causan dolor, muerte prematura y empobrecimiento familiar debido a la falta de

atención, suministros y medicamentos, como ha sido demostrado en la ENIGH y la Ensanut 2021, a través del Fonsabi, este ha sido desfondado en los últimos tres años, pasando de 110 mil millones de pesos (mdp) recibidos en 2018 a tan solo 37 mil millones en junio de este año.

Del Fonsabi se pagaron tan solo 6,021 mdp en 2019 y 5,963 mdp en 2020, muchos de los cuales eran adeudos de personas atendidas en años previos. Con total opacidad, aún no se ha reportado ni lo gastado ni las personas atendidas con dicho fondo en 2021. Lo que sí es evidente es que el gasto ejercido es menor al ingreso adicional al Fonsabi que corresponde a más de 10 mil mdp anuales.

Además de los pacientes no atendidos con enfermedades que provocan gastos catastróficos, también el gobierno de la cuarta administración (sic) ha dejado sin recursos el mecanismo destinado a promover inversión física en salud en municipios de alto grado de marginación y pobreza. Dicho mecanismo ascendía en promedio a 3 mil mdp anuales en el sexenio pasado. Esta situación llama la atención, ya que según el modelo propuesto de atención primaria a la salud, las zonas rurales y marginadas requerirían de una mayor infraestructura, ya sea móvil o digital.

En cuanto al Fonsabi como fideicomiso para comprar medicamentos, tampoco se tiene noticia transparente. Por ello, es inaudito que se hable de un "remanente" cuando la realidad es nítida y ominosa para los enfermos: no hay atención, no hay tratamientos y no se está construyendo infraestructura.

Por último, tampoco se ha incorporado ninguna enfermedad nueva de las decenas que estaban pendientes de ser cubiertas con el fondo, lo cual contradice lo señalado en la tribuna de San Lázaro al desaparecer el Seguro Popular, que supuestamente incorporaría muchos más padecimientos. Hay constancia de lo anterior tanto en las versiones estenográficas de los discursos del presidente López Obrador como en el Diario de los Debates en el Congreso de la Unión.

Expuse además las evidencias presentadas por la organización "México Evalúa", que afirma que la contabilidad actual, junto con la falta de transparencia que caracteriza a los fideicomisos en México, ha permitido al gobierno de Morena un esquema fraudulento mediante el cual el Gobierno 'pasa' dinero al Fonsabi desde la Tesofe, que se contabiliza como gasto en salud, sin saberse con certeza en qué se gasta o si incluso se llega a gastar. Con el transitorio propuesto, el Fonsabi tiene la obligación adicional de devolver recursos o remanentes a la Tesofe, que, con facilidad y facultades metaconstitucionales, puede redirigir el gasto supuestamente destinado a la salud hacia otros fines.

Por lo anterior, propuse que se eliminara el transitorio y que el Fonsabi contara con los recursos necesarios para atender al menos las casi 70 enfermedades catastróficas, y que se incluyeran nuevos padecimientos, como el trasplante renal en adultos. Morena no aceptó la reserva, miles de familias lo sufrirán y debemos recordarlo para las próximas decisiones electorales, en mi opinión.

22. TRABAJO DEL FUTURO Y EL DERECHO A LA DESCONEXIÓN DIGITAL

25.10.22 | "Desde una perspectiva general, la regulación del derecho a la desconexión digital en el entorno laboral interesaría desde un triple punto de vista: 1) Social, ya que protege la integridad física y moral del trabajador; 2) Jurídico, al imponer límites a la duración del trabajo; y 3) Económico, dado que una excesiva jornada laboral puede impactar en los costos de producción y los beneficios de la empresa", mencionó Pérez Campo, citado por Rodrigo Monteiro.

El "Derecho a la Desconexión Digital (DDD)" está regulado en México desde el 11 de enero de 2021 en la Ley Federal del Trabajo (LFT), en el artículo 330-E, fracción VI, el cual impone "obligaciones especiales" al patrón, como "respetar el derecho a la desconexión de las personas trabajadoras en la modalidad de teletrabajo al finalizar la jornada laboral". Los legisladores señalaron que esto representaba un gran avance hacia la modernidad, pero, en mi opinión, aún estamos lejos de alcanzarlo.

El Derecho a la Desconexión Digital fue recientemente abordado en la cuarta sesión ordinaria de 2022 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (PACE) en su sede permanente en Estrasburgo, Francia. El informe que mencionó el DDD se tituló "El Futuro del Trabajo Está Aquí: Revisando los Derechos Laborales". La resolución, aprobada por unanimidad en la PACE, resaltó la necesidad de una mayor flexibilidad en la organización del trabajo para atender las nuevas demandas de trabajadores, empleadores y mercados laborales, en respuesta a las transformaciones significativas vinculadas a las nuevas tecnologías y la pandemia de la COVID-19.

La Asamblea expresó preocupación por los efectos negativos de esta nueva realidad en el entorno laboral, observando

numerosos casos de precariedad laboral, prácticas discriminatorias y un aumento en los niveles de estrés en el trabajo. Por lo tanto, instó a los Estados miembros a adaptar sus marcos normativos y políticas laborales para proteger mejor los derechos socioeconómicos, mejorar la salud pública y garantizar el bienestar personal en el trabajo.

Se consideró que los gobiernos, incluyendo México, deberían fomentar el teletrabajo permanente a través de medidas legislativas que ofrezcan igualdad de condiciones y la máxima flexibilidad en cuanto a las horas de trabajo y la ubicación del mismo. La Asamblea también abogó por un mayor reconocimiento del trabajo no remunerado, haciéndolo más visible y apoyándolo mediante beneficios sociales o un ingreso básico, además de impulsar el desarrollo de capacidades institucionales públicas y el derecho a la desconexión, tema central de esta columna.

Especial atención se prestó a investigaciones y pruebas que indican un cambio en la cultura laboral, con una nueva generación de trabajadores que valoran más la flexibilidad en las horas de trabajo, la ubicación y la reducción de la jornada laboral que sus predecesores.

Los parlamentarios de los 46 países que conforman la PACE, junto con las opiniones de Canadá y México como observadores, subrayaron la necesidad de definir mejor "el derecho a la desconexión" a través de legislación nacional, así como a nivel europeo e internacional.

Recomiendo a los estimados lectores el artículo de Rodrigo Monteiro Pessoa titulado "La Configuración del Derecho a la Desconexión Digital del Trabajo en Chile y su Vulneración". En este artículo, se realiza un estudio comparativo entre países como Francia, España, Chile y México, publicado en la Revista Latinoamericana de Derecho Social de este año. En él, se menciona y respalda la idea de que la mera inclusión del DDD en la Ley Federal del Trabajo (LFT) no es suficiente para convertirlo en un derecho efectivo.

Desde el inicio del período de dictadura sanitaria declarado por el Consejo de Salubridad General el 23 de marzo de 2020, considerando a México como un país gravemente afectado por la COVID-19, y a su negligencia al no llevar a cabo de manera efectiva y oportuna las actividades de preparación y respuesta, millones de mexicanos hemos optado por el "teletrabajo" o "home office". La mayoría de nosotros ha tenido que proporcionar sus propios medios (teléfonos, computadoras, internet, electricidad, espacio de trabajo en casa) para poder sobrevivir.

Esta hiperconectividad ha llevado a la desaparición de la línea divisoria entre la vida familiar y laboral. Se le solicita a los trabajadores que "no apaguen sus teléfonos celulares", y jefes, clientes, supervisores o compañeros envían miles de correos electrónicos y mensajes por redes sociales, incluso revisando si se "leyó" el mensaje, y luego se lo reprochan como señal de negligencia laboral, aunque haya sido tarde en la noche o de madrugada. Incluso las videoconferencias se programan de manera que debemos prestar extrema atención a los detalles para evitar que se vea el desorden en la intimidad de nuestro hogar. Esto sucede sin importar si estamos de vacaciones, de licencia o fuera del horario de trabajo acordado, bajo amenaza de sanciones o ser colocados en una "lista negra".

Para las mujeres, esta situación es aún más complicada, ya que han asumido más del 80% de las responsabilidades no remuneradas en el hogar. Si son incluidas en la "lista negra" por no estar disponibles las 24 horas, es raro que reciban ascensos o un mejor salario.

Estoy firmemente convencido de la necesidad de hacer efectivo este derecho a la desconexión, no solo para los trabajadores de "teletrabajo" mencionados en la LFT, sino para todos los trabajadores. En los próximos días, iniciaré una labor legislativa en la que convocaré a Rodrigo Monteiro y a otros actores para avanzar en esta dirección.

23. CANNABIS: NI AGITADA NI MEZCLADA

20.10.2022 | *"Recomiendo que les den mota a sus hijos"*
Vicente Fox

Después de sus declaraciones el expresidente pidió "no confundir su mensaje a favor del consumo legal de la marihuana" y señaló que "es fundamental educar sobre la naturaleza de esta industria, abordándola con seriedad y sin sarcasmo. No es un tema banal."

Con el propósito de contribuir a la educación solicitada, permítaseme citar la editorial que se publicará el próximo mes en la Gaceta Sanitaria 2022; 36(6): 500-501, escrita por los españoles Luis Sordo y Antonio Gual. Ellos proponen, y yo respaldo, la idea de que el cannabis recreativo, conocido popularmente como "mota" o "marihuana" según Fox, y los cannabinoides terapéuticos no deben ser confundidos ni mezclados.

Sordo y Gual señalan que los recientes debates sobre la legalización del consumo recreativo de cannabis y su autorización para uso terapéutico están generando confusión en diferentes niveles. Quiero enfatizar que en México se ha empleado erróneamente el término "consumo lúdico", que en español significa relacionado con el juego, cuando en realidad, el consumo de cannabis recreativo no es un juego.

Los medios de comunicación, los líderes políticos e incluso algunos miembros de la comunidad científica están transmitiendo mensajes contradictorios que llevan a concepciones equivocadas en la opinión pública.

Con frecuencia, se habla del cannabis como si fuera una sustancia con un solo componente y un único efecto, y su posible uso terapéutico se considera simplemente un efecto secundario del uso recreativo. Sin embargo, no siempre se

menciona que su consumo por inhalación no es inocuo ni recomendable, aspecto que el expresidente Fox omite y al que lo insto a dar énfasis en sus futuras aclaraciones.

Así, se están mezclando los efectos del posible medicamento "cannabis" con los de la droga recreativa, lo que lleva a la población a recibir información sesgada sobre los potenciales efectos de ambos, especialmente entre los jóvenes.

Sordo y Gual argumentan la necesidad de aclarar los términos para delimitar los ámbitos de actuación. La sociedad ha convivido con los opiáceos diferenciando los derivados de uso medicinal, como la morfina, de los de uso recreativo, como la heroína (diacetilmorfina). El cannabis y los opiáceos no son drogas comparables, pero debemos esforzarnos por que los mensajes sobre sus diferentes usos sean igualmente claros. Debemos comunicar a la población información precisa sobre el cannabis en sus diversas formas y aplicaciones.

La planta de cannabis contiene más de cien cannabinoides, de los cuales dos son los más comunes:

el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) y el cannabidiol (CBD). Estos se encuentran en diferentes concentraciones, dependiendo de la variedad de cannabis estudiada, y tienen efectos clínicos y farmacodinámicos bastante distintos. La potencia del cannabis, en términos de sus efectos psicoactivos asociados al consumo recreativo, depende principalmente de la cantidad de THC que contiene, aunque en las últimas décadas su concentración ha aumentado y rara vez supera el 15%.

Los posibles efectos terapéuticos del cannabis son diferentes a los efectos agudos y crónicos del consumo recreativo. Es probable que algunos cannabinoides, especialmente el CBD, tengan potencial como medicamentos para aliviar el dolor. Sin embargo, es esencial separar este uso medicinal del uso recreativo de la droga.

Hablar del cannabis en un contexto terapéutico (es decir, con supervisión médica) carece de precisión, ya que implica hablar de varios cannabinoides con posibles efectos opuestos al mismo tiempo. Cuando se estudien los efectos del cannabis, sería más útil dividirlos según sus componentes activos, en particular, el THC y el CBD. Además, debemos limitar el uso de la palabra "cannabis" para referirnos a partes o concentraciones de la planta, evitando el empleo de términos como "marihuana," que pueden dar lugar a interpretaciones diversas.

La cuestión de si se debe regular el consumo recreativo o terapéutico debe abordarse por separado, con definiciones claras de los componentes involucrados. No se trata solo de una cuestión semántica. Ni siquiera el posible uso medicinal debe influir en el debate sobre la regulación del consumo recreativo, y no debemos permitir que las connotaciones negativas no científicas del cannabis influyan en su potencial futuro como medicamento. Es crucial utilizar la terminología con precisión en cada debate y evitar su confusión.

En resumen, no recomiendo el consumo de cannabis recreativo, ya sea comprado de manera legal o ilegal.

24. "SALUS POPULI SUPREMA LEX EST": DICTADURA SANITARIA

01.11.2022 | *"La medicina es una ciencia; hacer de ella una práctica es un arte."*

Anónimo

Con los resultados definitivos de las "Estadísticas de defunciones registradas en 2021" en México, publicados por el INEGI, se informa que ocurrieron 1,122,249 defunciones, con un 57.6% de hombres y un 42.3% de mujeres. El 92.5% de estas defunciones se debió a enfermedades y

problemas relacionados con la salud, mientras que el 7.5% se debió a homicidios, accidentes y suicidios. En el encabezado de comunicación del INEGI, se destacan las tres principales causas de muerte a nivel nacional: COVID-19, enfermedades del corazón y diabetes mellitus. Además, se menciona que los homicidios representaron la sexta causa de muerte en hombres.

El Consejo de Salubridad General (CSG), un organismo al que el Constituyente Permanente de 1917 le otorgó una estructura única en la Constitución, depende directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado. Sus disposiciones generales son de obligatorio cumplimiento en el país. En casos de epidemias graves, como la COVID-19, la Secretaría de Salud está obligada a dictar de inmediato las medidas preventivas necesarias, sujetas a la posterior sanción del Presidente de la República. La autoridad sanitaria tiene carácter ejecutivo, y sus disposiciones deben ser acatadas por las autoridades administrativas del país.

El 23 de marzo de 2020, en ejercicio de estas atribuciones constitucionales, el CSG reconoció la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2, conocida como COVID-19, como una "enfermedad grave de atención prioritaria". Esto marcó el inicio de 954 días de lo que se ha llamado "Tiranía Sanitaria" en nombre del bienestar público.

El CSG delegó en la Secretaría de Salud la autoridad para establecer las medidas necesarias para prevenir y controlar la epidemia de COVID-19. Estas medidas se definirían en "consenso" con las dependencias y entidades involucradas en su aplicación, determinando sus modalidades específicas, fechas de inicio y término, así como su extensión territorial. Además, el CSG exhortó a los gobiernos estatales y a los miembros del Sistema Nacional de Salud a definir planes de reconversión hospitalaria y aumentar la capacidad de atención para los casos de COVID-19 que requirieran hospitalización. El CSG se declaró en "sesión permanente hasta nuevo aviso".

Hoy, en el "Día de Muertos", el CSG sigue en "Sesión Permanente", manteniendo medidas de la "Dictadura Sanitaria" que, según se argumenta, han sido manejadas con negligencia por el presidente López Obrador, el Dr. Jorge Alcocer Varela, el Dr. Hugo López-Gatell y otros funcionarios responsables de las muertes evitables causadas por la "enfermedad grave de atención prioritaria" denominada como "Pandemia" por la Organización Mundial de la Salud.

A pesar de la nobleza que el Constituyente otorgó al CSG, el hecho de que México sea el primer lugar en mortalidad mundial por COVID-19 muestra que la gestión de la salud pública ha generado daños, algunos de los cuales podrían haberse evitado. Por tanto, se plantea la necesidad de evaluar a los profesionales, como el secretario Alcocer, el Dr. López-Gatell, colaboradores, intervenciones, programas e instituciones (Birmex, Cofepris, etc.) no solo desde una perspectiva científica, sino también ética y, posiblemente, legal, en vista de las miles de víctimas, incluyendo niños huérfanos, viudas, viudos y familias enlutadas.

El "Imperdonable", debido a su arrogancia, causó la muerte prematura y un caos económico sin precedentes. No dudó en legitimar sus acciones citando a clásicos como Cicerón, quien afirmaba que "Salus populi suprema lex est". Sin embargo, se cuestiona si López-Gatell, quien ha ejercido la salud pública tanto en la administración pública como en el ámbito académico, respetó las normas deontológicas, incluyendo el principio básico "Primum non nocere", que busca garantizar que no se perjudique ni estafe a la ciudadanía.

El "Imperdonable" priorizó la salud en abstracto sobre otros valores e intereses ideológicos, relegando a menudo otros componentes del Sistema Nacional de Salud. También señaló a los determinantes sociales y las comorbilidades de los mexicanos como causantes de sus muertes, cuando podrían haberse prevenido. Se evidencia que pospuso la equidad en las intervenciones, como la vacunación, y fue necesario recurrir a órdenes judiciales para vacunar a menores.

Se invita a la sociedad a involucrarse activamente, empoderarse y exigir evaluaciones internacionales independientes sobre los daños causados por la dictadura sanitaria y sus actores. Además, se insta a abrir un debate ético sobre las acciones realizadas y a presentar denuncias legales ante el poder judicial para buscar justicia para las víctimas de la negligencia. Es hora de que el CSG deje de estar en "Sesión Permanente" y se cuestione la existencia misma de la "dictadura sanitaria".

25. LA 4T AUMENTA LOS RIESGOS PARA LOS MEXICANOS

05.11.2022 | *"No solo has jugado con fuego, has empapado las cerillas de gasolina"*

Sung Kang

Esta semana, presenté en la Cámara de Diputados un exhorto al titular del Ejecutivo federal para pedir que las medidas de control de riesgos sanitarios y fitosanitarios que realizan la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y el Servicio Nacional de Sanidad Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA) en materia de alimentos y productos, garanticen que sean aptos para su consumo. Solicité dejar sin efecto el "Acuerdo de Apertura Contra la Inflación y la Carestía (APECIC)" en aquellas disposiciones que representen riesgos sanitarios y fitosanitarios para el país, publicado en el DOF este mismo mes.

Por los considerandos que describo a continuación, demandé de manera urgente a los titulares de la COFEPRIS y el SENASICA

que informen a la opinión pública cómo se garantizará la seguridad de los alimentos y productos que se importan al país a fin de que sean aptos para su consumo en un país de 136 millones de habitantes.

El secretario de Hacienda y Crédito Público, Rogelio Ramírez de la O, y el Ejecutivo federal argumentaron la necesidad del APECIC debido a que, por el aumento de la inflación mundial, México ha recibido un impacto, entre otros, en los costos de materias primas, agrícolas y energéticas que han contribuido a la alta inflación anual en México.

El Ejecutivo, al firmar el APECIC, confía en las pocas empresas firmantes del pacto la responsabilidad de asegurar que las mercancías que comercian cumplan con las normas sanitarias de inocuidad y calidad. La autoridad, en el marco de esta "Licencia única", suspenderá la revisión de toda regulación que se considere que impide o encarece la importación e internación de alimentos y su movilidad dentro del país. Esto incluye aranceles, barreras al comercio exterior no arancelarias y otros requisitos para su ingreso y circulación nacional.

Estimados lectores, con esta licencia se da un cheque en blanco a las empresas para llevar a cabo la "autoverificación necesaria" que asegure que los alimentos e insumos que se importen y distribuyan sean de calidad y se encuentren libres de contingencias, tanto sanitarias como de cualquier otra índole.

El APECIC viola la ley en materia de control sanitario de los alimentos al implementar mediante un instrumento de carácter administrativo acciones que son contrarias a la legislación nacional vigente y pondrán en riesgo a la población.

La Ley General de Salud (art. 194) establece que el ejercicio del control sanitario será aplicable al proceso, importación y exportación de alimentos, así como de las materias primas que intervengan en su elaboración. Entiendo por control

sanitario el conjunto de acciones de orientación, educación, muestreo, verificación y, en su caso, aplicación de medidas de seguridad y sanciones que ejerce la Secretaría de Salud con la participación de los productores, comercializadores y consumidores, en base a lo que establecen las normas oficiales mexicanas y otras disposiciones aplicables, siendo la COFEPRIS la responsable de evitar daños a la salud, estableciendo sanciones a quien, por sí o por interpósita persona, teniendo conocimiento o a sabiendas de ello, autorice u ordene, por razón de su cargo en las instituciones alimentarias, la distribución de alimentos en descomposición o en mal estado que ponga en peligro la salud de otros. La pena va de seis meses a dos años de prisión o una pena pecuniaria de 500 a 5 mil días de salario mínimo general vigente.

Además, el APECIC viola la normatividad en materia fito-zoo-sanitaria, ya que la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural (SADER) debe determinar aquellos productos para uso o consumo animal que, por sus condiciones de inocuidad, eficacia y riesgo, requieran de registro o autorización. Además, dicha dependencia determinará, en disposiciones de salud animal y de inocuidad de bienes de origen animal, aquellas buenas prácticas pecuarias, buenas prácticas de manufactura y actividades de sanidad y bienestar animal que deberán observar los establecimientos de sacrificio de animales y de procesamiento de bienes de origen animal.

También se pone en riesgo al país al violar las disposiciones de la Ley de Sanidad Vegetal al eliminar, por ejemplo, la necesidad de diagnosticar y prevenir la diseminación e introducción de plagas en los vegetales. Lo mismo ocurre al desregular en materia de sistemas de reducción de riesgos de contaminación, que tiene como finalidad promover, verificar y certificar las actividades efectuadas en la producción primaria de vegetales encaminadas a evitar su contaminación por agentes físicos, químicos o microbiológicos a través de la aplicación de buenas prácticas agrícolas y el uso y manejo adecuados de insumos utilizados en el control de plagas.

Me parece un grave error del gobierno mexicano que, en otro decreto con aparente "buena intención", someta a riesgos la salud de los mexicanos y la seguridad agroalimentaria del país. Esperemos que los legisladores de Morena aprueben este exhorto. Están jugando con fuego.

26. DAGA AZUCARADA Y LA EDUCACIÓN PARA PROTEGER EL FUTURO

08.11.2022 | *"En nombre de Hipócrates, los médicos han inventado la forma de tortura más exquisita nunca conocida: la supervivencia"*

Luis Buñuel

Hace casi 20 años, escribí lo siguiente en mi columna periodística: "La era de oro de los homínidos pasó. Somos los únicos 'Homo' que existen después de un largo periodo de evolución. Pero, ¿hacia dónde se dirige el Homo sapiens, acaso hacia el Homo diabeticus?" Hoy confirmo que sí.

Han sido muchas las enfermedades cuya historia natural ha cambiado con la civilización. La mejora de las condiciones higiénicas y el avance en el manejo de muchas enfermedades agudas han permitido que la pirámide poblacional cambie, aumentando la expectativa de vida, también llamada supervivencia por el afamado cineasta español Luis Buñuel, quien murió en nuestro país a la edad de 83 años. La Esperanza de Vida al Nacimiento (EVN) en México en 1940 era en promedio de 37 años y pasó a 75 años en 2020. Hay cálculos de que en este 2022, la EVN registrará una disminución a 71 años, debido al exceso de mortalidad asociada al COVID-19 y a la mala planeación de la "conversión" hospitalaria.

Sin embargo, aún frente a todo el avance tecnológico y el éxito en salud, las enfermedades crónicas del adulto como la Diabetes Mellitus (DM) -tomándome la licencia literaria de llamarla "Daga Azucarada"- están cobrando la mayor cantidad de víctimas, ya sea por muerte prematura o discapacidad, convirtiéndose la DM en un problema de salud pública de proporciones epidémicas que requiere del concurso de todos para prevenirla y controlarla.

La DM en 2019 fue la causante del 8.24% de los Años de Vida Saludables Perdidos, con una tendencia de crecimiento del 2.4% en la última década. El INEGI acaba de reportar la mortalidad 2021 definitiva: 140,729 defunciones por DM como causa principal, a las que habría que sumar la fracción de muertes donde la DM es un factor desencadenante, como las 225,729 por enfermedades del corazón y las más de 12,000 por insuficiencia renal.

Hablando en términos económicos, la DM en México -con base en 2019 pero convertido a pesos de 2022- tuvo un "costo directo" de 38,331 millones de pesos por la atención médica ambulatoria (12.5%) y 267,540 millones de pesos por la atención médica de sus complicaciones (87.5%). El costo indirecto de la DM ese mismo año fue de 236,850 millones de pesos por muerte prematura; 29,831 millones por menor productividad; 29,512 millones por invalidez y 29,138 millones por incapacidad laboral. En total, 631,202 millones de pesos, es decir, el 70% del presupuesto público dedicado a la salud. Para dimensionarlo, es seis veces el presupuesto que se destinará al Insabi durante 2023 o el 73% de todas las remesas de dólares enviadas por nuestros paisanos de enero a septiembre de este año.

El próximo lunes se celebrará el "Día Mundial de la Diabetes" -otro más...- con el lema "Educar para proteger el futuro", que siempre tiene como eje central la formación y la educación diabetológica, al ser la herramienta clave para que las personas que conviven con la enfermedad puedan evitar y reducir complicaciones futuras para gozar de una buena calidad de

vida. Y es que la educación en diabetes forma parte de los cuidados esenciales y, por tanto, es un derecho que debe garantizarse a los pacientes, a través de un sistema de salud centrado en la cronicidad y de profesionales sanitarios formados específicamente en diabetes.

Un ejemplo exitoso de "educar para proteger el futuro" y no caer bajo la daga azucarada ha sido el "Diplomado en Educación Terapéutica en Diabetes DETD-Gto" de la Universidad de Guanajuato, con fondos originarios de Innovación del Gobierno de Guanajuato y la comunión virtuosa con la Asociación Mexicana de Diabetes en Guanajuato para que los diplomantes adquieran sus conocimientos, habilidades y destrezas con personas que viven con DM.

El DETD-Gto inició en 2011 con el objetivo de formar profesionales de la salud, principalmente de instituciones de salud pública, para educar a las personas con diabetes en su propio manejo, como una estrategia costo-efectiva para reducir los costos sociales y humanos de la enfermedad en Guanajuato y el país.

Los profesionales de la salud egresados de este programa de educación continua, formados como educadores en diabetes, explican las bases teóricas y metodológicas para educar a las personas que viven con diabetes en su autocuidado; trabajan en equipos interdisciplinarios aplicando un enfoque preventivo e integral, teniendo un impacto significativo en la persona con diabetes, en su familia y comunidad. A la fecha se han diplomado 577 educadores en diabetes, planificando cada uno en su generación un proyecto de educación e investigación en DM dentro de su escenario profesional, su comunidad o trabajando con su propia familia, un promedio de 80 personas viviendo con o en riesgo de desarrollar respuestas.

A principios de este año, dentro del seguimiento de egresados del DETD-Gto, se aplicó una encuesta a 140 de ellos, contestando que lo más valioso que aprendieron fue la escucha activa, la empatía y el tratamiento con insulina. Refirieron además como resultado satisfactorio, el agradecimiento de

sus pacientes por mejorar su manejo de la diabetes y su calidad de vida. Uno de los comentarios fue: "Había hecho otros cursos y definitivamente este fue el más completo. Mi relación con los pacientes ha mejorado notablemente, sus resultados son mucho mejores, su estado de ánimo en la consulta. Y mi manejo de la insulina es, sin exagerar, abismalmente mejor".

Quiero reconocer desde esta columna a los rectores José Luis Lucio Martínez y Carlos Hidalgo Valadez; a los doctores Rosa María Aguilar Tlapale, Sergio Márquez Gamiño y Elvia Rodríguez Villalobos; y a cientos de profesores nacionales e internacionales que de manera altruista han hecho que el DETD-Gto sea un ejemplo mundial a seguir. ¡Felicidades! Y a darle que es mole de olla, pues la tarea aún es inmensa.

Concluyo, estimados lectores, diciéndoles que Guanajuato ha obtenido en los últimos diez años el primer lugar en el índice de calidad de la atención en diabetes, calificado por la Secretaría de Salud Federal y, cierto estoy, que los alumnos del DETD-Gto han sido parte importante de este logro, impulsados sin duda por la vocación a la salud de los miles de trabajadores sanitarios en Guanajuato, su secretario de Salud, el Dr. Daniel Díaz Martínez, y el gobernador Diego Sinhue Rodríguez Vallejo, quien ha contado con el apoyo de su Congreso para invertir como nunca en la calidad de vida de las personas.

27. LA OPORTUNIDAD DE SERVIR

12.11.2022 | *"El camino es largo, y confirmo que con perseverancia y dedicación todo es posible. No puedo estar más agradecido por la oportunidad de servir"*

Antonio Eduardo Rocha Bravo

El 12 de octubre, mi suplente, el joven leonés Antonio Eduardo Rocha Bravo, tomó protesta como Diputado Federal. La sesión se llevó a cabo en modalidad presencial, ya que se votaría la reforma constitucional en materia de la Guardia Nacional.

Antonio es licenciado en derecho por la Universidad De La Salle Bajío, donde se tituló con mención honorífica. Actualmente, cursa la maestría en dirección y administración de empresas en la Universidad Anáhuac. Se autodefine como un voluntario social, defensor de causas justas y un eterno aprendiz.

En una entrevista, Antonio explicó que asumir el cargo de Diputado Federal significa aceptar con conciencia la responsabilidad de representar a las y los mexicanos. Su objetivo es legislar para incidir positivamente en la calidad de vida de las familias y formar parte del Grupo Parlamentario del PAN, que está conformado por mujeres y hombres capaces, inteligentes, congruentes y valientes.

Durante la sesión, demostraron ser una oposición constructiva y propositiva al debatir con argumentos y fundamentos en contra de que las Fuerzas Armadas continúen realizando tareas que no les corresponden, extendiendo su periodo hasta el año 2028 y militarizando al país con una estrategia de seguridad fallida y la creación de la Guardia Nacional.

Antonio comentó que, alrededor de las 23:51 horas, llegó el momento de expresar su desacuerdo con esta medida. Se abrió una votación nominal en lo general y en lo particular del dictamen, y junto con sus compañeras y compañeros Diputados Federales del PAN, votó en contra con la firme convicción de que las Fuerzas Armadas, quienes tienen su reconocimiento y respeto, deben limitarse a defender la soberanía nacional y no llevar a cabo funciones que no les corresponden.

Reiteró la importancia de fortalecer a la policía civil y desarrollar una estrategia integral para la seguridad del país, enfocándose en la defensa de México, sus libertades y la democracia.

Al cerrarse la votación, con 339 votos, prevaleció la cerrazón de Morena y sus aliados, lo que implicó una violación a la Constitución, las leyes y los tratados internacionales. Antonio y sus colegas votaron en contra de la militarización y a favor de México. Este atentado no pudo ser detenido por las Legislaturas Estatales afines al gobierno Federal.

Antonio expresó su profundo honor por la experiencia vivida y agradeció a sus padres, al Partido Acción Nacional por las oportunidades brindadas a las nuevas generaciones, a los habitantes del Distrito Federal 5 por la confianza otorgada, y a todas las personas que le han apoyado y creído en él.

Hoy, Antonio sostiene con mayor certeza que las juventudes son el futuro y el presente. Insta a los jóvenes a asumir con firmeza el papel que les corresponde y a trabajar juntos para construir el país que desean y merecen. Los anima a seguir preparándose y aprendiendo de la experiencia de quienes les rodean para estar listos en cualquier momento y tomar decisiones que forjen el destino de México.

Antonio hace un llamado a mantenerse unidos y fuertes en este momento histórico, como lo hicieron el 12 de octubre. Él vislumbra un camino largo y confirma que con perseverancia y dedicación, todo es posible. ¡Felicidades, Antonio!

28. MERCADO DE LA CANNABIS MEDICINAL

15.11.2022 | La investigación sobre la "cannabis medicinal" para tratar diversas enfermedades está en aumento en todo el mundo. Hasta la fecha, se han publicado 706 artículos con el descriptor "medical cannabis" en el título en la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (PubMed); 542 de estos en los últimos tres años. La única científica de México que figura en una publicación es la dis-

tinguida Dra. María Elena Medina Mora, quien también es miembro del Colegio Nacional y universitaria de renombre.

Por otro lado, se han registrado 50 ensayos clínicos en los Institutos Nacionales de Salud hasta la fecha, de los cuales 22 se llevan a cabo en Estados Unidos, 7 en Canadá, 7 en Europa, 6 en Israel y 4 en Australia. Es importante destacar que ninguno de estos ensayos se está realizando en México, ni siquiera estamos participando en estudios multicéntricos. Esto es sorprendente, considerando la reforma a la Ley General de Salud (LGS) realizada hace cinco años, la cual tenía como objetivo que la Secretaría de Salud diseñara y ejecutara políticas públicas para regular el uso medicinal de los derivados farmacológicos de la Cannabis sativa, índica y americana, incluyendo el tetrahidrocannabidiol y sus isómeros y variantes estereoquímicas, además de normar la investigación y producción nacional de los mismos (art. 235 Bis, 17/06/2017).

El artículo 290 de la LGS, modificado en la misma fecha de su publicación, establece que la Secretaría de Salud debe otorgar autorización para importar estupefacientes, sustancias psicotrópicas, productos o preparados que los contengan, incluyendo los derivados farmacológicos de la Cannabis sativa, índica y americana, entre los que se encuentra el tetrahidrocannabidiol y sus isómeros y variantes estereoquímicas. Sin embargo, esto también ha quedado en letra muerta.
Después de retirar algunos registros otorgados al final del mandato del presidente Enrique Peña Nieto por supuesta corrupción, se vio la necesidad de que el poder judicial ordenara permitir la importación de productos medicinales de manera limitada, únicamente para personas o familiares de pacientes que, según sus médicos o investigaciones propias, podrían beneficiarse de los productos medicinales derivados de la cannabis.

Los llamados “expertos en burocracia sanitaria” que trabajan actualmente en el Gobierno Federal deberían estar familiarizados, al menos, con las aplicaciones de la cannabis

medicinal que se están investigando en la actualidad. Estas aplicaciones incluyen el tratamiento del autismo y sus trastornos asociados, la mitigación del dolor crónico en el sistema musculoesquelético, el dolor neuropático, la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad de Parkinson, las comorbilidades psiquiátricas, las alteraciones del sueño, el VIH-SIDA, las alteraciones de las funciones motoras, la esclerosis múltiple, la demencia, la fibromialgia, la reducción de los efectos secundarios de la quimioterapia, el cáncer pancreático, el síndrome de Tourette y, más recientemente, el Long-COVID, por mencionar solo algunas.

A pesar de que la autoridad federal ha sido negligente en el impulso de la investigación y desarrollo, como lo requiere la reforma de hace cinco años, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) tampoco ha financiado proyectos de profesionales de la salud que podrían estar aplicando estos compuestos medicinales en sus pacientes, posiblemente basándose en estudios publicados o proyectos de investigación registrados, utilizando productos importados de manera limitada o adquiridos en el mercado negro, sin regulación alguna.

Tanto en las discusiones para aprobar la reforma sobre el cannabis medicinal como en los últimos años en relación al cannabis de uso recreativo, legisladores y comentaristas "expertos" han abogado por su aprobación debido a las ventajas "económicas" que podría tener para nuestro país, además de los beneficios terapéuticos evidentes. También se ha argumentado que fomentaría el desarrollo de la libertad personal y mejorarían los aspectos relacionados con la seguridad, augurando un aumento en la paz una vez que se aprueben dichas reformas.

Por tanto, estimados lectores, les recomiendo la lectura del informe recién publicado por Paulo José dos Reis Pereira, en el cual se analiza el papel de las empresas transnacionales de cannabis en el contexto del mercado generado por las nuevas regulaciones sobre el cannabis con fines medicinales en América Latina y el Caribe. De manera resumida, el informe destaca lo siguiente:

Más de una decena de países de América Latina y el Caribe (ALC) han implementado algún tipo de regulación sobre el uso medicinal del cannabis, siguiendo la tendencia global de flexibilizar la prohibición de la planta. La mayoría de estas regulaciones tienen un enfoque comercial con fines de lucro, lo que ha dado lugar a un mercado multimillonario en la región, abarcando la fabricación y venta de productos procesados, especialmente aquellos basados en el CBD, el ingrediente activo de la planta más ampliamente aceptado a nivel mundial.

Corporaciones con sede en países ricos, como Canadá, Estados Unidos (EE. UU.), el Reino Unido (RU) e Israel, están estableciendo operaciones en ALC, generalmente a través de empresas conjuntas y otras formas de asociación con empresas nacionales, con el objetivo de obtener ventajas comerciales, ya sea cultivando cannabis a bajo costo para la fabricación de sus productos o exportando y expandiendo su mercado de consumo.

Esta dinámica tiene el potencial de disminuir los beneficios sociales de las regulaciones sobre el cannabis medicinal. En primer lugar, crea un acceso desigual a los productos de cannabis medicinal según los ingresos, lo que significa que los más pobres son los que menos se benefician. En segundo lugar, tiende a relegar a los países de ALC a una posición subordiada como exportadores de materias primas de cannabis. En tercer lugar, representa una amenaza para el medio ambiente debido a la producción a gran escala, el cabildeo en favor de regulaciones que favorezcan las ganancias y la creación de patentes que fomenten un monopolio de mercado. Este nuevo mercado tiende a excluir tanto a los productores tradicionales de cannabis como a otros grupos sociales históricamente vinculados al mercado ilícito, al tiempo que beneficia a las grandes corporaciones. También destaca las conexiones internacionales entre las élites corporativas en el mercado del cannabis y la dinámica de explotación entre el norte y el sur global.

Varias cuestiones transversales agravan los problemas de esta captura corporativa en el mercado de cannabis medicinal de ALC, afectando el acceso a los medicamentos a base de cannabis y socavando los intereses de los pequeños agricultores y grupos sociales vulnerables. Estos aspectos incluyen la estandarización de la producción, la patentación de productos y la amenaza ambiental asociada al cultivo a gran escala.

Las regulaciones para el cannabis medicinal no deben perpetuar las desigualdades y la violencia históricamente asociadas con los enfoques prohibicionistas. En cambio, deben garantizar que la mayoría de la población tenga acceso a la atención médica, especialmente los grupos más vulnerables. Los países deben establecer disposiciones efectivas en sus mecanismos reguladores que enfaticen los principios de comercio justo para proteger a dichos grupos, especialmente a los productores tradicionales, además de ampliar el acceso a la gama de productos de cannabis con fines medicinales. Un paso clave en esta dirección es evitar la captura corporativa del nuevo mercado latinoamericano de cannabis medicinal.

Espero que el Gobierno Federal, las universidades, los investigadores y el sector industrial tomen nota de esta situación. Es evidente que estamos quedando rezagados, y los más afectados son los mexicanos, especialmente los más pobres (que suman 77 millones sin seguridad social). Las acusaciones de corrupción, sin pruebas ni detenidos, solo conducen a la parálisis por el análisis y desaprovechan grandes oportunidades. Desde la Cámara de Diputados, insistiré en que se tome acción y se exhortará al Gobierno Federal, y esta columna también servirá como un llamado a otros actores para que se unan a esta causa.

29. NUEVOS MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS

19.01.2022 | *"La mayor desgracia de la juventud actual es ya no pertenecer a ella"*

Salvador Dalí

Las enfermedades crónicas imponen una carga clínica y económica que afecta a millones de pacientes, familias y comunidades todos los días en nuestro país.

Decía la doctora Elvia Rodríguez Villalobos con motivo del Día Mundial de la Lucha contra la Diabetes Mellitus (DM), que la única persona que tiene que tomar decisiones las 24 horas del día es quien la padece, pues vive con la DM todos los días de su vida.

La DM y otras enfermedades crónicas requieren tratamiento prolongado y, en muchos casos, de por vida. Por tanto, son un factor importante del gasto en atención médica y pueden tener un impacto perjudicial en la calidad de vida del paciente.

Las enfermedades crónicas se definen ampliamente como condiciones que duran un año o más y requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria o ambas, y son responsables en México de siete de cada 10 muertes. En Estados Unidos, el Centro de Control de Enfermedades ha informado que seis de cada 10 adultos tienen al menos una afección crónica y cuatro de cada 10 tienen dos o más enfermedades crónicas, calculando que se gasta en su atención médica el 90% del total de su presupuesto nacional, que asciende a 4.2 billones de dólares.

En México, la carga global de la enfermedad debido a enfermedades crónicas en 2019 fue del 74%, y se espera que para 2029 sea del 83%, lo que implica un mayor gasto

en atención médica y mayores pérdidas por incapacidad laboral. Con una mejor prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas se podrían salvar miles de vidas y reducir los costos.

Por eso, llama la atención que en México para el 2023 se calcula recaudar 22.3 mil millones de pesos (mmdp) por impuestos a bebidas con contenido alcohólico y cervezas, 7.5 mmdp por tabacos labrados, 245 millones de pesos por bebidas energizantes, 6.6 mmdp por bebidas saborizadas, 10.4 mmdp por alimentos de alta densidad calórica, lo que suma un total de 106.5 mil millones de pesos en "impuestos saludables", mientras que en el Presupuesto de Egresos de la Federación apenas se destinan 616 millones de pesos (0.5%) para el programa de prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes.

Es una buena noticia que, además de la educación sobre el autocuidado de las enfermedades crónicas, los investigadores biofarmacéuticos hayan realizado enormes esfuerzos durante los últimos 30 años para desarrollar tratamientos novedosos para las principales afecciones crónicas.

Ya sea que se dirijan a los mecanismos subyacentes de la enfermedad para prevenir o retrasar su progresión, o que proporcionen un nuevo enfoque para controlar y gestionar mejor los síntomas de la enfermedad, los medicamentos desempeñan un papel fundamental en el tratamiento de las enfermedades crónicas. De ahí la importancia de que su suministro hasta llegar a manos del paciente sea efectivo.

Recientemente se ha publicado un informe sobre el desarrollo de medicamentos para enfermedades crónicas que causan las principales causas de muerte y discapacidad, incluyendo diversas formas de cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedad de Alzheimer, DM tipos I y II, artritis, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades gastrointestinales, obesidad y enfermedad renal. Estas enfermedades representan una amplia gama de condiciones crónicas con diferentes orígenes y tratamientos.

En la FDA (Food and Drug Administration) se encuentran bajo revisión o en ensayos clínicos 799 medicamentos para abordar la necesidad de varios tratamientos nuevos para ayudar a controlar las enfermedades crónicas. Para las formas crónicas de cáncer, incluyendo el cáncer de mama, ovario, próstata, pediátrico y formas crónicas de leucemia y linfoma, hay 322 medicamentos en la tubería de desarrollo de medicamentos.

Para las enfermedades cardiovasculares, incluida la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad de las arterias coronarias, el colesterol alto, la hipertensión arterial y los accidentes vasculares cerebrales, hay 102 medicamentos en estudio.

Para la enfermedad de Alzheimer, la forma más común de demencia, hay 83 medicamentos en desarrollo. Para la diabetes mellitus I y II que afecta a millones de personas diagnosticadas y a otra cantidad que la padece pero no ha sido diagnosticada, hay 71 medicamentos en desarrollo.

Para la artritis, incluyendo la osteoartritis, la artritis psoriásica, la artritis reumatoide y la gota, hay 70 medicamentos en desarrollo. Para enfermedades respiratorias crónicas hay 67 medicamentos, incluyendo el tratamiento del asma, la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y la fibrosis pulmonar. Hay 65 medicamentos en desarrollo para las enfermedades gastrointestinales; 32 para el tratamiento de la obesidad y 26 para la enfermedad renal crónica.

Con un mayor conocimiento científico, nuevas tecnologías y el compromiso de las empresas de investigación biofarmacéutica, al menos en Estados Unidos se puede trabajar para alcanzar nuevos objetivos en la detección oportuna y el tratamiento temprano, y quizá una cura en el futuro para alguna enfermedad crónica. Impulsaré una iniciativa para conocer lo que se está haciendo en nuestro país.

30. LO QUE NOS HABÍAN DICHO, NO ES

22.11.2022 | *"He sido joven, y ahora no soy viejo en exceso; y he visto a los justos abandonados, su salud, su honor y su calidad arrebatados. Lo que nos habían dicho no era eso."*

Edmund Blunden

El próximo martes se cumplen tres años desde la creación, por ley, del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI). Cabe señalar que esta iniciativa no surgió por parte del Ejecutivo Federal, sino que fue impulsada por diversos legisladores, entre ellos el actual presidente del partido Morena. A pesar de las promesas del presidente López Obrador, que hoy son consideradas como "promesas fallidas", tales como "AMLO promete sistema de salud de primera y gratuito, como en Noruega o Dinamarca", me gustaría analizar hoy el enfoque serio, tal como se establece en el marco legal.

El primero de mayo de 2019, AMLO presentó al Congreso de la Unión el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND). Por primera vez en la historia de la Cámara de Diputados, fue discutido y aprobado sin modificaciones el 27 de junio de 2019 bajo la presidencia de Porfirio Muñoz Ledo. El decreto se publicó en el Diario Oficial de la Federación el viernes 12 de julio, indicando su aprobación por contener los objetivos del proyecto nacional establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Además, se envió al Ejecutivo Federal el informe del Parlamento Abierto y el trabajo desarrollado por las Comisiones de esta Cámara durante el análisis del PND 2019-2024, para su consideración y efectos legales correspondientes.

En lo que respecta a la salud, el PND se comprometió a garantizar empleo, educación, salud y bienestar en el ámbito de la política y el gobierno. En la política social, se estableció el acceso a la salud para toda la población y la

creación del INSABI. En el ámbito económico, se destacó la relación entre el deporte y la salud, la cohesión social y el orgullo nacional.

Para asegurar la atención médica para toda la población, el PND propuso establecer un sistema de salud pública suficiente, eficiente, fortalecido y libre de corrupción. Se prometió que millones de personas tendrían acceso a las instituciones de salud y se resolverían problemas de falta de cobertura. Se enfatizó que no habría un monopolio estatal y se buscaría independencia de las influencias privatizadoras y las directrices de organismos internacionales con orientación neoliberal. Los pacientes no se verían obligados a llevar sus propios materiales de curación ni a esperar meses para intervenciones quirúrgicas debido a la saturación de quirófanos o la falta de equipo. En resumen, se prometió que el derecho a la salud no sería negado, total o parcialmente, a los sectores más desfavorecidos de la población mexicana.

El gobierno federal se comprometió a tomar las medidas necesarias para garantizar que, para 2024, todos los habitantes de México pudieran recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluyendo suministro de medicamentos, materiales de curación y exámenes clínicos. Este ambicioso objetivo se lograría a través de la creación del INSABI, que proporcionaría servicios en todo el territorio nacional para las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE. Se subrayó que la atención se brindaría de acuerdo con principios como la participación social, la competencia técnica, la calidad médica, la pertinencia cultural y un trato no discriminatorio y humano.

Además, se planteó una lucha constante contra la corrupción en el sector salud. Se prometió mejorar la infraestructura de los hospitales públicos de diferentes dependencias federales. Se enfocaría en la prevención de enfermedades a través de campañas de concientización y programas escolares relacionados con la nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva. Se llevaría a cabo una campaña nacional de

información sobre las adicciones y se promoverían las prácticas deportivas en todas sus formas.

Sin embargo, lo que nos han dicho no se ha cumplido. Ni el INSABI ni el Gobierno Federal han logrado lo establecido en el PND ni han implementado los planes institucionales de las diversas dependencias públicas del sector salud. El artículo décimo tercero transitorio del decreto de creación del INSABI establece que, en un período de tres años a partir de su entrada en vigor, debe presentar al Congreso de la Unión un informe sobre el cumplimiento de la cobertura gratuita de servicios de salud, medicamentos y otros insumos, especificando la atención a grupos vulnerables y en situaciones de marginación social.

Será interesante conocer lo que informará la próxima semana Juan Ferrer, titular del INSABI, a tres años de la creación de dicho Instituto. También será importante ver su posición ante la falta de resultados, considerando que, por un lado, se han resistido a establecer un padrón y, por otro lado, han creado otra institución llamada Servicios de Salud IMSS-Bienestar por decreto el 31 de agosto pasado, la cual supuestamente cumplirá con el objetivo de proporcionar un sistema de salud de primera y gratuito, similar al de Noruega o Dinamarca, según lo afirmado por el presidente de la junta de gobierno del SSIMSS-Bienestar, Zoe Robledo, quien ha comenzado a comunicar los supuestos avances y ahorros logrados. Sin embargo, se mantienen desafíos como la fragmentación, la disminución de financiamiento, la insatisfacción de profesionales de la salud y la exclusión de los sectores privado y social, así como el cuestionamiento de la industria farmacéutica y de distribución. Lo que es aún más preocupante, millones de familias siguen sin acceso efectivo al derecho a la salud, lo que resulta en pobreza debido a gastos catastróficos, enfermedades y muertes evitables.

A menos que haya otra perspectiva, se pueden observar injusticias donde los justos han sido abandonados y se han visto privados de su salud, su honor y su calidad de vida. Lo que nos habían prometido, no se ha cumplido.

ILUSTRACIÓN: "EL SEGURO POPULAR... PURA CORRUPCIÓN"

"El Seguro Popular era pura corrupción", como lo era el AICM, como el INE, como la JCJN, y como todo lo que no sea él, sus cercanos, su familia. Falsas declaraciones que en cualquier parte civilizada del mundo son meritorias de acciones penales. No para él.

Dr. Francisco Javier Domínguez Garibaldi

31. VELANDO ARMAS EN DEFENSA DE LA LIBERTAD

26.11.2022 | *"La verdad es lo que es, y sigue siendo verdad, aunque se piense al revés"*

Antonio Machado

El próximo martes se iniciará la discusión de la iniciativa del partido Morena, que pretende eliminar el organismo autónomo constitucional llamado Instituto Nacional Electoral (INE) desde el nivel Constitucional. Los legisladores del PAN, PRD, PRI y MC estamos ya velando armas para, investidos en comunión con los millones de mexicanos que se expresaron de manera contundente bajo la consigna "El INE NO SE TOCA", luchar en defensa de la libertad que todos los ciudadanos tenemos para elegir a sus gobernantes sin ningún tipo de coacción, garantizando que se cuenten todos los votos y que cada voto solo cuente una vez.

Este fin de semana, el partido oficialista, sus seguidores, y gobernantes de diferentes niveles, estarán utilizando recursos públicos sin pudor para satisfacer a su líder, cuyo ego quedó herido por la marcha ciudadana que "desfilará desnudo" en la denominada "marcha del chillón."

"La verdad es lo que es y sigue siendo verdad, aunque se piense al revés"
Gustavo Guraieb, orador en la ciudad de León, expresó la necesidad de una nueva actitud ciudadana y dijo: "*Sí, el intento del Presidente de arrebatarnos el INE, que tanto ha costado al país, atenta contra un derecho fundamental y contra nuestra propia libertad*". Remató señalando: "*No, no puede usted proponer a los Consejeros Electorales, señor Presidente, ¡Vaya ocurrencia! El INE es la base de la misma democracia que usted defendió y por la cual ganó las elecciones en el 2018. También deberemos asegurarnos de que nuestros legisladores sientan las consecuencias de una traición a una de nuestras más valiosas instituciones y a lo más profundo de nuestra convicción democrática*".

José Woldenberg, orador en la ciudad de México, expresó que los millones de mexicanos que nos manifestábamos en ciudades a lo largo y ancho del país, todos en el ejercicio de nuestros derechos, "sabemos, porque lo vivimos, que en nuestro país laten diferentes formas de pensar, distintos intereses y cuerpos valorativos, diversas plataformas políticas e ideológicas, y que solo desde el autoritarismo más ciego se puede aspirar a homogeneizar esa riqueza de expresiones."

Por el contrario, dijo, "*nosotros valoramos esa diversidad porque creemos que en ella radica parte de la riqueza de nuestra nación, y por eso estamos obligados, sí, obligados, a garantizar su expresión, coexistencia y competencia civilizada. Y es en ese horizonte en el cual elecciones auténticas, libres y equilibradas resultan insustituibles. Nuestro futuro no puede ser resultado de la seducción por un pasado que en buena hora fue desterrado.*"

Por último, expresó su visión: "*Las próximas citas electorales deben contar con las mismas garantías que las del pasado inmediato: padrón confiable, equidad en las condiciones de la competencia, imparcialidad de los funcionarios profesionales, conteo pulcro de los votos y resultados preliminares en la noche de la elección.*"

La verdad expresada por la ciudadanía el pasado 13 de noviembre de manera contundente con las frases: "¡No a la destrucción del INE! ¡No a la destrucción de los institutos locales! ¡No a la destrucción de los tribunales locales! ¡No a la pretensión de alinear a los órganos electorales a la voluntad del gobierno! ¡No al autoritarismo! Y ¡Sí a la democracia! ¡Sí a un México democrático! Son la meta que nos proponemos para la próxima semana, impedir que Morena y sus seguidores modifiquen nuestra Constitución y con ello, eliminen nuestras libertades fundamentales.

Desde esta columna les expreso la decisión de las y los 115 legisladores del Partido Acción Nacional: ¡Votaremos en Contra! Desde la máxima tribuna expresaremos los argumentos vertidos por millones de mexicanos, incluidos los

riesgos advertidos por los cientos de participantes en los 22 foros de Parlamento Abierto, para hacer el llamado a las y los legisladores del partido Morena, PT y PVEM a que voten en contra también, a que defiendan lo edificado en materia democrática y no conduzcan a nuestro país a una etapa venturosamente superada señalada por Woldenberg: la del autoritarismo que se auxiliaba con autoridades electorales a modo.

Invito desde aquí a todas y todos los ciudadanos que desde la creación del Instituto Federal Electoral (IFE), ahora INE, han participado como funcionarios de casilla junto con los profesionales de los organismos electorales locales (OPLES) y federales, a velar las armas junto con sus familias y conocidos en defensa de nuestras libertades. No bajemos la guardia, no nos dejemos intimidar por el gobierno represor y su marcha encabezada por el "gobernante desnudo" que se niega a reconocer la verdad. ¡El INE no se toca! y ¡Mi voto será en Contra!

32. SALUD, COMERCIO Y PROPIEDAD INDUSTRIAL

30.11.2022 | El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, comunicó al término de la 13º Reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) que la pandemia de COVID-19 continúa siendo una Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional (ESPPI).

El Dr. Tedros expresó su preocupación por las persistentes inequidades en la cobertura de vacunas y el acceso a tratamientos antivirales y terapéuticos entre los países, así como

por las reducciones en las actividades de vigilancia epidemiológica y de laboratorio necesarias para monitorear la evolución e impacto del virus, y la eliminación de muchas medidas sociales y de salud pública antes del aumento esperado en el próximo invierno.

Las metas a lograr en los próximos meses incluyen la implementación de estrategias, sistemas y recursos apropiados para detectar cualquier cambio adverso en la epidemiología de la COVID-19, como la aparición de una nueva variante más transmisible y con mayor escape inmunitario, capaz de causar una enfermedad más grave. Además, se busca que los Estados miembros tengan la capacidad necesaria para aumentar las medidas sociales y de salud pública en respuesta a un nuevo evento, garantizar la protección global a través de un programa de vacunación eficaz y equitativo, desarrollar estrategias que aumenten el acceso equitativo a terapias asequibles y mantener el progreso hacia una sólida arquitectura mundial de preparación para una próxima pandemia.

Ante la ESPPI vigente hoy día, cobran relevancia las declaraciones de la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio (OMC) celebrada en Ginebra en el duodécimo periodo de sesiones. Al revisar la respuesta de la OMC ante la COVID-19, se dieron cuenta de que los miembros han experimentado limitaciones en la oferta de vacunas, tratamientos, medios de diagnóstico y otros productos médicos esenciales relacionados con la COVID-19, con diferencias significativas entre los miembros en cuanto a niveles de desarrollo, capacidades financieras y grados de dependencia de las importaciones de estos productos.

Se reconoce la importancia de garantizar que cualquier medida comercial de emergencia destinada a hacer frente a la COVID-19, si se considera necesaria, sea específica, proporcionada, transparente, temporal y no cree obstáculos innecesarios al comercio ni perturbaciones en las cadenas de suministro.

Se recuerda que los Miembros tienen derecho, desde la Declaración de Doha en 2001, donde se configuró el marco normativo del sistema de propiedad intelectual y la salud pública (ADPIC), a utilizar los ADPIC para hacer frente a los problemas de salud pública actuales y futuros. En la Declaración se señalan algunas opciones concretas que tienen a disposición los gobiernos para atender necesidades de salud pública, denominadas también "flexibilidades". Más recientemente, la inclusión de estas flexibilidades en los Objetivos de Desarrollo Sostenible ha puesto de manifiesto su importancia.

Debe fortalecerse la capacidad productiva, científica y tecnológica en todo el mundo para desarrollar soluciones a las crisis de salud pública más allá del COVID-19, incluidas las relacionadas con el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras enfermedades tropicales desatendidas, y para diversificar los lugares de producción. De aquí la importancia de promover la transferencia de tecnología que contribuya a la creación de capacidad en sectores conexos.

Se subraya que para asegurar la resiliencia durante la pandemia de COVID-19, también es importante facilitar las operaciones internacionales de servicios de logística y de transporte de carga. Se reconoce también la importancia de la facilitación del comercio de servicios, incluidos los de salud y los de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), garantizando la privacidad y la protección de datos.

Hace dos días, participamos como integrantes de la Red Parlamentaria por la Salud Global (UNITE), Gisela Scaglia y este escribidor, en un taller organizado por la OMC, la Unión Interparlamentaria y el Congreso de la Nación de Argentina. El propósito fue abordar los desafíos comerciales y la contribución que pueden hacer las y los parlamentarios de América Latina y el Caribe. Abrimos la conversación acerca de nuestro rol en el acceso a las vacunas. Fue motivante escuchar las experiencias de los participantes.

El 16 de diciembre próximo, la OMS, la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) y la OMC celebrarán un simposio con el objeto de examinar los principales desafíos de la pandemia de COVID-19 en materia de salud, comercio y propiedad intelectual, así como analizar el camino a seguir para aumentar la resiliencia con miras a mejorar la preparación ante futuras pandemias desde una perspectiva científica. Debemos correr el riesgo de escuchar las experiencias vividas y aprender de todos los participantes, donde el sector privado ha tenido un papel protagónico.

Se pone de manifiesto la necesidad urgente de una respuesta a lo largo de toda la cadena de valor de las tecnologías de la salud relacionadas con la COVID-19, desde la investigación y el desarrollo (I+D) de tecnologías de la salud hasta su reglamentación médica, adquisición, distribución y uso responsable.

En conclusión, estimados lectores, señalamos que los parlamentarios debemos jugar un papel más proactivo tanto en este tipo de eventos como en la elaboración del nuevo convenio, tratado u otro instrumento internacional de la OMS sobre la prevención, preparación y respuesta frente a las pandemias resultante de la sesión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud que debe estar para suscripción de los países en el 2024. Les mantendré informados

33. EFECTO CICATRIZ

03.12.2022 | *"Última filosofía humana, disponerse a todo lo que viniere"*

Francisco de Quevedo

Recientemente, se ha liberado el documento titulado "Panorama Social de América Latina y el Caribe 2022: La Transformación de la Educación como Base para el Desarrollo Sostenible". Los impactos sociales que ha traído consigo la pandemia no ceden, y la región no ha podido retomar la senda de crecimiento, la reducción de la pobreza y la desigualdad en medio de un escenario de incertidumbre, elevada inflación, creciente informalidad laboral y una precaria recuperación de los empleos.

Se destaca el impacto de la pandemia en el sector educativo, una crisis silenciosa como consecuencia de la prolongada interrupción de la educación presencial en la región y sus repercusiones en la pérdida de aprendizaje, que no fue abordado como parte de la respuesta inmediata frente a la crisis, profundizando así las desigualdades educativas preexistentes.

Esta crisis, junto con las privaciones críticas que enfrenta la infancia y los riesgos de aumento de la inseguridad alimentaria, pone en riesgo el desarrollo y bienestar de toda una generación de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, y produce un "efecto cicatriz" que mina las oportunidades de desarrollo en la región.

De acuerdo con los datos recopilados por el Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU), entre febrero de 2020 y marzo de 2022, México tuvo 53 semanas de cierre total y 28 de cierre parcial de las clases presenciales. Esta cifra supera con creces el promedio mundial de 21 semanas de cierre total y 20 con cierres parciales. Si bien se implementaron

estrategias de continuidad con educación a distancia, aprovechando los medios disponibles y generando innovaciones pedagógicas, el impacto de la interrupción prolongada de la educación presencial es devastador.

En nuestro país, el acceso a internet en hogares con niñas, niños, adolescentes y jóvenes de entre 5 y 20 años fue del 42% en el quintil de ingresos más bajo y del 85% en el quintil más alto. Si a esta desigualdad en el acceso de conectividad le sumamos las limitaciones de aparatos digitales como computadoras y tabletas, espacio físico en la vivienda para estudiar y conectarse a clases, o verlas a través de una sola televisión cuando hay dos o más estudiantes en casa, resulta obvio que suponer que los alumnos aprendieran lo programado en conocimientos, habilidades y destrezas sería ilusorio.

¿Cómo abordar el deterioro en el aprendizaje provocado por la pandemia? ¿Cómo lograr la presencialidad en todos los niveles escolares? ¿Cómo combatir la desigualdad de medios educativos por ingreso, región y género, y cómo prevenir el abandono escolar? Estas cuestiones se discuten en el informe, que plantea la oportunidad de transformar la educación y propone cinco vías de acción:

1. Escuelas inclusivas, equitativas, seguras y saludables.
2. Aprendizaje y competencias para la vida, el trabajo y el desarrollo sostenible.
3. Docentes, enseñanza y profesión docente.
4. Aprendizaje y transformación digital.
5. Financiación de la educación.

Es importante destacar las desigualdades de género en las trayectorias educativas y laborales. A pesar del aumento del acceso de niñas, jóvenes y mujeres a la educación, persiste la segregación ocupacional, la subrepresentación de las mujeres en sectores dinamizadores de la economía y de mayor productividad, vinculados a áreas como ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas, así como brechas salariales y una menor participación de las mujeres en el mercado laboral.

Los impactos de la pandemia de COVID-19 han expuesto y profundizado los nudos estructurales de la desigualdad de género, con mujeres enfrentando desocupación, informalidad, pobreza y una carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, lo que ha significado un retroceso de casi dos décadas en el avance de las condiciones de vida de las mujeres en México.

Invitamos a quienes estén interesados en el tema o sean tomadores de decisiones en políticas públicas a que consulten este revelador informe para abordar el "efecto cicatriz".

34. INDICADORES DE CALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS

06.12.2022 | La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Por lo tanto, implica que los individuos deben tener calidad de vida, un concepto amplio afectado de manera compleja, entre otras cosas, por la salud de la persona. Por tanto, es importante medir su estado de salud utilizando herramientas cuantitativas, como los indicadores de calidad.

¿Qué es un indicador? Es una medida que refleja, evalúa y monitorea una situación específica en contextos temporales y culturales específicos. Al hablar de indicadores de salud, se debe considerar que la medición de la salud y los efectos de la atención médica deben incluir no solo una indicación de los cambios en la frecuencia y gravedad de las enfermedades (cambios físicos), sino también una estimación del bienestar, que puede evaluarse midiendo la mejora de la calidad de vida relacionada con la atención médica.

El uso de indicadores de salud tiene como objetivo alimentar la toma de decisiones, mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades injustas y evitables. Para lograrlo se requiere una medición de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de cada persona. Por ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publica anualmente el texto "Situación de la Salud en las Américas: Indicadores Básicos", que representa el conjunto mínimo de información necesario para caracterizar la situación de salud en la región.

Nuestro país aún no cuenta con un sistema de salud que permita obtener periódicamente datos específicos sobre la percepción de calidad de vida de las personas usuarias como resultado de los servicios de salud, a diferencia de lo que ocurre, por ejemplo, en Brasil con la red interinstitucional de información de salud (RIPSA).

En México, se han realizado algunos esfuerzos para obtener indicadores de calidad actualizados. En 2018, la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, A.C. (AMIIF) brindó apoyo financiero y en especie, así como capacitación a investigadores mexicanos para aplicar el cuestionario de salud EuroQol-5D-5L. Este cuestionario es un sistema descriptivo que contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), cada una con cinco niveles de gravedad. El cuestionario fue aplicado entre julio y agosto de 2019 por la empresa de las Heras Demotécnica, mientras que los datos se analizaron entre octubre de 2019 y mayo de 2020.

El objetivo principal de este cuestionario fue incluir nuevos tratamientos en las instituciones públicas de salud, lo cual es uno de los beneficios de la incorporación de indicadores de calidad en el sistema de salud.

Además, incluir indicadores específicos para obtener datos sólidos y actualizados sobre la percepción de calidad de vida

de la población mexicana adulta ayudará significativamente a que esta pueda acceder a diagnósticos oportunos, atención y tratamiento adecuados. Esto generará una mejor calidad de vida para la población que vive con algún padecimiento, especialmente si este trae como consecuencia dolor crónico o la necesidad de cuidados paliativos.

El dolor se define como una experiencia personal, sensorial y emocional desagradable que puede estar asociada o ser similar al daño real o potencial en los tejidos. Es influenciado en diferentes grados por factores biológicos, psicológicos y sociales. El dolor puede ser agudo, que aparece de repente, o crónico, que es duradero y persiste por más de tres meses. En México, se estima que al menos 26 millones de personas padecen dolor crónico, con poco o ningún acceso a tratamientos adecuados que les impidan llevar una vida normal.

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes, particularmente de las personas de la tercera edad y de la niñez, cuando enfrentan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Los cuidados paliativos previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento adecuado del dolor, permitiendo también la atención de otros problemas, ya sean de orden físico, psicosocial o espiritual. Se estima que anualmente más de 200 mil compatriotas necesitan cuidados paliativos.

Para conocer con precisión lo que ocurre en nuestro país, hemos propuesto al Ejecutivo Federal realizar modificaciones a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) para que en 2023 se incorpore el sistema descriptivo del cuestionario de salud EuroQol-5D-5L. Esto proporcionará, además de los componentes de salud y nutrición, una base sólida de indicadores de calidad en nuestro país en materia de dolor crónico y cuidados paliativos. Esto servirá a las Instituciones para tomar mejores decisiones en políticas públicas y, en su caso, para la inclusión de nuevos tratamientos a favor de la salud de los pacientes y sus familias.

35. RECETA ELECTRÓNICA

10.12.2022 | *"Al buen entendedor, pocas palabras"*
Sancho Panza

La receta médica es el documento médico legal mediante el cual los profesionales de la salud, legalmente capacitados, prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del farmacéutico.

Emiten recetas médicas los médicos, homeópatas, cirujanos dentistas, médicos veterinarios, pasantes en servicio social, enfermeras y parteras. Estos profesionales deben contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes. Los pasantes, enfermeras y parteras pueden prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría de Salud.

Los elementos básicos de la receta, como el nombre del profesional que las prescribe y la descripción del tratamiento, están regulados por la ley y reglamentos específicos. Además, para evitar errores en la interpretación, la prescripción debe ser clara, legible y sin abreviaturas, con el fin de proteger la seguridad del paciente.

Existen dos tipos de recetas médicas: 1) Ordinaria, para la mayoría de los medicamentos, y 2) Especial, con código de barras bidimensional o código de barra lateral autorizados expresamente por la Secretaría de Salud, utilizadas para prescribir estupefacientes, con medidas de control y seguridad estrictos de la Cofepris.

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de régimen ordinario y el SS-IMSSBienestar emiten 456 mil consultas médicas por día; sin embargo, debido a las políticas institucionales, a la gran mayoría de los pacientes se les genera más de una receta médica, en promedio tres, resultando en un millón 366 mil 752 recetas emitidas al día.

De cada receta se hacen como mínimo tres copias -una para el paciente, otra para el expediente médico y la última para la farmacia-, lo que hace un total de cuatro millones 100 mil formatos al día, sin considerar los reportes y concentrados generados operativamente día a día en las farmacias institucionales. Esto genera un gasto operativo considerable para la institución. Si consideramos que cada formato pueda llegar a tener un costo de $0.05, esto se traduciría en un gasto anual para la institución de 75 millones de pesos.

El pasado jueves, después de trabajar varios meses en conjunto con organizaciones como la Asociación Health Tech México, Funsalud y muchas más, presentamos una iniciativa para integrar la "receta médica electrónica" en el Sistema Nacional de Salud.

La migración a un modelo automatizado de prescripción, dispensación y control de los medicamentos recetados genera una serie de beneficios sobre el modelo tradicional para las diferentes instituciones de salud en México, tales como la autentificación del profesional de la salud que expide la receta, evitando la suplantación de identidad, eliminando la emisión de recetas médicas apócrifas, permitiendo un mayor seguimiento clínico en la prescripción del paciente, proporcionando visibilidad del momento de la prescripción y del momento de dispensación del medicamento para un mayor control y seguimiento al tratamiento del paciente.

Además, elimina problemas de legibilidad de la receta médica, da seguimiento a la dispensación parcial de recetas médicas, evita el doble o triple surtimiento de la receta médica en diferentes farmacias para antibióticos y medicamentos controlados, facilita el resurtimiento de recetas para pacientes con padecimientos crónicos degenerativos o con medicación a mediano o largo plazo.

Genera un mayor control en la dispensación y auditoría de antibióticos, medicamentos controlados y de uso general,

mejora la previsión de la demanda de medicamentos en las instituciones de salud con base en la prescripción y dispensación real, facilita el manejo de reportes, indicadores y manejo de información en tiempo real de la dispensación en las farmacias, la cual es requerida por la Cofepris y otras instituciones rectoras, y disminuye considerablemente el uso de papel y el gasto asociado a este.

Además, adjuntamos en la iniciativa buenas prácticas y resultados exitosos del uso de la receta electrónica en países como España, Reino Unido, Portugal, Australia, Chile, Costa Rica y Argentina, mejorando la seguridad en la prescripción, dispensación y control de la medicación.

En México, existen muchas instituciones que ya cuentan con capacidades de prescripción electrónica, o al menos manejan sistemas de expedientes electrónicos para mejorar la gestión clínica y administrativa de la atención a su población de responsabilidad. Sin embargo, la práctica de prescripción electrónica no se ha extendido a gran escala.

Por ello, proponemos adicionar y reformar la Ley General de Salud para que las recetas puedan expedirse de manera electrónica por los profesionales de la salud legalmente facultados para ello, y en el ámbito de sus respectivas competencias, para su surtido por una farmacia o establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Me gustaría enfatizar que esta iniciativa es respaldada por legisladores y legisladoras de todos los partidos políticos. Se ha encontrado un punto de encuentro que, de ser aprobada, ofrecerá grandes beneficios en términos de salud, seguridad, calidad de la atención y economía. Mantendremos a todos informados.

36. TAMIZ POR EL FUTURO DE LA NIÑEZ

13.13.2022 | *"Siempre hay un momento en la infancia cuando la puerta se abre y deja entrar al futuro"*

Graham Greene

Pasar algo por el "Tamiz" significa examinarlo o seleccionarlo concienzudamente, según la Real Academia Española de la Lengua. Aplicado a la niñez, significa examinar al recién nacido concienzudamente para encontrar alguna enfermedad que, siendo diagnosticada tempranamente, pueda tratarse de manera oportuna y, por tanto, permitir que el futuro comience con un arranque parejo en la vida.

Durante 2021, se contabilizaron alrededor de 1 millón 912 mil 178 nacimientos en México, según el Inegi. Por lo tanto, examinarlos concienzudamente es una tarea que requiere de recursos para lograr minimizar el riesgo de no detectar a tiempo una enfermedad que puede afectar la vida y el trayecto de los recién nacidos.

Cuando llega al mundo un recién nacido, es necesario evaluar de inmediato su adaptación al cambio del vientre materno al medio externo, ya que uno de cada 10 puede requerir ayuda para hacer exitosa esta transición. La primera prueba que deben pasar se llama "Apgar", con una escala de 1 a 10 que se mide al primer y quinto minutos. Considera cinco parámetros: frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, respuesta refleja y color del recién nacido. Así, por ejemplo, si nace vigoroso, llorando y rosado, tendrá un puntaje entre 8 y 10 puntos y favorecerá el contacto con la madre desde los primeros minutos de vida. Si nace flácido, no llora y está de color morado -cianótico-, tendrá un puntaje menor a seis y requerirá atención inmediata para su reanimación.

Después se liga el cordón umbilical, se le aspiran las secreciones de las vías aéreas y se realiza un examen físico completo que incluye el peso, talla, signos vitales, permeabilidad del tubo digestivo alto y bajo, y por último, se toma muestra de sangre de cordón para determinar el grupo sanguíneo. Con esto, el médico determina si el recién nacido está en condiciones de ir con su madre a tomar pecho lo antes posible o si requiere más observación, monitorización o algún estudio especial.

También en la exploración física se examina si no hay malformaciones congénitas como la luxación congénita de cadera o afecciones genéticas como el Síndrome de Down. Con tecnologías y profesionales capacitados se pueden detectar cardiopatías congénitas graves o críticas, alteraciones auditivas y afecciones en la visión, como la retinopatía del prematuro o cataratas congénitas.

En México, la Ley General de Salud se ha reformado varias veces en el tiempo para garantizar la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso, atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado y su salud visual (2005 y 2013); la aplicación del tamiz oftalmológico neonatal a la cuarta semana del nacimiento, para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera, y su tratamiento, en todos sus grados (2005, 2013, 2016); la revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro (2013); la realización de la detección de cardiopatías congénitas graves o críticas antes del alta hospitalaria (2021).

Ahora bien, hay un conjunto de enfermedades metabólicas o hereditarias que solo pueden diagnosticarse con análisis de la sangre del recién nacido. Una de estas enfermedades se llama “Hipotiroidismo Congénito” que se presenta en 333 niños por millón de recién nacidos, siendo las niñas las más afectadas (66%). Los recién nacidos no pueden producir sufi-

ciente hormona tiroidea o nacen sin tiroides. Si esta afección no se diagnostica y trata, los niños pueden sufrir trastornos neurológicos irreversibles y problemas de crecimiento. Pero lo bueno es que un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado pueden evitar estos problemas. En la mayoría de los casos, esta afección es permanente, y el paciente necesitará tratamiento de por vida. En nuestro país, desde 1998 se estableció la técnica para el tamiz y el tratamiento de esta enfermedad congénita, dando un paso gigante.

Para 2017, se "amplió el Tamiz" para diagnosticar seis enfermedades: hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística y deficiencia de glucosa fosfato deshidrogenasa. En este 2022, hay avances muy significativos que permitirían diagnosticar más de 65 enfermedades metabólicas, como deficiencia de aminoácidos, ácidos grasos, ácidos orgánicos, metabolismo de urea y trastornos endocrinos, entre otros, y, por tanto, tratarlas para mejorar la calidad de vida de los recién nacidos.

El pasado jueves, la Comisión de Salud del Senado de la República aprobó una iniciativa presentada el 6 de septiembre de 2022 por su presidenta, la senadora Lilia Margarita Valdez Martínez del Grupo Parlamentario de Morena para la detección de afecciones "inmunomediadas" y, en su caso, atención, que incluya la aplicación de la prueba obligatoria del tamiz neonatal "ampliado". Esperamos que pronto pase al pleno y sea aprobada.

En la Cámara de Diputados está pendiente la aprobación de un proyecto de dictamen de diversas iniciativas que presentamos desde marzo de 2022, solicitando la realización del "tamiz metabólico ampliado" y las asignaciones presupuestales que lo permitan en el sistema público de salud, además de brindar las intervenciones médicas, medicamentos y asesoramiento necesario para atender las enfermedades raras diagnosticadas. Por instrucciones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), se retiró del orden del día de la sesión

donde sería aprobado. Esperamos que lo vuelvan a subir al pleno y sea aprobado, dado el antecedente en el Senado. Deseo de todo corazón que la SHCP lo piense mejor, abra la puerta y, por el interés superior de la niñez mexicana, permita que todos los nuevos mexicanos lleguen y puedan mirar hacia un futuro con condiciones de menos desigualdad.

37. TO BE, OR NOT TO BE… SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

17.12.2022 | *"La medicina es una ciencia de la incertidumbre y un arte de la probabilidad"*

William Osler

Estos días, el Síndrome de Guillain Barré (SGB) se ha incorporado al cuerpo noticioso de nuestra entidad. El Dr. Marco Antonio Hernández Carrillo, representante del IMSS, declaró en conferencia con el Secretario de Salud, Dr. Daniel Díaz Martínez, que hasta la fecha se desconoce la causa de la muerte de 10 pacientes del Hospital General de Zona No. 21. El Dr. Hernández Carrillo indicó que se considera que es un caso atípico de Guillain Barré, y lo que no sabemos es qué pudo haberlo desencadenado.

La Clínica Mayo expone una visión general del SGB como un trastorno raro en el que el sistema inmunológico del cuerpo ataca los nervios. La debilidad y el hormigueo en las manos y los pies suelen ser los primeros síntomas. Estas sensaciones pueden propagarse rápidamente y, eventualmente, paralizar todo el cuerpo.

En su forma más grave, el SGB se convierte en una emergencia médica. La mayoría de las personas con esta afección

deben ser hospitalizadas para recibir tratamiento. Aunque se desconoce la causa exacta del SGB, dos tercios de los pacientes informan síntomas de una infección en las seis semanas anteriores. Estos incluyen COVID-19, infecciones respiratorias, gastrointestinales o el virus Zika. La incidencia es de 0.6 a 4 casos por cada 100,000 individuos en la población general por año. (El conglomerado de 10 pacientes es atípico, al igual que el SGB diagnosticado).

Realicé una búsqueda bibliográfica en la Librería Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud (PubMed), utilizando el descriptor "Guillain Barré Syndrome" en el título y luego el descriptor "Systematic Review" para identificar aquellos con resultados basados en evidencia.

En 2020, se encontraron 368 artículos y 23 revisiones sistemáticas; en 2021, 478 artículos y 26 revisiones; en 2022, 387 artículos con 10 revisiones; y para el 2023, que ya están en prepublicación, se encontraron 3 artículos y 0 revisiones sistemáticas. Es decir, el tema está siendo investigado por numerosos investigadores en todo el mundo, lo que hace relevante el estudio a fondo de este conglomerado de casos informados para comprender qué ocurrió y cómo reducir las probabilidades futuras de nuevas fatalidades como las ocurridas.

La asociación entre las vacunas contra la COVID-19 y la aparición del SGB se ha reportado en 278 artículos, posiblemente debido a una activación anormal del sistema inmunológico y pérdida de autotolerancia. Como se suele decir, "los ojos no ven lo que la cabeza no piensa", de ahí la importancia del sistema de vigilancia de efectos adversos tanto de medicamentos como de vacunas. Usualmente, el SGB aparece dentro de las seis semanas posteriores a la inoculación, independientemente del tipo de vacuna aplicada: Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Janssen y Johnson & Johnson. Algunos casos se han informado después de la primera dosis, con un inicio clínico a los 7 días y un patrón desmielinizante en la electromiografía.

La vacunación contra la Influenza, según 148 artículos, se ha asociado con un riesgo ligeramente elevado de SGB dentro de un mes posterior a la vacunación. En Dinamarca, solo el 1.5% de los casos de SGB se asociaron a la reciente campaña de vacunación contra la influenza.

Según 124 artículos, los agentes infecciosos más comunes que causan SGB incluyen Campylobacter jejuni, Mycoplasma pneumoniae y citomegalovirus. Se cree que la similitud molecular entre las estructuras superficiales de los patógenos y los componentes de la mielina o el axón puede explicar el trastorno neuroinmunológico causado por autoanticuerpos contra componentes de la vaina de mielina o el axolema en el SGB.

Los brotes recientes del virus del zika (ZIKV) en América del Sur y Central han destacado efectos secundarios neurológicos significativos. 174 artículos describen la coincidencia del SGB en uno de cada 4 mil casos de ZIKV. Se continúa investigando los posibles mecanismos de daño de la respuesta inmune hacia el tejido nervioso.

Por último, existen 51 artículos publicados por colegas mexicanos sobre el SGB. Destacan la validación de los criterios de Brigthon (características clínicas, cerebroespinales y electrodiagnósticas) para diagnosticar el SGB, encontrando que proporciona datos similares en comparación con otros países.

Concluyo que aunque el diagnóstico de GBS "típico" o "atípico" es tentador para clasificar a los pacientes, es imperativo, para "To be, or not to be," realizar una evaluación exhaustiva de las exposiciones, incluyendo el consumo reciente de alimentos o viajes, el lugar de intervención, maniobras clínicas, entre otros. Las "autopsias verbales" son un buen método para investigar en aquellos casos donde no se pudo llevar a cabo de manera oportuna.

Esperemos que la investigación en curso descubra la causa del SGB. ¡Nos leemos en enero del próximo año!.
¡Feliz Navidad!

38. MEDICINA DE PRECISIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

21.12.2022 | *"La individualidad en la universalidad es el plan de la creación"*

Swami Vivekananda

El suicidio es un fenómeno en constante crecimiento en México. En 2021, se registraron 8,351 fallecimientos por lesiones autoinfligidas en el país, lo que representa una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100 mil habitantes. Es destacable que los hombres tienen una tasa de 10.9 suicidios por cada 100 mil (6,785), mientras que para las mujeres es menor, con 2.4 por cada 100 mil (1,552). Los hombres de 15 a 29 años son el grupo de mayor riesgo, con una incidencia de 16.2 suicidios por cada 100 mil hombres en esta franja de edades.

La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio y la Organización Mundial de la Salud establecieron el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, con el objetivo de promover acciones preventivas a nivel global.

La medicina de precisión se define como "un enfoque emergente para el tratamiento y la prevención que tiene en cuenta la variabilidad de cada persona en cuanto a genes, entorno y estilo de vida". Esto permite seleccionar el tratamiento más adecuado para cada individuo basándose en su firma biológica neurobiológica única.

Una búsqueda en la base de datos Pubmed de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud, con el descriptor "Precision Medicine" en el título y el descriptor "Suicide" en otros campos, muestra 11 artículos, el primero de 2017 y cuatro del último año, lo que indica una tendencia creciente en la investigación.

Según María Luisa Barrigón y colaboradores del departamento de Psiquiatría del Hospital Fundación Jiménez Díaz en Madrid, España, es evidente que para frenar esta tendencia al alza del suicidio, es necesario comprender mejor el fenómeno del suicidio. La medicina de precisión se presenta como un enfoque prometedor y una oportunidad para la salud digital.

Un ejemplo de avances tecnológicos recientes es la evaluación momentánea ecológica basada en teléfonos inteligentes y la recopilación pasiva de información de los sensores, que proporcionan una descripción detallada del comportamiento y los pensamientos suicidas.

Además, en el campo de la genética, se resalta la necesidad de aplicar la medicina de precisión en la suicidología. A la luz de investigaciones recientes y prometedoras, se debe analizar el papel de la recopilación de información basada en teléfonos inteligentes, tanto explícita (activa) como implícita (pasiva), para construir un fenotipo digital que se pueda integrar con datos genéticos y epigenéticos para desarrollar terapias personalizadas y enfoques preventivos contra el suicidio.

En otra publicación, Pinna de Graziano de Suiza argumenta que la precisión diagnóstica, la predicción y la prevención de los trastornos psiquiátricos, incluida la depresión unipolar mayor, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y las ideas e intentos de suicidio, continúan siendo áreas subdesarrolladas en psiquiatría debido a la falta de evaluación de biomarcadores. Esto resalta la necesidad urgente de investigación en neuropsicofarmacología.

Se anticipa que el descubrimiento de biomarcadores mejorará el refinamiento de la medicina individualizada, que actualmente se basa en la evaluación subjetiva de los síntomas según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5.ª edición (DSM-V). Tanto la depresión como el síndrome de estrés postraumático son altamente prevalen-

tes, afectando del 3% al 12% de la población general y siendo una de las principales causas de discapacidad.

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por síntomas como la tristeza, la anhedonia (incapacidad de sentir placer) y la concentración perturbada, mientras que los síntomas del estrés postraumático incluyen evitación de recuerdos traumáticos, hiperexcitación, hiperreactividad, flashbacks (recuerdos de escenas anteriores) y pesadillas. El tratamiento antidepresivo "estándar de oro" solo mejora los síntomas en la mitad de los pacientes, lo que subraya la importancia de desarrollar biomarcadores confiables para personalizar los tratamientos.

Por último, H. Le-Niculescu del departamento de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Indiana en Estados Unidos informa sobre los esfuerzos para identificar biomarcadores objetivos de expresión génica en sangre para el estrés psicológico. Uno de estos biomarcadores es el FKBP5, un gen conocido por su implicación en la respuesta al estrés. Además, la mayoría de los principales biomarcadores predictivos del estrés también tienen evidencia de estar relacionados con el suicidio y otros trastornos psiquiátricos. Esto abre la puerta a la posibilidad de utilizar fármacos existentes como posibles tratamientos personalizados para prevenir el suicidio.

39. LOUIS PASTEUR Y LA RABIA

07.01.2023 | *"En el campo de la investigación, el azar no favorece más que a los espíritus preparados"*

Louis Pasteur

Se cumplen 200 años del natalicio del científico francés Louis Pasteur, el pasado 27 de diciembre. Pasteur sufrió la pérdida de tres de sus hijos debido al tifus, lo que lo motivó a prepararse y demostrar que los microorganismos eran los responsables de muchas enfermedades y de la putrefacción de los alimentos. Hoy en día, es reconocido como el padre de la microbiología.

Es relevante mencionar que Pasteur, siendo químico de formación, utilizaba conejos infectados con la rabia en sus investigaciones. Cuando estos animales fallecían, secaba su tejido nervioso con el objetivo de "debilitar el agente patógeno" responsable de la enfermedad, que ahora sabemos que es un virus.

En 1885, un niño llamado Joseph Meister fue mordido por un perro rabioso cuando la "vacuna de Pasteur" solo había sido probada en unos pocos perros. Dado que Pasteur no era médico, utilizar la vacuna sin pruebas suficientes podría haber resultado en problemas legales. Sin embargo, después de consultar con sus colegas, el químico decidió inocular la vacuna al niño. El tratamiento fue un éxito absoluto, ya que el niño se recuperó de las heridas y nunca desarrolló la rabia. Una vez más, Pasteur fue aclamado como un héroe.

Traigo esta historia a colación porque, al día siguiente del homenaje por el natalicio de Louis Pasteur, en Oaxaca falleció un niño a causa de la rabia, a pesar de que existe una vacuna disponible desde hace 135 años. Las discusiones sobre si fue o no rabia, así como las disputas entre el Insti-

tuto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE) y las autoridades estatales para confirmar la causa de la enfermedad de uno de los tres niños "mordidos" por un murciélago, no serán el foco de esta columna. Mi objetivo es simplemente dejar constancia de que esta muerte podría haberse evitado si se hubieran seguido los protocolos de atención establecidos en nuestro país.

México se somete anualmente a una evaluación del "estado de la rabia" por expertos en la Rama de Poxvirus y Rabia del Centro de Control de Enfermedades (CDC). Esto respalda las recomendaciones para los viajeros internacionales al evaluar el riesgo de exposición a la rabia y el acceso a la profilaxis posterior a la exposición, que consiste en la aplicación de inmunoglobulinas (anticuerpos de acción inmediata para combatir el virus) y la vacuna contra la rabia (para que el cuerpo desarrolle anticuerpos contra el virus).

También se evalúan las recomendaciones relacionadas con el programa de importación de animales y productos animales para abordar el riesgo de reintroducción de la rabia canina o de otras especies de vida silvestre, como murciélagos, zorros, mapaches y zorrillos, entre otros.

En la última evaluación, se determinó que México no está libre del virus de la rabia, que pertenece a la familia Rhabdoviridae, género Lyssavirus, que incluye 15 especies de virus con el potencial de causar la enfermedad de la rabia. Tampoco se considera un país libre de la rabia canina. Contamos con un programa sólido de vigilancia de la rabia, que incluye informes formales que detallan las metodologías y los resultados. Además, tenemos un amplio programa nacional de control con una cobertura de vacunación contra la rabia canina aceptable, que ha resultado en una reducción significativa de los casos y/o la transmisión limitada a áreas focalizadas, según lo documentado en publicaciones e informes en los últimos 5 años.

Asimismo, disponemos de una vacuna antirrábica para uso humano, que está disponible para la profilaxis posterior a la exposición dentro de las 48 horas posteriores a la presentación del paciente en la mayoría de las instalaciones médicas del país. Por último, contamos con disponibilidad limitada de inmunoglobulina antirrábica de alta calidad, para la profilaxis posterior a la exposición, que solo está disponible en las principales instalaciones médicas urbanas. La eficacia de la profilaxis posterior a la exposición es muy alta, por lo que es crucial contar con disponibilidad en todo el territorio nacional para prevenir tragedias como la ocurrida en Oaxaca.

La Organización Mundial de la Salud estableció en 2007 que el 28 de septiembre sería el Día Mundial de la Rabia, con el propósito de crear conciencia sobre la enfermedad infecciosa más mortal del mundo y unir a los socios en la mejora de los esfuerzos de prevención y control en todo el planeta.

En conclusión, quiero proporcionar tres consejos prácticos: 1) Vacune a sus mascotas contra la rabia, 2) En caso de ser mordido, trate la herida y consulte a un médico de inmediato, 3) Si desea obtener más información sobre el tema, consulte *https://www.cdc.gov/rabies/es/index.html*

40. DIABETES Y COVID-19: LO DESCONOCIDO

14.01.2023 | Cito el primer párrafo de la introducción del libro de Daniel Innerarity titulado "La Sociedad del Desconocimiento," de Galaxia Gutenberg Editorial, publicado en febrero de 2022: "*Nunca el desconocimiento había sido tan importante y a la vez tan sospechoso; nunca lo habíamos necesitado tanto y desconfiado al mismo tiempo de él; nunca habíamos depositado tantas esperanzas en el conocimiento como solución, mientras se convertía él mismo en un problema.*"

Sostiene que nuestros debates públicos son, por lo general, banales y de confrontación, pero de vez en cuando tocan un asunto de gran relevancia. Este fue el caso de los científicos al principio de la pandemia advirtiendo que los políticos tienen el poder pero no saben, lo que permitiría deducir que los científicos saben, pero, desgraciadamente, no tienen poder.

A tres años de distancia del inicio de la irrupción del SARS-CoV-2, después de ver tanto caos, sufrimiento y muertes por el manejo de la pandemia, es claro que los políticos pueden menos de lo que parece y los científicos saben menos de lo que se cree.

Algo es razonable decir, con todas las incertidumbres de los problemas complejos como la pandemia, que si bien la ciencia raramente proporciona verdades definitivas, unánimes e indiscutibles, quienes toman decisiones políticas, por supuesto, deben apoyarse en las evidencias que la ciencia proporciona, pero ni pueden esconderse en ellas, ni han de olvidar otros criterios que se ponen en juego en toda decisión, como la oportunidad, los recursos disponibles o la legitimidad popular. No se trata de que una comunique a la otra lo sabido o decidido, sino de construir juntas un momento de autorreflexión de la ciencia -bajo el código de la verdad- y la política -bajo el código del poder-.

Traigo esas reflexiones a colación por la lectura de una revisión de Kamlesh Khunti y colaboradores del Reino Unido, publicada en la revista "Diabetología" acerca de la Diabetes y COVID19, colocando a la vista un listado al día de hoy de lo que sabemos y lo desconocido.

Lo que sabemos:

No hay evidencia que sugiera tasas más altas de infección en personas con diabetes en comparación con la población general.

Ha habido afectaciones sin precedentes debido a los impactos directos e indirectos de la COVID19 en las personas con diabetes.

Las personas con enfermedades crónicas, incluida la diabetes, se han visto afectadas de manera desproporcionada, con un mayor riesgo de hospitalización y mortalidad.

El sexo masculino, la edad avanzada, la obesidad, el control glucémico deficiente, la insuficiencia renal, la etnia no blanca, las privaciones socioeconómicas y los accidentes cerebrovasculares e insuficiencias cardiacas previos se asocian con una mayor mortalidad relacionada con la COVID-19 en la diabetes tipo 1 y tipo 2.

No ha habido evidencia que sugiera cambiar la prescripción de cualquier terapia para reducir la glucosa durante la pandemia en personas con diabetes.

Parece haber un aumento en la aparición de diabetes durante el transcurso de la pandemia.

Ha habido un aumento en las presentaciones de cetoacidosis diabética en personas con diabetes preexistente y en aquellas con diabetes reciente.

Lo que no sabemos y debiéramos científicos y políticos abonar a su conocimiento:

Si la infección por COVID-19 está directamente asociada con el aumento de la diabetes de inicio reciente o si están contribuyendo otros factores indirectos.
El impacto de la COVID larga en personas con diabetes.

Los cambios a largo plazo en la incidencia de diabetes postpandemia.

Impacto a largo plazo de COVID-19 en personas con diabetes.

Impacto a más largo plazo de los efectos indirectos de las interrupciones en la prestación de servicios.

Si la respuesta inmunitaria de la vacunación contra la COVID-19 en personas con diabetes será diferente de las personas sin diabetes.

¿La disminución de vacunas es diferente en personas con diabetes?

¿La telesalud ampliará las disparidades en ciertas poblaciones?

En esta revisión, se resume el impacto de la COVID-19 aguda en personas con diabetes, se discute cómo han cambiado la presentación y la epidemiología durante la pandemia, incluida la presentación de la cetoacidosis diabética y la diabetes de nueva aparición. Se considera el impacto más amplio de la pandemia en los pacientes y la prestación de servicios de atención médica, incluidas algunas de las áreas de incertidumbre. Finalmente, se hacen recomendaciones sobre cómo priorizar a los pacientes a medida que avanzamos en la fase de recuperación y también cómo proteger a las personas con diabetes para el futuro, ya que es probable que la COVID-19 se vuelva endémica.

En México, debemos impulsar que la diabetes y la COVID-19 sean el punto de encuentro de profesionales de la salud, personas que viven con diabetes, investigadores y políticos para, con humildad, hacer proyectos y protocolos a fin de resolver este desconocimiento y minimizar los daños que su asociación causan en la población mexicana.

ILUSTRACIÓN: ¿"DICTADURA SANITARIA"?

Desde su púlpito libertador, bolivariano, moralizante, escupe, vomita, miente, engaña…deja morir a cientos de miles de connacionales por capricho, por indolencia, o por estupidez. Sordo a opiniones sensatas y expertas. ¿Y eso no es una "dictadura sanitaria"?

Dr. Francisco Javier Domínguez Garibaldi

41. REINVENCIÓN RESPONSABLE E INCLUYENTE

17.01.2023 | "*Yo tengo un sueño de que un día esta nación se elevará y vivirá el verdadero significado de su credo: Creemos que estas verdades son evidentes, que todos los hombres son creados iguales*"
Martin Luther King

Deseándoles que el año nuevo haya estado presente en sus familias con salud plena y bienestar, regreso a esta columna desde la ciudad de Washington, D.C., donde hoy por la mañana inicia la séptima edición del "Foro de Alto Nivel sobre Innovación para el Poder Legislativo Mexicano", que tiene como lema una "Reinvención responsable e incluyente".

Desde 2015, cuando se estableció la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el contexto mundial ya obligaba a la ciudadanía del mundo a poner a la persona en el centro del diseño de la política pública. La erradicación de la pobreza y el combate a la desigualdad se definieron con miras a garantizar, al mismo tiempo, la protección duradera del planeta y sus recursos naturales. Sin embargo, la pandemia por COVID-19 fue un choque adicional que nos obligó a cuestionar aún más las reglas del juego y puso al frente nuestra capacidad de resiliencia.

Hoy nos enfrentamos al reto de seguir trabajando en los objetivos de la Agenda 2030 pero con la complejidad agregada del impacto de la pandemia y las nuevas necesidades generadas por esta. Para la "Fundación IDEA" y el "Instituto México del Centro Woodrow Wilson", este reto es, a su vez, una oportunidad para la región norteamericana. La innovación, como sinónimo de cambio y transformación, debe ser la pieza clave que nos permita recuperarnos y reinventarnos de manera responsable con el planeta, poniendo a la persona en el centro de cualquier diseño o

desarrollo. La pandemia ha obligado a las generaciones a acercarse a la tecnología y a la investigación y desarrollo como nunca antes.

Esta edición del Foro de Innovación está diseñada para explorar precisamente esto: cómo promover los habilitantes de la innovación y, a su vez, desarticular las barreras que la obstaculizan, cohabitando con el COVID-19 y haciendo el máximo aprovechamiento de la tecnología y la investigación para promover el desarrollo integral de todas las personas por igual.

Desde 2013, Fundación Idea y el Centro Woodrow Wilson han trabajado con la Cámara de Diputados y el Senado con el fin de generar cambios que detonen mayor innovación en México. Para ello ha sido la ejecución de seis ediciones presenciales del Foro de Innovación y ocho conversatorios a distancia. El objetivo de estas colaboraciones es identificar y favorecer la implementación de las acciones necesarias desde el punto de vista del diálogo entre legisladoras y legisladores y personas especialistas de distintos perfiles: legisladoras y funcionarias públicas internacionales, investigadoras de alto nivel, emprendedoras, empresarias y diseñadoras de políticas públicas.

En esta edición participarán por las organizaciones convocantes Andrew I. Rudman y Jessica Beitman Maya; Michael Parrish, director de relaciones gubernamentales en EE.UU. de Bayer Global, quien dio la bienvenida haciendo referencia al homenaje de Martin Luther King, quien pronunció su histórica frase “Tengo un sueño” mientras dirigía la Marcha de 1963 en Washington; recibió el Premio Nobel de la Paz en 1964 y fue asesinado en 1968 en Memphis mientras asistía a una huelga de trabajadores sanitarios mal pagados a la edad de 39 años.

La importancia de la innovación como motor para el desarrollo será abordada por Richard Wells, presidente

del Lexington Group. En el panel de innovación en el sector farmacológico en México participarán Lars Froelund, inversionista especialista en tecnologías complejas con la comercialización de la investigación académica y el rigor académico como promotores de la innovación; Jeff Francer, exvicepresidente de alto nivel y consejo general de la Association for Accessible Medicines, con la visión de las agencias reguladoras en EE.UU. hacia la innovación farmacéutica; Eva Maria Ruiz de Castilla, fundadora de Latin America Patient Academy, con los efectos en las personas derivados de productos innovadores en farma; y un estudio de caso con la Dra. Laura Torrecillas Torres, jefa divisional de oncología del ISSSTE con la innovación para combatir el cáncer triple negativo.

En el panel de aprovechamiento de datos en materia de salud se incluirá el registro y manejo seguro de datos de salud. Disertarán Eduardo Gonzalez-Pier, director técnico de Alto Nivel de economía de salud del Grupo Palladium, con el uso de datos para mejorar la asignación de recursos en el sistema de salud pública; Homie Razavi, fundador y director ejecutivo del Center for Disease Analysis Foundation, con la aplicación técnica de uso de datos para diseñar políticas públicas en salud; Edith Stowe, directora de Manatt Health, con la prevención focalizada y proyectos pilotos bajo el acta de atención asequible; Andrea Arozamena, líder de vínculos en el sector salud de GS1 México, con la digitalización de la atención a pacientes y la creación de un sistema universal de información en el sector farmacológico.

Susana Suárez Santamaría, directora de Amgen México, dará una conferencia magistral. En el panel de Tecnologías nuevas como una plataforma para el desarrollo y el crecimiento económico estarán Nigel Cory, director asociado de política comercial en la Information Technology and Innovation Foundation, quien abordará el uso de tecnologías nuevas para desarrollar mercados y agilizar al gobierno dentro del contexto del Capítulo 19 del T-MEC; Alberto Saracho,

socio de McKinsey, con el potencial de la economía digital como detonador de crecimiento en México; Karen Andrade, asesora de políticas públicas de alto nivel, oficina de políticas de ciencia y tecnología de la Casa Blanca, con la inclusión de miembros de grupos marginados en la investigación y en la promoción de la equidad en los campos de STEM; Gaétan Houle, asesor del director de Seguridad de Información de Cisco Systems Canadá, con el intercambio de ciber-amenazas y el valor de una estrategia de ciberseguridad nacional.

En el panel de Recuperación sostenible estará Cassie Hoffman, directora de desarrollo Global e innovación de Conservation X Labs, con tecnologías para abordar retos de sostenibilidad y cambio climático; Jerry Haar, profesor en Florida International University College of Business, con los retos y oportunidades para la innovación mexicana; Shelli Brunswick, directora de operaciones de Space Foundation, con STEM e inclusión de mujeres en los sectores de innovación; y un estudio de caso con Rodrigo Oria y Anaya, gerente de Asuntos Gubernamentales de Bayer, con la innovación mexicana para revolucionar la producción sustentable de maíz.

Y mañana se cerrará con la mesa de diálogo para visibilizar los próximos pasos en materia legislativa con la participación de una veintena de legisladoras y legisladores de ambas Cámaras y todos los grupos políticos, quienes con su inteligencia colectiva tendremos que plantear soluciones a los problemas complejos a resolver en esta época de crisis económica, sanitaria, de seguridad y climática dentro de un marco de incertidumbre. Les mantendré al tanto de los resultados.

42. GRAN SALUD, 'FUERA DE LA MATRIX'

(PARTE I)

21.01.2023 | Representa un futuro distópico en el que la humanidad está atrapada sin saberlo dentro de una realidad simulada llamada Matrix, que las máquinas inteligentes han creado para distraer a los humanos mientras utilizan sus cuerpos como fuente de energía en campos de cultivo.

Lars Hartenstein y Tom Latkovic del Instituto de Salud McKinsey, acaban de publicar el documento "The Secret to Great Health? Escaping the Healthcare Matrix", con un mensaje esperanzador: El plan para lograr una vida de gran salud es cada vez más conocido y está bajo nuestro control, requiriendo desafiar las ortodoxias que actualmente guían a las personas e instituciones.

Utilizan una metáfora de la película de acción y ficción de 1999 conocida como Matrix en México, escrita y dirigida por las hermanas Wachowski, con Keanu Reeves como protagonista. Representa un futuro distópico en el que la humanidad está atrapada sin saberlo dentro de una realidad simulada llamada Matrix, que las máquinas inteligentes han creado para distraer a los humanos mientras utilizan sus cuerpos como fuente de energía en campos de cultivo.

Lars y Tom reconocen que cada día, millones de profesionales de la salud, científicos y funcionarios de salud pública, con buenas intenciones, trabajan diligentemente para mejorar nuestra salud y deben ser reconocidos por ello. Al mismo tiempo, citan que al examinar nuestras mentalidades y comportamientos frente a la mejor evidencia disponible, se revela que las prioridades, estrategias y presupuestos de las personas, gobiernos, empresas, instituciones sociales, proveedores de atención médica y empleadores se basan,

al menos implícitamente, en una cantidad muy grande de verdades a medias e ideas obsoletas.

Es decir, hemos estado viviendo en una Matrix durante décadas con respecto a nuestra salud, que ha tenido sus beneficios pero es incompleta y autolimitada, y proponen el desafío de salir de esa Matrix para "agregar más años a la vida y más vida a los años".

Primer postulado. El sufrimiento que soportamos para lograr la longevidad es inaceptable e innecesario. Las personas viven más tiempo (73 años es la esperanza de vida en México), pero pasan más años con una salud moderada o mala: el 60 % de las personas experimentan deterioro cognitivo alrededor de los 70 años; el 70 % pasarán un promedio de tres años utilizando cuidados de largo plazo; una gran parte experimenta dolor crónico; otros incontinencia; muchos tienen dificultades para caminar un kilómetro; bastantes experimentan síntomas de ansiedad o depresión, y el 33 % de las personas en todo el mundo se sienten solas.

Dentro de la Matrix, algunos concluyen que demasiadas personas viven mucho y han sugerido reducir los recursos invertidos en los adultos mayores; y otros aceptan implícitamente que vivir décadas con mala salud es lamentable y es una consecuencia inevitable de tener una vida larga. Fuera de la Matrix, se ha documentado que mucho se puede evitar.

Segundo postulado. La salud mental, social y espiritual son tan importantes como la salud física y están profundamente interconectadas. Dentro de la Matrix, se enfocan casi por completo en la salud física, invirtiendo en ello más del 90 % del presupuesto. En 2020, menos del 2 % de los médicos y enfermeras en todo el mundo estaban capacitados en el manejo de los problemas de salud mental: No hay mediciones sistemáticas de la salud mental, por no hablar de la social o espiritual. Fuera de la Matrix, nos damos cuenta

de que son importantes en sí mismas. En una encuesta de 19,000 personas, el 85 % dijo que su salud mental era tan importante como la salud física; y la mayoría también calificó su salud espiritual como muy importante.

La mitad de las personas sin un propósito fuerte en la vida tienen más del doble de probabilidades de morir de enfermedades cardiovasculares. La soledad en personas con insuficiencia cardíaca se asoció a un riesgo de muerte cuatro veces mayor y un riesgo de hospitalización 68 % mayor.

Tercer postulado. La salud se trata principalmente de nuestra capacidad de funcionar, no solo de enfermedad y muerte. Dentro de la Matrix, la salud está anclada en la ausencia o presencia de enfermedades, dolencias y lesiones, utilizando "morbilidad" y "mortalidad" para guiarse en la toma de decisiones y asignación de recursos. Fuera de la Matrix, nos damos cuenta de que la ausencia de enfermedad no implica necesariamente una gran salud.

La salud es la medida de hasta qué punto tenemos energía física y mental, si podemos utilizar plenamente nuestros sentidos y hasta dónde podemos participar en actividades significativas. La salud es nuestra fuerza, nuestra memoria, nuestra capacidad de resolver problemas; es nuestra capacidad de hacer frente a los desafíos de la vida; nuestra capacidad de construir y mantener la intimidad y nuestro sentido de identidad, positividad y propósito. La salud se trata fundamentalmente de lo que un individuo puede hacer (o no) hoy y lo que podrá hacer (o no) en el futuro.

Estimados lectores, la próxima semana comentaremos lo que se propone para alfabetizarnos en mejorar las cuatro dimensiones de la salud: física, mental, social y espiritual; son 23 conductores que se encuentran fuera de la Matrix actual y dependen de nosotros. ¡Tomemos las riendas de nuestra salud!

43. IMSS: SUPERÁVIT O NEGLIGENCIA

24.01.23 | El doctor Recio, conocido como "Recio de Mal Agüero" y médico del palacio de los gobernadores (posiblemente ficticio, posiblemente real), somete a Sancho Panza a un detallado régimen alimentario por razones de salud.-Miguel de Cervantes

El pasado 19 de enero, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) celebró su 80º aniversario. Durante mi servicio social, especialización en cirugía general y mi tiempo como médico adscrito, así como titular de la Unidad de Evaluación de Delegaciones, tuve la oportunidad de trabajar en esta institución y presenciar múltiples reconocimientos, los cuales me enorgullece recordar y compartir.

El actual director general del IMSS, Zoé Robledo, quien podría estar considerando la gubernatura o, quizás, ya fue convencido de unirse a la presidencia de la 4T, ha expresado opiniones ideológicas, medias verdades y falsedades con el objetivo de complacer al líder del país. Entre sus declaraciones, destaca la siguiente: "Para cumplir sueños, uno de los principales es IMSS-Bienestar, que busca garantizar atención médica, independientemente de la condición económica, social o cultural del paciente". Además, destacó el derecho a la salud y la felicidad como parte de la cuarta transformación.

Luego, filtró a los medios que el IMSS obtuvo un superávit de 38,000 millones de pesos en cuatro años. Este superávit se debió al aumento en la recaudación de cuotas obrero-patronales en 2022, que alcanzó los 438,700 millones de pesos, representando un crecimiento real del 6.4% en comparación con 2021. Esto fue posible gracias a la creación de 752,748 empleos formales y la incorporación de un millón 65,556 patrones, aunque el director no mencionó que este logro se debió en gran medida al sector privado y patronal, al cual no dedicó ni una sola palabra.

Posteriormente, informó sobre los esfuerzos de la institución para ampliar la cobertura a sectores como los trabajadores independientes, los trabajadores domésticos y los migrantes en Estados Unidos. Sin embargo, no mencionó que la Dirección a su cargo no presentó ninguna iniciativa de ley para lograr estos cambios ni reconoció a los legisladores que aprobaron las reformas necesarias en las leyes de seguridad social.

Robledo también proporcionó cifras sobre el personal del IMSS, que incluye 140,000 enfermeros, 85,118 médicos y diversas unidades de atención médica en tres niveles. No obstante, omitió información sobre la contratación de personal adicional y la construcción de nuevas unidades para garantizar un acceso oportuno y de calidad a los derechohabientes, lo que es fundamental para el derecho a la salud.

Finalmente, Zoé Robledo mencionó que en un "día típico", el IMSS realiza más de 494,000 consultas, 3,703 intervenciones quirúrgicas, 900 partos, 868,000 análisis clínicos y 64,000 estudios de radiodiagnóstico. Sin embargo, no definió lo que considera un día "típico", que posiblemente se refiere a los días laborables.

El director también destacó las 20 jornadas nacionales de "continuidad de los servicios ordinarios", que equivalen a tres días "típicos" de consultas, en contraste con las cirugías, que representan la productividad de 15 días "típicos". No proporcionó un parámetro de referencia con respecto a un día "típico".

Con estos datos, es posible identificar las razones detrás del superávit alcanzado:

Los empleos formales creados fueron la principal fuente de ingresos, provenientes en gran medida del sector privado, que ha sido subestimado por la 4T.

La falta de gastos en contratación de personal, mantenimiento de infraestructura médica y adquisición de medicamentos y suministros médicos se debió a una negligencia evidente, ya que los indicadores institucionales no cumplen con los estándares deseados, incluyendo la falta de camas y profesionales de la salud por cada mil derechohabientes.

Muchos mexicanos que pagan sus cuotas obrero-patronales no acuden al IMSS debido a la falta de acceso efectivo en sus comunidades, optando por servicios privados en lugar de utilizar los servicios que ya han pagado. Esta situación se debe a la baja inversión ordenada por el director.

Por último, se señala que se necesita una intervención integral en el manejo de eventos cardiovasculares y complicaciones relacionadas con la diabetes mellitus, que se espera que afecten a millones de personas y tengan un impacto económico significativo. Esto representa un desafío importante que requerirá una atención prioritaria.

Conclusión: Se invita a Zoé Robledo a centrarse en la atención de la salud de los mexicanos que contribuyen al país mediante la creación de empleos y el pago de cuotas obrero-patronales. Además, se plantea la pregunta sobre el destino del superávit en relación con las necesidades de salud no cubiertas por la institución.

44 GRAN SALUD, 'FUERA DE LA MATRIX'

PARTE II

28.01.2023 | "*En medio de estos tiempos difíciles, disfrutar de una buena salud y un sueño adecuado es lo que más podemos apreciar*"
Knute Nelson

Los factores modificables que influyen en la salud tienen un gran impacto en nuestro estado general de bienestar. Ahora les presentaré diecinueve de ellos, respaldados por evidencia recopilada por Hartenstein y Latkovic en 2022, para que podamos comprender cómo tomar el control de nuestra salud.

Dieta: La dieta mediterránea se asocia con un 30 % menos de riesgo de enfermedad cardiovascular; mientras que consumir dos bebidas azucaradas al día se relaciona con un aumento del 14 % en el riesgo de mortalidad por cualquier causa. Además, ingerir agua se considera una opción más saludable.

Suplementos: El aceite de pescado reduce el riesgo de deterioro cognitivo y disminuye en un 13 % los ataques cardíacos. Beber de 1 a 4 tazas de café al día se asocia con un menor riesgo de mortalidad, entre el 12 % y el 17 %.

Uso de sustancias: Los fumadores que dejan el tabaco a los 40 años pueden recuperar 9 de los 10 años perdidos debido al hábito de toda la vida. Consumir más de 17 unidades de alcohol a la semana se ha relacionado con un envejecimiento acelerado del ADN, deterioro cognitivo y enfermedad cardiovascular.

Movilidad: Caminar reduce el dolor crónico, fortalece el sistema inmunológico y disminuye significativamente la ansiedad, la tristeza y la fatiga. Mejorar la infraestructura para

mantener una postura adecuada en casa o en el trabajo también reduce la discapacidad.

Ejercicio: Mantener una rutina de ejercicio constante por sí sola puede prolongar la vida entre 3 y 5 años, además de mejorar la calidad de vida entre 5 y 10 años. Las personas mayores de 60 años que participaron en actividades semanales de equilibrio y entrenamiento de resistencia mostraron una reducción del 34 % en las caídas.

Sueño: La calidad, la duración y la consistencia del sueño están asociadas con un mejor desempeño académico en estudiantes universitarios. Dormir menos de 6 horas en comparación con 7-9 horas por noche se asocia con un aumento de la mortalidad por todas las causas del 13 %. Además, el insomnio está relacionado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo en un 27 %.

Actividad productiva: Los empleados más comprometidos experimentan una mejor salud física y mental. Los trabajadores despedidos en los Estados Unidos tenían un 54 % más de probabilidades de tener una salud aceptable o mala. Existe una fuerte correlación entre la salud y la participación en actividades altruistas.

Interacción social: Se ha observado un aumento promedio del 50 % en la probabilidad de supervivencia entre los participantes con relaciones sociales más sólidas. Los deportes y una mayor interacción social, como el tenis y el fútbol, están asociados con una mayor longevidad en comparación con otros deportes.

Consumo de contenido: El uso diario de más de 5 horas en las redes sociales se ha asociado con un aumento del 35 % al 50 % en el riesgo de experimentar síntomas depresivos en adolescentes.

Higiene: Lavarse las manos con agua y jabón reduce en un 50 % el riesgo de propagar enfermedades diarreicas.

La exposición a la naturaleza, el uso regular de saunas, los efectos del estrés, la mentalidad optimista, la composición corporal, la seguridad física y económica son factores adicionales que pueden influir en nuestra salud a largo plazo.

45 SUICIDIO, CUIDADOS PALIATIVOS, CUESTIÓN DE VIDA O MUERTE

31.01.2023 | Iniciamos el día de mañana, miércoles 1 de febrero, el segundo período del segundo año legislativo en el Congreso de la Unión, y las "agendas legislativas" de los diferentes grupos parlamentarios son diversas en temas de seguridad, electorales y económicos, por mencionar algunos. En lo particular, insistiré en las reformas aprobadas en la Cámara de Diputados que se encuentran pendientes en el Senado de la República en materia de cuidados paliativos. En esta columna, pondré lupa en el riesgo de suicidio en pacientes que requieren cuidados paliativos.

El suicidio es un fenómeno que está creciendo aceleradamente en México, habiéndose triplicado en las últimas tres décadas. Según datos del Inegi, hubo 2,603 suicidios en el año 1994, 4,117 en 2004, 6,637 en 2014 y 8,432 en 2021. En 2021, la tasa de suicidios fue del 10.9% en hombres y del 2.4% en mujeres por cada 100 mil habitantes. El Inegi también reporta que el 32.5% de los integrantes del hogar de 12 años y más ha tenido sentimientos de depresión, mientras que el 66.9% nunca ha experimentado depresión.

Diversos investigadores mexicanos han publicado artículos sobre los factores de riesgo de suicidio en los últimos años, como la salud mental y la calidad de la atención primaria, el efecto de la pandemia, factores modificables para prevenir las lesiones con armas de fuego, diferencias de género y la relación con el trabajo, entre otros.

En Inglaterra y Gales, ocurrieron más de 5,500 suicidios en 2021, lo que representa tres mil menos que en México. Vahé Nafilyan y colaboradores de la División de Análisis de Salud y Eventos de Vida en la Oficina de Estadísticas Nacionales de Newport, en el Reino Unido, investigaron el riesgo de suicidio después del diagnóstico de condiciones graves de salud física, que pueden causar angustia psicológica y conducir a una depresión severa.

Utilizaron los registros del censo inglés de 2011 vinculados a registros hospitalarios y registros de muertes que cubrieron a 47 millones de personas de 6 años y más, vivas el 1 de enero de 2017, lo que representó el 89.2% de la población inglesa. Luego, emparejaron a los pacientes diagnosticados con cáncer de baja supervivencia (tasa de supervivencia a 5 años inferior al 20%), cardiopatía isquémica crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o afección neurológica degenerativa con individuos sin estas patologías pero que tenían idénticas características sociodemográficas, denominados "controles". Luego, se estimó la incidencia acumulada de muerte por suicidio ocurrida entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2021 entre los "pacientes" y los "controles", ajustando posibles factores de confusión.

La muerte por suicidio se definió como cualquier muerte por autolesión intencional. Los hallazgos indican que un año después del diagnóstico, la tasa de suicidio fue de 21.6 por cada 100 mil habitantes en pacientes con cáncer de supervivencia baja en comparación con 9.5 por cada 100 mil en los controles coincidentes. Para los pacientes con EPOC, la tasa de suicidio fue de 22.4 versus 10.6 por cada

100 mil en los controles. Para la cardiopatía isquémica, fue de 16.1 versus 8.8 por cada 100 mil en los controles. Para las afecciones neurológicas degenerativas, fue de 114.5 por cada 100 mil, aunque la estimación fue imprecisa debido al bajo número de suicidios. El aumento del riesgo de suicidio fue más pronunciado en los primeros meses después del diagnóstico o del primer tratamiento.

La asociación entre el diagnóstico de condiciones de salud física severa y un mayor riesgo de suicidio subraya, estimados lectores, la necesidad bien establecida de acceso a cuidados paliativos como un componente de la cobertura universal de salud. Se recomienda la integración de cuidados paliativos en el momento del diagnóstico de una enfermedad grave junto con el tratamiento curativo para optimizar los resultados de la calidad de vida.

En nuestro país, construir sobre la mínima infraestructura de cuidados paliativos existente del sistema nacional de salud para proporcionar intervenciones integrales a la persona, incluida la atención de la salud mental, sería un enfoque rentable y consciente de los escasos recursos disponibles para evaluar mejor las necesidades individuales y discriminar entre la depresión, las tendencias suicidas y la adaptación a la enfermedad.

El disponer de profesionales de la salud capacitados en cuidados paliativos, habilidades en general, en la atención primaria a la salud puede ayudar a identificar cuidadores críticos y apoyos sociales basados en la comunidad mientras aclaran las preocupaciones de los pacientes y anticipan posibles crisis existenciales. Los cuidados paliativos también proporcionan un modelo que puede poner en práctica terapias a corto plazo como las terapias de dignidad en circunstancias clínicas que cambian rápidamente, especialmente para pacientes diagnosticados con enfermedad avanzada o en etapa terminal. Las minutas pendientes de dictaminación en el Senado amplían este enfoque de cuidados paliativos en la población que los requiere.

Suscribo lo señalado por William E. Rosa, del Departamento de Psiquiatría del Memorial Sloan Kettering Cancer Center en Nueva York, quien dice que la provisión de cuidados paliativos es una obligación moral para todos los profesionales de la salud, con el fin de proteger la seguridad y el bienestar públicos en medio del diagnóstico de enfermedades graves y el mayor riesgo de suicidio. De hecho, enfatiza, es una cuestión de vida o muerte.

¿Qué opinas al respecto?

46 DE OCURRENCIAS A INCERTIDUMBRES

04.02.2023 | "*Solo hay dos cosas infinitas: el universo y la estupidez humana. Y no estoy tan seguro de la primera.*"

Albert Einstein

Un amable lector de esta columna me envió una lista de temas que le gustaría que se abordaran. Hoy incorporo el primero y cito su primer cuestionamiento, titulado por él "De una docena de ocurrencias a una colección de incertidumbres":

1. INSABI fallido
2. IMSS-Bienestar incompetente
3. Cofepris centralizada y corrupta
4. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo de Salud desaparecida
5. Compra de medicamentos sin rumbo
6. Distribución de medicamentos sin distribución
7. Consejo de Salubridad General inoperante ante la pandemia
8. Médicos formados en escuelas de medicina Benito Juárez
9. Médicos cubanos con credenciales dudosas y atribuciones indefinidas

10. Plazas para residencias insuficientes
11. Institutos Nacionales de Salud acosados
12. Recentralización de la administración pública de la salud sin reglas ni razones de peso.

¿Hacia dónde va el sistema de salud? No es hacia Canadá ni Dinamarca, ¿entonces hacia dónde?

Suscribo la docena de aseveraciones que he cubierto además en columnas anteriores; también es claro que no iremos al sistema de salud nórdico. ¿Entonces, hacia dónde? A un sistema de salud público más fragmentado, subfinanciado y débil, incapaz de ofrecer los servicios esenciales de salud pública que el derecho humano a la salud exige. En este sistema, personas físicas, morales e instituciones de asistencia social se desarrollarán más para ofrecer servicios de medicina preventiva, curativa, de rehabilitación y de paliación, con cargo al bolsillo de la población derechohabiente que pagará doble, y de la población no derechohabiente que caerá en mayor pobreza. Hemos propuesto la creación de una Comisión Nacional donde todos los actores participen y se revisen con indicadores sólidos cómo lograr la Universalización de Servicios de Salud en todo el país, incluyendo la revisión de la sustentabilidad financiera para hacer efectivo el derecho a la salud.

En cuanto a los médicos cubanos con credenciales dudosas y atribuciones indefinidas, quiero hacer un recuento en relación al riesgo para la salud y la vida de quienes puedan atender. En el marco de la dictadura sanitaria, el Secretario de Salud publicó un decreto en el Diario Oficial de la Federación el 24 de abril de 2020, que facultaba a las unidades médicas y los gobiernos de las entidades federativas a contratar personal profesional de la salud en el extranjero, sustentado en un acuerdo de la Secretaría de Salud con la autoridad sanitaria del país de origen. Este acuerdo requería que el personal contara con la documentación que le permitiera ejercer su profesión en el país donde realizó su formación académica, y que esta última diera una carta responsiva que avalara la capacidad técnica.

El desenlace era obvio: llegaron anunciados con bomba y platillo por el inquilino del palacio los profesionales de la isla caribeña en mayo de 2022, cuando la pandemia, según ellos mismos, ya "estaba bajo control". El 17 de mayo presentamos un punto de acuerdo en la Comisión Permanente del Congreso de la Unión para que el ejecutivo federal se abstuviera de contratarlos, debido a las irregularidades presentadas en sus esquemas de contratación y a los atentados contra sus derechos humanos, que habían sido documentados por la ONU, la OEA y otras naciones. Los elementos probatorios de su formación profesional y especialidad en el campo de la medicina siguen siendo negados, clasificados como información reservada; y los criterios de compatibilidad y certificación de la formación profesional respecto a las normas aplicables en nuestro país, brillan por su ausencia.

Bajo la consigna de que no vengan con el cuento de que la ley es la ley, se contrataron y hoy no sabemos en qué unidades ejercen, en qué condiciones laboran y qué resultados están entregando a la población mexicana. Sí sabemos los cientos de miles de dólares que están enviando a la isla con el citado acuerdo interinstitucional.

La respuesta llegó esta semana por cuenta del diputado del PT Alberto Anaya Gutiérrez, quien presentó una iniciativa de Ley que tiene por objeto que la expedición de la cédula de médico especialista sea responsabilidad de la Secretaría de Educación Pública y garantice a los profesionales de la medicina el ejercicio pleno de sus derechos, el reconocimiento y validación de sus estudios en el extranjero.

Lo que pretende con la "excepción propuesta" es que los médicos que hayan cursado sus estudios en el extranjero presenten ante el consulado o embajada mexicanos copias certificadas que acrediten su formación en otro país, y se les extienda ipso facto la patente para el ejercicio profesional. Nos uniremos con el gremio nacional para impedirlo. ¿Cuál Calidad? ¿Cuál Seguridad? ¿Cuál Certificación? Los mexicanos no debemos caer por ocurrencias en nuevas incertidumbres sobre la calidad de la atención médica.

47 CÁNCER EN MÉXICO: LO QUE NO DICE EL INEGI

07.02.20223 | "*Hay tres tipos de mentiras: mentiras, grandes mentiras y estadísticas*"

Benjamin Disraelí según Mark Twain.

El pasado 2 de febrero, el INEGI emitió un comunicado con "estadísticas con motivo del Día Mundial Contra el Cáncer, que se celebra el 4 de febrero, con datos nacionales". ¿Cuál fue el propósito? Según afirma, compartir, a partir de las estadísticas de defunciones registradas en 2021, los principales indicadores sobre la mortalidad en la población mexicana a causa de tumores malignos.

En esta editorial, comentaré el despropósito del INEGI al presentar un cúmulo de datos que, combinados con las dificultades de acceso a los datos originales debido al gobierno de la cuarta transformación, nos hace muy vulnerables a la manipulación. Esto deja solo la idea de que "la tasa de defunciones por tumores malignos aumentó de 6.09 defunciones por cada 10 mil personas en 2010 a 7.06 en 2021".

Es importante enfatizar que la estadística es una rama de las matemáticas que utiliza grandes conjuntos de datos numéricos para obtener inferencias basadas en el cálculo de probabilidades. El INEGI presentó solo estadísticas descriptivas, información que no es útil para la toma de decisiones.

El cáncer es una enfermedad en la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del organismo. A los tumores cancerosos se les llama tumores malignos; de ellos, muchos forman tumores sólidos, pero los cánceres de la sangre, como la leucemia, generalmente no forman tumores sólidos.

El cáncer es una enfermedad genética. Los cambios en los genes que controlan el funcionamiento de las células, especialmente cómo se forman y multiplican, causan el cáncer. Los cambios genéticos que causan el cáncer pueden producirse por varios motivos: errores que ocurren cuando las células se multiplican, daños en el ácido desoxirribonucleico (ADN) debido a sustancias perjudiciales en el medio ambiente (como las sustancias químicas en el humo del tabaco y los rayos ultravioleta del sol), y herencia genética de padres a hijos.

En general, el cuerpo elimina células con daños en el ADN antes de que se vuelvan cancerosas. Sin embargo, la capacidad del cuerpo para hacerlo disminuye con la edad, lo que aumenta el riesgo de cáncer. El cáncer de cada persona es una combinación única de cambios genéticos. A medida que el cáncer avanza, ocurren otros cambios, incluso dentro del mismo tumor, lo que puede llevar a que las células tengan cambios genéticos diferentes. La medicina de precisión ofrece una mayor supervivencia en ciertos tipos de cáncer, lo que es una buena noticia.

El INEGI presenta una gráfica que muestra cómo la tasa de defunciones por cada diez mil habitantes aumentó de manera constante en un nueve por ciento anual, pasando de 6.09 a 7.06. Es importante señalar que, al comparar por sexo y grupo de edad de 0 a 9 años, la tasa de defunción fue mayor en 244 veces en los hombres y 178 veces en las mujeres de 80 y más; de 130 y 120 veces en los de 70 a 79 años; y de 60 y 67 veces en los de 60 a 69 años de edad.

Luego, el INEGI establece una correlación entre el fallecimiento por tumor maligno y la situación conyugal. ¿Es diferente de lo esperado en la población general? No conocemos la intención detrás de proporcionar estos datos.

El INEGI describe el lugar de ocurrencia de la defunción: el 63% de los fallecimientos ocurrieron en el hogar, el 14% en las

instalaciones médicas del IMSS, el 6% (5,191) en alguna unidad médica de la Secretaría de Salud, el 5% (4,745) en alguna unidad médica privada, el 3% en el ISSSTE, el 2% en otras unidades públicas (PEMEX, SEDENA, MARINA, IMSS-Bienestar), el 5% en otro lugar y el 2% no especifica el sitio.

Luego se mencionan los principales tipos de tumores por sexo y edad. Los más comunes incluyen la leucemia y los tumores malignos del encéfalo en personas de 0 a 19 años, la leucemia en personas de 0 a 29 años, y se agregan cánceres de cuello uterino, mama y ovario en mujeres, así como cánceres de meninges y encéfalo, estómago y linfoma no Hodgkin en hombres. En personas de 30 a 59 años, los hombres presentan tumores de colon, estómago, páncreas y leucemias, mientras que las mujeres tienen cánceres de mama, cuello uterino, ovario y colon. En personas de 60 años o más, las mujeres presentan cáncer de mama, hígado, colon y tráquea, bronquios y pulmón, mientras que los hombres tienen cáncer de próstata, tráquea, bronquios y pulmones, colon e hígado.

Y así, en seis páginas, el INEGI termina abruptamente su boletín. Entiendo que su fuente de datos es el "registro administrativo", y dudo que esto contribuya significativamente a la lucha contra el cáncer.
Estimados lectores, presentaré un decálogo de preguntas al INEGI y a los (ir)responsables funcionarios federales de atención a la salud:

¿Cuántos de los 90,123 mexicanos fallecieron prematuramente debido a la falta de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, incluyendo cirugía, radioterapia, quimioterapia y otros medios terapéuticos?

¿En qué etapas de la enfermedad fueron diagnosticados y remitidos a atención especializada? ¿Cuántos recibieron financiamiento de fondos públicos o del Fonsabi?

¿Cuántos pacientes con cánceres hematológicos, como leucemias, niños o adultos, fallecieron sin recibir las dosis y medicamentos prescritos por sus médicos?

¿Cuántos de los 57,106 solteros, casados, viudos, separados o divorciados que fallecieron en sus hogares recibieron cuidados paliativos, atención médica y espiritual, y medicamentos para vivir dignamente hasta su último momento?

¿Cuál es la razón detrás de los fallecimientos en el hogar? Si fue su deseo, ¿se cumplió con lo establecido en la Ley General de Salud en cuanto a la atención domiciliaria?

¿Por qué el INEGI no propone el establecimiento del Registro Nacional del Cáncer, una obligación ejecutiva eliminada durante la cuarta transformación bajo el principio "no me vengan con el cuento de que la Ley es la Ley"?

¿Se podría calcular la cantidad de profesionales, equipos, pruebas y medicamentos necesarios en el país para atender a los mexicanos con diferentes tipos de tumores malignos en el futuro cercano?

¿Cuál es la esperanza de vida o la tasa de supervivencia a 5 o más años para cada tipo de tumor, ajustada por edad, sexo y oportunidad de diagnóstico?
¿Cuál era la tasa esperada de defunciones por tipo de tumor, edad y sexo, en comparación con los diez años mencionados en su informe?

Conforme al crecimiento de la población, el producto interno bruto ampliado (PIBA) y la tasa de defunciones esperada, ¿estamos avanzando en la dirección correcta en la lucha contra el cáncer? ¿Podremos superar a Noruega, como sugiere el líder del país?

En conclusión, estimados lectores, este tipo de estadísticas no es suficiente para tomar decisiones significativas y podría utilizarse para desinformar, mentir o manipular. El INEGI

cuenta con expertos que, sin duda, podrían ofrecer información más detallada que la presentada en este boletín. ¿Cuál es su opinión al respecto?

48 GRASAS TRANS: UN PASO MÁS

11.02.2023 | *¿Por qué los alimentos de nuestros niños tienen que contener un ingrediente tan poco seguro?*

Tedros Adhanom

Eliminar las grasas trans es clave para proteger la salud y salvar vidas. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que cada año, la ingesta de grasas trans causa más de 500,000 muertes por enfermedades cardiovasculares. Por ello, esta semana aprobamos en la Cámara de Diputados una reforma a la Ley General de Salud para eliminarlas de los alimentos fritos, procesados o empaquetados.

Existen dos fuentes principales de grasas trans: 1) Naturales, como las carnes y productos lácteos; 2) Industriales, formadas a través de un proceso industrial que añade hidrógeno al aceite vegetal, lo que hace que el aceite se vuelva sólido a temperatura ambiente. Esto es económico y hay menos posibilidades de que se eche a perder, por lo que los alimentos elaborados con él tienen una mayor vida útil.

Algunos restaurantes utilizan aceite vegetal parcialmente hidrogenado en sus freidoras, ya que no es necesario cambiarlo tan a menudo como otros aceites.

Las grasas trans pueden encontrarse en una variedad de alimentos, como los alimentos horneados comerciales, pasteles,

galletas dulces y tartas; manteca vegetal; palomitas para microondas; pizza congelada; masa refrigerada, como galletas y bollos de pan; frituras, incluidas las papas fritas, las donas y el pollo frito; crema de leche para café sin lácteos y margarina en barra.

Estas grasas trans añaden riesgos de ataques cardiacos, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo 2. Además, tienen un efecto perjudicial en los niveles de colesterol.

Existen dos tipos principales de colesterol: 1) Colesterol de lipoproteína de baja densidad (LDL) "malo", que puede acumularse en las paredes de las arterias, haciendo que se endurezcan y se estrechen. 2) Colesterol de lipoproteína de alta densidad (HDL) "bueno", que recoge el exceso de colesterol y lo lleva de vuelta al hígado.

Es importante destacar que las grasas son un tipo de nutriente necesario para el mantenimiento del tejido nervioso, las hormonas y el control de la inflamación. También ayudan en la absorción intestinal de las vitaminas A, D, E y K, proporcionando beneficios para la salud y reduciendo el riesgo de enfermedades. No más del 25% de nuestras calorías diarias deben provenir de las grasas.

Nuestro país se adhirió en 2018 a un plan que incluía el examen de las fuentes dietéticas de grasas trans de producción industrial y los cambios de política necesarios; la promoción de la sustitución de las grasas trans de producción industrial por grasas y aceites más saludables; legislación o aprobación de medidas reguladoras para eliminar las grasas trans de producción industrial, como la aprobada por nosotros; evaluación y seguimiento del contenido de grasas trans en los alimentos y de los cambios en el consumo de grasas trans por la población; concienciación de los planificadores de políticas, los productores, los proveedores y la población sobre los efectos negativos de las grasas trans en la salud; y la obligación de cumplimiento de las políticas y regulaciones.

Aquí comparto algunos consejos prácticos para disminuir el riesgo cardiovascular: Evitar la comida rápida, ya que casi siempre contiene grasas trans; evitar los alimentos fritos; limitar la cantidad de carne roja y optar por pescado, aves y proteínas vegetales; usar aceite de canola al hornear; utilizar aceite de oliva para cocinar y como aderezo para ensaladas, así como para untar en el pan; hacer elecciones de refrigerios más saludables, como un puñado pequeño de cacahuates sin sal o edamame en lugar de papas fritas; probar una porción de aguacate en sándwiches o ensaladas; las nueces y los garbanzos también son buenos en ensaladas; usar margarina líquida o suave en lugar de mantequilla; buscar margarina con bajo contenido de grasas saturadas y sin grasas trans.

En Dinamarca, el primer país que impuso restricciones a las grasas trans de producción industrial, el contenido de grasas trans en los productos alimenticios disminuyó drásticamente y las muertes por enfermedades cardiovasculares se redujeron más rápido que en países comparables de la OCDE. La ciudad de Nueva York eliminó las grasas trans de producción industrial hace una década, siguiendo el ejemplo de Dinamarca, según el Dr. Tom Frieden, presidente y director ejecutivo de Resolve to Save Lives, una iniciativa de Vital Strategies.

Termino señalando que nuestro organismo no necesita grasas trans, ya que son productos químicos tóxicos que causan daño. El paso que acabamos de dar para eliminar las grasas trans en el Congreso ayudará a reducir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los próximos 10 años. Espero que la reforma sea publicada a la brevedad en el Diario Oficial de la Federación.

49 EPÍSTOLA DE ZOÉ ROBLEDO PARA EL MUNDO

14.02.2023 | Hace unos días, el director general del IMSS, Zoé Robledo, publicó una epístola titulada "De Tuxtla a Miami, con todo respeto", en la que, utilizando como vehículos a los doctores Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés (F&D), buscaba que el mundo respondiera a la interrogante: ¿Qué hemos hecho?

Utilizo la acepción de "epístola", no como una carta o misiva que se escribe a alguien, sino en sentido literario como "una composición poética en forma de carta, en la que el autor, en este caso, Zoé Robledo, se dirige o finge dirigirse a una persona real o imaginaria, en este caso, F&D, y cuyo fin suele ser moralizante, instructivo o satírico". De mi cosecha, agrego que fue dirigida al mundo o a los personajes que en él habitan y que no piensan igual que él.

Todo inició con una invitación de F&D para desandar el camino que tomó el gobierno federal y transitar hacia un fondo universal de salud que garantice los mismos servicios de salud para todos los mexicanos, como se menciona en una columna titulada "Apartheid Médico".

El visionario Zoé, que ha dejado volar su imaginación con motivo del 80 aniversario del IMSS, olvidando el dicho de que uno es "dueño de su silencio y esclavo de sus palabras", dio entrevistas a modo. Una de estas entrevistas sirvió a F&D para su propuesta, la cual no les gustó, y al día siguiente escribieron que "en caliente se toma el caldo", ilustrando con su epístola la necesidad de "investigar más".

Siendo universitarios de cepa, F&D publicaron una réplica titulada "De Tuxtla a Miami" al día siguiente, y ya, supongo, sin respeto o de manera irónica, agregaron la interrogante,

¿y Copenhague? El punto central fue ratificar que el sistema de salud que está construyendo, o destruyendo, como opino yo, el gobierno federal, diferencia a los asalariados, que son derechohabientes, de los no asalariados, los "derechocarecientes".

El silencio ha sido ahora la respuesta, un método recurrente del gobierno federal, a los argumentos vertidos por F&D. Ya no hubo sátira ni recomendaciones como "le recomendaría hacer bien su investigación". Señalo que, en esta tesitura, Zoé Robledo solo se dirige al actual rector de la Universidad de Miami, y no al Investigador del Instituto Nacional de Salud Pública, Octavio Gómez Dantes. Lo correcto hubiera sido decir "les recomiendo" en plural.

Desde León, Gto., este escribidor quiere llamar la atención sobre solo dos de las muchas aseveraciones de la epístola de Zoé Robledo que podrían ser contestadas, si se desea, de manera más reflexiva, como el gazpacho.

Primera Aseveración Epistolar: "Es histórico lo que nunca se ha hecho. El 6 de febrero de 2023, con el banderazo del levantamiento diagnóstico de los servicios de salud en el estado de Chiapas, la cosa es distinta: se pensó, se acordó, se diseñó, en compañía del gobernador Rutilio Escandón, se dio el primer paso en la transformación del sistema de salud y la atención médica del estado".

Preguntas a su aseveración: ¿Cuánto tiempo llevará recorrer todas las mil 774 unidades médicas, desde las Casas de Salud hasta la alta especialidad? ¿Para qué se van a recorrer? ¿Lo histórico es lo tardío de la supuesta intervención? ¿Qué hizo el gobierno federal en los 1,527 días que lleva en el poder? ¿Qué acciones han llevado a cabo de las publicadas hace 1,312 días en el Plan Nacional de Desarrollo 20192024, donde, por cierto, el SS-IMSS-Bienestar ni siquiera aparecía en los sueños del mesías del Palacio Nacional? El INSABI, vigente en Tuxtla y Chiapas oficialmente desde enero de 2020, ¿qué hizo en los 1,139 días desde su implementación?

¿Los funcionarios del IMSS-Bienestar tampoco hicieron el trabajo elemental en estos 4.2 años de gobierno en funciones? ¿Cómo programaban medicamentos, médicos, enfermeras? ¿Qué podrán hacer, incluso juntos, si Chiapas es uno de los estados que menos contribuye económicamente a la salud, y el SS-IMSS-Bienestar tampoco tiene recursos asignados, solo la promesa del inquilino de "no faltarán recursos"? Ojo, solo les quedan 656 días. ¿Servirán los quizás 500 médicos cubanos que están ahora yendo al sur? Por último, ¿qué papel juega en su "arreglo" de los servicios de salud la autoridad sanitaria responsable en materia de salubridad general, como por ejemplo la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), quienes se etiquetan como el principal espacio para el diseño, desarrollo e implantación de innovaciones de los sistemas de salud en México?

Segunda Aseveración: "Quizá en Miami no apareció la noticia, pero IMSS Bienestar ya no sólo es un Programa, es un organismo público descentralizado (OPD) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 2022. Lo que nunca fue el seguro popular, y no lo era porque nunca fue una institución de atención".

Preguntas a su segunda aseveración: Si el IMSS, la SSA, el ISSSTE, el ISSFAM, el INSABI y el Sistema de Protección Social en Salud se construyeron después de su paso en el Congreso de la Unión, a veces por iniciativa del Ejecutivo y en las últimas ocasiones por el Legislativo, ¿por qué motivo la OPD Servicios de Salud IMSS-Bienestar no pasó por el Congreso? ¿Es una criatura no reconocida, o no deseada, como tal en la estructura programática del PEF 2023 debido a la falla garrafal de la única institución del gobierno federal planeada en la Ley, que fue el INSABI? El Sistema de Protección Social en Salud, conocido como seguro popular, creado por Ley a propuesta del Ejecutivo, ¿consideraba el otorgamiento de servicios en las 32 entidades federativas, y el traspaso del dinero al IMSS-Bienestar en aquellos sitios,

como Tuxtla y alrededores, donde la atención primaria se daba en clínicas operadas por este subsistema? ¿Están construyendo un sistema de salud integrado y uniforme? ¿Por qué, por ejemplo, los SS-IMSS-Bienestar de Nayarit se negaron el 26 de enero a recibir medicamentos para el ejercicio 2023? Por escrito, señalan que es debido a la "incertidumbre referente a la firma del acuerdo de coordinación con el INSABI y su institución". ¿Estarán tan coordinados en los acuerdos para el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica? ¿Por qué en cuatro años solo 7 entidades los ratificaron en 2022 y solo parcialmente? ¿Por qué las tarifas del IMSS ordinario para 2023 son mucho más caras que las publicadas el pasado 8 de febrero para el resto del sistema? ¿Son insumos de menor calidad? ¿Habrá atención de segunda y de cuarta? Por último, ¿el modelo de atención MASBienestar se aplicará en el IMSS ordinario y en el resto de instituciones de seguridad social o solo en los derechohabientes atendidos por el INSABI o el SS-IMSS-Bienestar?

Mucho me temo, estimados lectores, que las respuestas nos llevarán a la misma conclusión que F&D: es necesario realizar una gran convocatoria para repensar cómo hacer efectivo el derecho a la protección de la salud y el financiamiento necesario para lograrlo.

50 FALSAS NOTICIAS O NOTICIAS FALSAS

18.02.20223 | Una democracia es un sistema de organización de la sociedad que no está especialmente interesado en que resplandezca la verdad, sino en beneficiarse de la libertad de opinar. La democracia es un conflicto de interpretaciones y no una lucha para que se imponga una "descripción correcta" de la realidad.

En este marco de libertad de expresión, hay desde opiniones inocentes hasta mentiras que matan, y no debemos permitir cualquier limitación de expresión, especialmente aquellas que desde la mañanera del inquilino del palacio tratan de justificarse apelando a la verdad o la falsedad.

No vivimos en un mundo de evidencias, sino en medio del desconocimiento, del saber provisional; de hecho, en función de todo lo que hoy se sabe y la velocidad en que se desmiente lo sabido y se incorporan nuevos saberes, sabemos mucho menos que nuestros antepasados.

La verdad, dice Innerarity, no es lo mismo que la objetividad y la exactitud. Creamos una realidad con base en un conjunto de opiniones generalmente con poco fundamento, donde discurren con libertad muchas extravagancias, se aventuran hipótesis con ligereza, se simula y se aparenta.

El problema no sería la propagación de algo falso, lo que hacemos todos muchas veces cuando expresamos una opinión equivocada o damos como noticia lo que luego se prueba como algo inexacto o erróneo, es decir, noticias falsas, sino de algo deliberadamente falsificado, es decir, falsas noticias.

Propiamente hablando, las "fake news" no son noticias falsas, sino falsas noticias; quien las propaga es consciente de su falsedad o, dicho de otra manera, las comunica desde una indiferencia hacia la verdad.
Por supuesto que hay mentiras flagrantes y mentirosos compulsivos que merecen ser combatidos con todos los instrumentos periodísticos y jurídicos a nuestro alcance. El presidente López Obrador, el partido Morena y sus aliados son mentirosos compulsivos.

Les muestro una que salta a la vista con la verdad emanada de los datos duros, evidencia, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público enviada al Congreso de la Unión como informe sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública al cierre del 2022.

A principios de diciembre de 2020, el presidente, acompañado de Jorge Alcocer y Hugo LópezGatell, presentó el plan de vacunación señalando que el personal de salud y adultos mayores serían los primeros, después el resto de la población. Luego, México era el primer país en aplicar la vacuna contra COVID. Los resultados han sido catastróficos: la mayor mortalidad por la pandemia por cada 100,000 habitantes en el planeta.

No faltarán medicamentos ni vacunas en el país, lo han dicho también innumerables ocasiones. Mintieron también.

La falta de vacunas, el retraso en su distribución y aplicación son notables también. Organismos internacionales como la OMS y UNICEF muestran su preocupación por la peor caída en cobertura vacunal del país en los últimos 30 años, poniendo en riesgo a toda la población con enfermedades prevenibles como el sarampión, poliomielitis, difteria, tosferina, tétanos, hepatitis, entre muchas otras.

El Coneval, en su documento de trabajo del programa de vacunación E036 (instrumento programático presupuestal), le señaló al ejecutivo federal "aspectos susceptibles de mejora" para realizarse en 2022.

Entre ellos, el diseño de una estrategia eficaz para la adquisición de biológicos en caso de escasez; generar un instrumento para garantizar que la información, fichas técnicas y medios de verificación de los indicadores fueran validados y actualizados; homologar el concepto de poblaciones en todos los documentos del programa, estableciendo las mismas definiciones en todos los casos; por último, la realización de un plan de trabajo que detallara las acciones y los tiempos estimados para el cumplimiento de cada aspecto susceptible de mejora.

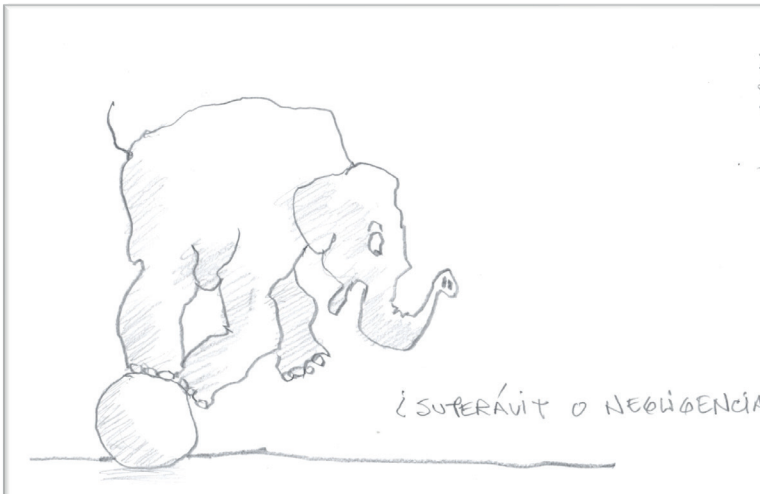
Ahora veamos, estimados lectores, cómo lo hicieron.

El Ejecutivo Federal presentó en la Matriz de Indicadores de Resultados que nuestro país, para solventar las fallas en el programa de vacunación E-036, requería en el PEF 2022 de 30 mil 314.3 millones de pesos, equipo, personal, biológicos y otros insumos.

Le fue aprobado, pero en todo el año solo ejercieron 7 mil 581.6 millones de pesos; dejando de contratar personal, equipo para la red de frío tan necesaria en todo el país, biológicos o vacunas eficaces y seguras, no la Abdala y demás vacunas cubanas, por la cantidad de ¡23 mil 732.7 millones de pesos!

Es decir, no utilizaron el 78.3 % de lo que habían dicho que se necesitaba. ¿Qué opinan de estos mentirosos compulsivos que dañan la salud y la vida de los mexicanos? ¿Qué dirá el Coneval? ¿La Auditoría Superior de la Federación verificará si hubo un cambio en la Matriz de resultados? Esto muestra en flagrancia una Falsa Noticia más que afectará tarde o temprano a las y los mexicanos. Denunciaremos el hecho.

ILUSTRACIÓN: "¿SUPERÁVIT O NEGLIGENCIA?"



Qué decir de aquel que, desafiando las leyes de la prudencia, mete al país en un circo de atractivo popular para presumir números que solo él conoce y esconde, mientras nos muestra las habilidades para inventar: "superávit" cuando los pensantes decimos: "negligencia".

Dr. Francisco Javier Domínguez Garibaldi

51 CONEVAL CANTINFLESCO

21.02.20223 | *"No estoy para que ustedes me digan ni yo para decírselos..."*

Cantinflas

Se dice que "acantinflarse" es adoptar la manera de hablar disparatada e incongruente peculiar de Cantinflas, el actor mexicano. Les comento que el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social ha utilizado un lenguaje cantinflesco al presentar su "Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2022" (IEPDS), lo cual es una pena para un Órgano Autónomo Constitucional que tiene como lema "Lo que se mide se puede mejorar".

Mario Moreno, según Notimérica, definió a su personaje Cantinflas como "un tipo falto de cultura, de preparación, pero que está listo para enfrentarse a cualquier tipo de situación. Que no le da pena hablar con usted sobre lo que él no sabe y usted sí sabe; que discute con usted y al final sale ganando él porque a usted le dice: usted sabe lo que está diciendo pero yo tengo razón".

Cito una de sus frases más famosas: "¡Ahí está el detalle! Que no es ni lo uno ni lo otro, sino todo lo contrario". Pues aplica muy bien esta frase al Coneval, que utilizó 252 páginas para cantinflear en diversas materias, entre ellas el Derecho a la Salud. Ya imagino las presiones que tuvieron para terminar diciendo "!A sus órdenes Jefe!".

Glosan la "accesibilidad a los servicios de salud" como la no existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean estos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender (pág. 9), para omitir luego cualquier evaluación de este indicador. Ha sido más

que notorio el deterioro de los servicios de salud en las áreas rurales por falta de mantenimiento, nuevos equipos, personal, medicamentos e insumos, principalmente en las zonas rurales. Salud retardada es salud denegada.

Susurrando citan que en México, de 2018 a 2020, el porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud casi se duplicó, al pasar de 2.1% a 3.9%. Además, en 2020, 13.5% de la población derechohabiente gastó en servicios médicos la última vez que recibió atención médica en instituciones públicas. Sobre ello es importante destacar que en Chiapas (32.3%) y Oaxaca (26.2%), más de una cuarta parte de la población derechohabiente tuvo que efectuar este tipo de desembolso.

Nos explican que una persona se encuentra en "carencia por acceso a servicios de salud" (pág. 9) cuando no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el IMSS-Bienestar, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados, faltándole los universitarios. Sería interesante saber cómo clasificarían a las personas que pagan su derechohabiencia y, sin embargo, ni siquiera son adscritos a un consultorio. ¿Basta con que coticen para clasificarlos como "tienen derecho"; si no lo usan, allá ellos? ¿Cómo explicar que gran parte de esta población acude al sistema privado de asistencia social y a farmacias privadas? La respuesta parece obvia: No hay personal suficiente, no hay citas, no hay medicamentos. Ergo: está francamente disminuida la protección social en salud, negando el acceso efectivo a los servicios de salud e incrementando el gasto de bolsillo, deteriorándose las condiciones de salud del país.

En la página 25 del contexto económico y social citan que respecto al derecho a la salud la pandemia incrementó estas problemáticas ocasionando de 2018 a 2020 la disminución de servicios preventivos en instituciones públicas a las y los derechohabientes, así como el aumento de casi el doble en

el porcentaje de hogares que incurrieron en gasto catastrófico en salud. La "pandemia" fue declarada en nuestro país en marzo del 2020, por lo que la disminución de servicios preventivos y la duplicación de hogares que empeñaron hasta su casa para atenderse no puede ser explicada sólo por la pandemia. El presupuesto público en salud disminuyó en términos per cápita por un lado, el subejercicio de lo poco asignado ha sido la constante; la compra fallida de medicamentos, y la torre de babel institucional para la prestación de los servicios por el INSABI, los Servicios Estatales y ahora el SS-IMSS-Bienestar podrían ser vectores más importantes que la pandemia misma.

El derecho a la salud como "introducción" (págs. 63 a 65) describe, pero no evalúa, lo ocurrido en 2018-2020, estando casi ausentes las evidencias de 2021 y 2022 de la carencia social en mención. ¿Son 38.2 millones los que carecen de servicios de salud? ¿Si contabilizamos aquellos que no tienen acceso a servicios de tercer nivel o a padecimientos que ocasionan gastos catastróficos, cuántos serían? ¿Por qué no contrastaron siquiera la tasa de mortalidad por 100 mil habitantes por COVID-19 con otros países para ver el "Desempeño de Calidad" o el "Exceso de Mortalidad en su conjunto"?

Al describir la "Salud Mental" como un problema provocado por el temor a enfermar, la pérdida de familiares o amigos, el desempleo o inestabilidad financiera, agregaron adicciones entre otras que pueden culminar en suicidios. ¿Por qué no evaluaron cuántos recursos se destinaron a su atención? El impacto social es inmenso y la actividad gubernamental casi nula.

Las conclusiones de la página 222 son omisas en lo fundamental: la Política Social en materia de salud ha sido un desastre exacerbado por la pandemia. Necesitamos conformar una Comisión para rediseñar el Sistema de Salud y lograr que haya cobertura universal de alta calidad con protección financiera para los ciudadanos. Y como dijo Cantinflas "Aquí me tienen delante de ustedes y ustedes delante de mí... y es una verdad que nadie podrá desmentir".

52 VACUNAS A LA DERIVA CUESTAN VIDAS

25.02.2023 | Al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) le llegó la fecha para dar a conocer los resultados definitivos de las estadísticas de defunciones registradas en 2021. De las muertes registradas (1,098,301), el 47.3% (530,950) ocurrieron en el hogar, 38.7% (426,137) en hospitales públicos, 47,573 en unidades médicas privadas, 36,236 en la vía pública, 56,578 en otro lugar y en 24,775 no se especificó el sitio de la defunción.

De las 10 principales causas de mortalidad en 2021, la primera fue la COVID-19, causando 238,772 defunciones (21.7% del total), siendo el 61% en hombres y el 39% en mujeres. El exceso de mortalidad por el negligente manejo de la pandemia en nuestro país durante el periodo 2020-2021 ha sido el más alto del mundo: un aumento del 55% en el exceso de mortalidad en el período 2020-2021 comparado con el 2015-2019; ¡cuatro veces más alto! que el promedio de los países de la Organización para el Desarrollo y Cooperación Económica (OCDE), según el informe liberado el pasado 23 de febrero denominado "¿Listos para la siguiente crisis?, invertir en la resiliencia del sistema de salud."

Una de las medidas clave para disminuir la enfermedad grave y la mortalidad por COVID-19 es la vacunación, que inició su "primera etapa" en México el 24 de diciembre de 2020 en la Ciudad de México, el Estado de México y Querétaro. Las fallas garrafales en el proceso de vacunación fueron un factor determinante para tener esta inaceptable sobremortalidad y para que los mexicanos fallecieran en su mayoría en casa, hospitales privados y en la calle.

En esta columna, hemos escrito sobre la ausencia de un plan de preparación, planeación y respuesta ante la pandemia COVID-19 y su "plan rector" de manipulación política de la

vacunación; la eliminación fáctica del Consejo Nacional de Vacunación; la creación de los "servidores de la nación politizados" sin perfil ni experiencia; la desvinculación y desinformación con los demás órdenes sanitarios; y el desprecio hacia los profesionales de la salud del ámbito privado que fueron vacunados por orden de la Suprema Corte de Justicia de la Nación el 26 de mayo de 2022, quien determinó que el personal médico del sector privado debe ser vacunado contra el virus SARS-CoV-2 en iguales condiciones que el personal de salud del sector público.

No hay plazo que no se cumpla ni fecha que no se llegue, estimados lectores. La Auditoría Superior de la Federación (ASF) es el órgano técnico de fiscalización de la Cámara de Diputados. Ejerce su función fiscalizadora conforme a los principios de legalidad, definitividad, imparcialidad y confiabilidad. El pasado 20 de febrero entregó los Informes Individuales de la Cuenta Pública 2021.

Les comento aquí los hallazgos del Informe de Cumplimiento de la Secretaría de Salud en la adquisición y distribución de vacunas COVID-19 que confirman lo sostenido por este columnista.

Se utilizaron 27,031.9 millones de pesos del Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI) operado por el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) por concepto de adquisición de vacunas para atender y combatir la enfermedad. Aquí están algunos de los increíbles hallazgos del in-control de la cuarta trastornación (sic):

La Secretaría de Salud (SS) no contó con el documento en el que dicha dependencia señaló a las farmacéuticas la cantidad fija de dosis de vacunas a adquirir.

No supervisaron los pagos efectuados a las compañías farmacéuticas, efectuando pagos duplicados a dos compañías, una de las cuales reintegró el recurso financiero sin intereses 239 días después.

Se encontraron discrepancias en los datos relativos a las cantidades de dosis de vacunas, número de lotes y de factura entre el Sistema de Administración Tributaria (SAT), la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA).

Las dosis de vacunas Pfizer resguardadas en el Instituto Nacional de Cancerología no contaron con evidencia documental de los registros de entradas y salidas de la vacuna durante 2021; ni de la notificación a los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México (BIRMEX) de los arribos de las dosis al territorio nacional ni de la acreditación de la comunicación establecida con los coordinadores estatales de las brigadas correcaminos.

Por último, entre otros hallazgos, la recepción y entrega de las vacunas no contemplaron el número de lote de dosis entregadas y la temperatura con las que se recibieron las dosis. ¡En el almacén del Instituto Nacional de Virología tenían 1.6 millones de ¡dosis caducadas!

53 INSABI, EL IRRESPONSABLE EJECUTOR

28.02.2023 | *"Aún entre los demonios, hay algunos que son más que otros…"*

El Quijote

El 3 de febrero, la Auditoría Superior de la Federación (ASF) emitió el dictamen de los trabajos de auditoría, la cual se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada, en este caso, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), del cual es responsable de la veracidad.

El INSABI fue creado por decreto el 29 de noviembre de 2019 con la responsabilidad de que todas las personas en el país que carezcan de seguridad social tengan derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados al momento de requerir la atención, de conformidad con el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

A tres años de su creación, el INSABI, como organismo ejecutor en la esfera administrativa para hacer efectivo el derecho a la salud, ha sido un verdadero desastre, un verdadero irresponsable, llevando a la población sin seguridad social, que supera los 77 millones de mexicanos, a un círculo perverso y regresivo: mala salud y mala economía, situación que ha sido documentada en diversas informaciones oficiales del INEGI y del Instituto Nacional de Salud Pública y utilizadas por el CONEVAL.

Desde el Congreso de la Unión y junto con los gobernadores del Partido Acción Nacional, señalamos el error de eliminar el Sistema de Protección Social en Salud y la centralización de los Sistemas Estatales de Salud Pública (SESA's) en una masa amorfa denominada INSABI. Por fortuna, nuestra lucha legislativa logró que dicha "centralización" fuera optativa, así Guanajuato y cinco estados más no se "adhirieron".

Agradezco desde estas líneas al gobernador de Guanajuato, Diego Sinhue Rodríguez Vallejo, y a los demás gobernadores del PAN que en enero de 2020 creyeron en sus secretarios de Salud y en un servidor para no someterse a los caprichos del inquilino del palacio que ha conducido al país al peor desempeño en salud del mundo, con evidencias de una mortalidad cuatro veces mayor que el promedio de los países de la Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica (OCDE).

Los estados no adheridos al INSABI han tenido el mejor desempeño en salud. Hoy, Guanajuato tiene el mejor sistema de salud del país. Felicito, además del gobernador, al Dr. Daniel Díaz Martínez, secretario estatal de salud, al gran equipo conformado por Fernando Reynoso Márquez y más de 20 mil colaboradores, y al Congreso del Estado por colocar a las personas y su salud en el centro de las políticas públicas y aportar más de 6,500 millones de pesos para cubrir los insuficientes e inoportunos apoyos federales.

Denunciamos también desde el inicio la incapacidad gerencial e inexperiencia del Titular del INSABI y otros titulares de la Secretaría de Salud. El Mesías palaciego los ha defendido diciendo que necesita de ellos el 90% de lealtad y solo 10% de capacidad. El resultado de su decisión se evidencia a continuación con los resultados informados al Congreso de la Unión por parte de la Auditoría Superior de la Federación (ASF). A continuación, se presentan diez pinceladas al estilo de la Guernica de Picasso para describir los horrores de quienes comandan el Sistema de Salud en la cuarta trastornación (sic).

El INSABI aún no cuenta con su Manual de Organización General ni con sus manuales de Organización específicos y de Procedimientos desde su creación en enero de 2020.

El INSABI no acreditó que la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) le haya entregado el informe obligado de la firma global de auditores externos, ni el informe financiero anual acumulativo y certificado con libros contables cerrados.

El INSABI no acreditó el monto pagado a la UNOPS por concepto de los costos de adquisiciones, gerencia y operaciones, así como los costos indirectos.

Del proyecto “Adquisición de Medicamentos y Material de Curación”, no sustentó el número de claves reportadas en su informe 2021 y regresó por intervención de la ASF 682.16 millones de pesos al IMSS por reembolso.

Del acuerdo entre el INSABI y las Instituciones Participantes (IP) como el IMSS, ISSSTE y entidades federativas, respecto de las adjudicaciones directas consolidadas, no se identificaron cantidades máximas requeridas, modificadas y a la baja de las IP.

El IMSS no documentó la entrega de 90 mil piezas de medicamentos e insumos por parte de la UNOPS-INSABI y tampoco contó con la evidencia sobre cómo cubrió la demanda de 889.5 mil piezas que no le fueron entregadas a tiempo.

El INSABI solo entregó al ISSSTE 265 mil piezas de medicamentos e insumos, el 48% del total programado, y en tres contratos de adjudicaciones directas no se contó con la información de los proveedores.

De la adquisición consolidada y distribución de medicamentos oncológicos (6.9 mil millones de pesos), el INSABI no contó con la información de los medicamentos entregados a cada IP solicitante.

De las 61 claves de medicamentos oncológicos priorizados por un total de 1,894 millones de piezas requeridas al 31 de marzo de 2021, únicamente se entregaron 10 claves por 21,484 piezas (1.1% de las piezas solicitadas) y no acreditó cómo se cubrió la demanda de las restantes 51 claves prioritarias con 1,872 millones de piezas.

De las 194 claves de medicamentos oncológicos por 12.7 millones de piezas solicitadas por 32 IP al INSABI, solo 131 claves por 5.6 millones de piezas fueron adjudicadas; al 31 de diciembre de 2021 de estas piezas, solo recibieron las IP 127 claves por un total de 643,945 piezas (11.5% del total de piezas adjudicadas) y el 5.1% respecto de la demanda inicial de 12.7 millones piezas necesarias para atender a los pacientes con cáncer.

El INSABI, su titular y sus colaboradores designados por el mesías gubernamental son los responsables del fracaso que ahora se endosa, pero no al subfinanciado Sistema de Salud IMSS-Bienestar creado por decreto mesiánico en agosto del año pasado, que cierto estoy, no llevará al sistema de salud de primer mundo. Así las cosas, estimados lectores.

54 ES TIEMPO DE CONOCER Y RECONOCER

04.03.2023 | El pasado 28 de febrero, se visibilizó una vez más el #DíaMundialDeLasEnfermedadesRaras (ER), establecido en 2008 con la idea de sensibilizar a la sociedad y a las instituciones nacionales e internacionales sobre estas enfermedades y concientizar sobre la situación especial que viven quienes las padecen, sus cuidadores y familiares.

A quince años de distancia, en la Cámara de Diputados seguimos celebrando un foro de concienciación donde el mensaje fuera claro: Es tiempo de conocer y reconocer que las enfermedades raras necesitan atención e inclusión.

Las ER son un conjunto de enfermedades crónicas, en ocasiones mortales, que afectan a una de cada dos mil personas. Existen cerca de siete mil enfermedades, y en nuestro país, el Consejo de Salubridad General, en un ejercicio de priorización progresiva, ha reconocido solo veinte que pueden tener financiamiento para su atención integral y no solo medicamentos, a través del Fondo de Salud para el Bienestar.

Usted, estimado lector, puede conocer o reconocer algunas de ellas: Mucopolisacaridosis y subtipos I a IV; enfermedad de Gaucher y subtipos I a III; Fabry o Pompe; síndrome de Turner; espina bífida; fibrosis quística; hemofilia; histiocito-

sis; hipotiroidismo congénito; fenilcetonuria; galactosemia; hiperplasia suprarrenal congénita; deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, y homocistinuria.

Cabe enfatizar que el catálogo de 20 ER en México es el mismo desde 2018, no se ha reconocido ninguna otra, por un lado, y por el otro, la atención integral aún para las ER reconocidas está muy lejos del estándar ideal que se otorga en otros países.

Por ello, hemos construido un punto de acuerdo para que las autoridades sanitarias puedan atender e incrementar el listado de ER, utilizando como ejemplos la distrofia muscular de Duchenne y la amiloidosis, que también afectan a los mexicanos y que requieren tratamientos especializados y multidisciplinarios.

Imaginemos ahora los principales problemas que enfrenta una familia cuando uno de sus integrantes padece una ER. Primero, el acceso a la atención médica es complicado, pues es difícil encontrar un médico o un especialista que pueda brindar un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. Segundo, los tratamientos y medicamentos para las ER pueden ser muy costosos, y la mayoría de ellas tienen dificultades para tener cobertura o financiamiento. Tercero, falta de apoyo, pues las familias suelen sentirse aisladas y sin apoyo debido a la rareza de la enfermedad de su familiar y a la falta de conocimiento y comprensión de la condición.

Cuarto, gran carga emocional, pues cuidar a una persona con ER puede ser estresante y agotador, afectando la salud emocional o física de los integrantes de la familia nuclear y ampliada.

Quinto, gran impacto en el bienestar financiero, pues muchos padres dejan de percibir sus ingresos al dejar su empleo para dedicar el tiempo al cuidado de su hijo por un lado y el costo de la atención por el otro, máxime si la enfermedad no es reconocida para tener al menos parcialmente el apoyo del fondo público en salud pagado con impuestos generales.

México ya tiene avances que se encuentran por ahora en "suspensión fáctica" y que sería fácil reactivar, por ejemplo, el Registro Nacional de Enfermedades Raras (RNER), del cual el Insabi reportaba hace dos años que representantes de instituciones de salud y académicas, con el apoyo de organizaciones de la sociedad civil, trabajan en la creación del RENER para mejorar las estrategias de su detección y tratamiento, máxime que por su condición de salud, las personas con ER son más vulnerables a sufrir complicaciones ante una infección por el virus SARS-CoV-2, por lo que deben extremar las medidas sanitarias y de protección, resultando además fundamental reforzar la prevención a través del asesoramiento en materia genética.

Otro ejemplo es lo realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México que inauguró la primera Unidad de diagnóstico de enfermedades raras (UDER), que busca ser un centro de referencia para la evaluación y el diagnóstico genético de enfermedades raras que en México, se estima afectan a ocho millones de personas. Puede usted solicitar consultas virtuales y presenciales en el sitio *http://enfermedadesraras.facmed.unam.mx* y registrarse para un diagnóstico genético.

Avances en la investigación y desarrollo ya se están realizando. Se requiere financiamiento público y privado para lograr tratamientos oportunos y de precisión que mejoren la calidad de vida de las personas con ER. La UNAM y el Instituto Nacional de Medicina Genómica (Inmegen), entre otras instituciones, encabezan estos brotes iniciales de investigación.

Por último, en materia legislativa seguimos impulsando la iniciativa para lograr que se hagan pruebas de tamiz metabólico ampliado para diagnosticar oportunamente al menos 60 ER al momento del nacimiento.

55 PROPIEDAD INTELECTUAL EN MÉXICO

07.03.2023 | "*Sacrificar la innovación para ahorrar costes es como parar el reloj para ahorrar tiempo*"

Anónimo

En días pasados, se presentó el Índice de Propiedad Intelectual (PI) de cobertura internacional 2023, undécima edición publicada por la Cámara de Comercio de los Estados Unidos, que incluye un mapa interactivo. La PI fue un diferenciador clave durante la pandemia de COVID-19. Desde las vacunas y terapias que combatieron el virus directamente hasta las tecnologías y las contribuciones creativas que nos mantuvieron conectados, entretenidos e informados, las soluciones basadas en PI lideraron nuestra respuesta y recuperación ante la pandemia, sostuvo Kelly Anderson al mostrar cuatro lecciones del Índice PI 2023.

Los gobiernos y las organizaciones multilaterales deben invertir en protecciones de PI sólidas y claras que fomenten las inversiones en la economía del mañana, con marcos legales claros que apoyen a los innovadores que enfrentarán los desafíos más apremiantes del mundo.

Revisar este índice debe ayudarnos a los legisladores a comprender la eficacia de los sistemas de PI actuales de nuestras economías, buscar las mejoras adecuadas e impulsar un cambio significativo. Como sugiere el Índice, incluso el paso más pequeño puede tener un gran impacto en tendencias como la creación de empleo, acceso a medicamentos, acceso a nueva música y películas, y capital de riesgo e inversión extranjera.

Un hallazgo relevante fue que los puntajes de veintiocho economías se mantuvieron sin cambios desde la última edición del Índice IP, incluyendo México, que ocupa la posición

23, lo que indica que el progreso para mejorar la protección global de la PI puede estar estancado. Aún más inquietante, nueve economías perdieron puntos entre ediciones. Sin embargo, hubo un progreso modesto para reforzar la protección de la propiedad intelectual en algunos mercados, con dieciocho economías mejorando sus puntajes. Marruecos, Tailandia y Vietnam tuvieron las mayores mejoras en sus puntajes generales, y Asia tuvo la mayor mejora en el puntaje promedio regional.

Los debates en las organizaciones multilaterales y en las capitales están generando la idea errónea de que las protecciones de PI son una barrera para la innovación, señala Kelly Anderson. Las negociaciones en curso dentro de la Organización Mundial del Comercio y la Organización Mundial de la Salud para renunciar a los derechos de PI continúan impulsando la narrativa equivocada de que la PI impide el acceso a la medicina. Del mismo modo, las propuestas de políticas en Washington, DC y la Unión Europea caracterizan fundamentalmente de manera errónea el papel que juega la protección de la PI en el sector de las ciencias de la vida.

La aparición de nuevas tecnologías ilustra la continua influencia de la PI en el crecimiento de la innovación de vanguardia. Es más probable que las economías con los marcos de PI más efectivos tengan una mayor disponibilidad de las últimas tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC s) como 5G, y una mejor capacidad para implementarlas con éxito. Por otro lado, las economías que utilizan políticas de localización, requisitos de licencia onerosos y transferencia de tecnología forzada obstaculizarán el acceso y el despliegue de esas mismas tecnologías y perderán los beneficios económicos asociados.

En el reporte específico de México se aprecia como áreas de fortaleza el estudio publicado por el Instituto Mexicano de Propiedad Industrial de 2021 sobre el impacto económico de las industrias intensivas en PI; las enmiendas de 2020 a

la Ley de Propiedad Industrial y a la Ley Federal de Derechos de Autor para implementar algunas disposiciones del T-MEC; la ampliación del plazo a 25 años para la protección de los derechos de diseño industrial.

También los esfuerzos para facilitar la capacidad de comercializar activos de PI y desarrollar asociaciones público-privadas, en particular para las organizaciones públicas de investigación y las universidades; el esfuerzo dedicado para agilizar el proceso de revisión de PI y el sistema de justicia penal y para armonizar los estándares internacionales; así como los esfuerzos para aumentar la conciencia sobre la importancia de los derechos de PI.

Las áreas clave de debilidad en nuestro país informadas fueron la protección parcial y ambigua de la PI de las ciencias de la vida; lagunas en la aplicación de la piratería en línea; brechas significativas en la aplicación de remedios, tales como retrasos severos y dificultad para asegurar daños y perjuicios adecuados; medidas fronterizas inadecuadas para la infracción de los derechos de PI relacionada con el comercio.

El puntaje general de México permanece sin cambios en 58.98% (29.49 de 50) con respecto a ediciones pasadas, es decir, seguimos estancados. Del mecanismo de aplicación y resolución de patentes relacionadas con productos farmacéuticos, el decreto presidencial de 2003 no ha representado una vía eficaz o transparente porque el titular de la patente no recibe ninguna notificación y no está involucrado formalmente en el proceso de adjudicación.

A través del USMCA (United States, México and Canada Agreement), México está obligado a introducir un sistema más integral y práctico de aplicación de patentes biofarmacéuticas. El transitorio quinto de la Ley de Propiedad Industrial simplemente establece que el IMPI "participará" con la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en el establecimiento del mecanismo de

colaboración técnica correspondiente para las invenciones en el campo de medicamentos alopatas sin que a la fecha ninguno de los dos organismos haya emitido nuevos reglamentos o directrices de aplicación. Queda como pendiente legislativo entonces, hacer una propuesta para un régimen de vinculación que supere las deficiencias del sistema actual.

Si usted está interesado estimado lector, lo invito a revisar el informe con sus nueve categorías y cincuenta indicadores del Índice de PI 2023.

56 UNITE: LA HEPATITIS NO PUEDE ESPERAR

11.03.2023 | La nueva Estrategia Mundial del Sector de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el VIH, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual (ITS) promueve objetivos específicos para combatir el sida y las epidemias de hepatitis viral e ITS antes de 2030.

Esta nueva estrategia busca establecer una visión compartida para poner fin a las epidemias y promover la cobertura sanitaria universal, la atención primaria de salud y la seguridad sanitaria en un mundo en el que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de alta calidad basados en evidencias y centrados en las personas.

Se han establecido objetivos provisionales para 2025 en los que los países deberán trabajar. Con menos de tres años para alcanzar estos objetivos intermedios y ocho años para

los objetivos de 2030, la mayoría de los países, incluyendo México, deben acelerar sus esfuerzos para lograrlos.

Esta semana se llevó a cabo un seminario organizado por la World Hepatitis Alliance (WHA) para concientizar sobre la urgencia de la hepatitis. Durante el evento, se revisó el progreso de los países y se presentaron ejemplos de buenas prácticas en la planificación e implementación de programas nacionales, especialmente en lo que respecta a la Hepatitis C. En representación de UNITE, tuve el honor de compartir las experiencias legislativas de México.

UNITE es una red global de parlamentarios comprometidos con la promoción de políticas eficientes y sostenibles para mejorar los sistemas de salud a nivel mundial, en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. En la red latinoamericana de UNITE, participan 45 legisladores de 15 países, bajo la coordinación de Gisela Scaglia de Argentina, con cinco representantes mexicanos, entre ellos la diputada federal Sarai Nuñez Cerón y un servidor.

Durante mi participación, compartí las evidencias disponibles hasta 2022 sobre la Hepatitis C (VHC) en México. Es importante destacar que el VHC causa una inflamación crónica y un deterioro progresivo del hígado que puede ser agudo o crónico. Además, se estima que entre el 15 % y el 45 % de las personas infectadas eliminan el virus de manera espontánea en un plazo de seis meses sin necesidad de tratamiento. En el resto (55-85 %), la infección es crónica, y el riesgo de desarrollar cirrosis oscila entre el 15 % y el 30 %.

Se calcula que 4 de cada 1,000 personas en México viven con el VHC, pero la mayoría de ellos desconoce que tienen la infección debido a que no presentan síntomas hasta que la enfermedad está muy avanzada.

El virus se transmite a través de la transfusión de sangre y hemoderivados no analizados, el consumo de sustancias psi-

coactivas inyectables, la reutilización de material de inyección y prácticas sexuales que involucran contacto con sangre.

De las últimas 13,881 personas diagnosticadas con VHC en México mediante la prueba rápida gratuita, que se realiza en tan solo 15 minutos, el 57 % había utilizado inyectables, el 53 % había consumido drogas intranasales, el 51 % tenía antecedentes de estar en prisión, el 18 % estaba coinfectado con VIH/SIDA y el 10 % utilizaba compuestos químicos como estimulantes sexuales.

Desde la reforma a la Ley General de Salud en 2004, bajo la dirección de Julio Frenk en la Secretaría de Salud, se estableció el Seguro Popular, se creó el Fondo de Gastos Catastróficos (hoy FONSABI) y se garantizó la gratuidad del diagnóstico y tratamiento del VIH y el VHC, al haber sido catalogadas como enfermedades catastróficas por el Consejo de Salubridad General.

También, durante el gobierno encabezado por el PAN, con José Ángel Córdova Villalobos al frente de la Secretaría de Salud a partir de 2006, el Programa Arranque Parejo en la Vida evolucionó hacia el Seguro Médico para una Nueva Generación, ampliando los servicios de protección para la niñez con reglas de operación específicas.

La meta es reducir en un 90 % las nuevas infecciones y en un 65 % la mortalidad por hepatitis virales para el año 2030, tomando como base el año 2015. Estamos en el camino correcto con el plan de acción hasta 2024. Sin embargo, es fundamental acelerar el proceso, especialmente porque contamos con pruebas gratuitas y un tratamiento curativo (con una eficacia superior al 97 %) disponible en nuestro país.

Por lo tanto, estimados lectores, manos a la obra: asegúrense de que sus hijos y ustedes reciban las vacunas contra la hepatitis y registren sus vacunas en las cartillas de vacunación y salud. Además, les insto a acudir a su institución de salud para realizarse la prueba de VHC si:

- Les han informado que tienen alteraciones en las pruebas de función hepática.
- Han recibido transfusiones de sangre, trasplantes o hemodiálisis.
- Viven con VIH.
- Tienen perforaciones o tatuajes.
- Han utilizado drogas inyectables o inhaladas.
- Sus madres han sido diagnosticadas con VHC.
- Participan en prácticas sexuales sin condón.
- Trabajan en el ámbito de la salud.
- Han tenido accidentes con material punzocortante.

Si el resultado es positivo, no se preocupen, ¡el tratamiento es curativo! Continuaremos trabajando en legislación y compartiendo buenas prácticas con otros países.

57 LÍMPIATE LAS MANOS

14.03.2023 | Investigadores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), junto con el Dr. Alejandro Macías Hernández de la Universidad de Guanajuato, han publicado un estudio sobre el grado de cumplimiento de la estrategia multimodal de "Límpiate las manos" (Higiene de Manos, HH por sus siglas en inglés) en un hospital de tercer nivel en nuestro país.

Este estudio epidemiológico en cuidados intensivos, que abarcó desde 2009 hasta 2019, incluyó medidas como el acceso permanente y generalizado a desinfectantes para manos a base de alcohol, actividades educativas dirigidas al personal, estudiantes, pacientes y sus familias, recordatorios en las áreas de salud, empoderamiento del paciente,

supervisión de la calidad del agua y evaluación periódica del cumplimiento. El resultado primario evaluado fue el porcentaje de cumplimiento de HH mediante observación directa, mientras que el resultado secundario se centró en la relación entre HH y las infecciones asociadas a la atención de la salud.

De un total de 60,685 oportunidades de HH, se observó un aumento en la tasa de cumplimiento, la cual pasó del 40% al 65% en los cinco momentos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). También se demostró que un mayor cumplimiento se correlaciona con una disminución en las tasas de infección en el sitio quirúrgico.

Los cinco momentos clave para la higiene de manos son los siguientes: 1) Antes de tocar al paciente, 2) Antes de llevar a cabo una tarea aséptica (que requiere estar libre de infección), 3) Después de estar en riesgo de exposición a líquidos corporales, 4) Después de tocar al paciente, 5) Después de tener contacto con el entorno del paciente.

A pesar del incremento en el cumplimiento de la higiene de manos en el INCMNSZ, que es uno de los hospitales emblemáticos de nuestro país, los investigadores señalan que aún existen áreas de mejora significativas. Esto plantea la necesidad de una aproximación integral a la prevención, dado que muchas unidades médicas de primer y segundo nivel en nuestro país podrían carecer de los recursos y facilidades disponibles en el INCMNSZ, lo que podría resultar en un cumplimiento de HH muy por debajo del estándar de excelencia esperado.

Este artículo busca generar conciencia sobre un tema de vital importancia para la salud pública.

La mayoría de las infecciones asociadas a la atención de la salud pueden prevenirse mediante prácticas adecuadas de

higiene de manos, es decir, lavarse las manos en el momento oportuno y de manera correcta.

Las Directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención de la salud respaldan la promoción y mejora de la higiene de manos en los establecimientos de atención de la salud en todo el mundo y se complementan con la Estrategia de mejora de la higiene de las manos multimodal de la OMS, la Guía para la implementación y un conjunto de herramientas de implementación, que incluyen numerosas herramientas listas para su uso.

Los programas de mejora de la higiene de manos pueden prevenir hasta un 50 % de las infecciones evitables adquiridas durante la prestación de servicios de salud y generar ahorros económicos en promedio 16 veces mayores que el costo de implementación.

La prevención de la sepsis, las infecciones del sitio quirúrgico y la reducción de las causas de la resistencia antibacteriana se convierten en prioridades en cualquier sistema de salud, especialmente en un contexto de escasez de recursos como el que enfrentamos en nuestro país.

Imagine una madre sometida a una cesárea en la que no se cumplen los estándares de HH. En el mejor de los casos, el sitio quirúrgico se infecta; en otros, puede haber pérdida del útero o desarrollo de sepsis, una infección generalizada que puede llevar incluso a la muerte. Los costos emocionales, familiares, económicos y sociales son inmensos y deben evitarse a toda costa. La higiene de manos salva millones de vidas cada año cuando se realiza en los momentos adecuados durante la atención médica, como en el caso de la cesárea mencionada. Además, representa una inversión inteligente que ofrece un rendimiento excepcional por cada peso invertido. La atención limpia es una señal de respeto hacia quienes buscan atención médica y protege la salud de los profesionales de la salud que la brindan.

Dada su importancia, desde 2009 se instituyó el Día Mundial de la Higiene de Manos, que se celebra el 5 de mayo de 2023 (la misma fecha que la conmemoración de la Batalla de Puebla). Este año, el lema es "Acelerar la acción juntos ¡SALVA VIDAS! – Límpiate las manos".

Se invita a las comunidades de trabajadores de la salud, formuladores de políticas y organizaciones de la sociedad civil a unirse en esta iniciativa para mantener seguras y saludables a las personas en el punto de atención.

58 DEL FENTANILO PARA USO MÉDICO Y EL AMIGO DE LOS ABRAZOS

18.03.2023 | El ejecutivo federal, quien sostiene que la política pública de "abrazos y no balazos" es más eficaz para disminuir la violencia en México, enfrenta la presión de los Estados Unidos de Norteamérica para que combata a la delincuencia organizada que elabora drogas sintéticas, incluyendo el cristal y el fentanilo. Ha declarado que buscará prohibir la importación a México del fentanilo para uso médico. Por lo tanto, ha ordenado realizar una investigación científica para revisar la posibilidad de sustituir esta sustancia por otro analgésico. Esto podría provocar que los pocos pacientes beneficiados por el uso médico de este opioide sintético no tengan ninguna alternativa eficaz conocida hasta la fecha.

Este enfoque representa una negligencia casi criminal en la gestión de la salud en nuestro país, y a continuación, explico por qué:

La Ley General de Salud (LGS) considera en un capítulo especial en el artículo 234 las sustancias que son consideradas estupefacientes. Entre ellas se encuentran los opioides, que se utilizan principalmente para tratar el dolor moderado o se-

vero. Ejemplos de estos son la morfina (natural), un analgésico potente utilizado en entornos hospitalarios y en cuidados paliativos; la oxicodona y la hidroxicodona (semisintéticos), que se utilizan en combinación con paracetamol para tratar el dolor crónico moderado a severo; el tramadol (sintético) de acción prolongada, que aunque es menos potente, tiene un efecto adictivo; y el fentanilo (sintético), que es extremadamente potente, siendo entre 50 y 100 veces más potente que la morfina. El fentanilo se utiliza para tratar el dolor severo, a menudo en entornos hospitalarios, y también se prescribe en parches transdérmicos y tabletas efervescentes para el manejo del dolor crónico en pacientes que ya han desarrollado tolerancia a otros opioides.

La prescripción de estos opioides se lleva a cabo bajo un estricto control sanitario, y los médicos tratantes pueden utilizar el fentanilo u otros opioides como fármaco paliativo en enfermos en situación terminal, siempre y cuando se suministren con el objetivo de aliviar el dolor del paciente y con el consentimiento del enfermo (Artículo 166 Bis 6 de la LGS).

Es importante recordar que, aunque los opioides médicos pueden ser altamente efectivos para tratar el dolor, también tienen un alto potencial de abuso y adicción. Los médicos y pacientes deben considerar cuidadosamente los riesgos y beneficios al usar estos medicamentos y seguir las pautas de prescripción y uso adecuadas para minimizar los riesgos. Por lo tanto, existe un estricto control dentro del sistema de salud.

En México, el fentanilo para uso médico no se produce, sino que se importa. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) ha expresado preocupación en sus informes más recientes (incluido el de 2022) por la falta de acceso a sustancias fiscalizadas con fines médicos, incluso en situaciones de emergencia. El Dr. César Arce Rivas ha subrayado que debe aumentarse la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización y el acceso a estas para fines

médicos y científicos, asegurando que ningún paciente se quede atrás. Este suplemento confirma que en nuestro país existe una desigualdad en el acceso a medicamentos para el tratamiento del dolor y trastornos de salud mental.

La compra de medicamentos por parte del Gobierno Federal se limita a aquellos que están en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud, donde el fentanilo tiene cinco claves, dos de ellas en solución inyectable, una en parches y tres en tabletas bucales. La compra anual no excedió las 400 mil unidades en 2022. Estimado lector, las necesidades a cubrir son para más de 17 millones de pacientes con dolor crónico y cuidados paliativos. Solo uno de cada 10 recibe el tratamiento adecuado, y los demás viven y mueren con dolor.

El problema real son los amigos abrazados. Para ejemplificar esto, en un artículo publicado en enero de este año sobre píldoras falsificadas a base de fentanilo, heroína y metanfetamina vendidas en farmacias turísticas en México, se mostró que de 40 farmacias estudiadas, el 68% surtía medicamentos controlados sin receta médica, y 11 de ellas vendían pastillas individuales. Se obtuvieron pastillas falsificadas en 112 ocasiones. De 45 muestras vendidas como sustancias controladas únicas, 20 eran falsificaciones y 8 de 27 de las muestras vendidas como oxicodona contenían fentanilo.

En conclusión, la escasez e insuficiencia de fentanilo médico adquirido no guarda relación con el proceso de fabricación, venta y exportación ilícita permitida por el gobierno actual. Hago un llamado a los colegios, asociaciones y academias a manifestarse enérgicamente a favor de la salud de los mexicanos.

Mientras tanto, las minutas e iniciativas para mejorar el manejo del dolor, los cuidados paliativos pediátricos y la liberación de la naloxona, que salva vidas de pacientes intoxicados por opioides, siguen en espera en el Senado de la República. Colegas, ¡a trabajar!

59. DIÁLOGO CON AMLO Y SU IMPACTO EN EL DOLOR

21.03.2023 | "*Siempre les pregunto a los médicos… ¿Sabes cuál es el dolor más tolerable? Les contesto: 'El Ajeno… porque no te duele a ti…*"

Dr. Pablo Sánchez Gastellum

Abramos el diálogo con el presidente López Obrador, ya sea directamente con él o con quien él designe, para discutir su decisión de suspender el uso del Fentanilo Médico. En esta conversación, exploraremos sus razones detrás de esta medida y los efectos que tendrá en la población que depende del fentanilo médico.

Mi solicitud de diálogo respetuoso se basa en mi convicción de que esta medida será perjudicial para la atención médica, especialmente para los más vulnerables, por dos razones fundamentales. En primer lugar, aquellos que sufren de dolor crónico o están en una fase terminal de la vida se verán afectados, y en segundo lugar, las personas con menos ingresos serán las más afectadas. A continuación, presento un decálogo de argumentos, cada uno acompañado de una pregunta hipotética que usted podría plantearme:

¿Es el manejo del dolor realmente un tema médico? Presidente, el dolor y la enfermedad han sido compañeros del ser humano a lo largo de la historia. La palabra "pain" en inglés deriva etimológicamente de "poena" en latín, que significa "castigo", y "paciente" proviene del latín "patior", que significa "el que aguanta o soporta sufrimiento o dolor".

¿Cuál es el significado de los términos "analgesia" y "anestesia"? Son dos conceptos tan antiguos como la humanidad misma. La analgesia se refiere a la falta o disminución de las sensaciones dolorosas sin afectar los demás sentidos, mientras que la anestesia implica la pérdida temporal de las

sensaciones de tacto y dolor debido a un medicamento.
¿Cómo ha evolucionado la ciencia para aliviar el dolor a lo largo de la historia? Sin duda, existen evidencias de métodos primitivos para tratar el dolor, como intentar expulsar o suprimir los espíritus malignos. En tiempos neolíticos, se usaban plantas, cambios de temperatura y otros métodos. Los sumerios, en el año 4000 a.C., ya empleaban la adormidera, conocida como "hulgil", como la primera referencia histórica del uso de opio. En la actualidad, hay un total de 99 revistas indexadas en la base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina que han publicado 3,263 artículos sobre el dolor en lo que va del año 2023.

¿Cuál es la diferencia entre opiáceos y opioides? Los opiáceos son compuestos derivados directamente de la planta del opio, como la morfina y la codeína. Estos compuestos se utilizan para tratar el dolor y pueden ser altamente adictivos. En contraste, los opioides son compuestos que actúan en los mismos receptores cerebrales que los opiáceos, pero no necesariamente provienen de la planta del opio. Los opioides pueden ser sintéticos o semisintéticos y se utilizan comúnmente para tratar el dolor agudo y crónico, así como para tratar la adicción a los opiáceos. Por lo tanto, todos los opiáceos son opioides, pero no todos los opioides son opiáceos. Esta distinción es relevante debido al creciente problema mundial de adicción a los opioides.

¿Qué es el Fentanilo entonces? El Fentanilo es un medicamento de la clase de los opioides, siendo de 50 a 100 veces más potente que la morfina. Se utiliza principalmente para el tratamiento del dolor intenso, como el asociado al cáncer o al dolor crónico. También se emplea en procedimientos quirúrgicos para inducir o mantener la sedación anestésica o como coadyuvante en la anestesia regional o local. El Fentanilo se puede administrar por vía oral, intravenosa, intramuscular, transdérmica o intranasal. En México, la ley dispone que sea un medicamento de prescripción y solo debe ser utilizado bajo supervisión médica.

¿Por qué mis funcionarios me aconsejaron combatir el Fentanilo entonces? Presidente, es comprensible que tenga esta pregunta. Sin embargo, es importante destacar que en nuestro país existe una producción y distribución ilegal de Fentanilo que representa un riesgo significativo para la salud pública y la seguridad. De hecho, se han descubierto farmacias en la franja fronteriza que venden estos productos incluso al por mayor. Esto subraya la importancia de la responsabilidad de la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y la Fiscalía General de la República en este asunto.

¿Cree usted que ya estamos tomando medidas para combatir este fenómeno? Sí, presidente. Desde que se hizo evidente que el Fentanilo es producido por cárteles mexicanos y, presumiblemente, presionados por las autoridades estadounidenses, la Secretaría de Marina Armada de México ha detectado, incautado y destruido 34 laboratorios de Fentanilo en tan solo 29 días, con un promedio de uno cada 24 horas en Sinaloa y Michoacán. Esto demuestra que la mortalidad por opioides en los Estados Unidos se debe principalmente al Fentanilo producido ilegalmente, no al Fentanilo de uso médico. Por lo tanto, recomiendo continuar con la lucha iniciada.

Volviendo a la población vulnerable, ¿por qué mi orden afecta a estas personas? Se estima que entre 28 y 29 millones de mexicanos sufren de dolor. El 60% de ellos recurre a medicamentos de venta libre como el paracetamol, el ketorolaco o el ciclofenaco. De los restantes, solo el 30% recibe algún tratamiento para el dolor crónico, a pesar de que el gobierno mexicano ha invertido apenas un mil millones de pesos en este campo. De esta pequeña proporción, más del 80% son atendidos por instituciones de seguridad social, mientras que el INSABI y el IMSS-Bienestar, que atienden a la población de menores ingresos, cubren menos del 10%.

¿Qué se necesita para aliviar el dolor de estos 17 millones de mexicanos? Se requiere un diálogo serio y respetuoso

con quienes le aconsejan, presidente. Existen instituciones serias como la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía y la Academia Mexicana de Pediatría, así como colegios, consejos y sociedades de especialidades médicas que pueden mejorar las disposiciones emitidas por el Consejo de Salubridad General (CSG), que usted preside, en lo que respecta a cuidados paliativos y manejo del dolor. Esto implica asignar más financiamiento para la provisión de analgésicos, incluyendo el Fentanilo de uso médico, para lo cual se estima que se necesitarían al menos 4,292 millones de pesos adicionales.

¿No hemos hecho lo suficiente en términos normativos? En su administración, el CSG actualizó la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico en 2022. Además, se publicó el grupo terapéutico de Cuidados Paliativos en el Libro de Medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud en 2020, incluyendo 241 claves, entre ellas el Fentanilo inyectable, parches y tabletas dispersables para el manejo del dolor crónico. Se llevó a cabo un censo de las unidades y prácticas existentes en cuidados paliativos y manejo del dolor, cuyos resultados aún no se han dado a conocer. También quedan pendientes en el Congreso de la Unión dictámenes para ampliar la disponibilidad de la "Naloxona", un medicamento que revierte la sobredosis de opioides y puede salvar vidas, así como para incorporar los cuidados paliativos pediátricos y el manejo del dolor como temas de salud pública, eliminando la barrera de los seis meses que limita la ley actual para otorgar cuidados paliativos. En resumen, como se señaló en el Informe 2022 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, en México estamos dejando a millones de pacientes sin una atención adecuada para el dolor, y se nos insta, señor presidente, a no dejar "ningún paciente atrás", lo cual implica adquirir más opiáceos de uso medicinal como el Fentanilo o la Morfina.

Quedo atento a sus indicaciones para abrir esta conversación, señor presidente. Desde este momento, le invito a reconsiderar el impacto potencialmente dañino de la instrucción dada, basada en información equívoca.

60. DISECCIÓN ANATÓMICA DEL DOLOR CRÓNICO

25.03.2023 | El dolor crónico es la principal fuente de sufrimiento humano y una de las causas más frecuentes de búsqueda de atención médica en nuestro país, donde se estima que más de 20 millones de personas padecen la tríada de dolor, sufrimiento y discapacidad.

El dolor crónico produce daño físico, emocional, social, laboral y económico, repercutiendo en la funcionalidad y productividad en México y América Latina.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 11 (CIE-11), que entró en vigor hace un año, se introdujeron conceptos nuevos relacionados con las enfermedades que cursan con dolor crónico, abriendo grandes oportunidades para la mejora de la atención, estudio y seguimiento de los pacientes con dolor. Expertos mundiales en dolor crónico participaron en su desarrollo, otorgándole un enfoque taxonómico basado en prioridades: primero la etiología, seguido del mecanismo fisiopatológico y, por último, el área anatómica.

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada con daño tisular real o potencial. La CIE-11 divide el dolor crónico en siete grupos: 1) primario, 2) por cáncer, 3) postquirúrgico o postraumático, 4) neuropático, 5) orofacial y cefalea, 6) dolor visceral y 7) musculoesquelético.

La primera implicación práctica es que se define de forma separada dos entidades: el dolor crónico primario, caracterizado por alteración funcional o estrés emocional no explicable por otra causa, y, ojo, se plantea como una enfermedad en sí misma; y el dolor crónico secundario, que es una entidad donde el dolor es un síntoma de una condición clínica subyacente.

Entre las novedades del CIE-11 se incluye el dolor crónico oncológico, que tiene un tratamiento específico, al igual que el dolor postquirúrgico o postraumático, el dolor orofacial y cefalea. El dolor crónico musculoesquelético secundario se define como aquel que afecta a estructuras como tendones, músculos y huesos, ya sea debido a inflamación, cambios crónicos en su estructura o alteración de la función biomecánica secundaria a enfermedades del sistema nervioso.

Es de vital importancia la distinción que se hace entre este grupo de dolor crónico musculoesquelético y el dolor crónico primario, en el que se incluyen entidades como el dolor extendido crónico, la fibromialgia y el dolor crónico pélvico, las cefaleas primarias y el síndrome de colon irritable.

Cada grupo de dolor en la CIE-11 tiene asignados criterios diagnósticos y una selección de subcategorías de dolor crónico. Se define como dolor crónico aquel que persiste más allá de los tres meses como criterio de temporalidad. Esta definición sencilla permite que el dolor crónico sea claramente reconocible, independientemente de otros descriptores como la intensidad del dolor, el impacto en la funcionalidad y el distrés relacionado con el dolor.

Estimados lectores, el estudio del dolor crónico es relativamente reciente, moviéndose del concepto de síntoma al de enfermedad, y dado que la CIE-11 es el lenguaje común internacional utilizado por todos los profesionales, gestores y planificadores implicados en la asistencia sanitaria, ahora tendrá un impacto socioeconómico que abarca más allá del plano asistencial clínico, alcanzando niveles de planificación económica.

También tendrá implicaciones médico-legales al separar entidades que, aunque puedan tener fisiopatología parecida, no la tienen etiológica, por ejemplo, el dolor crónico post-quirúrgico y el dolor crónico postraumático.

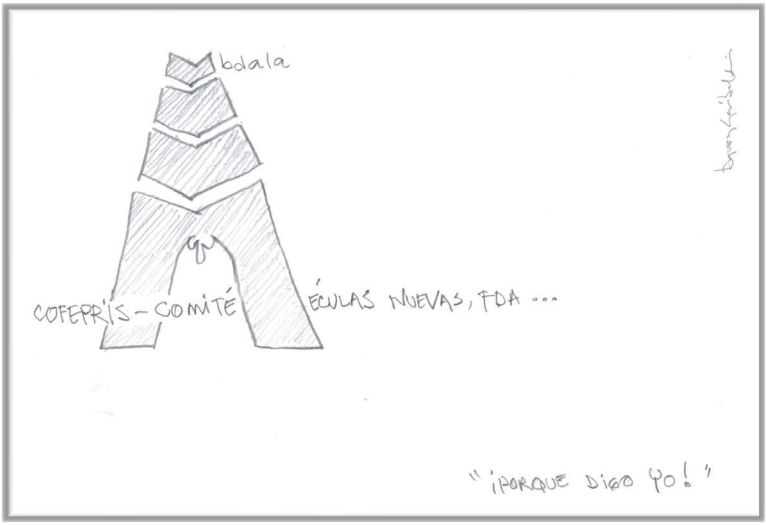
La EVA (Escala Visual Analógica) es una herramienta que se utiliza para ayudar a una persona a evaluar la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos, como el dolor. La EVA para el dolor es una línea recta en la que un extremo significa ausencia de dolor y el otro extremo significa el peor dolor que se pueda imaginar. El paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que siente. Se puede usar para elegir la dosis correcta de un analgésico.

Cuando el dolor es leve (EVA 1-4), se utilizan analgésicos no opioides como el paracetamol, el metamizol o los AINE (analgésicos no esteroideos); en el dolor moderado (EVA 5-6), se usan opioides débiles como la codeína o el tramadol; en el dolor grave (EVA 7-10), se recurre a opioides potentes como la morfina, el fentanilo, la oxicodona, la metadona, la buprenorfina, el tapentadol y la hidromorfona. Estos fármacos pueden ser asociados según sea necesario.

Quiero enfatizar que la utilización de analgésicos opioides es la piedra angular del tratamiento del dolor por cáncer. Por lo tanto, es de vital importancia que el ejecutivo federal corrija el rumbo y adquiera opioides en mayor cantidad en lugar de buscar “alternativas” al fentanilo que no existen hasta el día de hoy.

El desabasto existente de opioides está afectando negativamente la atención de los pacientes que viven con dolor crónico, vulnerando su derecho inalienable a la salud. Continuaremos luchando desde el Congreso.

ILUSTRACIÓN: "¡PORQUE DIGO YO!"



Pero ya, después de los contratos a médicos no médicos, de apoyos a los necesitados…de otros países, de abandonar un programa de vacunación nacional ejemplar…nos impone la seguridad de Abdala, vacuna pasada por el arco del triunfo: "porque digo yo".

Dr. Francisco Javier Domínguez Gabribaldi

61. INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SALUD: UN MERCADO EXPLOSIVO

28.03.2023 | El surgimiento de la Inteligencia Artificial (IA) en el ámbito de la salud ha marcado un cambio de paradigma en la prestación de atención médica. La IA ha posibilitado un enfoque más personalizado y preciso en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, lo que ha llevado a una mejora significativa en la calidad de la atención médica.

Algunas preguntas que indican un mercado con un potencial explosivo en términos de oportunidades económicas son las siguientes:

¿Cuál es el valor estimado del mercado global de la IA en el cuidado de la salud? Un informe de ResearchAndMarkets publicado en 2021 pronosticó un valor de $13.3 mil millones de dólares para el 2023.

¿Cuál es la tasa de crecimiento proyectada para el mercado global de IA en el cuidado de la salud? La tasa de crecimiento se sitúa en un impresionante 47.6%, con un valor estimado de $102.7 mil millones para 2028, ¡casi ocho veces más que en 2023!

¿Quiénes son los principales fabricantes en el mercado global de IA en el cuidado de la salud? Las empresas clave en este mercado incluyen a Amazon Web Services (AWS), Arterys Inc., Atomwise, Babylon Health, Biobeat, Cloudmedx, Cota, Desktop Genetics y Fdna Inc.

Es importante tener en cuenta que estas cifras son estimaciones y pueden variar según diversos factores económicos, tecnológicos y regulatorios. Cabe destacar que la región de América del Norte lidera en términos de adopción de la IA en la salud, seguida de Europa y Asia Pacífico.

Considero importante abordar este tema, convencido de la importancia de concienciar a la sociedad sobre las múltiples aplicaciones de la IA en México, con el fin de avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud a través de los siguientes mecanismos:

- Mejora de la atención médica: Proporciona herramientas para diagnósticos más precisos y rápidos, la identificación temprana de enfermedades, el seguimiento de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos y la predicción de resultados médicos. Los profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y odontólogos, pueden tomar decisiones más informadas y precisas en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

- Aumento de la eficiencia en la atención médica: Reduce la carga de trabajo de los profesionales de la salud automatizando sus tareas administrativas, permitiéndoles centrarse en la atención de los pacientes. Por ejemplo, la IA ayuda a priorizar la atención de los pacientes según su gravedad, gestionar la lista de espera, programar citas y optimizar la logística en los hospitales.

- Accesibilidad a la atención médica en áreas remotas: La IA podría contribuir a la accesibilidad de los servicios de salud al reducir la disparidad en la atención médica y aumentar el acceso a la atención en áreas remotas o con escasez de profesionales de la salud. Esto se logra mediante el uso de la telemedicina, el diagnóstico a distancia y el monitoreo en tiempo real de pacientes en lugares remotos.

- Seguridad y protección de datos médicos: La IA puede fortalecer la seguridad de los expedientes clínicos y la privacidad de los pacientes, aumentando la confianza y la seguridad en el proceso de atención. Además, puede detectar violaciones de privacidad y prevenir el acceso no autorizado a la información médica.

En nuestro país, existe un marco constitucional para el uso de las tecnologías de la información y comunicación, pero aún no se ha establecido un marco regulatorio específico para el uso de la IA en medicina. La Ley General de Salud (LGS) establece la obligación de que los dispositivos médicos, incluyendo aquellos que incorporan tecnologías de IA, sean registrados y autorizados por la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares establece la obligación de garantizar la protección y privacidad de los datos personales de los pacientes, incluyendo los datos recopilados y procesados mediante tecnologías de IA en la atención médica.

Considero crucial que los legisladores continúen estudiando y dictaminando las iniciativas presentadas, como las relacionadas con la telesalud, telemedicina, salud digital, recetas electrónicas y expedientes electrónicos, con el objetivo de desarrollar un marco regulatorio específico que aborde los desafíos éticos, legales y sociales que surgen con la aplicación de la IA en la atención a la salud.

62. A MORENA Y SU COORDINADOR EN GUANAJUATO

01.04.2023 | En días pasados, compareció el Secretario de Salud de Guanajuato ante el Congreso del Estado para la Glosa del Informe del Gobernador Diego Sinhue Rodríguez Vallejo. Durante dicha comparecencia, el Coordinador de Morena, de manera irónica, planteó sus inquietudes de la siguiente manera, según lo evidencia un video de acceso público:

"Al Secretario de Salud, nadie ha afirmado que Guanajuato ostenta el primer lugar en materia de salud. ¿Puede usted señalarme en qué documento se establece que Guanajuato lidera en el ámbito de la salud?"

La respuesta concisa del Secretario Díaz Martínez fue la siguiente: "Con todo respeto, don David, no somos nosotros quienes afirmamos tener el mejor sistema de salud pública; son los resultados, no solo administrativos". A continuación, enumeró los logros del sistema de salud guanajuatense:

Somos el único estado con más del 98% de sus unidades acreditadas en estructura, procesos y resultados. No tenemos unidades médicas en condiciones precarias ni inseguras.

Mantenemos la acreditación de unidades médicas especializadas para atender enfermedades que generan gastos catastróficos, a pesar de la eliminación del financiamiento del Seguro Popular por parte de Morena. ¿Cómo se atiende a un niño con cáncer si no tenemos el mejor sistema de salud? La respuesta está en nuestra disponibilidad de medicamentos y diagnóstico oportuno.

Guanajuato es líder en hospitales públicos certificados por el Consejo de Salubridad General, que representa las mejores prácticas de referencia. Nuestro objetivo es mejorar la atención médica, la seguridad del paciente y contribuir a la salud pública y la recuperación de las personas.

Lideramos en transparencia del gasto en salud.

Somos el estado número uno en abasto de medicamentos. Aquí, las personas no se empobrecen por costear su atención médica ni medicamentos. No enfrentamos licitaciones fallidas como a nivel federal. No hay medicina más cara que la que no se tiene.

Hemos sido reconocidos como el estado que mejor manejó la pandemia por Citibanamex Group.

Contamos con la única área administrativa de la nación certificada en ISO.

Nos destacamos a nivel nacional por la satisfacción del trato adecuado y digno a los pacientes, con un 96.2 % de aval ciudadano y el reconocimiento de la Federación.

Según la última evaluación de la Secretaría de Salud federal, en los indicadores "Caminando a la Excelencia" en salud pública, Guanajuato se ubicó en el primer lugar durante más de 10 años.

A pesar de ser la sexta entidad más poblada, somos el cuarto estado del país con más atenciones médicas públicas gratuitas. La gente aquí no se empobrece buscando un hospital.

Recibimos el Premio Nacional de la Calidad por tercer año consecutivo y fuimos reconocidos por la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública.

Los usuarios del sistema de salud pública nacional destacan la satisfacción por los servicios recibidos en Guanajuato, lo cual no ocurrió en estados como Tabasco, Campeche y Chiapas.

En cada punto mencionado, el Secretario Daniel Díaz presentó al coordinador de Morena pruebas gráficas que respaldaban sus afirmaciones. Queda claro que David, al igual que el presidente López Obrador, desconocen los indicadores generados por la dependencia federal de Salud, que claramente demuestran que Guanajuato lidera en el ámbito de la salud pública, como lo afirmó el Secretario Díaz Martínez.

Es importante señalar que los resultados en salud en instituciones como el ISSSTE, IMSS, Pemex y la Sedena difieren de los obtenidos en Guanajuato.

Guanajuato también cuenta con el mejor sistema de salud privado, gracias a la colaboración entre el gobernador Rodríguez Vallejo y el Secretario Díaz.

"Vamos a ver quién es quién", dijo AMLO en Tierra Blanca en febrero de 2020. Pues bien, ya hemos visto los resultados: el Insabi tuvo una muerte prematura y Guanajuato se destaca en comparación con estados que cedieron su potestad para cuidar la salud de sus habitantes al canto de la sirena.

Quienes recomendamos no afiliarse al Insabi sabíamos que enfrentaríamos la congelación de recursos federales, y así fue. Agradecemos al Congreso del estado por el apoyo brindado al Gobernador para aportar recursos estatales al sistema de salud.

63. SABOTEADORES DEL PLAN NÓRDICO DE SALUD

04.04.2023 | "*El enemigo peor, ese gran saboteador, siempre será UNO MISMO, y ese MIEDO a estar MEJOR*" Frase del Rock Nacional

El partido de Morena y su gobierno de la cuarta transformación (sic) son los principales saboteadores para lograr una "salud nórdica" para todas y todos los mexicanos, una aspiración del inquilino del Zócalo.

Al instalarse en el gobierno, los legisladores aprobamos sin ninguna restricción la modificación propuesta a la Ley de la Administración Pública Federal, donde un sector de vital importancia para atender la salud de los mexicanos, la provisión de medicamentos e insumos para la salud, fue retirada de

las Instituciones con experiencia reconocida, como el IMSS, para que fuera la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) la responsable.

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 fue presentado por el Titular de la SHCP, pero fue saboteado por el Ejecutivo mismo, al descalificar el instrumento técnico conforme a los lineamientos normativos vigentes. Solo se aprobó el manifiesto político por la mayoría de la bancada integrada por Morena, PT y PVEM. En este plan se establece que habrá salud para toda la población y que este objetivo se logrará mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar –INSABI–, que dará servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE. La atención se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano. Después de esto, renunció el titular de la SHCP (ya van dos), la responsable de las compras dejó ese despacho, fue asignada como titular del Sistema de Atención Tributaria –SAT– y ahora atiende el despacho de la Secretaría de Economía. Las consecuencias del desabasto solo las han pagado los mexicanos, y de ellos los más vulnerables.

Los saboteadores del sistema de abasto han sido el propio titular del ejecutivo y sus personas designadas, como el Director del INSABI y sus colaboradores de recursos materiales, con un 90% de lealtad y un 10% de capacidad; mismos que ni con la ayuda de la UNOPS, dependencia a la que contrataron y luego despidieron, han logrado adquirir con suficiencia los medicamentos en ninguna de las múltiples licitaciones, hechas con gran opacidad y asignaciones directas, por un monto cercano a los 500 mil millones de pesos.

La creación del INSABI como institución no nació por iniciativa del Ejecutivo, sino fue presentada por otro saboteador, el entonces coordinador de la bancada y hoy jefe nacional de Morena en la Cámara de Diputados, Mario

Delgado, que fue contenida y modificada por el segundo titular de la SHCP, Arturo Herrera. Una de las reformas que propuso Mario Delgado, era modificar la Ley de Coordinación Fiscal para centralizar los recursos del Ramo 33 del fondo para la atención a la salud (FASSA) desapareciendo con ello de facto a las entidades federativas.

La modificación propuesta no quedó, en cambio, hubo respeto a las decisiones que los Estados Libres y Soberanos tomaran, quedando esto en la Ley General de Salud en tres artículos clave.

Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados (Art. 2, objeto del Derecho a la Protección de la Salud plasmado en la Constitución). En materia de Salubridad General, es decir, exclusiva de la Federación y que puede ser objeto de concurrencia con las entidades federativas (Art. 3 fII bis): La prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social. Para efectos de lo anterior, y en el caso de las entidades federativas que celebren acuerdos de coordinación en los términos del artículo 77 bis 16 A de esta Ley, los recursos que del artículo 25, fracción II de la Ley de Coordinación Fiscal (FASSA) correspondan a dichas entidades, se entenderán administrados y ejercidos por éstas una vez que los enteren al fideicomiso a que se refiere el citado artículo 77 bis 16 A, en los términos de los referidos acuerdos.

En materia de Federalismo (art. 77 bis 16) El Instituto de Salud para el Bienestar y las entidades federativas celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución, por parte de estas, de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social. Para estos efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, tomando en consideración la opinión de las entidades federativas.

Antes de cumplir tres años, el inquilino palaciego cometió sabotaje al INSABI creando por Decreto otra "institución", la SS-IMSS-Bienestar para, al parecer, sustituir de facto lo ordenado al INSABI en todos los instrumentos normativos hoy vigentes, haciendo lo usual el presidente, "no me digan que la Ley es la Ley" y presionando a la centralización sin piedad ni compasión para los enfermos.

Por último, hay serio sabotaje entre los propios funcionarios del INSABI, IMSS, BIRMEX, ISSSTE, PEMEX, IMSS-Bienestar, siendo el ejemplo de microesfuerzos macrodesintegrados en contra del acceso efectivo a los mínimos servicios esenciales de la cobertura universal.

Acá en el Congreso de la Unión, aparecen con varias iniciativas saboteadores que dicen pretender mejorar —un muy maltrecho sistema público de salud—. La última es de la Diputada Carmen Patricia Armendariz Guerra, en materia de "salud universal", que de un plumazo quiere eliminar la Federalización y los artículos clave de la LGS antes descritos con los acuerdos hoy vigentes en la LGS y darle al IMSS funciones que ya tiene a través del SS-IMSS-Bienestar. Un verdadero Frankenstein que junto con la intentona en tránsito de una Ley de Coordinación y continuidad asistencial son misiles para que el ejecutivo federal termine enloquecido en su soliloquio de tener una salud en México no igual, ¡sino mejor que la de Dinamarca!

64. PARLAMENTARIOS EN LA SALUD PARA TODOS

08.04.2023 | Escribí estas líneas el 7 de abril desde Washington durante la maravillosa etapa de la floración de los cerezos, ciudad sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebrando el aniversario de la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, el Día Mundial de la Salud.

Además de centrarse en el camino hacia el logro de la salud para todos, que es el tema de este año, la OMS celebrará su 75º aniversario bajo el lema "75 años mejorando la salud pública".

Los retos para alcanzar en la pospandemia son muchos, por ello es que en la Red Parlamentaria por la Salud Global (UNITE) estamos llamando a la acción a los parlamentarios de todo el mundo, de congresos locales y federales, a participar activamente en la 76º Asamblea Mundial de la Salud (WHA, por sus siglas en inglés) y que aboguen ante sus países para unirse a la delegación que asistirá a la WHA (#JoinYourDelegation #WHA76).

La WHA es el órgano decisorio de la OMS. Asisten delegaciones de todos los estados miembros de la OMS y se centra en una agenda de salud específica preparada por el Consejo Ejecutivo. Las funciones principales de la WHA son determinar las políticas de la Organización, nombrar al director general, supervisar las políticas financieras y revisar y aprobar el proyecto de presupuesto por programas.

La WHA se celebra anualmente en Ginebra, Suiza, este año será del 21 al 30 de mayo. Los parlamentarios están en una posición única, a través de sus roles centrales de elaboración de leyes, elaboración de presupuestos y supervisión, para transformar las sociedades y permitir que todos tengan ac-

ceso a los servicios de salud que necesitan; especialmente las mujeres, niñas y adolescentes, y eliminando las drásticas desigualdades que existen hoy.

La OMS reconoce la importancia de la participación de los parlamentarios en los foros y debates internacionales sobre salud al más alto nivel político. Sin embargo, en muchos países los parlamentarios no están incluidos en la delegación de la WHA, lo que limita su capacidad para influir en las políticas mundiales de salud y abogar por las prioridades de su país.

En 2022 el director general de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, en la Cumbre Mundial de la Salud en Berlín enfatizó el papel crucial de los parlamentarios en el avance de la salud mundial. Afirmó: "Los parlamentos también desempeñarán un papel clave en el fortalecimiento de la arquitectura mundial de la salud, en las áreas de financiación sostenible y desarrollo e implementación del acuerdo internacional para la preparación, prevención y respuesta ante pandemias". Al unirse a su delegación nacional, los parlamentarios pueden llamar la atención sobre las prioridades nacionales de salud, fortaleciendo la posición de su país en los debates internacionales sobre políticas de salud, al tiempo que hacen una contribución significativa a la gobernanza mundial de la salud. Al mismo tiempo, es una oportunidad para aprender las mejores prácticas y soluciones innovadoras a los desafíos de salud de otros países, y utilizar ese conocimiento para fortalecer sus propios sistemas nacionales de salud.

La participación de los parlamentarios en la WHA puede ayudarlos a mejorar la colaboración intersectorial: es una oportunidad para conectarse con otras partes interesadas, incluidas organizaciones de la sociedad civil, académicos y otros funcionarios gubernamentales, para fomentar la colaboración intersectorial y el intercambio de ideas. También a fomentar la cooperación internacional: es un foro importante para promover la cooperación y colaboración

internacional en temas de salud global, ayudando a construir puentes entre países, y promover la cooperación en los desafíos de salud compartidos.

Los parlamentarios pueden traer a la mesa las perspectivas y experiencias de sus electores y abogar por políticas que puedan mejorar los resultados de salud para todos. También pueden tener un impacto significativo en la política de salud global y la toma de decisiones. Promover una mayor transparencia y rendición de cuentas: Como representantes electos, los parlamentarios tienen la responsabilidad de hacer que sus gobiernos rindan cuentas por sus acciones y decisiones. Al participar en la WHA, pueden ayudar a promover una mayor transparencia y rendición de cuentas en la formulación de políticas de salud mundial.

Fortalecer los sistemas nacionales de salud: Los parlamentarios pueden aprender sobre las mejores prácticas y soluciones innovadoras para los desafíos de salud de otros países y utilizar ese conocimiento para fortalecer sus propios sistemas nacionales de salud.

Por ello, insistiremos a los parlamentarios a que se unan a la delegación a la vez que pediremos al ejecutivo federal que nos dé a conocer las posturas que nuestro país presentará en la WHA y contrastarlas con nuestra visión como representantes populares.

65. MÉDICO CLÍNICO VERSUS FUNCIONARIO PÚBLICO

11.04.2023 | *"La soberbia enceguece al hombre, empodera el ego y anula la humildad"*

Alfonso Aguiló

El Dr. Francisco Moreno Sánchez, médico clínico y especialista en infectología del Centro Médico ABC, se formó como médico cirujano en la Universidad La Salle. Realizó su especialidad en Medicina Interna Infectología en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y cuenta con una subespecialidad en Infectología de la Universidad de Texas en San Antonio. En su labor clínica, es un profesional distinguido y fue galardonado con el Premio Nacional de Salud en 2020. Durante la pandemia de COVID-19, se convirtió en una fuente confiable de información tanto a través de colaboraciones periodísticas como en sus redes sociales (Twitter: @DrPacoMoreno1).

Gracias a su persistente impulso por garantizar el acceso a medicamentos que, según las evidencias disponibles, podrían salvar vidas, las autoridades sanitarias se vieron obligadas a otorgar el registro de emergencia a varios medicamentos, incluyendo el Remdesivir. Sin embargo, esta iniciativa desató una serie de ataques feroces por parte de las autoridades, que cuestionaron su labor. A pesar de esto, el Dr. Moreno ha resistido y ha denunciado la gestión negligente del gobierno mexicano, la cual ha cobrado la vida de cientos de miles de personas y ha dejado a otros tantos con síndromes post-COVID.

El funcionario público en cuestión es el Dr. Ricardo Cortés Alcalá, médico cirujano egresado de la Universidad Autónoma de Guadalajara, especialista en Epidemiología por la Universidad Autónoma de México, y con estudios de

posgrado en salud pública por el Instituto Nacional de Salud Pública, así como en la implementación del Reglamento Sanitario Internacional por la OMS y la Universidad de Ginebra. En febrero de 2019, fue designado director general de Promoción de la Salud, tras haber fungido como coordinador de asesores de López-Gatell.

A través de su cuenta de Twitter (@RicardoDGPS), relacionada con su cargo actual como Director General de Promoción de Salud, enfatiza que sus publicaciones son "a título personal".

El enlace a su página web proporciona un perfil detallado de su carrera, como se describe anteriormente. Esto deja en claro que sus tuits no parecen ser puramente personales, sino que se emiten en su calidad de funcionario federal.

El Dr. Moreno expresó su preocupación el 6 de abril de 2023: "Tengo dos pacientes hospitalizados con #COVID19 que requieren Remdesivir, pero no tenemos disponibilidad de este medicamento debido a la negligencia gubernamental. ¿Hasta cuándo?". También destacó: "Se debe priorizar la salud y el derecho a la vida", citando las palabras del presidente AMLO en su conferencia matutina de ese día. Planteó preguntas relevantes sobre la aprobación para el uso privado de Remdesivir, Paxlovid y Molnupiravir, así como para el uso de vacunas contra el #COVID19, que también son cuestiones de salud y vida.

La respuesta del Dr. Cortés se basó en una cita de la biblioteca Cochrane: "En el caso de adultos hospitalizados con COVID-19, es probable que el Remdesivir tenga poco o ningún efecto sobre las muertes hasta 150 días después del tratamiento, en comparación con el placebo (tratamiento simulado) o la atención habitual".

En respuesta, el Dr. Moreno señaló: "Este funcionario público no ve pacientes con #COVID19 y no conoce el caso de una paciente con sepsis abdominal que resultó

infectada. Desafortunadamente, son ellos quienes toman decisiones sobre quién recibe o no el medicamento. Esto refleja ineptitud, ignorancia y negligencia".

Queridos lectores, ustedes tienen el derecho de formar su propia opinión sobre a quién creer. Basándome en evidencias, apoyo al Dr. Moreno en su enfoque clínico y respaldo las preguntas que tanto él como yo, en mi calidad de legislador, hemos planteado al gobierno federal. La respuesta del Dr. Cortés fue evasiva y, en línea con la actitud del gobierno federal, demostró arrogancia y falta de empatía, sin considerar que la vida de dos pacientes, atendidos por un destacado médico clínico, estaba en juego.

66. CATAFIXIA DE CIGARRILLOS POR VAPEADORES

15.04.2023 | Hace unos días falleció Xavier López Rodríguez, conocido como Chabelo, actor y comediante que condujo durante décadas el programa "En Familia con Chabelo", donde apareció por primera vez un nuevo vocablo: "catafixia."

Tras su relevancia en la cultura mexicana, el Diccionario de Mexicanismos de la Academia de la Lengua define la catafixia como: "Intercambio de un objeto por otro, sin que necesariamente importe el valor de ambos."

Les comento, estimados lectores, que hace cuatro días la Secretaría de Salud propuso el primer esquema mundial de "catafixia en salud" para los fumadores del país, instándolos a cambiar los cigarrillos por vaporizadores (más de un millón y gratuitos); además de ofrecer a las mujeres embarazadas

nuevos incentivos para dejar de fumar como parte de un amplio paquete de medidas para reducir las tasas de tabaquismo.

El Secretario de Salud sustentó este novedoso modelo de catafixia en la salud señalando que hasta 2 de cada 3 fumadores de toda la vida morirán por fumar. Dijo que los cigarrillos son el único producto a la venta en el país y en el mundo que mata si se usan correctamente.

Estas nuevas políticas de "cambiar para dejar de fumar" cumplirán los tres objetivos del gobierno: 1) ayudar a más adultos a dejar de fumar, 2) evitar que los niños y los no fumadores comiencen a vapear, y 3) utilizar el vapeo como una herramienta para que los fumadores adultos establecidos dejen de hacerlo.

Las evidencias muestran que si aceptan la catafixia, el riesgo de ataque cardiaco se reduce a la mitad después de un año de dejar de fumar, lo que finalmente reduce a la mitad la probabilidad de terminar en una cama de hospital o algo peor.

Apoyar a más mujeres para que tengan un embarazo libre de humo reducirá la cantidad de bebés que nacen con bajo peso o subdesarrollados, con problemas de salud que requieren atención neonatal y continua. También reducirá el riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal.

Sostuvo que es imperativo reducir las tasas de tabaquismo, ya que disminuye la cantidad de enfermedades relacionadas con esta adicción que deben tratarse, lo que a su vez reduce la presión económica sobre el sistema nacional de salud y las familias, y esto ayudará a cumplir con la prioridad de reducir los tiempos de espera para recibir atención médica en todo el país.

Señaló que las cifras de la Secretaría de Salud para 2021 mostraron que el 9% de los niños de 11 a 15 años usaban cigarrillos electrónicos, frente al 6% en 2018. En reconoci-

miento del fuerte aumento observado, anunció el lanzamiento de un llamado a la evidencia sobre el vapeo juvenil para identificar oportunidades para reducir la cantidad de niños que acceden y usan productos de vapeo, y explorar dónde el gobierno puede ir más allá.

Trabajando con las agencias de cumplimiento y aprendiendo del trabajo del gobierno con estándares comerciales sobre tabaco ilícito, también se proporcionarán 67.44 millones de pesos para crear un "escuadrón de cumplimiento de vapeo lícito" especializado para hacer cumplir las reglas sobre vapeo y abordar el vapeo ilícito y las ventas a menores.

Como parte de las medidas, anunció que también publicarán una estrategia actualizada este año para abordar el tabaco ilícito. Expondrá estratégicamente cómo se continúa apuntando, atrapando y castigando a los involucrados en el mercado ilícito del tabaco.

La prevalencia del tabaquismo en el país en 2021 fue del 13%, la más baja registrada gracias a medidas como la duplicación de impuestos sobre los cigarrillos desde 2010 y la financiación continua de los servicios locales para dejar de fumar. Entre 2021 y 2022, las autoridades locales gastaron 1,523 millones de pesos libres de subvenciones de salud pública en servicios para dejar de fumar, y casi 100,000 personas lo hicieron con apoyo de un servicio externo.

Además, dijo que este año se han comprometido 784 millones de pesos con la Secretaría de Salud para que a todos los fumadores admitidos en el hospital se les ofrezcan servicios de tratamiento del tabaquismo financiados por la dependencia federal.

Estoy muy entusiasmado por la catafixia en salud y muy apenado porque lo relatado es de Inglaterra y no de nuestro querido México.

El gobierno mexicano de la cuarta transformación (sic): 1) Conadic no realizó la Encodat 2022 para conocer el estado de las adicciones, tabaquismo y vapeo incluidos, 2) La Cofepris ha mentido sobre los riesgos de los vaporizadores y 3) No apoya ni la cesación ni la posibilidad que los más de 3 millones de usuarios de vapeadores (ilícitos) dispongan de vaporizadores de calidad.

67. DÍA NACIONAL DE LA PREDIABETES

18.04.2023 | El pasado jueves 13 de abril, el Senado de la República puso el foco en la promoción de la salud y la prevención de la diabetes mellitus al aprobar un dictamen por unanimidad de 83 votos a favor, de las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos, Primera, por el cual se declara el 13 de noviembre de cada año como el "Día Nacional de la Prediabetes". ¡Esta es una excelente noticia!

Conocí a la proponente de esta iniciativa, la Senadora Verónica Martínez García, hace unos días, cuando organizó un evento con diferentes Secretarios de Salud de las entidades federativas: Ciudad de México, Tlaxcala, Colima, Querétaro, Guanajuato y Coahuila, incluyendo al Dr. Roberto Bernal Gómez. Durante el evento, presentaron la estrategia que llevaron a cabo durante la pandemia de COVID-19, y fue muy enriquecedor escuchar sus experiencias para identificar lecciones aprendidas. De hecho, el Dr. Bernal Gómez ya documentó estas lecciones en un primer libro que se encuentra de distribución gratuita y que recomiendo ampliamente.

La Senadora Verónica Martínez García, electa por el principio de primera minoría en Coahuila, preside la Comisión de Marina e integra las Comisiones de Defensa Nacional, Cultura, Radio, Televisión y Cinematografía, Relaciones Exteriores Asia-Pacífico-África y de la Defensa Nacional. Ha demostrado un gran interés en temas de salud al presentar varias iniciativas, lo que demuestra una sólida colaboración con el Dr. Bernal Gómez. ¡Felicitaciones!

La iniciativa, presentada por Verónica el martes 7 de septiembre de 2021, representa un avance significativo en la visibilización de una condición en la cual la diabetes mellitus, que tanto nos preocupa, es solo la punta del iceberg. La prediabetes es el problema central al que tanto el Estado como la sociedad deben abocarse si aspiramos a ser el gran país que deseamos.

La intención al declarar el 13 de noviembre de cada año como el Día Nacional de la Prediabetes es concientizar y promover una nueva cultura de hábitos saludables que fortalezcan la salud y contribuyan a la identificación temprana de la diabetes mellitus.

Según la base de datos más grande del mundo en la Biblioteca Nacional de Medicina, los descriptores MeSH (Medical Subject Headings) en 2023 definen la prediabetes como el período previo al desarrollo de la diabetes sintomática. Por ejemplo, ciertos factores de riesgo se observan en individuos que posteriormente desarrollan resistencia a la insulina, como en la diabetes mellitus tipo 2.

La prediabetes indica que los niveles de glucosa o azúcar en la sangre son más altos de lo normal, pero aún no lo suficientemente altos como para considerarse diabetes. La glucosa proviene de los alimentos consumidos, y un exceso de glucosa en la sangre con el tiempo puede causar daño al cuerpo. Si alguien tiene prediabetes, aumenta su riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, enfermedad cardíaca y accidente

cerebrovascular. Sin embargo, con cambios en el estilo de vida, es posible retrasar o prevenir la diabetes tipo 2.

Cerca de uno de cada tres adultos tiene prediabetes, y es más común en personas con sobrepeso u obesidad, mayores de 45 años, con antecedentes familiares de diabetes, inactivos físicamente, con problemas de salud como presión arterial alta y colesterol alto, historial de diabetes gestacional durante el embarazo, síndrome metabólico, síndrome de ovario poliquístico y entre personas hispanas o latinas, incluyendo a los mexicanos.

El diagnóstico de la prediabetes es sencillo mediante análisis de sangre:

- Prueba de glucosa plasmática en ayunas: Mide el azúcar en la sangre en un solo punto en el tiempo. Se debe ayunar (no comer ni beber) durante al menos 8 horas antes de la prueba. Los resultados se expresan en mg/dL (miligramos por decilitro): Un nivel normal es 99 o inferior; Prediabetes se encuentra en el rango de 100 a 125; Diabetes tipo 2 es 126 o superior.

- Prueba de A1c: Mide el nivel promedio de azúcar en la sangre en los últimos 3 meses. Los resultados de la prueba se expresan como un porcentaje. Cuanto mayor sea el porcentaje, más altos serán los niveles de azúcar en la sangre: Un nivel normal está por debajo del 5.7%; prediabetes se encuentra entre 5.7% y 6.4%; diabetes tipo 2 está por encima del 6.5%.

Es importante señalar que si alguien tiene prediabetes, puede retrasar o prevenir la diabetes tipo 2 mediante cambios en el estilo de vida, como la pérdida de peso en caso de sobrepeso, actividad física regular, seguir un plan de alimentación saludable y bajo en calorías, y en algunos casos, el médico puede recomendar medicamentos para ayudar a controlar los niveles de azúcar en la sangre.

Desde esta columna, felicito a la Comisión de Salud del Senado de la República por esta iniciativa y a los investigadores mexicanos que están aumentando la visibilidad de la prediabetes, como el Dr. Dewi Herández-Montoya y sus colaboradores. Recientemente, publicaron investigaciones que revelan la existencia de prediabetes no diagnosticada en adolescentes mexicanos en situación de pobreza en áreas afectadas por la violencia colectiva, lo que representa un desafío para el acceso a los servicios de salud.

68. PREMATURIDAD

22.04.2023 | Esta semana, presentamos una iniciativa para reformar la Ley General de Salud en lo que respecta a la atención de los recién nacidos prematuros. El objetivo principal es adoptar medidas destinadas a reducir tanto la mortinatalidad como la mortalidad infantil, al tiempo que se garantiza el sano desarrollo y atención médica adecuada de los niños.

La prematuridad se define como el nacimiento que ocurre antes de completar las 37 semanas de gestación. Se clasifica en diversos grados: microprematuros (nacidos antes de las 26 semanas con un peso inferior a 750 gramos), extremadamente prematuros (nacidos antes de las 28 semanas, con un peso entre 750-1200 gramos), muy prematuros (nacidos entre las semanas 28-31, con un peso entre 1000-2500 gramos), moderadamente prematuros (nacidos entre las semanas 32-36, con un peso entre 2000-3000 gramos) y prematuros tardíos (nacidos entre las semanas 34-36, con un peso alrededor de 3000 gramos).

En México, la Secretaría de Salud informó en 2022 que 200,000 bebés nacieron prematuros en el país. Esta condición puede provocar daños en diversos órganos, incluyendo el cerebro, corazón, intestino, riñones, tubo digestivo y sistema respiratorio, así como afectar el desarrollo de los vasos sanguíneos de la retina, lo que conlleva a la miopía y retinopatía.

La prematuridad es una de las principales causas de parálisis cerebral, discapacidades motoras y sensoriales, así como problemas pulmonares, incluyendo la displasia broncopulmonar y el síndrome de dificultad respiratoria, entre otras enfermedades.

Además, conlleva problemas emocionales tanto para el niño prematuro como para la madre. En casos de muertes registradas en niñas menores de 1 año debido a enfermedades respiratorias graves, la tasa se acerca al 17%, según datos del INEGI.

Es esencial, por lo tanto, que en el marco legal se establezca como un tema prioritario de salubridad general el cuidado y atención médica integral de los recién nacidos prematuros. Esto se debe a que se debe garantizar el derecho a la salud de todas las personas, especialmente de aquellas que requieren atención médica especial, ya que la falta de esta atención podría poner en riesgo sus vidas o causar daños posteriores que afecten la calidad de vida tanto del menor como de la madre, tanto física como psicológicamente.

Nuestra iniciativa busca establecer objetivos que incluyen la atención a la prematuridad en términos de cooperación entre la federación y las entidades federativas, ampliar las acciones prioritarias para la atención materno-infantil, asegurar el soporte nutricional adecuado para los recién nacidos prematuros en base a indicaciones clínicas y necesidades nutricionales detectadas por profesionales de la salud, y obligar a las autoridades pertinentes a implementar mecanismos necesarios para garantizar el acceso a la información e inmunización de las personas recién nacidas prematuras.

Además, proponemos la incorporación de disposiciones normativas y lineamientos sobre la inmunización de las personas recién nacidas prematuras en el Programa de Vacunación Universal. Enfatizamos la importancia de la atención ocular y auditiva, así como de la nutrición específica de los recién nacidos prematuros para promover su crecimiento y desarrollo.

También proponemos que los recién nacidos prematuros cuenten con un apartado especial en la cartilla nacional de vacunación y que se incorporen las disposiciones normativas y lineamientos sobre la inmunización antes de las 35 semanas de gestación en el programa de vacunación universal. Esto se debe a la vulnerabilidad de estos bebés a infecciones debido a la inmadurez de su sistema inmunológico, incluyendo la infección por el virus sincicial respiratorio. Por lo tanto, la vacunación debe iniciarse desde el momento del alta del paciente de las unidades de cuidados intensivos neonatales, independientemente del tiempo gestacional y el peso del menor.

Estamos emocionados por dar este paso y abrir el diálogo sobre la cobertura universal de salud para cientos de miles de niñas y niños prematuros. Mantendremos informados a todos los interesados.

69. INSABI... LA RIDÍCULA IDEA DE NO VOLVER A VERTE

29.04.2023 | El título de esta columna corresponde a una novela escrita por la periodista española Rosa Montero. En su descripción editorial, se señala que “Este es un libro sobre la vida... apasionado y alegre, sentimental y burlón”. Fue escrito después de que Rosa Montero leyó, en pleno duelo por la pérdida de su pareja, el maravilloso diario que

la dos veces premio Nobel Marie Curie comenzó tras la muerte de su esposo. Ese diario le arrancó las palabras, y Rosa dejó de hablar de su pareja con sus hijas para hablar con él a través del diario. Si usted, estimado lector, no lo ha leído, se lo recomiendo ampliamente.

Ahora, imagino al presidente López Obrador ante el duelo por la muerte de la única institución de la administración pública, el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi), que sin ser su hija, la adoptó, la crió y permitió su agonía y muerte a los 3.3 años. ¿El Insabi no es una institución hija del Ejecutivo Federal? No, no lo fue. Él soñaba con una institución que daría "cobertura universal en salud" para todos los mexicanos que no tuvieran seguridad social, con un paquete ilimitado de servicios y medicamentos sin pago al momento de recibir el servicio médico. Desde diciembre de 2018, anunció la pseudofirma del nonato con gobernadores del sur del país, pero le engañaron sus secuaces.

Luego, desde Palacio Nacional el primero de septiembre de 2019, aseveró que ya había nacido el Insabi para reemplazar al llamado Seguro Popular y que ya estaba dando servicios; le mintieron otra vez, pues en lo oscurito, el Secretario de Salud presentó ante la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria (Cofemer) el expediente 02/0014/130519 con el "anteproyecto de decreto por el que se crea el Insabi". Pero cometieron un error garrafal, solo se podía crear por decreto del Ejecutivo o de ley. Nunca le informaron al padre adoptivo.

Urgidos los secuaces, pusieron el 3 de julio de 2019 la iniciativa en manos del diputado Mario Delgado sin avisar siquiera a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien cuestionó no la intención de establecer la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requiera la población que no cuente con seguridad social, sino del impacto presupuestario que lo haría inviable, a pesar de que se celebrarían acuerdos de coordinación con las entidades federativas para la ejecución de la prestación gratuita.

Hubo cambios sustantivos, dado que no podía cambiar sin cabildeo previo la Ley de Coordinación Fiscal para retirar a los gobiernos estatales los recursos del Ramo 33 (FASSA) y obligarles a entregar la infraestructura y recursos existentes en el Fondo de Gastos Catastróficos a la discrecionalidad de funcionarios que no tenían la experiencia en su perfil profesional. Le volvieron a engañar y anunció el acta de nacimiento del Insabi en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019, señalando, eso sí, que caminaría hasta el primero de enero de 2020 con 40 mil millones de pesos más en el bolsillo (quitándolos del Fondo de Gastos Catastróficos) y que no rendiría cuentas hasta ser presentado al templo (tres años).

¿Se le arrancaron las palabras y no podrá hablar del Insabi? Ya no hablará, pues antes de los tres años ya estaba muy fastidiado con Salud y el Insabi. El desabasto de medicamentos, las quejas de los dolientes por no recibir servicios y los cientos de miles de muertes por el manejo negligente de la pandemia tenían al padre adoptivo muy molesto.

En noviembre del 2021, en gira pública, le dijo al Secretario de Salud y a toda su corte de negligentes funcionarios: "Ya no hay excusa, quiero abasto de medicamentos", que ni siquiera con su tía la UNOPS pudieron solucionar. Las quejas siguieron y luego vino el silencio presidencial, volteando la cara para otra institución que tampoco era su hija, pues ya pasa de los 40 años, el IMSS-Bienestar, y ahora sí, por decreto, la adoptó, creando el organismo público descentralizado en agosto del 2022, dándole lactancia sustituta en el PEF 2023 a través del Insabi y Fonsabi.

Ante el error de cálculo de que los recursos no alcanzarían, y a pesar de la "Ridícula idea de no volver a verlo", el presidente López Obrador, como Poncio Pilatos, puso en las manos del diputado Emmanuel Reyes Carmona la guillotina-iniciativa para pasar al cadalso al Insabi y darle al IMSSBienestar, a través del Presupuesto de Egresos de la

Federación 2024, a cuentagotas los escasos recursos que han invertido en salud, esperando ahora sí, ¡haga milagros!, cosa que me temo no ocurrirá.

70. INSABI: "REQUIESCAT IN PACE" ¡ATENCIÓN, GOBERNADORES!

30.04.2023 | "Requiescat in pace: Algo que se da por fenecido para no volver a tratar de ello"

RAE

Al momento de escribir estas líneas desde el viejo continente, el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) aún no descansa en paz, ya que en el Senado, que actúa como Cámara Revisora del abrupto cambio legislativo del partido Morena, a través del diputado Emmanuel Reyes Carmona, no está sesionando. El INSABI se encuentra en la "milla verde" o el "Pasillo de la Muerte", sentenciado por el inquilino del palacio por no haber podido cumplir sus sueños mágicos de lograr no solo una cobertura universal de salud, sino servicios de salud comparables, o incluso mejores, que los de países de primer mundo como Canadá, Inglaterra o Dinamarca.

El Titular del INSABI y sus colaboradores tienen los días contados, pero ellos ya lo sabían, ya que se rumorea en los pasillos que uno de ellos tiene más amigos que Chabelo, procesando compras por asignación directa en secreto y sin asegurar que fueran luego requeridas y pagadas.

Del INSABI ya ni vale la pena hablar de sus fracasos por no contar con un proyecto, equipo ni líder conocedor del

sistema de salud. Eso sí, mostraron una lealtad al 90% que provocó el fracaso más rotundo en la salud desde que se tiene registro histórico en 1812. Esto causó sufrimiento, dolor y mortalidad en exceso, retrocediendo tres décadas en términos de esperanza de vida debido a la falta de medicamentos, insumos, equipos y personal para atender a los desfavorecidos que, originalmente, contaban con una póliza y tratamientos garantizados (Seguro Popular y Fondo de Gastos Catastróficos ahora FONSABI-), pero lograron lo impensable: en un año, 15 millones más de personas sin servicios de salud, según el CONEVAL.

Utilizaron (o desaparecieron) más de 770 mil millones de pesos y esfumaron más de cien mil millones de pesos del FONSABI, dejando en la miseria a los pacientes, Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Regionales de Alta Especialidad y Entidades Federativas. Solo falta que el Tlatoani no destituya a su amigo y lo reasigne a otra institución, demostrando su lealtad al hacerlo director del mismísimo IMSS Bienestar. Al tiempo... Alerto a los gobernadores de las 32 Entidades Federativas sobre el veneno absoluto que contiene la fórmula propuesta por los secuaces del inquilino palaciego en la reforma que se publicará tarde o temprano en el Diario Oficial de la Federación, pensando, una vez más, con ideología y no con evidencias de que, finalmente, iremos hacia el sistema de salud soñado. Mencionaré tres ejemplos de los muchos que existen.

Primero. En el artículo 1º de la Ley General de Salud, donde se establece que es la Ley Reglamentaria del artículo cuarto constitucional, se cambia para decir que "distribuye competencias y establece los casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general". Esto significa que se cambia la Constitución sin pasar por el proceso de consenso de todos los partidos y las entidades federativas, ya que el artículo 124º dice que "Las facultades que no estén expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden

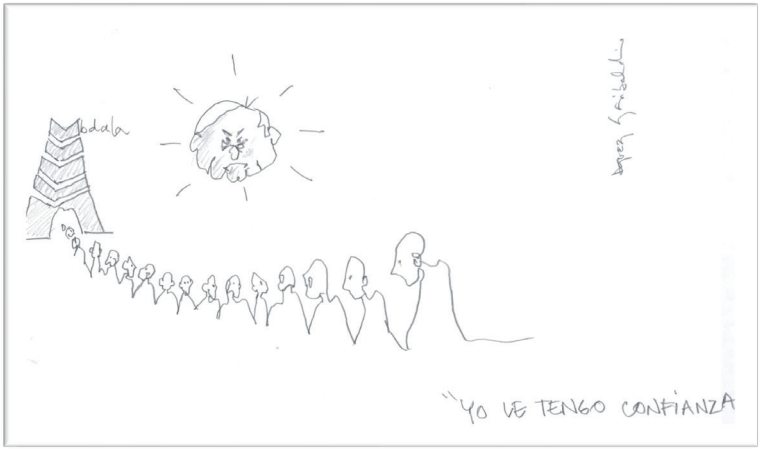
reservadas a los Estados", pero como la materia de Salubridad General la regula la Federación, una vez firmado el convenio con la "Pobre -pues no habrá más recursos públicos en 2024- OPD Sistemas de Salud IMSS-Bienestar", quedarán atados y de rodillas ustedes y los siguientes cinco gobernadores (o hasta cumplir 30 años) a las ocurrencias de los señores del palacio en el zócalo o la suite en Acapulco en turno, sin derecho de réplica.

Segundo. Durante 30 años, seguirán siendo "Autoridad Sanitaria" sin recursos, ya que la primera disposición en materia de "Salubridad General" es la modificación del segundo párrafo de la fracción II Bis que establece que, para efectos de la concurrencia (que ellos dirán), los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) Ramo 33 que les corresponden a los Estados y con los cuales podrían pagar nómina y medicamentos, los deberán transferir (devolverlos, simulando que los recibieron) junto con los rendimientos financieros que se hayan generado, al Fideicomiso Público Federal sin estructura orgánica denominado Fondo de Salud para el Bienestar dentro de los cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente al que los reciban por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Tercero. Por último, para fines de esta columna, mencionaré la reforma al segundo párrafo del artículo 77 Bis 1, que establece: La protección a la salud a que se refiere este Título "será garantizada por las entidades federativas y, en su caso, de manera concurrente con la Federación a través del Sistema de Salud para el Bienestar.... Esto significa que, si ustedes firman (Ojo, es Optativo, pues pueden optar por no hacerlo), serán los responsables de garantizar el derecho a la salud que obliga la Carta Magna, incluso sin contar con los recursos del FASSA Ramo 33, Ramo 12 Salud, Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social, y sin el 70% de los Recursos Estatales que están obligados a enviar a la Federación en efectivo (por el momento, ya que esto puede cambiar según lo decidan).

Estoy seguro de que si firman, ¡no descansarán en paz! Sin unidades médicas, personal, medicamentos, insumos y regulación sanitaria, serán los responsables ante la Ley de hacer efectivo el derecho a la salud al que obliga la Carta Magna. Recomiendo que lo piensen no dos, sino mil veces, y convoquemos a una gran concertación nacional para modificar el Sistema Nacional de Salud y hacer de nuestro país un lugar verdaderamente más saludable.

ILUSTRACIÓN: "YO LES TENGO CONFIANZA"



Investido como experto sanitario, cuando a penas nos convence de su lucidez mental, responde ante los argumentos contra los expertos de ventanilla promotores de Abdala: "yo les tengo confianza" …¡y Dios habló!

Dr. Francisco Javier Domínguez Gabrialdi

71. CONVENIO DE ESTAMBUL: ¿YA MERITO FIRMAMOS?

02.05.2023 | "*Y a todos diles que sí, pero no les digas cuándo; así me dijiste a mí, por eso vivo penando*..."

El Son de la Negra de Mariachi Vargas

La semana pasada, asistimos a la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (PACE) en Estrasburgo, Francia. México, como país observador, envió una delegación compuesta por el Senador Héctor Vasconcelos (de Morena y Presidente de la misma), las Senadoras Minerva Hernández Ramos (PAN) y Gabriela Benavides Cobos (PVEM), y este servidor (PAN), como representantes propietarios ante la misma.

Durante la asamblea, se trató el tema del Convenio Europeo de Derechos Humanos y su relación con las Constituciones Nacionales. Además, se presentó el informe anual de actividades para 2022 de la Comisaria de Derechos Humanos, Dunja Mijatovi, que destacó avances y retos para las naciones que conforman el Consejo de Europa.

También se discutió la situación de los civiles ucranianos, incluyendo a los niños, desplazados por la fuerza o trasladados a la Federación Rusa o territorios ucranianos bajo el control de facto de la Federación Rusa, con la participación de la Primera Dama de Ucrania, Olena Zelenska.

Como parte de nuestra agenda y en compañía del Embajador José Alfonso Suárez del Real y Aguilera, representante permanente de México ante el Consejo de Europa, nos reunimos con la Embajadora Maria Fontanel y Léopold Steganini (adjunto) de la representación de Francia, así como con Carolina Lasén Díaz, Jefa de la División de Violencia contra la Mujer del Consejo de Europa, para revisar el estado actual de la voluntad de México de adoptar el Convenio de Estambul.

El Convenio de Estambul, firmado en la ciudad de Estambul el 11 de mayo de 2011, trata sobre la prevención y lucha contra la violencia doméstica. El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia ahora tiene un marco legal que reconoce que la violencia contra la mujer no solo constituye una violación de los derechos humanos, sino también una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres.

Este convenio trasciende todos los sectores de la sociedad, independientemente de su clase, raza, nivel de ingresos, cultura, nivel educativo, edad o religión, y afecta negativamente sus propias bases. Incluso ya existen estándares de protección con las herramientas necesarias para la defensa de su participación política en la era digital en la que estamos inmersos.

A pesar de que la Senadora Gabriela Benavides Benavides había exhortado al Ejecutivo Federal para que adoptara el Convenio de Estambul desde 2019 (y fue aprobado por la Cámara Alta), aún no se ha firmado la adopción del mismo. Aunque desconozco las razones, el Embajador Suárez del Real manifestó que, con la información disponible en el Congreso Mexicano y en la Secretaría de Relaciones Exteriores, se reitera el interés del Gobierno de México en ratificar este instrumento internacional en favor de las mujeres.

Se ha decidido reimpulsar el proceso de consultas iniciado en 2011 y se han obtenido las "anuencias" de trece dependencias, estando pendientes los posicionamientos de la Secretaría de Gobernación, Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, Secretaría de Educación Pública, Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, Fiscalía General de la República y la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte. Es importante señalar que la Secretaría de Salud ha refrendado la negativa emitida en 2013, al considerar que el convenio contempla un mecanismo de supervisión

adicional a los que actualmente evalúan el cumplimiento del Estado mexicano en materia de derechos humanos. Sin embargo, creo que es importante demostrar que respetamos los derechos humanos de las mujeres y que no debería haber obstáculos para ratificar este importante convenio.

Nos comprometimos a impulsar, junto con la Secretaría de Relaciones Exteriores, una mesa de trabajo con el Congreso de la Unión (el Senado por sus facultades normativas en tratados y convenios y los Diputados por sus facultades presupuestarias), convocando a las instituciones faltantes del Ejecutivo Federal para agilizar el proceso de ratificación de la Convención de Estambul.

Quiero resaltar el compromiso del Presidente de la Delegación Mexicana cuando, hace años, en el pleno de la PACE, anunció que nuestro país adoptaría el Convenio de Estambul, palabra empeñada por él que el pleno recibió con beneplácito. Igual compromiso de agilizar la firma hicimos como Delegación en reunión exclusiva con el Presidente de la PACE, Tiny Kox, quien agradeció que en México, con la firma del Convenio, pudiéramos ser ejemplo para otros países en cuanto al respeto hacia los derechos humanos de las mujeres.

En nombre del Partido Acción Nacional, nos comprometemos a insistir en la firma y, por ello, creo que si realmente hay voluntad política, ¡ya merito firmamos!

72. APOYE, NO CASTIGUE

06.05.2023 | En la ciudad de Ginebra se encuentran muchas de las instituciones relacionadas con la salud, como la Organización Mundial de la Salud, y los Derechos Humanos, como la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. En el Instituto de Graduados de Ginebra, se celebró esta semana el curso "Perspectivas Actuales sobre Políticas de Drogas," con la participación de casi treinta ponentes y una veintena de legisladores y actores de UNITE, provenientes de diversos países como Malasia, Zimbabwe, Kenia, Estados Unidos, Portugal, Colombia y México, con el propósito de obtener una visión global del tema y sus posibles enfoques.

Resultó evidente que la política de drogas es un tema que ha estado en constante evolución en todo el mundo en las últimas décadas. La opinión pública y los legisladores han pasado de un enfoque de "guerra contra las drogas" a una perspectiva más orientada a la salud pública con respeto de los derechos humanos.

La legalización y regulación de ciertas drogas es una perspectiva que ha ganado terreno en los últimos años. Países como Uruguay y algunos estados de los Estados Unidos han legalizado el uso recreativo y/o medicinal de la marihuana (Cannabis), mientras que otros países están considerando seguir su ejemplo. La idea detrás de esta perspectiva es que legalizar y regular la producción, venta y uso de ciertas drogas puede reducir el comercio ilegal, aumentar los ingresos fiscales y permitir una mejor protección al consumidor.

La despenalización es otra perspectiva que ha ganado terreno en todo el mundo. Portugal es un ejemplo de país que ha implementado la despenalización del consumo y posesión de drogas. Esta política ha llevado a reducciones en los daños

relacionados con las drogas, como muertes por sobredosis e infecciones por VIH, Hepatitis C, Hepatitis B y Tuberculosis. Al despenalizar el consumo de drogas, se trata el problema como un problema de salud pública en lugar de uno penal. En México se ha descriminalizado la portación y el consumo de ciertas drogas, poniendo límites en cantidad, y se ha autorizado el uso de la Cannabis medicinal.

La perspectiva de la reducción del daño enfatiza la reducción de las consecuencias negativas del consumo de drogas sin necesariamente apuntar a eliminar el consumo de drogas por completo. Las estrategias de reducción del daño incluyen programas de intercambio de agujas, sitios seguros para inyectarse y acceso a medicamentos para revertir sobredosis, como la naloxona. Cada vez más, estas medidas se adoptan en diversas regiones como parte de un enfoque integral de la política de drogas. Visitamos un centro comunitario y una clínica aquí en Ginebra, de casi 27 que existen en toda Suiza.

La medicalización es otra perspectiva que se centra en los posibles usos terapéuticos de ciertas drogas, como el cannabis, los psicodélicos y los opioides para el manejo del dolor. Los defensores de esta perspectiva argumentan que reprogramar y reclasificar las drogas puede facilitar la investigación y promover un mejor acceso a estas sustancias para los pacientes que puedan beneficiarse de ellas. México fue uno de los 26 países que votaron a favor de desclasificar el Cannabis; sin embargo, los avances en los productos medicinales son muy escasos, y en el caso de los opioides, tenemos retrocesos, como ha ocurrido con el fentanilo.

La educación y prevención de drogas es otra perspectiva importante que enfatiza la necesidad de programas de educación y prevención de drogas basados en evidencia que se centren en educar a las personas sobre los riesgos y daños asociados con el consumo de drogas. El objetivo es ayudar a las personas a tomar decisiones informadas y evitar el consumo problemático de sustancias.

La reforma de la justicia penal es otra perspectiva importante que aboga por cambios en el sistema de justicia penal, como eliminar las penas mínimas obligatorias para delitos relacionados con drogas, reducir el uso de fianzas en efectivo y expandir el acceso a programas de tratamiento de drogas para las personas involucradas en el sistema de justicia penal.

Por último, la cooperación internacional es una perspectiva que pide a los países que trabajen juntos en la lucha contra el tráfico de drogas y promuevan estrategias de desarrollo alternativas en las regiones productoras. La cooperación internacional también es importante para garantizar la implementación efectiva de políticas de drogas y asegurar que se adopten en todo el mundo en un enfoque coordinado y coherente.

A medida que el mundo continúa enfrentando desafíos relacionados con las drogas, es importante seguir explorando nuevas perspectivas y soluciones innovadoras para abordar este problema crítico de manera efectiva y justa para todas las personas.

¿Castigar o apoyar? ¿Qué piensa usted, estimado lector?

73 FOMENTAR EL DIÁLOGO RESPETUOSO

09.05.2023 | "*El Respeto al Derecho Ajeno es la Paz.*"
Benito Juárez

Como observador parlamentario de México en la recién concluida sesión de primavera de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (PACE), el mensaje que deberíamos

tomar en cuenta los mexicanos es fomentar el diálogo respetuoso y mostrar respeto mutuo al entablar conversaciones judiciales para defender los derechos humanos, como el derecho a elegir libremente a nuestros gobernantes.

La resolución de la PACE para promover un diálogo respetuoso fue presentada por George Katrougalos (Grecia, UEL) en su informe "European Convention on Human Rights and national constitutions". Señaló que las naciones deben abstenerse de tomar cualquier medida que pueda exacerbar conflictos potenciales entre el orden constitucional nacional y el Tribunal de Estrasburgo.

Katrougalos propuso analizar la tensión que surge entre los tres sistemas legales paralelos en Europa: los sistemas legales nacionales, la Convención Europea de Derechos Humanos y la ley de la Unión Europea. Debido a la interconexión entre estos sistemas, mencionó que puede haber conflictos entre ellos. Por lo tanto, sugirió que las cortes supremas de cada uno de estos sistemas legales colaboren eficazmente para aliviar esta tensión y trabajar juntos en un espacio legal europeo común. La cooperación debe ser mutua y respetuosa entre las diferentes jurisdicciones y órdenes legales para construir un espacio legal común europeo de derechos y libertades.

Los sistemas legales nacionales cuentan con una norma suprema: la Constitución; la Convención Europea de Derechos Humanos, firmada en Roma y en vigor desde el 3 de septiembre de 1953; y el tribunal como árbitro de este sistema. También está la Ley de la Unión Europea y el Tribunal de Justicia de la Unión Europea. Explicó que, aunque existe interconexión entre estos tres sistemas, también hay posibilidad de conflictos, lo cual ha ocurrido históricamente.

Dijo que ha habido decisiones de tribunales constitucionales cuestionando la supremacía del derecho europeo, y recientemente, algunos tribunales han puesto en duda la interpretación de la Convención Europea de Derechos Humanos o su

supremacía sobre las constituciones nacionales. Prevé que, tras la adhesión de la Unión Europea a la Convención Europea de Derechos Humanos, podría haber tensión incluso entre el Tribunal de Justicia de la Unión Europea y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Entonces, se preguntó: ¿cómo podemos aliviar esta tensión?

Observó que, dado que el espacio europeo no es un estado federal, no es posible establecer una jerarquía legal entre estas normas de los tres sistemas legales paralelos e interconectados. Cada uno de ellos tiene su propia norma suprema. No hay una norma europea que pueda actuar como una regla o principio superior. Si este es el caso, ¿cómo podemos conciliar estos órdenes legales paralelos y superpuestos?

La respuesta es que se debe promover un diálogo efectivo y una cooperación sinérgica entre los tribunales supremos de cualquiera de estos tres sistemas legales paralelos. Existe una construcción teórica para esto, denominada constitucionalismo multinivel en Europa, en la cual cada uno de estos tres sistemas legales representa un nivel diferente de la construcción.

En la práctica, esto implica, en primer lugar, la deferencia de una jurisdicción a la otra cuando y donde tenga competencia. Por lo tanto, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos tiene jurisdicción general sobre la interpretación de los tratados que deben ser respetados plenamente, no porque la Convención Europea de Derechos Humanos sea una norma superior en relación con las constituciones según la mayoría de los ordenamientos jurídicos europeos.

Sin embargo, esto no existe según respondieron los servicios legales de los parlamentos nacionales encuestados. En primer lugar, existe la voluntad política de nuestras naciones de ser parte de esta familia política de estados europeos dispuestos a establecer un espacio legal europeo común y, sobre todo, un juris communis de derechos a nivel de derechos humanos.

En segundo lugar, hay argumentos a nivel de derecho internacional que no están relacionados con una jerarquía de normas, sino solo con la obligación de cada estado de respetar la regla básica pacta sunt servanda. El Tratado de Viena establece explícitamente que ningún tipo de norma interna puede ser una excusa para desviarse de esta obligación internacional.

Katrougalos concluye señalando que la Convención Europea de Derechos Humanos y las constituciones nacionales no están en conflicto, sino que se complementan mutuamente. El respeto y la comprensión mutuos son fundamentales para garantizar una aplicación uniforme de los derechos humanos en Europa. Es importante que los tribunales nacionales y supranacionales se comuniquen y colaboren de manera efectiva para garantizar un enfoque coherente y evitar conflictos innecesarios.

Además, es necesario que los jueces nacionales estén familiarizados con la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y la apliquen correctamente en el contexto de su propio ordenamiento jurídico interno. Este enfoque puede mejorar la calidad de las sentencias y evitar la necesidad de recurrir a la jurisdicción de control del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

En resumen, la resolución aprobada con 87 votos a favor y dos en contra en la PACE busca construir un constitucionalismo multinivel coordinado, basado en el respeto mutuo y la complementariedad, que permita una aplicación uniforme de los derechos humanos en toda Europa. Solo así se podrá garantizar que los derechos humanos sean efectivamente protegidos en todos los Estados miembros y que la Unión Europea y el Consejo de Europa sigan avanzando hacia una mayor integración y unidad basada en valores comunes.

Mientras tanto, en México, la Suprema Corte de Justicia de la Nación invalidó, por nueve votos a favor y dos en contra, una decisión del Poder Legislativo que lesionaba los

derechos humanos de elegir a nuestros gobernantes, debido a una franca violación al proceso de construcción de leyes. Además, el Poder Ejecutivo atacó sin razón jurídica al Poder Judicial encargado de tomar dicha determinación. Invito desde esta columna a fomentar el diálogo respetuoso. Aquí hay un ejemplo de cómo hacerlo. Juntos, podemos aprender de la experiencia europea y aplicarla a nuestra realidad mexicana para promover un diálogo respetuoso y efectivo entre las diferentes ramas del poder y defender los derechos humanos de nuestra población.

74 LA PANDEMIA Y LA CONSTITUCIÓN

13.05.2023 | El pasado 9 de mayo, el Ejecutivo Federal dio por "terminada la acción extraordinaria en materia de salubridad general" que tenía como objetivo prevenir, controlar y mitigar la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). Lo hizo cuatro días después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinara que la COVID-19 ya no constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) y que cada país debe evaluar sus condiciones.

El inquilino del Zócalo lo hizo por su propia decisión como parte de una estrategia publicitaria para presumir como un "éxito" la gestión de la pandemia, cuando en realidad, debido a su liderazgo negligente y la sumisión de sus subordinados a su ideología en lugar de a las evidencias científicas, ocurrieron cientos de miles de muertes de ciudadanos que pudieron haberse evitado si se hubiera llevado a cabo una planificación, preparación y respuesta adecuadas para enfrentar la pandemia.

No debemos olvidar, estimados lectores, que el manejo deficiente de la pandemia, que causó tanto dolor y sufrimiento, tiene responsables federales con nombre y apellido. Serán los tribunales nacionales o internacionales quienes, después de un juicio, emitan su veredicto sobre el Estado mexicano y sus funcionarios, imponiendo sanciones administrativas, civiles o penales si es necesario, por no haber protegido adecuadamente la salud y la vida de los mexicanos.

El decreto que fue emitido de manera unilateral no es Constitucional, ya que mantiene a la población bajo una especie de dictadura sanitaria, permitiendo la continuidad de la discrecionalidad, opacidad y corrupción en la aprobación y compra de medicamentos, vacunas y otros insumos que prolongarán el sufrimiento y el empobrecimiento de la población.

Las facultades "extraordinarias, libertinaje o dictadura" fueron otorgadas por el Constituyente Permanente en una época en la que las enfermedades infecciosas diezmaban a la población (1908), se ratificaron en 1917 y aún están vigentes en el artículo 73, fracción XVI de la Constitución. Estas facultades incluyen que el Consejo de Salubridad General (CSG) dependa directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y que sus disposiciones generales sean obligatorias en el país. Además, en caso de epidemias graves o riesgo de invasión de enfermedades exóticas, la Secretaría de Salud tiene la obligación de dictar de inmediato las medidas preventivas necesarias, sujetas a la sanción posterior del Presidente de la República. La autoridad sanitaria es ejecutiva y sus disposiciones deben ser acatadas por las autoridades administrativas del país.

Con base en sus facultades, la OMS fue informada del brote del SARS-CoV-2 en China el 31 de diciembre de 2019 y lo declaró como una ESPII el 30 de enero de 2020. Ante la negligencia y la alta mortalidad en algunos países, incluyendo México, el 11 de marzo declaró la pandemia con el fin de

minimizar los daños y posiblemente salvar a la humanidad de una evolución incierta y del comportamiento de la enfermedad.

México reportó el primer caso "confirmado" de COVID-19 el 28 de febrero de 2020, y el 18 de marzo se anunció la primera defunción. La CSG determinó "enfermedad grave de atención prioritaria" el 23 de marzo. Un día después, la Secretaría de Salud (SS) emitió "medidas preventivas para la mitigación y control de los riesgos para la salud", y cuatro días después, se tomaron las primeras "acciones extraordinarias", incluyendo la adquisición de diversos bienes y servicios, tanto a nivel nacional como internacional, como medicamentos e insumos para la salud, sin necesidad de pasar por un proceso administrativo. Es importante señalar que este último decreto fue revocado el 9 de mayo de manera unilateral.

El 30 de marzo de 2020 (19 días después de la declaración de ESPII por parte de la OMS), el CSG, como un órgano colegiado con miembros gubernamentales y no gubernamentales, declaró, después de revisar las evidencias científicas disponibles en nuestro país, que la pandemia ahora sería considerada una "emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor" y señaló que la SS determinaría todas las acciones necesarias para abordarla, lo cual ocurrió un día después con la implementación de "acciones extraordinarias" adicionales a las del 27 de marzo, y que estarían a cargo de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).

De acuerdo con la Constitución, seguimos en una situación de pandemia (llamada "emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor" en México) hasta que el CSG, un órgano colegiado, declare, después de revisar las evidencias científicas disponibles, que ya no existen las condiciones de gravedad que llevaron a la declaración del 30 de marzo de 2020.

Mientras tanto, el líder, de manera unilateral, solicita que el CSG se reúna en un plazo de treinta días, a pesar de que su propio decreto establece que el Consejo debe estar en "sesión permanente", aunque no haya vuelto a reunirse desde entonces. Exigiremos nuestra libertad sanitaria y defenderemos nuestro derecho a la atención médica de calidad.

75 PENA DE MUERTE Y LA PARTICIPACIÓN MÉDICA: UNA INDIGNANTE REALIDAD

20.05.2023 | Durante la ceremonia de clausura del 8º Congreso Mundial contra la Pena de Muerte, celebrado en febrero de este año, Volker Türk, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, habló sobre el tema "Violaciones de los derechos humanos relacionadas con el uso de la pena de muerte, especialmente en lo que respecta a la limitación de la pena de muerte a crímenes de extrema gravedad".

Enfatizó que no podemos olvidar que la aplicación de la pena de muerte por parte de un Estado, el castigo más severo e irreversible, es extremadamente difícil de conciliar con la dignidad humana y con el derecho fundamental a la vida.

Türk recordó que en diciembre pasado, la Asamblea General aprobó históricamente una resolución que instaba a una moratoria global en el uso de la pena capital, con el objetivo de su futura abolición. Apeló a la abolición de la pena de muerte en aquellos estados que aún no lo han hecho. El martes 16 de mayo, Amnistía Internacional presentó su informe anual 2022 sobre la pena de muerte. Entre los

hallazgos más importantes, se reveló que las ejecuciones registradas en 2022 alcanzaron el nivel más alto en cinco años.

En los países de la región de Oriente Medio y el norte de África, se violó el derecho internacional mostrando una cruel indiferencia hacia la vida humana. En Arabia Saudita se ejecutó a 81 personas en un solo día, y en un intento desesperado de sofocar el levantamiento popular, Irán ejecutó a personas simplemente por ejercer su derecho a protestar. Las ejecuciones se reanudaron en cinco países: Afganistán, el Estado de Palestina, Kuwait, Myanmar y Singapur, y aumentaron en Irán (de 314 a 576), Arabia Saudita (de 65 a 196) y Estados Unidos (de 11 a 18).

A pesar del aumento de las ejecuciones en 2022, el número total de condenas a muerte impuestas permaneció prácticamente inalterado, con una ligera variación: de 2,052 en 2021 a 2,016 en 2022. Ante la moratoria aprobada por el Consejo General, Agnès Callamard de Amnistía Internacional expresó su esperanza de que este horrendo castigo pueda ser relegado a los anales de la historia.

Hoy, en la revista Lancet se publicará un editorial en el que se reflexiona sobre si, en la aplicación de la pena de muerte, además de la violación de los derechos humanos, también se viola la ética del cuidado por parte de los médicos. A lo largo de la historia, los médicos han participado en el asesinato de civiles sancionado por el Estado. Los médicos involucrados evalúan clínicamente la competencia mental para la ejecución, examinan físicamente y monitorean los signos vitales antes, durante y después de la ejecución y certifican la muerte. En casos extremos, los médicos asumen el papel de verdugos e incluso se involucran en la obtención ilegal de órganos de presos ejecutados.

La Asociación Médica Mundial sostiene que no es ético que los médicos participen en la pena capital de ninguna forma o en cualquier etapa del proceso de ejecución, incluyendo

su planificación y la instrucción o capacitación de personas para realizar ejecuciones. El Código de Ética Médica de la Asociación sostiene que los médicos no deben participar en ejecuciones legalmente autorizadas. Por su parte, Physicians for Human Rights se opone vehementemente a la participación de profesionales de la salud en las ejecuciones.

Los médicos que participan argumentan que simplemente están tratando de garantizar que los últimos momentos de una persona sean lo más seguros y libres de dolor posible, considerando esto una obligación moral para reducir el sufrimiento. Otros alegan que en Estados represivos, como China e Irán, los médicos son coaccionados y actúan bajo coacción, mientras que las asociaciones médicas en estos lugares guardan silencio absoluto. Se señala que la OMS, a pregunta expresa, no ha emitido su opinión.

La pena de muerte es inhumana y viola el derecho fundamental a la vida. La participación de los médicos en este proceso permite este continuo abuso de los derechos humanos y socava los cuatro pilares de la ética médica: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. La condena universal de la pena de muerte, tanto por parte de los médicos como de las asociaciones médicas, es un paso esencial en el camino hacia la abolición.

En nuestro país, si bien está abolida la pena de muerte desde 2005, existen ahora iniciativas de ley para aprobar la eutanasia o el suicidio asistido, limitando la objeción de conciencia por otro lado. ¿De aprobarse por la mayoría de Morena estas leyes contra el derecho a la vida, deberán participar los médicos en la ejecución? ¿Cuál es su opinión al respecto?

76 INSUFICIENCIA CARDÍACA: UN PROBLEMA SUBESTIMADO EN MÉXICO

23.05.2023 | "*Al igual que sus pinturas, que reflejaban la fragilidad y la belleza de la vida, el corazón del famoso artista Gustav Klimt sucumbió a la insuficiencia cardíaca, pero su obra maestra de vida sigue inspirando a generaciones*."

IA Personaje Famoso

Es imperativo fortalecer el sistema de salud mexicano al identificar proactivamente a los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), así como intensificar la atención de aquellos con enfermedades cardiometabólicas desde el primer nivel de atención, todo esto desde una perspectiva multidisciplinaria.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la causa principal de muerte a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019 estas enfermedades provocaron la muerte de alrededor de 17.9 millones de personas, lo que representa aproximadamente un tercio de todas las muertes registradas en el mundo. En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), las ECV fueron la primera causa de muerte antes de 2021, cuando fueron superadas por la COVID-19, causando aproximadamente 220 mil muertes y un exceso de mortalidad del 41.4%.

Dentro de las ECV, encontramos la hipertensión arterial sistémica, la cardiopatía isquémica, la estenosis valvular aórtica cálcica degenerativa, las cardiopatías congénitas y la insuficiencia cardíaca. En 2021, las enfermedades cardíacas, parte de este grupo, fueron la segunda causa principal de muerte en México, con más de 225,000 defunciones registradas.

Es crucial entender que la insuficiencia cardíaca (IC) es la etapa final de todas las enfermedades cardíacas y, por ende,

tiene altas tasas de morbilidad y mortalidad. Aunque los datos sobre su prevalencia en México son limitados, se estima que entre 2.4 y 3.0 millones de personas la padecen, y esta cifra tiene una tendencia ascendente.

La IC es la causa principal de hospitalización en personas mayores de 65 años en México. En nuestro país, alrededor de 15 millones de personas se encuentran en este rango de edad, y la mitad de los pacientes con IC fallecen en un plazo de cinco años tras su diagnóstico debido a la falta de tratamiento oportuno.

Los síntomas de la IC pueden variar, pero suelen incluir dificultad para respirar, fatiga, acumulación de líquido en las piernas e incapacidad para realizar ejercicio u otras actividades físicas. Además, del total de personas con IC, el 70% padece sobrepeso u obesidad, el 30% hipertensión arterial sistémica y el 20% diabetes mellitus tipo 2. Esta realidad subraya la importancia de establecer políticas públicas que promuevan la detección precoz de la IC desde el primer nivel de atención.

A pesar de que la IC en etapas avanzadas puede requerir un trasplante, existen medidas para ralentizar el progreso de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Estas incluyen mantener un peso saludable, hacer ejercicio regularmente, abstenerse de fumar y minimizar el estrés. Controlar enfermedades coexistentes como la diabetes y la hipertensión también puede contribuir a reducir la IC.

En términos de medicación, se emplean inhibidores de la angiotensina, betabloqueadores, digitálicos y diuréticos. También se usan dispositivos médicos como marcapasos, desfibriladores automáticos, equipos de resincronización cardíaca y dispositivos de modulación de la contractilidad cardíaca. Cuando se requiere, el tratamiento puede incluir cirugías como bypass o angioplastía, recambio valvular y, en casos extremos, trasplante cardíaco.

Sin embargo, la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos quirúrgicos en México ha sido notoriamente insuficiente en los últimos años. Por ejemplo, en 2021 y 2022 se realizaron respectivamente solo 26 y 42 trasplantes de corazón (0.2 y 0.3 por millón de habitantes), cifras significativamente menores en comparación con países como Colombia y Brasil.

Por lo tanto, es crucial presentar un llamado al Ejecutivo federal para que se busque proactivamente a los pacientes con IC, con el objetivo de proporcionar un diagnóstico oportuno, un tratamiento temprano y coordinar los sistemas de referencia y contrarreferencia para garantizar el acceso efectivo a los diferentes tratamientos, dispositivos médicos e incluso al trasplante cardíaco si es necesario. La detección oportuna y el tratamiento temprano de la insuficiencia cardíaca son fundamentales para mejorar la salud y el bienestar de los mexicanos.

77 LEGISLACIÓN DE VACUNAS ANTE EL FIN DE LA PANDEMIA

27.05.2023 | Este sábado, 27 de mayo de 2023, tuve el honor de participar en un panel en la Universidad Internacional de Florida, donde discutimos las complejidades de la legislación en salud en las Américas. En este evento estuvieron presentes representantes de la Organización Panamericana de la Salud, el exministro de Salud de Colombia y legisladores de Perú y Argentina.

En mi intervención, planteé que como actores globales en el ámbito de la salud, los legisladores tenemos la responsabilidad de establecer políticas y marcos legales sólidos que

promuevan la equidad y el acceso universal a las vacunas. Nuestra labor abarca desde la educación y concientización de la población hasta la promoción de la cooperación internacional y la colaboración con organizaciones de la sociedad civil.

Para lograr este objetivo, es crucial que los legisladores trabajemos en estrecha colaboración con profesionales de la salud, científicos y otros actores relevantes, siguiendo estas líneas de acción:

Fomentar una mayor cooperación y participación en foros internacionales como la 76ª. Asamblea Mundial de la Salud, que se lleva a cabo en Ginebra, y en la Asamblea General de las Naciones Unidas, para impulsar la cooperación global en la vacunación y abogar por la inversión en salud.

Establecer alianzas estratégicas con organizaciones internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI), para facilitar el acceso a las vacunas y promover la transferencia de tecnología y conocimientos a países de bajos recursos. Desde una perspectiva global y regional, establecer marcos legales y regulatorios sólidos con estabilidad financiera y desarrollar políticas y normativas que promuevan la equidad y el acceso universal a las vacunas.

Impulsar un tratado marco en materia de vacunación para armonizar las leyes y regulaciones actualmente dispersas en nuestra región.

Involucrar a organizaciones de la sociedad civil en el proceso legislativo relacionado con la vacunación mediante consultas públicas, mesas de diálogo y la incorporación de sus perspectivas en la formulación de políticas.

Desde el ámbito subnacional, como ayuntamientos y congresos locales, apoyar la colaboración con organizaciones

de la sociedad civil en la promoción de la vacunación, brindando recursos y espacios para el intercambio de buenas prácticas y experiencias.

Colaborar con organizaciones de la sociedad civil, como asociaciones de pacientes y grupos de defensa de la salud, para desarrollar campañas de educación y concientización sobre la importancia de la vacunación.

Difundir información precisa y accesible a través de plataformas virtuales, redes sociales y sitios web, llegando a un amplio espectro de la población para contrarrestar la desinformación.

Establecer alianzas con agencias reguladoras nacionales e internacionales, como la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y agencias regionales como la propuesta para Centroamérica y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para garantizar la seguridad y calidad de las vacunas mediante sistemas de farmacovigilancia sólidos que permitan detectar y gestionar posibles efectos adversos en colaboración con profesionales de la salud y autoridades sanitarias.

En conclusión, destacamos que gracias a las tecnologías de comunicación e información actuales, las redes de parlamentarios en salud global, como UNITE, y otras como la Unión Inter Parlamentaria (UIP), desempeñarán un papel fundamental en este proceso. Facilitarán la colaboración entre legisladores de diferentes países, expertos en salud y organizaciones internacionales, superando las barreras geográficas y promoviendo una respuesta global coordinada al permitir una comunicación y colaboración efectivas a través de plataformas virtuales y redes sociales. Esto llegará a un público más amplio, desmitificará información errónea y promoverá la confianza en las vacunas.

Es importante señalar que el Congreso mexicano tiene atribuciones exclusivas, como la aprobación de tratados internacionales y la asignación presupuestal para garantizar el derecho a la salud en particular, incluyendo el programa de vacunación nacional. Es esencial acelerar este programa para abordar el rezago existente en toda la población.

78 SALUD MENTAL Y ADICCIONES

30.05.2023 | "*Los suicidios en México en aumento, el presupuesto para la salud mental disminuyendo*"

Éctor Jaime

Estimados lectores, hace unos días nació una nueva institución por decreto del presidente, también firmado por su invisible secretario de Salud, denominada "Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones" (CNSMyA). Como ha sido la costumbre de este gobierno, se eliminaron la Comisión Nacional contra las Adicciones y su Consejo Interno, así como el Consejo Nacional de Salud Mental.

El decreto, marcado por la austeridad republicana, señala que todos los recursos, ya mermados, de las anteriores instituciones deberán ser reasignados a la CNSMyA en un plazo no mayor de 90 días hábiles. Además, se debe respetar el derecho de los trabajadores que no sean despedidos. Sin embargo, se prevé que sean pocos los que queden, ya que la norma ha sido despedir a la mayoría de los "de confianza" o "servicio civil de carrera", incluso a aquellos que se incorporaron en esta misma administración de la "cuarta transformación".

Para finales de noviembre, deberán emitirse las disposiciones reglamentarias que permitan renovar la esfera administrativa

y actualizar las existentes, con el fin de su armonización, incluidas las normas oficiales mexicanas en la materia. Pero, ¿cómo lo van a hacer? El sexto transitorio de dicho decreto incluye el "diablo usual": no se deben autorizar ampliaciones a su presupuesto para el presente ejercicio fiscal ni subsecuentes como resultado de la entrada en vigor del "presente decreto". Con ello, el presidente también se toma la libertad de "abolir", a través de los morenistas y sus allegados del Partido del Trabajo y el Verde Ecologista de México, una de las facultades exclusivas de la H. Cámara de Diputados, que es aprobar el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). Por cierto, el proyecto de PEF 2024 que presente el presidente López Obrador será el último de su cuestionada administración.

Con lo anteriormente dicho, es obvio que la autonomía técnica, operativa y administrativa de la CNSMyA será una falacia, otro sueño guajiro, que supuestamente tendría por objeto hacer efectivo el derecho a la prevención, control y atención de la salud mental y adicciones a la población mexicana, por medio de un modelo comunitario con enfoque de atención primaria a la salud integral, respetando los derechos humanos, la interculturalidad y la perspectiva de género.

Se publican las definiciones de adicción, problemas de salud mental, salud mental, trastorno mental, trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas, supuestamente para "efectos del presente decreto", cuando la Ley General de Salud tiene todo un capítulo y se cita, por ejemplo, el término "salud mental" en 47 ocasiones y el de "adicciones" en 29 ocasiones. Vaya manera de seguir decretando a la ligera.

A quien sea nombrado titular de la CNSMyA por el secretario de Salud, deberá tener título y cédula profesional vigente y experiencia probada de por lo menos cinco años en áreas relacionadas con la salud mental y adicciones. Este es un paso importante, ojalá se respete.

Se le otorgan 26 "atribuciones" al titular, entre ellas la de elaborar y proponer al titular de la Secretaría de Salud la política, las estrategias y los programas de promoción, prevención, atención oportuna, prestación de servicios especializados de recuperación, tratamiento, rehabilitación, capacitación e investigación en materia de salud mental y adicción (consumo de alcohol, de tabaco, de nicotina y de cualquier sustancia que pueda ocasionar un daño a la salud de la comunidad, ¿y la persona?).

Está a cargo de establecer y operar el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones, el cual debe concentrar la información de las instituciones de los tres niveles de gobierno. Pero, sin la participación de personas físicas, morales, de asistencia social y organismos de la sociedad civil, sería un auténtico despropósito si lo que se pretende es saber cómo están funcionando las políticas implementadas. De entrada, cancelaron la Encuesta Nacional de Adicciones el año pasado, este año no se hizo este tampoco y no se percibe que tengan la intención de presupuestarla para el próximo año.

En conclusión, los graves déficits en materia de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental en nuestro país no se solucionarán con esta entidad amorfa, sin autoridad real sobre el resto de las instituciones de la seguridad social y del SS-IMSS-Bienestar, pero sobretodo sin el presupuesto requerido. ¿Qué piensa usted? ¿Cómo podrán, con toda la fuerza del Estado, proveer de entrada los medicamentos esenciales que reclama hoy la gente para atender su salud mental?

79 OTRA MENTIRA MÁS QUE DAÑARÁ LA CALIDAD EN SALUD

03.06.2023 | El pasado 1 de junio, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el "Suplemento del Programa Nacional de Infraestructura de la Calidad 2023," que incluye la cancelación de Normas Oficiales Mexicanas (NOM). A mi juicio, esta decisión carece de sentido y desconoce de manera discrecional los mandatos expresos de la Ley General de Salud (LGS), que menciona las normas en materia de salud en más de 100 ocasiones.

El subsecretario responsable de la propuesta es el Dr. Hugo López-Gatell, quien pretende cancelar NOM relacionadas con temas de gran importancia para la salud de las personas, como el cáncer de mama, el cáncer del cuello del útero y el cáncer de próstata, el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica.

También se incluyen la promoción y educación para la salud en materia alimentaria, la salud escolar, las dislipidemias, las infecciones de transmisión sexual, las enfermedades transmitidas por vector (dengue), la prevención, tratamiento y control de las adicciones, la osteoporosis, la cirugía oftalmológica y la prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad, así como la vigilancia epidemiológica, entre otras.

Alerté en un tuit a las 18:39 horas solo sobre la NOM del cáncer debido a las limitaciones de caracteres, pero puedo aportar en cualquier otra materia. Los hechos son los siguientes: 1) Existe una NOM del cáncer de mama desactualizada; 2) Hay una obligación en la LGS de tener un Registro Nacional contra el cáncer que después de gastar 40 millones de pesos en ello, desaparecieron; 3) Se aprobó una Ley General para la

Detección Oportuna del cáncer en la infancia y la adolescencia el 7 de enero de 2021, pero no ha entrado en vigor por falta de presupuesto; 4) Los proyectos de investigación en cáncer carecen de suficiencia presupuestal; 5) Existe desabasto de medicamentos para tratar el cáncer; 6) Hay una falta de recursos humanos especializados para atender a niños y adultos; 7) Se carece de equipos como mamógrafos y ultrasonidos para la detección oportuna; 8) Los equipos de tercer nivel sofisticados para la atención a menudo no funcionan debido a la falta de mantenimiento; 9) La atención a pacientes con cáncer a través del Fondo Nacional de Salud para el Bienestar ha disminuido un 85% en comparación con el último año del Seguro Popular; y 10) No existen líneas claras de medicina genómica y de precisión para la prevención en las familias.

Imagino situaciones similares en el resto de las NOM que hicieron que el tuit antes citado, publicado a las 18:39, ya tenía más de 400 mil vistas a las 21 horas (y al momento de escribir estas líneas van 2 millones de impresiones).

Por primera ocasión, el responsable de la propuesta de cancelación, López-Gatell, emitió un anuncio a través de un audio a las 22:25 horas con nueve asertos llenos de medias verdades que aquí se llaman mentiras:

"*Se trata de una cancelación inmediata* (aunque no lo cité así)… *esto es evidentemente absurdo, en los libros de texto de medicina se sabe que existen más de 35 mil enfermedades definidas… en ningún lugar del mundo y tampoco en México existen este enorme número de normas oficiales* (aunque no lo cité así)..." "*¿Por qué razón? Porque no se necesita tener normas oficiales para regular la prescripción, la terapéutica y el diagnóstico de cada una de las enfermedades. Desde siempre y hasta ahora, se brinda atención médica de forma integral para cubrir estas 35 mil* (aunque dijo más) *enfermedades y para atender de manera integral a las personas*". Hasta aquí la cita.

Es más que evidente que no existe el tipo de atención al que hace referencia, y es notorio que las va a eliminar. Luego, culpa a los intereses comerciales y corporativos de querer mantener las NOM, suscribo lo dicho, pero quiero enfocarlo: lo importante es la salud de los mexicanos, que debe ser entregada con calidad y calidez. En el último año, ha habido 148 exhortos del Congreso de la Unión a Salud para crear, modificar o actualizar las NOM. No es un tema personal.

Convoco a las Academias, Sociedades, Colegios, Profesionales no solo de la salud, sino también a la sociedad civil organizada, para que abramos un gran diálogo nacional y revisemos qué instrumentos normativos permitirán mejorar la calidad de la atención de la salud pública y de la atención médica en nuestro país. No debemos permitir que esto se convierta en otro acto dictatorial. En los siguientes pasos que faltan para su cancelación formal, participemos activamente, y que la Comisión de Mejora Regulatoria y la CNDH participen activamente en el proceso. ¡A participar activamente!

80 LÓPEZ-GATELL: ATENDEMOS 35 MIL ENFERMEDADES

06.06.2023 | En su declaración del pasado primero de junio, el subsecretario de Salud, Hugo López-Gatell, anunció la cancelación de decenas de normas oficiales mexicanas relacionadas con la salud. Entre otras afirmaciones, mencionó: "*...en los libros de texto de medicina se reconoce la existencia de más de 35 mil enfermedades definidas...*" y añadió: "*desde siempre y hasta el día de hoy, se ha brindado atención médica integral para cubrir estas 35 mil enfermedades, y para atender de manera integral a las personas.*" Llama la atención que no haya mencionado la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que es el estándar

mundial de diagnóstico en el campo de la salud, vigente a partir de enero de 2022. La undécima revisión de la CIE incluye unos 17,000 códigos únicos y más de 120,000 términos codificables, y ahora es completamente digital. Sería beneficioso que López-Gatell nos informara a qué códigos de la CIE-11 corresponden las 35,000 enfermedades que afirma que reciben atención integral, ya que, en mi opinión, esto parece ser una inexactitud.

Los usos de la CIE-11 en español abarcan causas de muerte, atención primaria, registro del cáncer (con codificación de grados y estadíos de cáncer), codificación de enfermedades raras, seguridad del paciente, codificación perinatal y materna, dermatología, documentación del dolor, descripciones clínicas y requisitos de diagnóstico para la salud mental, alergología, reembolso, documentación clínica, diccionarios de datos para las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), documentación digital del estado de vacunación contra COVID-19 y resultados de pruebas, entre otros.

Estimados lectores, la CIE-11 fue diseñada específicamente para los siguientes casos de uso:

certificación y notificación de las causas de muerte; codificación y notificación de la morbilidad, incluida la atención primaria; agrupación de casos y diagnóstico; evaluación y seguimiento de la seguridad, eficacia y calidad de la atención sanitaria; registros de cáncer; resistencia a los antimicrobianos; investigación y realización de ensayos clínicos y estudios epidemiológicos; evaluación del funcionamiento; codificación de las condiciones de la medicina tradicional; norma de interoperabilidad en las directrices digitales de la OMS y para la documentación digital de COVID-19; certificados y documentación clínica. Su uso es imprescindible.
Otro enfoque para cuestionar la afirmación de "atención integral a 35 enfermedades" es rastrear la fuente de financiamiento y su alcance. El Seguro Popular estuvo bajo la administración del gobierno de Morena desde el primero de diciembre de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2019. El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) se expandió de 78 intervenciones médicas en 2004 a 294 en

2019, agrupadas en cinco categorías: prevención y promoción de la salud, medicina general y especializada, urgencias, cirugía general y obstetricia.

Cada una de las intervenciones en CAUSES 2019 incluía pruebas de diagnóstico, como estudios de laboratorio y procedimientos utilizados por los médicos para diagnosticar enfermedades, así como medicamentos de uso flexible, que podían adaptarse a las necesidades de los afiliados al Seguro Popular según el criterio del médico tratante. Además, se enumeraban 633 claves de medicamentos y 37 insumos de salud. Se incluían 65 intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y más de 150 intervenciones del Seguro Médico Siglo XXI. Para garantizar la calidad, se contaba con un apéndice normativo que constaba de 24 normas oficiales mexicanas, 7 guías técnicas y manuales, así como 305 guías de práctica clínica que establecían directrices y recomendaciones basadas en evidencias emitidas por las autoridades competentes.

El apéndice de codificación de claves CIE-10 (diagnósticos) relacionaba 1807 claves de la CIE que se correspondían con las intervenciones de CAUSES. El apéndice de codificación de claves CIE-9MC (procedimientos médicos) incluía 618 claves de la CIE, modificación clínica, que abarcaban los procedimientos médicos generales y de administración de salud relacionados con las intervenciones de CAUSES.

Finalmente, el financiamiento per cápita destinado a la salud en nuestro país disminuyó significativamente debido a las deficiencias del extinto INSABI, lo que resultó en que más de 15 millones de mexicanos quedaran sin acceso a la atención médica.

En conclusión, la atención integral a 35 mil enfermedades parece ser una afirmación cuestionable, y la administración de los recursos de salud plantea serias inquietudes.

ILUSTRACIÓN: “YA NO HAY DESABASTO”

Ya para terminar un sexenio de culpas, excusas y promesas, nos regala una declaración en salud, de carácter polivalente, universal, incuestionable, veraz… y todo lo demás: “ya no hay desabasto”.

Dr. Francisco Javier Domínguez Garibaldi

81 DIABETES: LA BUENA, LA MALA Y LA PEOR

10.06.2023 | "*#LasNOMNoSeEliminan, se actualizan*"
Éctor Jaime

La Parte Buena: Este año, en el Día de la Madre, se publicó una modificación a la Ley General de Salud. Esta modificación tiene como objetivo que las autoridades sanitarias y las instituciones públicas de salud diferencien en el diagnóstico y la atención de los tipos de diabetes, considerando al menos la siguiente clasificación: diabetes gestacional, diabetes Tipo 1 y diabetes Tipo 2. Además, se enfatiza que la Norma Oficial Mexicana (NOM) deberá diferenciar y atender cada uno de los tipos de diabetes. Las disposiciones transitorias otorgan un plazo de 180 días para que la Secretaría de Salud realice modificaciones a la NOM en la materia y demás disposiciones administrativas relacionadas con el diagnóstico y la atención de los distintos tipos de diabetes.

Esta modificación fue el resultado de una iniciativa presentada por la Senadora Alejandra Noemí Reynoso Sánchez y el autor de este artículo, ambos congresistas del Partido Acción Nacional, el 28 de agosto de 2019, en respuesta a la Sociedad Civil Organizada, compuesta por más de 20 asociaciones de lucha contra la diabetes en todo el país, integradas en un movimiento denominado: #PorUnaSola Voz.

El proceso legislativo tomó 3 años y 8 meses. Inició en la cámara de diputados, y el senado, como cámara revisora, realizó cambios y aprobó por unanimidad en diputados. Se logró eliminar el obstáculo que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público había impuesto: no se aprobarán incrementos presupuestales derivados de la entrada en vigor del decreto. El decreto fue enviado al ejecutivo el 28 de marzo de 2023, firmado por el presidente López Obrador el 2 de mayo y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de mayo.

La Parte Mala: La mala noticia se refleja en la creciente cantidad de nuevos casos de diabetes reportados por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE): A nivel nacional (México), se registraron 406,494 casos en el año 2021, 481,755 en 2022 y, hasta la semana 20 de 2023, se reportaron 202,949 casos.

La diabetes, una enfermedad caracterizada por niveles elevados de glucosa o azúcar en la sangre, cuando se presenta por primera vez durante el embarazo, no solo es perjudicial para la madre, sino que también aumenta el riesgo de obesidad y diabetes tipo 2 en el futuro. En México, en el año 2021, se informaron 19,436 casos (1,141 en Guanajuato); en 2022, a nivel nacional, se registraron 23,458 casos (1,424 en Guanajuato) y, en 2023, hasta la semana 20, México registró 9,477 casos (684 en Guanajuato).

En el caso de la diabetes tipo 1, el páncreas no produce insulina, lo que resulta en niveles elevados de glucosa en la sangre. Con el tiempo, estos altos niveles de glucosa pueden causar problemas cardíacos, oculares, renales, nerviosos, dentales y de las encías. Esta forma de diabetes afecta principalmente a niños y jóvenes. En México, en el año 2021, se reportaron 3,251 casos nuevos (126 en Guanajuato); en 2022, a nivel nacional, hubo 4,440 casos nuevos (143 en Guanajuato) y, en 2023, hasta la semana 20, México registró 1,757 casos nuevos (70 en Guanajuato).

En cuanto a la diabetes tipo 2, el cuerpo no produce suficiente insulina o no la utiliza adecuadamente, lo que resulta en niveles elevados de azúcar en la sangre y su acumulación en lugar de ingresar a las células donde se necesita. Esto también conlleva a las complicaciones mencionadas anteriormente. En México, en el año 2021, se informaron 402,973 casos nuevos (14,722 en Guanajuato); en 2022, a nivel nacional, se registraron 477,315 casos nuevos (18,692 en Guanajuato) y, en 2023, hasta la semana 20, México registró 201,192 casos nuevos (7,712 en Guanajuato).

En resumen, la diabetes tiene una alta prevalencia en México, con una tendencia creciente. Más de 13 millones de personas viven con esta condición, y la mayoría son mujeres. Es la segunda causa de muerte (excluyendo la COVID-19) y la principal comorbilidad, relacionada con el sobrepeso y la obesidad. Lamentablemente, solo 2 de cada 10 personas logran mantener un adecuado control de sus niveles de azúcar para prevenir complicaciones. Según estudios de la Fundación Mexicana para la Salud A.C., el costo financiero de la diabetes equivale al 2.25% del Producto Interno Bruto.

La Parte Fea: Lo lamentable es que los datos se obtuvieron del Boletín Epidemiológico, que responde a una obligación establecida en la NOM-017-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica, publicada el 19 de febrero de 2013, y que no ha sido actualizada conforme a lo que exige la Ley de Infraestructura de la Calidad. Además, la NOM-015-SSA2-2010, que regula la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus y fue publicada en noviembre de 2010, tampoco ha sido actualizada. Esta normativa está en peligro de ser eliminada por el Subsecretario Hugo López-Gatell, quien presentó una propuesta que contradice la obligación impuesta en la Ley General de Salud de diferenciar y atender los diferentes tipos de diabetes para mejorar la salud y calidad de vida de los mexicanos.

82 ALGO HUELE MAL EN DINAMARCA

13.06.2023 | *"Aquellos que pretenden saberlo todo y resolverlo todo acaban siempre por matar"*

Albert Camus, 1948

La afirmación del título de esta columna encuentra su origen en la magna obra "La Tragedia de Hamlet, Príncipe de Dinamarca", firmada por el ilustre literato inglés, William Shakespeare, en el año 1601. Este dramático relato se ha alzado como un pilar en la historia de la literatura universal, resonando a través de los siglos. En una escena desgarradora, desplegada en la explanada del majestuoso palacio real de Elsinor, el príncipe Hamlet, protagonista de la obra, escucha a su leal centinela, Marcelo, susurrar una frase destinada a trascender: "algo huele mal en Dinamarca".

Esta línea se pronuncia poco antes de la aparición etérea del espectro de su padre, el rey de Dinamarca, quien se materializa para comunicar a su hijo que ha sido asesinado vilmente por su propio hermano, Claudio, con la finalidad de usurpar el trono y casarse con la reciente viuda. La tristeza que inundó al príncipe Hamlet fue de proporciones oceánicas. "Ojalá mi cuerpo pudiera deshacerse en lágrimas", vociferó, al conocer que su madre se había sumido en un "lecho incestuoso". Fue entonces cuando decidió emprender una venganza contra su tío, el asesino, aparentando sumirse en las profundidades de la locura.

Este acontecimiento trágico en la obra de Shakespeare nos legó la frase "algo huele mal en Dinamarca", utilizada en la jerga política para aludir a los males que asolan a una nación debido a la corrupción y el mal gobierno. En este caso, refleja adecuadamente la delicada situación de salud que se vive en México: "algo huele mal en el sistema de salud de México".

La frase evoca una amarga verdad; un sistema que debería ser el pilar de bienestar y seguridad para los ciudadanos, en cambio, está infectado con problemas sistemáticos y de corrupción, llevando a un deterioro paulatino del bienestar de la población. Tal como Hamlet, la nación anhela desintegrarse en lágrimas por el sufrimiento de su pueblo, buscando una solución a un problema tan arraigado que parece insondable.

El presidente López Obrador, junto con el subsecretario López-Gatell, han tomado decisiones precipitadas que han puesto en riesgo el Sistema Nacional de Salud, una entidad esencial para la vida de 130 millones de mexicanos y de los más de 50 millones de nuestros conciudadanos menos favorecidos que viven en pobreza o pobreza extrema. Sus acciones parecen orientadas a concentrar más poder y reasignar recursos públicos escasos, necesarios desesperadamente para garantizar la salud de los desheredados.

Primero, hubo un desmantelamiento del financiamiento per cápita para atender las enfermedades comunes; luego se afectó el financiamiento para la atención de los niños menores de 5 años; más tarde, la extinción de facto del fideicomiso del fondo de gastos catastróficos, sumando todo, se dejaron de disponer de más de 150 mil millones de pesos. Asimismo, presenciamos la destrucción del sistema de abasto y distribución de medicamentos, con un costo de 550 mil millones de pesos, y la eliminación de la planeación e integración del Sector Salud. Hemos sido testigos de la creación y posterior desaparición del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi) y la creación del SS-IMSS-Bienestar por decreto, sin una planificación clara para la atención de enfermedades de tercer nivel por un lado y la ausencia de coordinación con los demás integrantes del Sistema Nacional de Salud.

Para añadir a esta lista de daños, ha surgido el intento -aún no consumado- de eliminar las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), que se ocupan de afecciones que afectan a millones

de mexicanos como la diabetes, la hipertensión arterial, el cáncer, el sobrepeso y la obesidad, las adicciones y los problemas bucales, entre otros. Parecería que el propósito -austericidio republicano- es evitar proporcionar lo necesario para su atención y evitar que se exija el derecho a la salud.

La frase "Ojalá mi cuerpo pudiera deshacerse en lágrimas", dicha por Hamlet y, seguro estoy, repetida por miles de madres y familias que han visto morir a sus hijos y familiares por la negligencia de la "transformación de cuarta", debe servirnos como un llamado a la acción para evitar la cancelación de estas normas, y oponernos a la injusticia. Debemos escuchar a los más de un centenar de colegios médicos y organismos de la sociedad civil que advierten de enfermedades, muertes y sufrimientos prevenibles si tomamos las medidas adecuadas, incluyendo la actualización de las normas, comprometiendo la educación de los profesionales de la salud y asegurando los recursos humanos, dispositivos y medicamentos necesarios para su cumplimiento efectivo.

La Ley de Infraestructura de la Calidad, fruto de las iniciativas de Ricardo Monreal del partido Morena, Víctor Fuentes del PAN y Miguel Mancera del PRD, se publicó el 1 de julio y entró en vigor el 30 de agosto de 2020. Sin embargo, su reglamento, que debería haber entrado en vigor a más tardar el 26 de febrero de 2021, aún no ha sido publicado. Tampoco se ha lanzado la plataforma tecnológica integral de infraestructura en calidad, cuyo plazo máximo era el 21 de agosto de 2021. En medio de esta opacidad e incertidumbre jurídica, la cancelación de las NOM se ha vuelto una verdadera preocupación. Indudablemente, "algo huele mal en Dinamarca", un país que nos prometían emular en materia de salud.

Estimados lectores, aprendamos de la historia como advirtió Albert Camus al lamentar los excesos de la política dictatorial: "¡siempre acaban por matar!". Hago un llamado a la acción.

83 ¡NORMAS O PLOMO!

17.06.2023 | Cada día, sin saberlo, nuestros niños podrían estar jugando con un enemigo silencioso e invisible. Se trata de un elemento tóxico que penetra en sus pequeños cuerpos, causando estragos en su desarrollo cerebral y físico: el plomo. Este metal pesado, escondido en objetos cotidianos como pintura, juguetes e incluso agua potable, está afectando de manera alarmante a nuestros hijos.

Lo más aterrador del plomo es su sutileza. A menudo, las consecuencias de su intoxicación no se hacen evidentes hasta que los daños son irreparables. Nuestros niños pueden estar sufriendo problemas de aprendizaje, trastornos de comportamiento e incluso daños neurológicos, sin que nosotros, como padres y cuidadores, nos demos cuenta de que la fuente de su padecimiento es, en realidad, un envenenamiento lento.

El plomo, una vez ingresado al organismo, se aloja en los huesos, causando estragos permanentes. Conduce a un sinfín de trastornos, desde hipertensión y enfermedad cardiaca hasta efectos perjudiciales en los recién nacidos y las embarazadas. En resumen, no existe un nivel seguro de plomo para nuestro organismo.

Las fuentes de plomo en México son diversas, incluyendo industrias, reciclaje de baterías de automóviles y pinturas. Sin embargo, la principal proviene de la loza artesanal de alfarería tradicional, utilizada comúnmente en la preparación, servicio y almacenamiento de alimentos. Afortunadamente, existen alfareros dedicados a la producción de loza tradicional sin plomo. En un hecho histórico, México ha logrado estimar la cantidad de niños menores de cinco años que sufren intoxicación por plomo: 1.4 millones, según la Encuesta Nacional de Salud publicada en 2020. Este dato no es solo un número; refleja la magnitud de una problemática si-

lenciosa pero devastadora que amenaza a nuestros niños y niñas, minando su inteligencia, aprendizaje, desarrollo motor y control emocional.

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) representan un mecanismo crucial para proteger a la población y, en especial, a nuestros niños de la exposición innecesaria al plomo. Desafortunadamente, nos enfrentamos a un retroceso alarmante: el 28 de febrero de este año, la autoridad de Salud publicó en el Programa Nacional de Infraestructura de la Calidad 2023 la propuesta de cancelación o modificación de varias normas cruciales para controlar esta crisis.

Se cancelaría la norma de límites al uso de compuestos con plomo (NOM-004). Igual suerte tendrían la modificación para actualizar según las evidencias científicas recientes la norma para métodos de prueba de laboratorio (NOM-117), la de índices biológicos de plomo en trabajadores (NOM-047) y la que determina los niveles de plomo en la población general no ocupacionalmente expuesta (NOM-199).

Igualmente, se cancelarían la modificación de la norma sobre los niveles permisibles de plomo en productos de alfarería (NOM-231) en donde quedaría eliminado el uso de plomo, y la norma de etiquetado de pinturas, que incluiría el plomo (NOM-003). La justificación que se da es que las modificaciones no consideran las "capacidades con las que se cuenta para su debido cumplimiento y contribución al desarrollo económico y protección de los objetivos de interés público". Sin embargo, ¿no es de interés público proteger la salud de nuestros niños? ¿Por qué no se plantea una ruta para adquirir dichas capacidades en el corto plazo y cumplir con la obligación del Estado? La justificación es realmente absurda.

El camino a seguir es incierto, pero lo que sí es seguro es que nos quedaremos con normas obsoletas y con argumentos que ignoran las necesidades actuales. La preocupación crece al

considerar el daño irreversible que sufren nuestros niños y el incumplimiento de las responsabilidades de aquellos encargados de proteger nuestros derechos.

Es imperativo que recordemos: la intoxicación por plomo es completamente prevenible. Dejemos de ser espectadores y tomemos acción, porque la salud de nuestros niños y el futuro de nuestro país están en juego.

Es hora de exigir normas actualizadas y efectivas. Porque nuestros niños no pueden esperar.

Mientras tanto, seguimos siendo la voz de los cientos de miles de profesionales de la salud y de los organismos de la sociedad civil relacionados con la atención médica en todo el país. Ayer, solicitamos a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la oficina regional a cargo del Dr. Juan Manuel Sotelo, quien de manera atenta leyó el oficio entregado de propia mano enfrente de nosotros, donde expresamos el daño que se puede hacer al cancelar las normas, y se comprometió a revisarlo con el equipo de expertos de la OMS y dar una respuesta sobre las acciones que tomarán. Les mantendré informados.

84 COVID-19: EL PLAN DE VACUNACIÓN EN MÉXICO FRENTE AL RIGOR CIENTÍFICO DE LA FDA

20.06.2023 | "*La ciencia no conoce país, porque el conocimiento pertenece a la humanidad y es la antorcha que ilumina el mundo*"

Louis Pasteur

Desde la irrupción de la COVID-19 en México, el plan de vacunación ha operado bajo el oscurantismo de una gestión sanitaria que, con Hugo López-Gatell a la cabeza, ha manejado a su criterio el bienestar de los mexicanos. El esquema de quién y qué vacunas recibirán los ciudadanos para la próxima temporada invernal ya ha sido decidido por este "estenógrafo insensible" y su estela de cientos de miles de muertos, optando por la vacuna cubana Abdalá, solo aprobada por él y la Cofepris (Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios).

Las decisiones del "estenógrafo arbitrario" López-Gatell parecen ignorar la evidencia científica y el impacto real en la salud de la población. Continúa recibiendo "cheques en blanco" sin exigencias por parte del Consejo de Salubridad General para el "Plan de gestión a largo plazo de la COVID-19", lo que no augura nada bueno. Mientras tanto, en Estados Unidos, el Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC, por sus siglas en inglés) se reunió el pasado 15 de junio para debatir y hacer recomendaciones sobre la selección de cepas para las vacunas COVID-19 actualizadas para la campaña de vacunación 2023-2024.

El VRBPAC, compuesto por expertos independientes, asesora a la FDA sobre amplios temas científicos y específicos para guiar decisiones basadas en la ciencia disponible. A diferencia de México, en Estados Unidos, las discusiones son completamente transparentes, con materiales de la reunión y videos de las sesiones disponibles al público, incluyendo posibles conflictos de interés de los participantes.

Para emitir su voto, los asesores de la VRBPAC estudiaron la epidemiología actual de la pandemia de COVID-19 y las variantes del SARS-CoV-2. Discutieron la elección de un linaje XBB específico para su inclusión en la formulación de las vacunas COVID-19 2023-2024 en los Estados Unidos. El comité decidió, por unanimidad, actualizar la vacuna de COVID-19 en anticipación de la temporada de enfermedades respiratorias 2023-2024.

La decisión de actualizar la vacuna, según Maria Zoco y Kateline Jetelina, se basó en evidencia que muestra que el SARS-CoV-2 muta aproximadamente dos veces más rápido que la gripe. Afirmaron que es normal actualizar una vacuna cuando el virus que combate muta rápidamente. Esto contrasta con la situación en México, donde la vacunación sigue un camino monovalente, basado en la cepa original, que ha demostrado ser ineficaz contra la variante predominante Ómicron XBB.

En resumen, para el otoño, se anticipa una vacuna de COVID-19 actualizada en los Estados Unidos dirigida a la variante Ómicron XBB. En México, a pesar de la mutación acelerada del virus, sólo se ofrecerá la vacuna monovalente Abdalá contra la cepa original. La gran incógnita que permanece es: ¿quién será elegible para la nueva vacuna en los Estados Unidos? Para nuestro querido México, la pregunta debería ser: ¿cuándo seguiremos su ejemplo? La contrastante gestión de la pandemia en ambos países pone de manifiesto la necesidad de un enfoque basado en la ciencia y la transparencia para garantizar la salud pública. El bienestar de los ciudadanos debe ser el eje principal en la toma de decisiones, y ello implica seguir de cerca las mutaciones del virus y adaptar las medidas sanitarias en consecuencia. El oscurantismo y la negación de la evidencia científica solo conducen a un camino de incertidumbre y riesgo.

Como sostiene Louis Pasteur, el conocimiento pertenece a la humanidad, y como tal, debería ser la guía para iluminar el camino a seguir. La transparencia y la consulta a expertos en la materia no solo son necesarios, sino fundamentales en la lucha contra esta y cualquier otra pandemia.

Mientras los Estados Unidos se preparan para una vacuna actualizada en otoño, dirigida a la variante Ómicron XBB, en México nos enfrentamos a la incertidumbre de una estrategia de vacunación que no ha evolucionado con la misma agilidad que el virus. En el país, la pregunta pendiente es: ¿Cuándo

seguiremos su ejemplo y adaptaremos nuestras estrategias a la cambiante realidad de la COVID-19? Por el bien de nuestros ciudadanos, esperamos que sea pronto y desde el Congreso de Unión, este escribidor insistirá en que así sea.

85 MÉTRICAS QUE IMPORTAN PARA LA ACCIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN

27.06.2023 | *"Lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre"*
Lord William Thompson Kevlin

¿Cuáles son las métricas que verdaderamente importan para la acción en salud de la población? ¿Cuál es el estado actual de uso, investigación y los efectos de estas métricas en todos los niveles del ecosistema de salud? ¿Cuáles son los métodos para evaluar la eficacia de las métricas y las estrategias de implementación que permitan su uso para la rendición de cuentas y la transparencia? ¿Cuál es el estado de la ciencia y la práctica en los determinantes sociales específicos de la salud que son relevantes para la equidad en salud, como el poder comunitario o el compromiso cívico? Estas son preguntas que rondan en las academias nacionales de muchos países, incluyendo el nuestro.

Traigo estas preguntas a colación porque hace unos días se presentaron en la revista Salud Pública de México un editorial, una presentación y treinta y un artículos de investigación resultantes de la métrica en salud realizada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) continua 2022, los cuales describiré de manera sucinta para ver si nos conducen, al menos, a responder si nos llevarán a la acción en salud para la población.

El Dr. Eduardo Lazcano, director del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), menciona en la presentación que la ENSANUT es un proyecto emblemático no solo del INSP, sino también de la Secretaría de Salud de México. Este proyecto permite conocer el estado de salud y las condiciones nutricionales de los diversos grupos que conforman la población mexicana, a través de datos actualizados anualmente, lo que nos ayuda a comprender mejor el panorama de la salud poblacional en nuestro país.

Según Lazcano, en un futuro cercano, la Encuesta debe contribuir no solo a la descripción de las necesidades de salud de nuestro entorno, sino también a la generación de información útil en el marco de la transformación del Sistema Nacional de Salud. Además, se enfocará en caracterizar el perfil de los usuarios de las diversas instituciones de seguridad social, especialmente en relación con la atención primaria de salud, y en la caracterización de un nuevo perfil de la transición demográfica y de riesgos, incluyendo la violencia urbana. A partir de la presentación de los resultados de la ENSANUT 2022, cada una de las secciones incluidas en esta encuesta se publicará en la revista Salud Pública de México como parte de un proceso de revisión por pares. También se llevará a cabo un taller con diversos expertos de los Institutos Nacionales de Salud y de los Hospitales de Alta Especialidad de México, con el objetivo de maximizar su interpretación, realizar un análisis conjunto y emitir recomendaciones de política pública. El Dr. Lazcano concluye reconociendo a los participantes en la ENSANUT Continua 2022 y afirma, al igual que el autor de este artículo, que los resultados presentados en este número de Salud Pública de México son una herramienta invaluable para el sistema de salud y la toma de decisiones en beneficio de la población mexicana.

Las preguntas para el Dr. Lazcano serían las siguientes: ¿Por qué la editorial de los primeros resultados analizados no fue realizada por el Dr. Jorge Alcocer Varela, titular de la Secretaría de Salud y responsable de las políticas públicas?

¿Cuánto costó realizar la encuesta y quién la financió? ¿Por qué no se consideran para el taller de expertos a todos aquellos que forman parte del Sistema Nacional de Salud en los términos del artículo 5º de la Ley General de Salud? Y, como pregunta genérica, casi ninguno de los 31 artículos hace referencia a las políticas públicas, ya sea normativas o programáticas (presupuestales), utilizadas en los últimos años. ¿Podríamos saber si las decisiones tomadas han sido correctas y, en caso contrario, qué más se debería hacer para llevarnos a la acción a favor de la salud individual y colectiva?

En cuanto a la editorial del director del IMSS y presidente del OPD SS-IMSS-Bienestar, solo se puede obtener un análisis sucinto (por no decir mediocre) y descriptivo de los principales hallazgos enunciados por los investigadores que exploraron la base de datos de la ENSANUT Continua 2022. Además, se ofrece como segunda ilusión, en lugar de la INSABILINA (que fue muy mala medicina, con un fracaso monumental del INSABI), su modelo de atención de primer nivel llamado MAS Bienestar, el cual pretende atender con menos recursos a más mexicanos (77 millones). Zoé Robledo menciona la experiencia del IMSS desde 1954, cuyo modelo, por cierto, no es el MAS Bienestar ni el modelo SABI (INSABI). Sería bueno preguntar al director del INSP si es posible estimar, aunque con una muestra probabilística más completa para estos fines, si los fracasos de políticas públicas evidenciados en casi todas las métricas de salud (diabetes, hipertensión, sobrepeso y obesidad, adicciones, intoxicación por plomo entre otras) en la mencionada ENSANUT 2022 ocurrieron únicamente en los beneficiarios del INSABI y del programa IMSS-Bienestar, o también incluyeron a los derechohabientes del exitoso IMSS que presume. En ningún momento Zoé Robledo expresa un gramo de autocrítica en su editorial con respecto, por ejemplo, a las fallas en la cascada de atención médica y medicamentos, donde más del 13% de sus derechohabientes (cientos de miles) acudieron al sentirse enfermos al sector privado, costeando de sus menguados bolsillos la atención que requerían. Sustento que está muy distraído el director del IMSS por sus intereses y compromisos políticos.

Recomiendo, estimados lectores, no dejarse llevar por las ilusiones del MAS-Director, ya que faltan tan solo 64 días para que el presidente López presente su último paquete fiscal para el año 2024. Será entonces cuando apreciaremos con claridad si, como ha sido hasta ahora, solo se prometen mejoras en salud con palabras, pero no se destinan los recursos necesarios. Sobre todo, es vital para los más pobres y desposeídos, quienes, según el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C., requerirían más de 350 mil millones de pesos en el escenario menos deseable. Esperemos y veamos el Proyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) 2024 a principios del mes de la Patria. Veremos...

86 INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SALUD: INNOVACIÓN Y PRIVACIDAD EN JUEGO

01.07.2023 | "*Este artículo fue escrito por ChatGTP con sustento en nuestra iniciativa de Ley y editado por mi*"

Éctor Jaime

Estamos ya navegando entre lo humano y lo digital, marcando a los legisladores la urgencia de regular la inteligencia artificial en la salud. Cada día, más aspectos de nuestras vidas se encuentran inmersos en un maremágnum de datos y algoritmos. La tecnología, y en particular la Inteligencia Artificial (IA), se ha infiltrado en prácticamente todos los sectores de la sociedad.

En medicina, la IA se vislumbra como una herramienta prometedora para optimizar procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, el rápido avance de estas tecnologías puede ir en detrimento de valores fundamentales, como la privacidad y el respeto a

los derechos humanos. Es por ello que el próximo miércoles 5 de julio presento una iniciativa para regular el uso de la IA en el sector salud de México a través de reformas a la Ley General de Salud, una tarea que requiere de nuestra atención inmediata.

Desde hace décadas, la IA ha comenzado a dejarse notar en la medicina, desde sistemas expertos en diagnóstico hasta la interpretación de imágenes médicas, y más recientemente en el análisis de grandes volúmenes de datos de salud. Pero este crecimiento y la utilización cada vez más intensa de la IA en la salud no están exentos de controversia. Algunos cuestionan la eficacia de sus resultados y advierten sobre los riesgos que puede conllevar un uso inadecuado de estas herramientas, tales como diagnósticos erróneos o tratamientos equivocados.

Además de estas preocupaciones, hay un factor clave que no podemos pasar por alto: los datos personales. En este nuevo paradigma, los datos personales se han convertido en el principal insumo para el funcionamiento de los sistemas de IA en salud. Esto incluye no solo información sobre nuestras enfermedades y tratamientos, sino también sobre nuestro genoma. Este tipo de información, considerada sensible, debe ser tratada con especial cuidado para prevenir su uso indebido. Es esencial recordar que los datos personales son esenciales para nuestra identidad y dignidad como individuos. Un manejo inadecuado de estos datos puede llevar a violaciones de la privacidad, discriminación e incluso a la difusión de desinformación. Por eso, la regulación debe garantizar la seguridad y protección del paciente, así como la de sus datos personales relacionados con su salud y su genética.

La propuesta de Ley la elabore junto con Carlos Arias Guzmán, Sergio Arias Franco y la revisión de Mónica Vargas Jiménez de la Fundación Miguel Estrada Iturbide. Tiene como objetivo principal promover la protección de los datos personales relacionados con la salud de las personas que se utilizan en los sistemas de IA. Busca, además, garantizar la transparencia

y la equidad en el uso de estas tecnologías, promoviendo una IA con capacidad de respuesta y sostenible. El objetivo final es garantizar que la IA se utilice de manera segura, eficaz y ética en el ámbito de la salud.

Además, la iniciativa propone que los desarrolladores y proveedores de sistemas de IA tengan la obligación de incorporar mecanismos que garanticen la protección de datos personales sensibles, así como registrar sus sistemas ante la autoridad sanitaria federal. Asimismo, se establece que la Secretaría de Salud debe emitir normas para los sistemas de información de registro electrónico, garantizando la seguridad de la información y los datos personales sensibles contenidos en los expedientes clínicos electrónicos. La Inteligencia Artificial ha llegado para quedarse, y con ella viene un sinfín de oportunidades para mejorar y transformar la salud. Sin embargo, no podemos olvidar que, si no se manejan correctamente, estas mismas herramientas pueden convertirse en amenazas para la dignidad humana, la privacidad y los derechos de las personas. Esta es la razón por la cual debemos establecer un marco regulatorio claro, que permita el desarrollo y uso de la IA en la salud, garantizando al mismo tiempo la protección y seguridad de los datos personales de los pacientes.

A medida que avanzamos en esta era digital, es vital garantizar un equilibrio entre la adopción de estas nuevas tecnologías y la protección de los derechos fundamentales de las personas. Esto no es solo responsabilidad de los desarrolladores de tecnología o de las autoridades de salud, sino que es un esfuerzo conjunto que implica a todos los actores de la sociedad. Juntos, podemos garantizar que el futuro de la salud no solo sea más eficiente y preciso, sino también más humano.

Espero que esta iniciativa sea el primer paso hacia la creación de un marco regulatorio que proteja a los ciudadanos en la era digital, y que invite a todos a participar activamente en las discusiones sobre cómo queremos que sea nuestro futuro. Les invito a conocer la iniciativa el próximo miércoles en nuestras redes sociales.

87 CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL: ¡CON LA CUCHARA GRANDE!

04.07.2023 | "1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país" Art. 73 f. XVI, Carta Magna, El Consejo de Salubridad General (CSG) es una institución que debería ser plural y velar por la vida y la salud de millones de mexicanos. Estas son las facultades extraordinarias que otorgó el Constituyente Permanente en 1917.

Sin embargo, el gobierno federal ha actuado de manera contundente al eliminar de su seno a instituciones, incluyendo docentes, investigadores y científicos, como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Politécnico Nacional (IPN) y la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), entre otras diecinueve. ¿Cuál es el objetivo detrás de esto? Mantener el control del organismo, incluyendo los titulares de la Secretaría de la Defensa Nacional y de la Secretaría de Marina.

El CSG tiene antecedentes en las siguientes instituciones:

El protomedicato (1628 a 1831), que supervisaba el ejercicio de la medicina y su enseñanza, inspeccionaba boticas, coordinaba la higiene pública y la policía médica para hacer frente a las epidemias.

La Facultad Médica del Distrito Federal (1831 a 1841), que aplicaba exámenes a especialistas de la salud y profesionistas para recertificación, conformada por 12 personas. El Consejo Superior de Salubridad (1841 a 1865), la principal instancia rectora de la medicina del México del siglo XIX.

El Consejo Central de Salubridad (1865-1868), instaurado durante el Imperio, con cuidado exclusivo de la higiene pública y la policía médica.

El Consejo Superior de Salubridad (1868 a 1917), que retomó su denominación de 1841 y prácticamente todas sus facultades.

El Consejo de Salubridad General (1917 a la fecha), institución sanitaria con facultad jurídica para emitir disposiciones y normas de observancia general y obligatorias en el país en el caso de epidemias graves o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país.

¿Cómo llegó el gobierno federal a centralizar todos los poderes extraordinarios? Le comento que solo le llevó ¡cuatro días! y sin cambiar la Constitución. El 25 de abril, el guanajuatense Emmanuel Reyes Carmona presentó una iniciativa para modificar la Ley General de Salud para regular el sistema de salud para el bienestar ante la Cámara de Diputados. De manera sucinta, la exposición de motivos de la iniciativa señala las verdaderas intenciones: "como autoridad sanitaria constitucional, se reconfigurarán sus funciones normativas, consultivas y ejecutivas, así como su integración, armonizando sus funciones con aquellas que se encuentran previstas en otros ordenamientos. Esto fortalecerá la 'rectoría de la Secretaría de Salud' en materia de salud pública, al definir los alcances de la salud pública y consolidar la estructura y funcionamiento de un 'Sistema Nacional de Salud Pública, estableciendo los mecanismos jurídicos que aseguren que las determinaciones de la Secretaría de Salud en la materia sean vinculantes para cualquier institución del Sistema Nacional de Salud."

La iniciativa se aprobó ese mismo instante y sin modificar una "coma", ausente el proceso deliberativo (estudio, análisis y dictaminación en comisiones), sin más trámites que la votación de los legisladores de Morena, Partido del Trabajo

y Partido Verde Ecologista de México. De las 46 páginas registradas en el Diario de los Debates de esa sesión, ni Emmanuel ni nadie más del partido en el gobierno mencionó la modificación artera para anular la pluralidad y la ciencia en el seno del CSG reformando los artículos 15 y 17, dejando en sus términos el artículo 16 que señala que la organización y funcionamiento del CSG se regirá por su reglamento interior, que formulará el propio Consejo y que someterá a la aprobación del Presidente de la República para su expedición. Igual suerte corrió la minuta en el Senado de la República, aprobándose en sus términos el 28 de abril, turnándola al Ejecutivo federal, quien la publicó el 29 de mayo en el Diario Oficial de la Federación (DOF). Es decir, les llevó ¡ocho veces más! en tiempo publicar la reforma en el DOF que el tiempo que llevó el trámite en ambas Cámaras. Esto me recuerda al Lic. Porfirio Muñoz Ledo, a quien desde el micrófono de la Presidencia se le oyó exclamar a sus entonces correligionarios de Morena: "¡Chin... a..., ¡qué manera de legislar!". Esta historia continuará...

88 MAGNUS SER, ALDIM Y ENFERMEDADES RARAS

08.07.2023 | Este sábado, 8 de julio de 2023, la Universidad Magno presentó el programa "Magnus Ser" ante diversas organizaciones civiles en nuestra ciudad. Esta iniciativa busca promover la colaboración, el servicio, el apoyo y la atención profesional como medio para desarrollar competencias de responsabilidad social entre los estudiantes de todos los niveles del Sistema Magno.

El programa implica la realización sistemática de actividades en beneficio de poblaciones vulnerables a través de conve-

nios suscritos con diversas organizaciones civiles en el estado de Guanajuato. Estas actividades pueden variar desde trabajo colaborativo y comunitario hasta donaciones en especie o dinero, así como la organización de eventos benéficos.

Además, "Magnus Ser" brindará a los alumnos la oportunidad de realizar prácticas profesionales y servicio social educativo o profesional. Un ejemplo de ello es la alianza estratégica que se ha iniciado con la Asociación Leonesa para la Distrofia Muscular (Aldim), beneficiando tanto a los pacientes vulnerables como a los estudiantes de fisioterapia, quienes seguirán educándose con valores y servicio.

Aldim es una asociación sin ánimo de lucro dedicada a apoyar a pacientes con distrofia muscular, fundada por Germán Pérez Castillo y Carmen Santillana hace más de tres décadas. Actualmente, Carmen López Santillana lidera la organización y se prepara la tercera generación para continuar esta noble causa.

La distrofia muscular, una condición que afecta la debilidad muscular y puede empeorar con el tiempo, se compone de más de 30 enfermedades genéticas. Algunos tipos pueden afectar también otros órganos. Dos de los tipos más conocidos son la distrofia muscular de Duchenne y la distrofia muscular de Becker.

El diagnóstico de estas enfermedades se realiza mediante la historia clínica, exámenes físicos, análisis de sangre y orina, biopsias musculares, electromiografía y pruebas cardíacas, entre otras herramientas. Aunque no existe cura para la distrofia muscular, se emplea una combinación de terapias físicas y ocupacionales, atención respiratoria, terapia del habla, dispositivos de asistencia y medicamentos para retrasar el daño muscular y minimizar los síntomas. En algunos casos, pueden ser necesarias cirugías para tratar condiciones asociadas. Durante mi participación, destacamos la colaboración entre una institución educativa enfocada en el saber ser, convivir,

hacer y conocer, y la visión de educar en valores y servicios con responsabilidad social. “Magnus Ser” ya colabora con diversas organizaciones en nuestra ciudad, como Aldim, Casa Hogar Loyola, Amigos del Down, Casa Primavera, Amigo Daniel, Fundación María Luisa, CRIT Irapuato y Alegra Casa Hogar Salamanca, ejemplificando ciudadanía al servicio de los más vulnerables.

La reunión culminó con un proceso de “networking” donde las organizaciones e instituciones comenzaron a reconocerse mutuamente, lo que resultará en beneficios para personas y estudiantes en formación. ¡Felicidades a “Magnus Ser” y a todas las Organizaciones de la Sociedad Civil participantes!

Así como la distrofia muscular, que requiere recursos considerables para su diagnóstico oportuno, tratamiento temprano y rehabilitación adecuada, existen más de 5,000 enfermedades raras reconocidas por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). En México, solo veinte de estas recibieron financiamiento en los últimos 20 años a través del extinto seguro popular, sin financiamiento adicional en los últimos cinco años. Aunque el gobierno ha “reconocido” las más de 5,000 enfermedades registradas en la CIE-11 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), carece de los recursos básicos, como el tamiz metabólico ampliado, incluso para realizar diagnósticos. Esta falta de acción es lamentable y deshonrosa. En marzo del 2022, presentamos una iniciativa de Ley para garantizar la atención integral de niños, incluyendo aquellos con enfermedades raras, en atención al interés superior de la niñez. Esto implica la aplicación de pruebas de tamizaje ampliado, tamiz metabólico ampliado y cuidado de la salud visual, además de acceso a tratamientos e intervenciones médicas necesarias. Lamentablemente, el gobierno federal bajó el dictamen en plena sesión dictaminadora.

Continuaremos insistiendo en el acceso efectivo a la salud.

89 UN CLAMOR POR LA LIBERTAD SANITARIA

11.07.2023 | "*En México, una dictadura sanitaria ha echado raíces, extendiendo su manto de opresión sobre la población*"

Éctor Jaime

La actual administración ha convertido al Consejo de Salubridad General (CSG) en el búnker ideológico de la posverdad, desde donde se impondrán, sin trabas, las políticas sanitarias para someter al sistema nacional de salud, a las entidades federativas, a los municipios y a los ciudadanos a sus caprichos visionarios sobre la salud nórdica. Esto se ha materializado a partir de la reforma de la Ley General de Salud (LGS), publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 30 de mayo de 2023.

Como ejemplo reciente, expondré lo ocurrido con las enfermedades raras y los medicamentos huérfanos:

El 30 de enero de 2012, se publicó en el DOF la adición del artículo 224 Bis que cita: "Medicamentos huérfanos: A los medicamentos destinados a la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades raras, las cuales tienen una prevalencia de no más de 5 personas por cada 10,000 habitantes". El artículo 224 Bis indicaba que la Secretaría de Salud implementaría las medidas necesarias para impulsar y fomentar la disponibilidad de los medicamentos huérfanos, haciéndolos asequibles para la población. Además, mencionaba que la Secretaría de Salud podría emitir recomendaciones a los Institutos Nacionales de Salud para la investigación y el desarrollo de medicamentos efectivos. El segundo transitorio señalaba que los recursos serían asignados en función de los ingresos disponibles, el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH).

Pasaron cinco años para que el CSG comenzara a trabajar en esto, definiendo en 2017 el acuerdo, reglamento, lineamientos y criterios de inclusión para la priorización de las Enfermedades Raras (ER) y el mecanismo de financiamiento a través del Fondo de Gastos Catastróficos del Seguro Popular, comenzando con catorce ER, incluyendo Mucopolisacaridosis y Enfermedad de Gaucher, entre otras.

Para 2018, se reconocieron seis ER adicionales, llegando a un total de veinte ER reconocidas y financiadas. Sin embargo, para 2022, no hubo cambios en la lista. Bajo el gobierno de López Obrador, solo tres ER fueron consideradas procedentes, dos estaban en trámite y tres se consideraron no procedentes. El pleno del CSG nunca se reunió para aprobar estos cambios.

En la tesis de Jesús Díaz Calvillo, titulada "Los ocho millones de olvidados: la omisión del Gobierno mexicano en el registro de pacientes con enfermedades raras," se documenta la resistencia y el activismo del subsecretario Hugo López-Gatell para bloquear el censo de las ER, incluso despidiendo al secretario del CSG y poniendo uno a su favor. López-Gatell argumentó que las ER estaban ligadas a intereses particulares que distorsionaban las responsabilidades institucionales.

El 29 de mayo de 2023, se publicó una reforma en el DOF al artículo 224 Bis, modificándolo para agregar que los medicamentos huérfanos serían dirigidos hacia las ER reconocidas en el país o por organismos internacionales de los cuales el Estado mexicano es parte. Sin embargo, no se mencionó ninguna política pública de financiamiento para garantizar el acceso a estos medicamentos.

El 29 de junio, el CSG publicó en el DOF el "Acuerdo por el que se reconocen las enfermedades raras incorporadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades emitida por la Organización Mundial de la Salud," que incluye más de 5,500 enfermedades. Se exhortó a las dependencias y

entidades del Sistema Nacional de Salud a fortalecer la atención primaria a la salud, proporcionar acceso a servicios de calidad y fortalecer los esquemas de información y capacitación. Sin embargo, la reforma eliminó toda la normatividad creada desde 2017 y resguardó expedientes administrativos por motivos de seguridad nacional.

Es importante señalar que la última reforma no abordó el financiamiento necesario para garantizar el derecho a la salud de las personas con ER ni la obligatoriedad del tamiz metabólico ampliado capaz de reconocer al menos 68 ER. Este esfuerzo ha sido bloqueado durante la actual administración.

Se hace un llamado a elevar la voz en defensa de la libertad sanitaria, a no permanecer en silencio y a demandar una rectificación urgente. Se propone el diálogo y la colaboración como instrumentos esenciales para encontrar soluciones que respeten la salud y las libertades individuales. Es crucial que el CSG convoque a una mesa de diálogo con expertos en salud, sociedad civil y ciudadanos para construir un sistema de salud equitativo y respetuoso.

Finalmente, se insiste en que el diálogo, la colaboración y el respeto deben convertirse en pilares irrompibles en México para que la libertad no sea usurpada y se deje un legado de defensa de la salud y la libertad para las futuras generaciones.

90 LA SOLEDAD, UN PROBLEMA DE SALUD

15.07.2023 | "*La soledad puede ser una bendición o una maldición. Depende de cómo la enfrentes y qué hagas con ella*"
Virginia Woolf

Hace unos días se publicó un editorial en la revista Lancet que pone el foco en la soledad, que no es nueva, pero parece estar ganando atención como un problema social y de salud. Hace un recuento por ejemplo que en el Reino Unido y Japón nombraron ministros de salud de la soledad en 2018 y 2021, así como que el ministro de salud de los Estados Unidos calificó que la soledad es tan dañino para la salud como estar fumando hasta 15 cigarrillos por día.

La pandemia de COVID-19, que requirió períodos de distanciamiento físico y cambió la forma en que muchos estructuraron su vida laboral, ha puesto en primer plano el problema de la soledad. Los daños a la salud son claros. Las conexiones sociales deficientes se asocian con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, enfermedades infecciosas, deterioro de la función cognitiva, depresión y ansiedad.

La Soledad (Loneliness en inglés) aparece como encabezado mayor (MeSH) en la biblioteca Nacional de Medicina desde el primero de enero de 1991, teniendo como definición "El estado de sentirse triste o abatido como resultado de la falta de compañía o estar separado de los demás". En años previos también fue visto como "asilamiento social" de 1973 a 1990; "memoria de hogar, ansiedad, separación" de 1975 a 1997; y emociones de 1963 a 74. Haciendo la búsqueda bibliográfica con los mejores estándares de la medicina basada en evidencias (revisiones sistemáticas y metanálisis), es clara la preocupación de los investigadores a nivel mundial sobre el tema: de 12 estudios publicados en 2019, pasaron a 31 (2020), 36 (2021), 62 (2022) y 27 en lo que va de este año.

Nuestro entorno físico, dictado por la planificación urbana, puede impedir la conexión social si no permite las interacciones y el compromiso. El trabajo remoto se ha vuelto más común, lo que dificulta establecer conexiones significativas con colegas. El uso de las redes sociales, con sus promesas de unir a las personas, se ha asociado con mayores sentimientos de desconexión social. La austeridad, la pobreza, el racismo y la xenofobia generan inequidad y sentimientos de exclusión. Las tendencias sociales hacia el individualismo, a expensas del colectivismo y el sentimiento de pertenencia, corren el riesgo de aumentar los sentimientos de soledad. Por ello señalan que es necesario fortalecer y ampliar nuestra comprensión de la soledad.

Mencionaré cuatro de las conclusiones que obtuve de estudios publicados este 2023:

La soledad se correlaciona con el suicidio, y el conocimiento de esta asociación podría ayudar en la identificación de individuos suicidas o con alto riesgo de comportamiento suicida. Los estudios futuros deberían centrarse en la soledad y su relación con la ideación suicida en personas con diferentes trastornos de salud mental y personalidades.

Cómo influye la experiencia de la soledad en el bienestar de los jóvenes ilustra que es un proceso evolutivo complejo influenciado por factores relacionales y ambientales y hay factores que promueven una menor experiencia de soledad y mejor bienestar en futuras etapas de la vida. Por ejemplo, el acceso reducido o limitado a grupos de amigos o compañeros tiene un costo psicológico para los jóvenes provocando síntimas de mala salud mental, como ansiedad y depresión, exitiendo una necesidad urgente de centrarse en el bienestar emocional de la población joven.

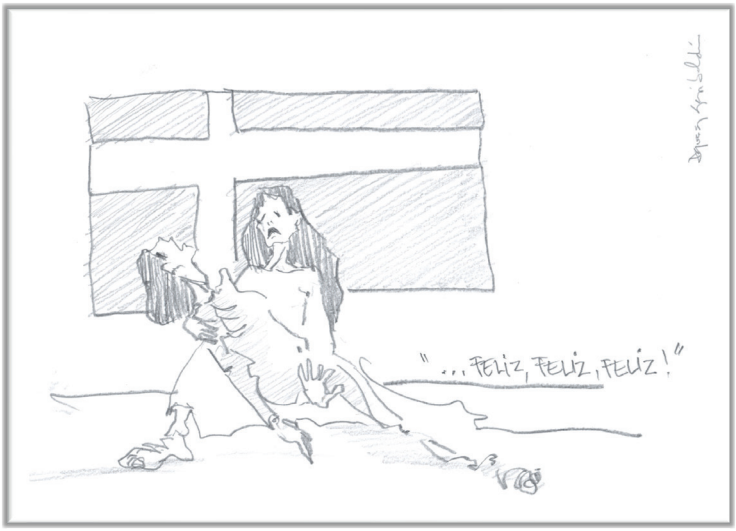
La asociación de la soledad y el aislamiento social con la mortalidad por todas las causas entre 11,713 adultos mayores mexicanos de 50 años o más, 707 (6%) no sobrevivieron,

el 42% presentó soledad y el 53% se clasificó como aislado social. El aislamiento social, pero no la soledad o su interacciñon, sde asoció con la mortalidad por todas las causas en este grupo de edad. Este hallazgo puede ayudar a orientar posibles intervenciones futuras que ayuden a mejorar la salud mental en adultos mayores de un país altamente colectivista.

Utilizando la escala de soledad (social y emocional) se Jong Gierveld en adultos mayores mexicanos cognitivamente intactos de 60 años o más mostraron que la mayoría de los participantes con una puntuación baja en síntomas depresivos y/o con una puntuación alta en apoyo social pertenecían al grupo "Sin soledad". Esta escala ya en español puede ser un instrumento útil para aquellos estudiosos en la salud de los adultos mayores y la intervención temprana según los hallazgos encontrados.

Por ahora, quizás la contribución más útil que un profesional de la salud puede hacer para aliviar la soledad -además de pensar en ella- es tener una interacción significativa con un paciente. Establecer una conexión, aunque sea brevemente, podría marcar la diferencia, concluye la editorial y la suscribo yo.

ILUSTRACIÓN: “FELIZ, FELIZ, FELIZ!



Y termino, cobijando con la bandera que fue su promesa, en una alegoría por demás demostrativa y que representa a todos los que han sufrido la perversidad de este homínido: “ha cumplido, el pueblo está…feliz, feliz, feliz”.

Dr. Francisco Javier Domñínguez Garibaldi

91 UN SEXENIO DE ACCESO ACELERADO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

18.07.2023 | *"La atención primaria de salud es donde se gana y se pierde la batalla por la salud humana"*

Dr. Tedros Adhanom

"Access Accelerated" (AA) un colectivo pionero de compañías líderes en el campo biofarmacéutico y de ciencias de la vida, dedicado a abordar la creciente crisis mundial de enfermedades no transmisibles (ENT), anunció el lanzamiento de su informe de seis años: "Lecciones clave para promover el acceso a la atención de las ENT: colaboración, conectividad, comunidad".

Este informe histórico, presentado oficialmente durante un evento paralelo a la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) el 23 de mayo, destaca los resultados, el impacto y las lecciones aprendidas de la iniciativa entre 2017 y 2022. Sirve como una retrospectiva que muestra historias de éxito, desafíos y una visión necesaria para el futuro.

Estimados lectores, el documento y las experiencias de éxito citadas en estas noventa y dos páginas no tienen desperdicio, especialmente en cuanto a sus tres ejes clave: colaboración, conectividad y comunidad. A través de esta columna, pretendo visibilizar que es posible avanzar más rápidamente y de manera efectiva en nuestro país, donde la encuesta nacional de salud y nutrición 2022 documentó que las ENT representan el desafío de salud más importante a resolver.

A continuación, destacaré algunos puntos del problema y las propuestas de solución presentados por los asociados de este colectivo en sus propias palabras: el mundo, incluyendo México, se enfrenta a una cascada de crisis globales. Una de ellas es la creciente carga de las ENT, que a menudo no solo se ve eclipsada sino exacerbada por otros desafíos globales,

como ocurrió con la COVID-19. Las ENT representan una amenaza grave y creciente para las economías, los sistemas de salud y la equidad en salud, especialmente en los países de ingresos medianos y bajos, donde las personas tienen el doble de probabilidades de morir a causa de estas enfermedades.

Varios gobiernos, incluido el de México, han reconocido la amenaza que representan las ENT para el avance social y económico, y han logrado algunos avances importantes. Sin embargo, la acción y la financiación globales no han alcanzado lo necesario para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Señalan que cada inversión es importante, pero estos tiempos exigen una acción colectiva, coordinada y sostenida a nivel local, regional y global, diseñada para fortalecer los sistemas de salud y apoyar a las personas que viven con ENT.

Es por eso que AA se fundó con la creencia de que la acción colectiva nos permitirá avanzar hacia el logro de los ODS y reducir la carga de las ENT, incluyendo a México. Como socios estratégicos de Access Accelerated durante los últimos seis años, City Cancer Challenge, presente tanto en nuestro país como en Guanajuato (mi tierra natal), NCD Alliance, PATH, el Banco Mundial y la Federación Mundial del Corazón han aprovechado décadas de experiencia en ENT para priorizar soluciones escalables y localmente adecuadas que nos permitan alcanzar nuestras metas de salud compartidas.

Desde 2017, han trabajado con un espíritu de asociación proactiva, confianza mutua y aprendizaje continuo para construir sistemas de salud con el objetivo final de lograr la cobertura universal de salud (CUS). Están convencidos de que enfrentar los desafíos que plantean las ENT requiere soluciones que combinen los recursos, la experiencia y los talentos de las partes interesadas relevantes, y se encuentran comprometidos a continuar mejorando la atención en todos los

países que aceptan la colaboración, como Kenia y Colombia. El apoyo de AA ha facilitado inversiones que han fortalecido la respuesta a las ENT en muchos frentes, desde la defensa global hasta el bienestar del paciente. Han fomentado iniciativas sólidas que son escalables y que apoyan el cambio sostenible en los países donde trabajamos, como se aprecia en el informe. Es importante destacar que, a través de una financiación flexible, su capacidad para responder ágil y oportunamente ha sido fundamental para adaptarse a cambios importantes, como una pandemia mundial.

Cambiando de la primera persona del singular (yo) a la primera persona del plural (nosotros), podemos afirmar que nuestros esfuerzos colectivos nos han demostrado lo que se puede lograr cuando todos trabajamos juntos: se puede avanzar en la política de atención médica, mejorar la salud de las personas afectadas por ENT y prevenir muertes innecesarias. A través de su apoyo, AA ha generado un impulso que esperamos continúe resaltando el poder de las inversiones para fortalecer los sistemas de salud y las iniciativas locales. Junto con los países y las partes interesadas locales, continuaremos luchando para mejorar la vida de las personas que viven con ENT mientras trabajamos hacia 2030.

Concluyo enfatizando que el núcleo del esfuerzo de AA radica en el reconocimiento de que ninguna organización o gobierno puede lograr esto por sí solo. Debemos trabajar colectivamente, en colaboración entre el sector público, la sociedad civil y el sector privado, compartiendo aprendizajes, experiencias, conocimientos, habilidades y recursos para impulsar alianzas multisectoriales que generen un cambio real y duradero en la forma en que respondemos a las ENT en México. Esta tarea puede convertirse en uno de los desafíos fundamentales del próximo sexenio de la República.

92 MEDICAMENTOS Y PROMESAS VACÍAS: NI 'CHANA' NI 'JUANA' HAN CUMPLIDO

22.07.2023 | La expresión popular "ni Chana ni Juana" califica una acción que no es ni una cosa ni la otra. En el contexto de las políticas sanitarias en México, esta frase cobra relevancia. Desde la perspectiva del Gobierno de Morena, se prometió, a través del Plan Nacional de Desarrollo (PND), la implementación de un plan integral de salud para aquellos que no están afiliados al IMSS o ISSSTE.

Se crearía el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi), al que llamaré "Chana", para garantizar que, para 2024, todos los habitantes de México pudieran recibir atención médica y hospitalaria gratuita. Incluido en estos servicios estaría el suministro de medicamentos, materiales de curación y exámenes clínicos.

La travesía de Chana es bien conocida: surgió en 2019 por reforma a la Ley General de Salud, comenzó sus operaciones en 2020 con fondos públicos inferiores a los que disponía el Seguro Popular, de las entidades federativas y del bolsillo de los más desfavorecidos. Sin embargo, fracasó y fue enterrada, simbólicamente vestida de Morena, el 29 de mayo de este año. El motivo de su prematuro final es evidente: Chana no cumplió con lo prometido, causando frustración y angustia en la población. La muerte de Chana refleja el mayor fracaso de las políticas gubernamentales de esta administración de cuarta, llevando dolor, muerte y mayor pobreza a las y los mexicanos sin seguridad social.

"Juana", por otro lado, surgió hace más de 30 años como el programa "IMSS-Bienestar", una iniciativa del IMSS para proporcionar un paquete básico de servicios de atención médica en las áreas rurales con fondos públicos. A raíz de la

agonía primero y luego, desaparición de Chana, el inquilino del palacio decretó en agosto de 2022 la "transformación" de lo que era un programa institucional a una nueva entidad pública descentralizada: "Servicios de Salud IMSS-Bienestar".

A pesar de la transformación, se sigue llamando "Juana". Sin embargo, las promesas de servicios regulares del IMSS y la prisa por que las entidades federativas le entreguen sus propiedades, personal y recursos, son engaños, lo primero y voracidad por fortalecer el monopolio de estado, lo segundo, porque, en realidad, Juana contará con los mismos recursos que Chana, recursos que han disminuido año tras año desde 2019 por el austericidio republicado puesto en la reforma de la Ley General de Salud y por el saqueo del Fondo Nacional de Salud para el Bienestar. Este déficit ha generado una escasez de medicamentos, personal e infraestructura. Por tanto, parece improbable que Juana pueda cumplir donde Chana falló. Mientras tanto, los mexicanos seguirán sufriendo las consecuencias en su salud y en sus bolsillos.

Un ejemplo de las deficiencias de Juana es el informe que recientemente presentó a la Cámara de Diputados sobre su ejecución presupuestaria la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. En él se refleja una caída del 16.6% (4,967 millones de pesos) en el gasto público destinado a la salud en 2023 en comparación con el mismo periodo de 2022. Esta reducción corresponde a los recursos que la Secretaría de Salud gestiona a través de Juana y que también se envían a las entidades federativas. La disminución más notable se ha observado en los recursos destinados a salud pública, que incluye el programa Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral, lo que indica una reducción del 47.8% en mayo de 2023 en comparación con el mismo mes de 2022. Esencialmente, casi se ha recortado a la mitad el presupuesto destinado a la población más vulnerable.

Estos subejercicios del gasto son la clara evidencia de que el gobierno federal con Juana sigue experimentando y engañando, y no podrá implementar los servicios de atención médica ofrecidos en el PND para garantizar el derecho a la salud.

Además, las entidades federativas se quedan sin dinero para la salud, no les está llegando el presupuesto federal. Por entidad federativa, destaca la caída de los recursos para Colima con una caída del -95.7%, comparando 2023 con el año 2022; Ciudad de México de -57.1%; Estado de México de -32.1%; Chiapas del -31.7%, Campeche del -31.7%, y los estados de Quintana Roo, San Luis Potosí, Veracruz, Yucatán, Morelos y Tlaxcala tienen en promedio una caída de -30%. En el resto de los estados, las caídas fueron entre el 8.8% y el 30%.

Concluyo que ni "Juana ni Chana" tendrán los medicamentos para la población. Por ello debemos alzar la vista al Frente Amplio por México, una iniciativa construida por la sociedad civil y los partidos políticos de oposición. Regístrate y participa el 3 de septiembre en la jornada cívica inédita para que juntos construyamos el México y la Salud que merecemos.

93 EL INFARTO AL CORAZÓN EN MÉXICO: UN RETO NACIONAL URGENTE Y LA RUTA HACIA LA SOLUCIÓN

25.07.2023 | "*Cuida tu corazón, porque de él mana la vida*."
Proverbios 4:23

"Muere corredor no inscrito durante el medio maratón de la Ciudad de México" fue el encabezado que me envió el Dr. Francisco Javier Marín Gutiérrez, médico especialista

en medicina interna y maestro en teoría cardiovascular, el martes 18 de julio.

A continuación, me envía un artículo médico publicado y mensajes cortos: "el nivel de medicina prehospitalaria", "Pobres los enlaces de las sociedades de cardiología con los diferentes deportes masivos que estimulan ganancias con una pobre cultura de la evaluación, y el atleta es el que paga", "Por qué no se ofrece asesoría", "Código infarto no funciona, las evaluaciones son mortalidad a 30 días". Le dije, ¿por qué no escribes tus preocupaciones y hacemos visible el tema? Aquí lo redactado en conjunto, estimados lectores.

La cardiopatía isquémica en su variante infarto agudo al miocardio (IAM) es la principal causa de muerte en el mundo, a la cual se atribuyen tres de cada diez muertes. Sin embargo, para México, el escenario es más complejo, puesto que se estiman cuatro de cada diez muertes por IAM. En la última estadística publicada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) sobre el tema, en el indicador de mortalidad a 30 días por IAM, nuestro país ocupa el último lugar, con un 27.5%, mientras que el promedio de países de la OCDE fue del 6.6% (2021).

Dentro de las mediciones de mortalidad a 30 días posteriores a la hospitalización del IAM, se evalúan las características del proceso de atención médica: la referencia oportuna de los pacientes a los centros especializados, la efectividad de las intervenciones coronarias realizadas y, como punto final, el seguimiento especializado posterior al egreso del paciente, exclusivamente por médicos cardiólogos.

El artículo que me envió Javier, "Long distance transport for primary angioplasty vs immediate thrombolysis in acute myocardial infarction. Final results of the randomized national multicentre trial - PRAGUE -", dentro de los criterios de inclusión tenía como requisito que la referencia a los centros de angioplastia fuera máximo de 120 km por vía terrestre.

En México, esto se vuelve crítico; por citar un ejemplo, en Querétaro no se cuenta con servicio de Hemodinámia en el IMSS, por lo que los pacientes son referidos al servicio de cardiología de la unidad médica de alta especialidad (UMAE) Siglo XXI en la CDMX, con una distancia de hasta 218 Km, prácticamente el doble de distancia de lo recomendado, lo que empeora el pronóstico de sobrevida al IAM.

Asimismo, posterior al intervencionismo, los pacientes sobrevivientes son regresados a los hospitales de segundo nivel, donde las citas externas de cardiología tienen una espera que varía de una semana hasta meses en algunas entidades federativas, con lo cual se pierde el requerido seguimiento posterior al intervencionismo coronario por IAM.

El éxito del manejo oportuno en IAM es alrededor del 90%, sin embargo, el resto, un 10%, evolucionarán irremediablemente hacia el choque cardiogénico, que aún en centros de alta complejidad fallecen ocho de cada diez. Para tratar el choque cardiogénico con éxito, se requiere de atención de alta complejidad en unidades de cuidados cardiovasculares, escasas en nuestro país, para disponer de dispositivos de asistencia ventricular como el balón intraaórtico de contrapulso u otros que permitan el soporte mecánico ventricular hasta la recuperación del enfermo o bien, pasados los treinta días, someter al enfermo a trasplante cardiaco con pocas probabilidades de ocurrencia, pues, por ejemplo, solo se hicieron 42 en todo México en el año 2022.

En resumen, en México estamos en riesgo de perder una batalla crucial: la del infarto al corazón. Para combatir esta amenaza, debemos fortalecer las medidas de promoción de la salud, prevención, atención médica y rehabilitación. Pero, ¿cómo podemos revertir esta situación? Necesitamos una hoja de ruta multifacética que incluya acciones a varios niveles.

Primero, debemos intensificar nuestras acciones de promoción de la salud y prevención. Esto significa educar a la población sobre los factores de riesgo del infarto al corazón, como la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo, el sedentarismo y la obesidad. También debemos promover estilos de vida saludables, como una dieta balanceada, el ejercicio regular y la eliminación del consumo de tabaco. Los médicos, por su parte, deben recibir una formación adecuada para detectar a tiempo los factores de riesgo en sus pacientes y actuar en consecuencia.

En segundo lugar, necesitamos mejorar la atención médica. La referencia oportuna de los pacientes a los centros especializados es crucial para aumentar las posibilidades de sobrevivencia. Los hospitales y clínicas necesitan tener los equipos y profesionales adecuados para atender a estos pacientes de manera oportuna y efectiva. Debemos trabajar en crear una red de atención de emergencia que pueda atender a los pacientes en cualquier parte del país, sin importar las distancias.

Además, debemos hacer todo lo posible por mejorar la colaboración entre las diferentes instituciones de salud. Actualmente, la falta de convenios de colaboración entre las diversas instituciones (IMSS, ISSSTE, Pemex, SEDENA, SEMAR) dificulta la atención oportuna y efectiva de los pacientes. Es necesario trabajar en establecer mecanismos de colaboración para aprovechar mejor los recursos disponibles y proporcionar una atención más rápida y eficaz a los pacientes.

En tercer lugar, es fundamental fortalecer la rehabilitación. Los pacientes que sobreviven a un infarto necesitan un seguimiento estrecho y una rehabilitación adecuada para prevenir complicaciones y otro infarto. Esto requiere una mayor inversión en servicios de rehabilitación, así como una mayor capacitación para los médicos en este campo.

Finalmente, pero no menos importante, necesitamos aumentar el número de cardiólogos en el país. Actualmente, México cuenta con solo 0.8 cardiólogos por cada 1,000 habitantes. Esta cifra es insuficiente para atender a nuestra población. Necesitamos invertir en la formación de más especialistas y en incentivos para atraer a los cardiólogos a las áreas donde más se necesitan.

Estas medidas, aunque ambiciosas, son necesarias para cambiar el rumbo de la batalla contra el infarto al corazón en México. Debemos afrontar este desafío con determinación y con un espíritu de colaboración entre todos los actores implicados: los médicos, los pacientes, las instituciones de salud y el gobierno. Solo así podremos ganar esta batalla y garantizar un futuro saludable para todos los mexicanos.

94 MUERTE DOMÉSTICA Y CUIDADOS DE SOPORTE

29.07.2023 | Durante la Edad Media existía la llamada "Muerte doméstica", según relatan Ignacia del Río y Alejandra Palma. El moribundo, consciente de su próximo deceso, invitaba a sus seres queridos a reunirse alrededor de su lecho y realizaba el llamado "rito de la habitación". Todos participaban de esta particular ceremonia dirigida por quien se encontraba próximo a morir. En esto consistía la "buena muerte", en aquella que ocurría junto a sus seres queridos y que era anticipada por el moribundo, pudiendo este disponer de tiempo para preparar sus asuntos personales, sociales y espirituales.

Hasta el siglo XIX, el alivio de los síntomas fue la tarea principal del tratamiento médico, ya que las enfermedades

evolucionaban básicamente siguiendo su historia natural. Durante el siglo XX, la medicina cambió de orientación, concentrando sus esfuerzos en descubrir las causas y curas de las enfermedades.

En la actualidad, la medicina está orientada fundamentalmente a prolongar las expectativas de vida de la población más que velar por la calidad de esta. La visión integral del paciente ha sido reemplazada por la aplicación sistemática de tratamientos indicados por especialistas diferentes, segmentando al enfermo en parcelas y provocando, a veces involuntariamente, el llamado encarnizamiento terapéutico.

Desde la década de los sesenta, se originan en Inglaterra movimientos que nacieron de la reacción de pacientes graves incurables y de sus familias, que tenían como objetivo mejorar el apoyo dado a enfermos en fase terminal. Surgiendo allí el origen de los cuidados paliativos y de soporte, como son conocidos en la actualidad.

Los cuidados de soporte son el cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes, y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales.

El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Lo interesante es que muchos de los aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos, como por ejemplo, entre otros, aquellos padecimientos que provocan dolor crónico que llega a ser incapacitante.

Esta semana participamos en un foro legislativo para analizar la continuidad y avances de las políticas públicas, legislación y presupuesto para medicina del dolor, paliativa o cuidados de soporte en nuestro país. Comunicaron en mi panel su

visión científicos mexicanos preclaros como la Dra. Ma. Del Rocío Guillén Núñez, presidenta del consejo consultivo de la Asociación Mexicana para el estudio y tratamiento del dolor; el Dr. Ricardo Plancarte Sánchez, fundador de los cuidados paliativos en México y miembro de la Academia Nacional de Medicina; y el Dr. Guillermo Aréchiga, pilar fundamental en Jalisco y coordinador de la especialidad en medicina paliativa y del dolor de la Universidad de Guadalajara.

Comunidades de organizaciones civiles, prestadores de servicio médico, formadores de recursos humanos, expertos en bioética, investigadores e industria también se dieron cita en otros paneles.

Los documentos de trabajo, propuestas y aportaciones serán canalizadas en documentos para los diferentes tomadores de decisiones, primordialmente a aquellos que aspiran a puestos de elección popular en los tres niveles de gobierno y a los que desempeñan actualmente el servicio público o privado en la prestación de servicios profesionales de la salud, formadores e industria.

Muy enriquecedora fue la jornada de trabajo de cuatro horas que está grabada en el Senado de la República, junto con las ponencias y documentos, habiéndose instalado la comisión para dar seguimiento a lo ahí expuesto.

En mi participación expuse los avances legislativos desde el Consejo de Salubridad General y el Congreso de la Unión desde que propuse junto con otros legisladores y se incorporó a la Ley General de Salud en 2009 que la atención integral del dolor fuera materia de salubridad general y la inserción de todo un título sobre cuidados paliativos en situación terminal.

Solicitamos a la Senadora Néstora Salgado -quien dio su testimonio vivencial de la utilidad de los cuidados de soporte- que las minutas pendientes de dictaminación en la Cámara Alta ya fueran dictaminadas y aprobadas en beneficio

de todos aquellos niños o adultos que requieren desde medicamentos en dosis relativas a su peso y edad, hasta redes integradas de atención desde el hogar a los hospitales.

De las estadísticas de defunciones 2022 del INEGI resalté que 411,803 defunciones (49%) sucedieron en la casa, contra 332,318 ocurridas en hospitales públicos y privados. Además, no contaron con atención médica 116,627 compatriotas.

¿Será que ellos eligieron la muerte doméstica? ¿No habrán querido la atención médica? ¿Habrán fallecido sin dolor y rodeados del amor de su familia con paz espiritual? ¿Tendrían medicina de soporte y cuidados paliativos en su caso? ¿Usted qué piensa?

95 LACTANCIA MATERNA: HACIA UN FUTURO MÁS SALUDABLE

01.08.2023 | *"La leche materna es el primer alimento, la primera medicina y el primer amor de un niño"*

Éctor Jaime

Las evidencias de las encuestas nacionales de salud y nutrición en México para los años 2021 y 2022 son contundentes: solo el 34% de las niñas y los niños menores de seis meses recibieron lactancia materna exclusiva (LME); el 27% no recibió LME durante los primeros tres días de vida y fue alimentado con fórmula comercial infantil (FCI) u otro líquido. Las conclusiones indican que las prácticas de alimentación infantil en México deben– de FCI y promuevan un entorno laboral, social y político propicio para la lactancia materna y el cuidado infantil. De esta manera, madres, padres y cuidadores podrán adoptar prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria adecuadas.

La lactancia materna es una práctica ancestral y fundamental para el desarrollo saludable de los bebés y la protección de su bienestar a lo largo de la vida. A lo largo de los años, la sociedad ha tomado conciencia de la importancia de esta práctica, y en ese sentido, México está dando un paso significativo para favorecerla mediante la propuesta de una modificación en la Ley General de Salud, que estamos presentando hoy legisladoras y legisladores de diferentes partidos políticos en la Comisión Permanente del Congreso de la Unión, con la intención de regular y restringir la promoción y comercialización de sucedáneos de la leche materna destinados a lactantes.

Nuestra iniciativa con proyecto de decreto adiciona los artículos 66 bis, 66 bis 2, 66 bis 3 y 66 bis 4 a la Ley General de Salud, marcando un hito en la protección de la lactancia materna en nuestro país. Esta iniciativa representa un avance significativo para garantizar que las madres cuenten con un entorno que las respalde y promueva la lactancia como la opción primordial para alimentar a sus bebés.

El artículo 66 bis establece restricciones claras a las personas físicas y morales involucradas en la producción y/o importación de sucedáneos de la leche materna para lactantes. Se prohíbe la promoción y entrega gratuita de estos productos a profesionales de la salud y a cualquier persona, evitando así incentivos que puedan alejar a las madres de la lactancia materna. La evidencia científica ha demostrado de manera contundente los beneficios de la leche materna para la salud y el desarrollo de los bebés, por lo que esta medida busca proteger el derecho de los lactantes a recibir el alimento más adecuado para ellos.

El artículo 66 bis 2 regula la publicidad y promoción de sucedáneos de la leche materna, prohibiendo cualquier indicio de que estos productos son equivalentes o superiores a la leche materna. Esta disposición pretende eliminar la desinformación que puede llevar a las madres a optar por

alternativas innecesarias y menos beneficiosas para sus bebés. Al prohibir el uso de imágenes, marcas y promociones engañosas, se busca que la lactancia materna sea la opción natural y preferente para todas las madres mexicanas.

Asimismo, el artículo 66 bis 3 aborda las prácticas comerciales en farmacias, autoservicios y puntos de venta, evitando la promoción de sucedáneos de la leche materna en dichos lugares y prohibiendo incentivos a los vendedores para promover su consumo. Esta medida es esencial para crear un ambiente favorable a la lactancia materna, asegurando que las decisiones de compra no se vean influenciadas por intereses comerciales, sino por el bienestar de los bebés y sus madres.

Finalmente, el artículo 66 bis 4 establece que la información proporcionada a profesionales de la salud sobre los sucedáneos de la leche materna debe estar fundamentada en evidencia científica sólida y objetiva. Al fomentar el uso responsable de la información, se protege la integridad de los profesionales y se asegura que las madres reciban asesoramiento adecuado y no sesgado sobre la alimentación de sus hijos.

Este decreto representa un paso adelante en el compromiso de México con la salud y el bienestar de sus ciudadanos más jóvenes y esperamos el respaldo de todos los representantes populares en ambas Cámaras para su aprobación. La lactancia materna no solo proporciona una nutrición óptima para los bebés, sino que también fortalece el vínculo entre madre e hijo y contribuye a la prevención de enfermedades a lo largo de la vida.

Sin embargo, es importante recordar que promover la lactancia materna no se trata solo de implementar leyes y regulaciones; es una tarea de toda la sociedad. Es fundamental que las instituciones de salud y educación brinden información y apoyo adecuado a las madres, y que la sociedad en general respalde y fomente la lactancia materna como una práctica natural y valiosa.

Para lograr un cambio real y duradero, se requiere una inversión continua en programas de educación y concientización, capacitación para profesionales de la salud y el establecimiento de espacios amigables para la lactancia en lugares públicos y de trabajo. Además, se debe promover la creación de redes de apoyo entre madres, donde se compartan experiencias y se brinden consejos para superar posibles obstáculos. En este sentido, la Secretaría de Salud desempeñará un papel crucial al emitir las disposiciones reglamentarias para la aplicación del decreto una vez publicado. Es necesario que estas normativas sean claras, precisas y de fácil cumplimiento, y que involucren a todas las partes interesadas para garantizar su efectividad.

En conclusión, nuestra iniciativa que modifica la Ley General de Salud para proteger y favorecer la lactancia materna en México es un paso significativo en la dirección correcta. Sin embargo, este es solo el inicio de un camino que requiere un compromiso continuo y sostenido de toda la sociedad. La lactancia materna no solo es un acto de amor entre madre e hijo, sino una inversión en el futuro de nuestra nación, en una sociedad más saludable y resiliente. Todos tenemos la responsabilidad de apoyar y proteger este valioso tesoro de la naturaleza.

96 INTERNET EN LA SALUD: REVOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA

05.08.2023 | El Día de Internet 2023, recibimos en el Congreso de la Unión a diversos actores para revisar el estado de las tendencias internacionales y casos de éxito en salud digital. Participaron la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) y la Asociación de Internet MX, quienes

presentaron, en mi opinión, un conjunto de hallazgos alentadores gracias al 19° Estudio sobre los Hábitos de Usuarios de Internet en México 2023.

De manera destacada, los resultados marcaron una transformación digital y social significativa en México, impulsada por la adopción de tecnologías digitales en el contexto de la pandemia.

La digitalización ha permeado todos los aspectos de la vida cotidiana, y la salud no es la excepción. El estudio revela que el 7.7% de los internautas mexicanos utilizan Internet para realizar consultas médicas en línea o telemedicina. Aunque a primera vista este número pueda parecer pequeño, representa a millones de mexicanos que están dando el salto hacia la salud digital.

La telemedicina promete transformar el sector de la salud, permitiendo a los médicos diagnosticar y tratar a los pacientes a distancia, mejorando la eficiencia en la prestación de servicios de salud y ampliando el acceso a la atención médica para quienes viven en áreas remotas o carecen de medios de transporte adecuados. Este potencial es especialmente relevante en México, un país con notables contrastes entre áreas urbanas y rurales.

El estudio también reveló un dato interesante: la creciente popularidad de las aplicaciones de farmacias. En la era del eCommerce, es evidente que los mexicanos buscan la conveniencia de recibir medicamentos y servicios farmacéuticos en la puerta de su casa. Esto no solo reduce las barreras físicas, sino que también aumenta el acceso a los medicamentos necesarios y mejora la eficiencia en el abastecimiento.

El escenario está preparado para la expansión de la telemedicina y la salud digital en México. La digitalización del sector salud puede ser la solución a muchos de los desafíos actuales de la salud, desde las disparidades en el acceso

hasta la falta de profesionales médicos en áreas rurales. Además, la pandemia de COVID-19 ha demostrado que, en situaciones de emergencia, la capacidad de brindar atención a distancia puede ser un salvavidas.

En medio de este panorama prometedor, también existen desafíos a enfrentar. Las preocupaciones de seguridad en línea están en aumento. El robo de datos personales, la invasión a la privacidad y los fraudes son algunos de los temores más mencionados por los usuarios al navegar en Internet.

En el ámbito de la salud digital, estos temores pueden representar un obstáculo significativo para la adopción plena de la telemedicina. Es imprescindible que las soluciones de telemedicina estén respaldadas por infraestructuras de seguridad sólidas que protejan la información sensible de los pacientes y generen confianza.

Es un hecho que la generación digital de México ha abrazado Internet como una herramienta vital en su vida diaria. Ahora es el momento de trascender y llevar estos hábitos a la esfera de la salud, utilizando la tecnología para revolucionar la atención médica y hacerla más accesible y eficiente.

El camino por delante es desafiante, pero la Asociación de Internet MX está comprometida en reducir las brechas digitales y fomentar la educación digital en todo el país. Con el 80.8% de la población de 6 años o más en México siendo usuaria de Internet, el país está preparado para la próxima revolución de la salud digital. Ahora debemos trabajar juntos para que la promesa de la telemedicina sea una realidad y beneficie a todos los mexicanos.

En resumen, el informe de 2023 ofrece una visión optimista del futuro de la salud digital en México en todas las generaciones: la Generación Silenciosa (72+ años), los Baby Boomers (51-71 años), la Generación X (40-51 años), los Millennials (27-39 años) y la Generación Z (15-26 años).

Se ha evidenciado la creciente dependencia de los mexicanos de los servicios en línea, incluyendo la salud, y el apetito por la digitalización en la atención médica. La adopción de la telemedicina y los servicios de salud en línea tiene un enorme potencial para mejorar la atención médica en México. Debemos aprovechar esta tendencia para promover el aprendizaje continuo y el desarrollo de nuevas habilidades y capacidades. Asimismo, debemos explorar modelos y métodos diferentes para adaptarnos a los cambios y utilizar tecnologías emergentes como la inteligencia artificial y la ciencia de datos para aumentar nuestra eficiencia y efectividad.

Sin embargo, también debemos tener en cuenta los desafíos asociados a la seguridad en línea y la privacidad de los datos, y abordarlos con seriedad para fomentar la confianza y la adopción generalizada de la salud digital.

97 CONTRATIEMPOS Y DESAFÍOS EN EL CAMINO HACIA LA SALUD UNIVERSAL EN MÉXICO

08.08.2023 | *"Cada uno es artífice de su ventura."*
Sancho Panza

Ayer, se llevaron a cabo dos eventos relevantes. El primero fue la publicación en la revista Lancet de un artículo titulado "Reveses en la búsqueda de la cobertura universal de salud en México: política polarizada, agitación política y disrupción pandémica," con Felicia Marie Knaul como primera autora, acompañada por 15 coautores, y Julio Frenk Mora como autor senior. Este artículo, de 16 páginas y con 142 referencias bibliográficas, se convertirá en un punto de referencia crucial para comprender los desafíos futuros en la búsqueda de la cobertura universal de salud en el próximo período gubernamental.

El segundo evento destacado fue el panel de discusión sobre el futuro de la salud en México, en el marco de la publicación del artículo mencionado anteriormente, que tuvo lugar en el Tecnológico de Monterrey, Campus México. El panel estuvo coordinado por Guillermo de la Torre, Lusi Alonso Herrera, Mariana Campos, Jaime Sepúlveda, Francisco Moreno, Gustavo Merino y Salomón Chertorivsky.

En resumen, se pueden extraer al menos 20 puntos clave del artículo publicado en la revista Lancet, una publicación científica de gran renombre en el campo de la medicina que celebra su bicentenario. A continuación, se presentan brevemente estos puntos:

20º aniversario del Sistema de Protección Social para la Salud y el Seguro Popular en México.

Impacto positivo del Seguro Popular en la salud de la población y la protección financiera.

Desaparición del Seguro Popular en enero de 2020 y su coincidencia con la pandemia de COVID19.

Necesidad de diseñar reformas sanitarias resistentes a cambios políticos y desastres naturales.

Mejora en el acceso a medicamentos, enfocándose en grupos vulnerables y participación en plataformas de compra regionales y globales.

Expansión de servicios de atención médica, incluyendo telemedicina, ante la creciente carga de enfermedades crónicas.

Portabilidad de servicios entre entidades públicas y privadas para mejorar la eficiencia y cobertura.

Regulación y supervisión de farmacias privadas para evitar la prescripción excesiva y garantizar el acceso a medicamentos esenciales.

Importancia de las iniciativas de seguro de salud a nivel estatal para ensayar proyectos piloto.

Oportunidad de implementar reformas más profundas en el sistema de salud debido a la crisis combinada de la pandemia y cambios en el sistema de salud.

Necesidad de una reforma legal para hacer de la atención médica un derecho social en lugar de basarse en el empleo.

Aumento de fondos públicos para la salud en línea con el promedio latinoamericano.

Separación de financiamiento y entrega de servicios de salud como parte de la reforma operativa.

Mejora de calidad y eficiencia en la prestación de servicios, incluyendo mecanismos de compra transparentes.

Centrarse en el paciente y fomentar la participación en el sistema de salud.

Impacto positivo del Seguro Popular en la salud y protección financiera de la población mexicana.

Lecciones importantes de la eliminación del Seguro Popular para futuras reformas sanitarias.

Peligro de la polarización política en las reformas del sistema de salud.

Diseño de sistemas de salud permeables y adaptables a la innovación y necesidades cambiantes.

Oportunidades para la reconstrucción y reforma del sistema de salud en momentos de crisis sistémicas.

Concluyendo esta reflexión, el Dr. Francisco Moreno, un destacado médico clínico e infectólogo, enfatiza que México enfrenta una crisis sin precedentes en su sistema de salud y necesita un equipo especializado para su recuperación. Asimismo, subraya la importancia de las elecciones futuras en la mejora de la salud del país.

Desde esta columna, envío mis felicitaciones a la doctora Felicia Marie Knaul y a sus colaboradores por su valiosa contribución a la consolidación de la anhelada cobertura universal de salud.

98 LA BUENA SALUD PARECE INALCANZABLE

12.08.2023 | Por segundo año consecutivo, el "Edelman Trust Barometer 2023: Confianza y Salud" evaluó la confianza en nuestro sistema de atención sanitaria, el rol de las instituciones y empresas en la salud de la población, y las actitudes individuales hacia la salud. Los diez hallazgos más significativos en México fueron:

Las desigualdades en salud reflejan desigualdades económicas. Globalmente, quienes tienen ingresos bajos tienen menos oportunidad de disfrutar de buena salud que aquellos con ingresos altos. En México, esta brecha en función de los ingresos es del 22 %.

La inflación impacta nuestra salud. En muchos países, incluido México, la inflación y las restricciones de la pandemia han perjudicado la salud de la población.

El ideal de buena salud parece cada vez más lejano. El 57 % de los encuestados en México siente que hay una brecha entre cómo cuidan su salud y cómo quisieran hacerlo. De este grupo, el 69 % señala el costo de la atención médica como un obstáculo.

La percepción de salud es amplia y multidimensional. El 79 % de los mexicanos considera que la salud física, mental, social y la calidad de su entorno son factores integrantes de su bienestar.

Se espera que todas las instituciones contribuyan a la salud. Además de las entidades de salud, se espera que las empresas de alimentos, tecnología, comercio y finanzas aseguren el bienestar de la población.

La confianza en familiares y amigos en temas de salud crece. La confianza en que estos seres cercanos proporcionen información veraz sobre salud ha crecido 13 puntos en el último año.

Hay un mayor interés por informarse sobre salud. Aun antes de la pandemia, los mexicanos buscan más información sobre salud. El 44 % de los jóvenes entre 18 y 34 años cree que una persona informada puede tener un conocimiento similar al de un médico.

Confianza y buenas relaciones promueven hábitos saludables. Una relación sólida con profesionales médicos y fe en el sistema de salud motiva a las personas a adoptar y mantener hábitos beneficiosos.

Los empleadores son figuras de confianza en salud. Se espera que establezcan políticas para prevenir el agotamiento y que los líderes empresariales promuevan la salud mental.

Las empresas deberían atender factores sociales que inciden en la salud, proveyendo información confiable, abordando

desafíos como el cambio climático y la desigualdad, y potenciando la salud comunitaria.

Un dato destacado es que el 96 % de los encuestados en México relaciona la salud mental con el bienestar emocional; el 93 % vincula la salud física con actividades cotidianas y la ausencia de enfermedades. Es evidente que los mexicanos ahora ven la salud desde una perspectiva más holística.

Retal. El Coneval presentó los datos que sustentan lo dicho en innumerables ocasiones en esta columna: la buena salud de los pobres y vulnerables está cada vez más inalcanzable con SS-IMSSBienestar sin recursos y lleno de ideología. Señala el Coneval que en cuanto al acceso a servicios de salud, las estadísticas muestran un aumento preocupante en la carencia de estos servicios. Entre 2018 y 2022, el porcentaje de personas sin acceso a la salud aumentó del 16.2 % al 39.1 %. Esto se traduce en un incremento de 30.3 millones de personas que carecen de estos servicios, pasando de 20.1 millones en 2018 a 50.4 millones en 2022.

La medición multidimensional de la pobreza en 2022 indica que, ojo, solo el 13.1 % afirmó tener acceso a los servicios de Insabi, que fue creado para ofrecer salud a quienes carecen de seguridad social.

El Cuadro 26B de la misma medición señala que, mientras en 2018 el 42.1 % de la población estaba afiliada al Seguro Popular, para 2022 ese número se redujo al 13.1 %. En cifras absolutas, esto representa una disminución de 35,250,043 personas. En 2018, 52,135,043 personas estaban afiliadas al Seguro Popular y en 2022 solo 16,885,009 tenían derechos bajo Insabi o el Seguro Popular.

Estas estimaciones del Coneval son evidencia clara y contundente del fracaso de las políticas de salud del gobierno actual. A pesar de los recursos invertidos en la atención de las poblaciones más vulnerables, sigue siendo patente la

incapacidad del gobierno para abordar adecuadamente los desafíos de nuestra sociedad. Las familias más desfavorecidas enfrentan ahora un mayor empobrecimiento y carencias crecientes.

El mismo Coneval subraya la preocupación, destacando los desafíos de la persistencia de la pobreza extrema, el incremento en la carencia de acceso a servicios de salud y la alta proporción de trabajadores sin acceso a seguridad social. En el Frente Amplio Por México habrá propuestas para dar Acceso Universal a la Salud.

99 SOBERANÍA Y SALUD: LA POSVERDAD DE LÓPEZ-GATELL

15.08.0223 | "*Los demagogos son maestros de la posverdad*"
RAE

La posverdad es la distorsión deliberada de la realidad que manipula creencias y emociones con el fin de influir en la opinión pública y en las actitudes sociales, según la Real Academia Española de la Lengua.

Hugo López-Gatell Ramírez (HLGR), el artífice del mayor fracaso en salud de que se tenga memoria en nuestro país, ahora se encuentra en auditorios o en autoentrevistas a medida para hablar de su posverdad, como por ejemplo, "Soberanía y Salud", publicada en "sentidocomunmx". En esta pieza, reflexiona en soliloquio sobre la relación entre soberanía y salud, la conexión entre el agua y los refrescos que encarece el primero y su relación con el ejemplo privatizador que nos dejó vulnerables durante la pandemia, así como el monopolio de medicamentos, el modelo privatizador del periodo neoliberal y su confrontación durante la pandemia.

A continuación, presento un decálogo de afirmaciones que considero erróneas o mal fundamentadas en las reflexiones de HLGR a lo largo de su soliloquio:

Comparación incorrecta con los países escandinavos: Aunque la aspiración de un sistema de salud de alta calidad es loable, los contextos políticos, sociales y económicos de México y los países escandinavos son significativamente diferentes. La transferencia directa de modelos de atención sanitaria puede no ser realista ni exitosa, especialmente cuando hay una gran fragmentación y escaso financiamiento.

Falta de reconocimiento del papel de la seguridad social: Los sistemas de seguridad social son una parte integral de los sistemas de atención médica exitosos en todo el mundo, y rechazarlos puede no ser la mejor solución para mejorar el sistema de salud de México.

Desestimación del papel del sector privado: Aunque es válido criticar las deficiencias del sector privado, su rechazo total puede no ser beneficioso. La colaboración público-privada puede ser una herramienta eficaz para mejorar los servicios de salud.

Subestimación del desafío de la desigualdad: Aunque HLGR reconoce la desigualdad económica y social en México, parece subestimar cuán profundamente puede complicar la transición a un sistema de salud equitativo.

Incomprensión de la financiación de los sistemas de salud: La crítica al Seguro Popular por depender de la capacidad de pago de las personas ignora que todos los sistemas de salud requieren contribuciones financieras de alguna forma. Visión sesgada de las asociaciones público-privadas: Su rechazo a la posibilidad de asociaciones público-privadas parece estar basado en una visión ideológica, a pesar de que estas asociaciones han demostrado ser efectivas en muchos otros países.

Falta de detalles sobre la implementación: HLGR no proporciona detalles sobre cómo se llevaría a cabo la transición hacia un sistema de salud al estilo escandinavo, lo que dificulta la evaluación de la viabilidad de su propuesta.

Desprecio por los esfuerzos pasados: Desestimar todos los esfuerzos anteriores para reformar el sistema de salud, como el "Seguro Popular", no reconoce los avances logrados y las lecciones aprendidas, incluyendo las causas del fracaso del extinto "INSABI".

Excesiva atribución de los problemas de salud a la ideología neoliberal: Atribuir todos los problemas de salud de México a la "reestructuración neoliberal" simplifica en exceso los desafíos multifacéticos que enfrenta el sistema de salud del país y justifica el fracaso actual en salud.

Intransigencia ideológica: Su rechazo total a cualquier opción que no sea un sistema de salud totalmente público puede impedir la consideración de soluciones híbridas o mixtas que podrían ser más adecuadas para el contexto mexicano, donde el financiamiento personal y el trabajo no remunerado en hogares en salud representan casi el doble del gasto público en salud.

Dadas las interpretaciones y posibles errores conceptuales del soliloquio de HLGR, si se llevaran a cabo sus propuestas, podrían surgir varias implicaciones para la salud pública de México, que, dicho sea de paso, ya son casi lo ordinario. Aquí menciono algunas:

Ineficiencia del sistema de salud: Al trasladar toda la atención de salud al sector público sin un marco efectivo para la eficiencia y la mejora de la calidad, puede surgir un sistema de salud ineficiente que no logre cumplir con las necesidades de los pacientes.

Falta de recursos: El enfoque hacia un estado monopólico de la salud puede llevar a una escasez de recursos, especialmente en un país con limitaciones fiscales como México. Esto podría resultar en largos tiempos de espera, falta de personal médico y escasez de medicamentos y equipos.

Inequidad en la atención sanitaria: Sin una estrategia clara para abordar la desigualdad, la brecha entre los que tienen acceso a una atención de calidad y los que no, puede aumentar, a pesar de la promesa de universalidad.

Pérdida de innovación: Al rechazar la participación del sector privado, se pueden perder oportunidades de innovación y eficiencia que este sector puede aportar.

Falta de competencia: Un monopolio estatal puede llevar a la falta de competencia, lo que a su vez puede conducir a la falta de incentivos para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Riesgos fiscales: Un sistema de salud completamente estatal puede poner presión en las finanzas públicas, especialmente si el crecimiento económico no es lo suficientemente fuerte para respaldar un gasto creciente en salud.

Falta de preparación para futuras crisis de salud: Sin una estrategia de salud sólida y bien fundamentada, el sistema puede quedar mal preparado para enfrentar futuras crisis de salud.

Pérdida de confianza en el sistema de salud: El fracaso en la entrega de servicios de salud de calidad podría erosionar la confianza del público en el sistema de salud y en el gobierno en general.

Politización de la atención sanitaria: Si las decisiones de política de salud se basan más en ideología que en evidencia, existe el riesgo de que la atención sanitaria se politice, lo que puede perjudicar la calidad y la equidad de la atención.

Negligencia de las necesidades de atención médica a largo plazo:

Centrarse únicamente en la atención médica de emergencia puede llevar a la negligencia de las necesidades de atención médica a largo plazo, como las enfermedades crónicas y la salud mental, que son áreas críticas para la salud pública en México.

En conclusión, la visión de HLGR sobre la soberanía en salud parece más influenciada por la ideología que por evidencias concretas.

100 AGENDA LEGISLATIVA SANITARIA 2023-4

19.08.2023 | Esta semana, las y los legisladores del Partido Acción Nacional celebramos una sesión plenaria en San Miguel de Allende. El objetivo principal fue elaborar la agenda parlamentaria del último año legislativo, que comienza en septiembre de este año y culmina en agosto del próximo. Todo con la visión de defender a México y promover una mayor participación ciudadana.

A raíz del Frente Amplio por México, he recibido mensajes de ciudadanos solicitándome aclaraciones sobre términos que, para los profesionales de la salud, son comunes pero no para la ciudadanía en general. Por ello, he decidido compartir en esta columna algunas de las propuestas de la agenda legislativa sanitaria que presentaremos en el Congreso de la Unión.

El diagnóstico actual indica que en nuestro país, millones de personas no tienen acceso a consultas médicas ni a medicamentos. Esto no es aceptable, ya que todos merecemos un

buen estado de salud. Es esencial que quienes gobiernan y administran recursos se comprometan a garantizar el acceso a servicios de salud.

Queremos que todos tengan la ayuda del médico y medicamentos, como antes con el Seguro Popular. Este seguro ayudaba a muchos, especialmente a los que no tienen otros seguros. Ahora ya son 50.4 millones de personas que no tienen a dónde ir al médico ni medicamentos. Trabajaremos para que todos reciban la ayuda que necesitan.

Buscaremos reformar la OPD-IMSS-Bienestar, donde el personal médico y de enfermería no ha recibido un trato adecuado. Se les ha propuesto firmar contratos que consideran insatisfactorios. A raíz de esto, muchos han protestado públicamente demandando respeto y una remuneración justa. Queremos que el tratamiento de enfermedades graves, como el cáncer, no esté en riesgo debido a cambios en la administración de fondos destinados a la salud. Nuestro compromiso es con la equidad y el bienestar de todos.

Mejoraremos el programa de vacunación. Actualmente, muy pocos niños completan sus vacunas, solo un poco más de 1 de cada 4. Si no vacunamos, enfermedades como el sarampión o la tuberculosis pueden regresar. También, queremos que el grupo encargado de las vacunas en el país trabaje de manera más eficiente. Vamos a trabajar para que haya vacunas para todos y que lleguen a tiempo.

Abogaremos por vacunas contra la COVID-19 seguras y efectivas. Las únicas vacunas disponibles en nuestro país son las cubanas (Abdalá) y una propuesta mexicana (Patria) que han generado escepticismo sobre su eficacia. Nuestro objetivo es garantizar diversas opciones de vacunas que realmente protejan a la población y que estén disponibles en todas las farmacias del país.

Cuidaremos que no se eliminen las reglas de salud que el gobierno anunció que quitaría el 1 de junio de 2023. Estas reglas nos ayudan a saber cómo tratar enfermedades como el cáncer, la diabetes y muchas más. Son fundamentales para los médicos y para toda la población. Nos ayudan a saber qué hacer cuando nos enfermamos y cómo cuidarnos. Si se eliminan estas reglas, mucha gente se quedará sin saber qué hacer si se enferma. Protegeremos estas reglas y el derecho a estar sanos.

Daremos más financiamiento para la salud. El gobierno ha estado reduciendo los fondos para la salud, incluso cuando más los necesitamos por alguna enfermedad grave o cuando faltan medicamentos. Esto no es aceptable. Por eso, queremos asegurarnos de que el financiamiento para la salud no se reduzca y que siempre haya más, incluso cuando los precios de las cosas suban. Así, el financiamiento para cuidarnos estará garantizado y no podrán modificarlo sin razón en el año. Es fundamental que siempre tengamos lo necesario para cuidar de nuestra salud.

Otorgaremos mejores condiciones laborales para los médicos, enfermeras y quienes trabajan en salud. A veces, incluso, no tienen los recursos necesarios para trabajar de manera efectiva y segura, sobre todo con los cambios que están ocurriendo en el SS-IMSS-BIENESTAR. Es esencial cuidar a quienes cuidan de nosotros.

Usaremos la tecnología para ayudar a la gente con su salud. Implementaremos un sistema que permita recibir medicamentos con recetas electrónicas, las cuales se enviarán por teléfono móvil o computadora. Esto evitará la falta de medicamentos y garantizará que todos puedan acceder a ellos. También, se facilitará la comunicación con un médico a través de llamadas telefónicas o videoconferencias, permitiendo recibir atención médica sin salir de casa. Es fundamental que esta tecnología sea segura y que la información esté protegida.

Es importante cuidar nuestra salud con todas las herramientas que tenemos, por ello presentaremos y discutiremos estas iniciativas sanitarias y otras más que les informaré. ¡Contigo, defendemos a México!

101 ZOÉ ROBLEDO: ENTRE LA GESTIÓN EN SALUD Y LAS ASPIRACIONES CHIAPANECAS

22.08.2023 | *"El dolor busca siempre la causa de las cosas, mientras que el bienestar se inclina a permanecer en calma y no volver la mirada atrás"*

Stefan Zweig

Recientemente, el presidente AMLO compartió que Zoé Robledo Aburto ha decidido no contender por la candidatura al gobierno de Chiapas, optando por continuar al mando del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El mandatario detalló que Robledo se acercó a él con la intención de seguir adelante con el proyecto del IMSS, en especial para consolidar el sistema de salud IMSS-Bienestar. Aunque Robledo había expresado su deseo de liderar Chiapas, parece que sus planes han cambiado. Recordemos que hace unos meses comunicó su intención de renunciar al IMSS para postularse como candidato morenista a la gubernatura. No obstante, muchos señalan que aprovechó su posición y recursos institucionales para realizar "giras de trabajo" en su estado natal. De los múltiples viajes que ha realizado, más de 154, un 25% han tenido como destino Chiapas. A pesar de este esfuerzo, parece no haber sido suficiente para concretar sus ambiciones electorales.

Zoé Robledo, nacido en Tuxtla Gutiérrez en 1979, cuenta con una formación académica encomiable: licenciado en Ciencia Política por el ITAM y maestría en Derecho por la UNAM. Su trayectoria política es notable, habiendo sido diputado, senador y desempeñando roles clave en el ejecutivo.

Chiapas, con una población de más de 5.5 millones, es predominantemente rural (51%). A pesar de su rica cultura y recursos, presenta el índice de desarrollo humano más bajo del país (0.696). ¿Y cómo ha impactado la gestión de Robledo y del actual gobierno en la salud de este estado? Los datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), basados en cifras del INEGI y su Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2022, pintan un panorama preocupante: el acceso a la salud en Chiapas ha sido gravemente afectado; los números son desalentadores y la cantidad de chiapanecos sin acceso a servicios de salud ha incrementado alarmantemente en los últimos años.

La población de Chiapas ha sido una de las más afectadas por la desaparición del Seguro Popular, la creación y desaparición del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), la mala coordinación del programa IMSS-Bienestar y ahora con el nuevo SS-IMSS-Bienestar, todo a cargo de Zoé Robledo y sus visitas, cuya misión debió haber sido proveer el acceso a los servicios de salud a los más pobres y como muestro a continuación fue un rotundo fracaso y quizás por ello, perdió su candidatura.

El CONEVAL reportó que la población chiapaneca con carencia de acceso a los servicios de salud en el año 2016 era de 779 mil personas (15%), en 2018 fueron 940 mil personas (17.6%). Ya con el gobierno de la cuarta transformación en 2020 fueron 2 millones 73 mil personas (37.1%) y en 2020 la friolera de 3 millones 764 mil (66.1%) personas a las que se dejó sin los servicios de salud.

En números redondos, las visitas de Zoé Robledo junto con las fallas del gobierno morenista cuadruplicaron (3.76 veces) el número de pobladores chiapanecos a los que les negaron el derecho a la protección de la salud que la carta magna les otorga. Otros estados con gran pobreza también han sufrido de la negligencia cuasi criminal del gobierno federal en materia de salud, y enumero algunos, comparando el crecimiento de 2018 al 2022 reportado con los datos oficiales del CONEVAL: Oaxaca pasó de 651 mil a 2 millones 793 mil personas sin acceso a servicios de salud (4.0 veces más); San Luis Potosí de 251 mil a 992 mil (3.86 veces más); Guerrero de 483 mil a 1 millón 899 mil (3.8 veces más); Tabasco de 299 mil a 652 mil (3.54 veces más); Hidalgo de 439 mil a 1 millón 591 mil (3.49 veces más); Tlaxcala de 179 mil a 620 mil (3.29 veces más) y, por último, Zacatecas de 189 mil a 603 mil (3.14). En otras 16 entidades federativas, la población vulnerada en su derecho a la salud también se duplicó.

En el caso de Chiapas, además, se debe resaltar la alta prevalencia de carencias sociales. Y mientras Robledo promueve una visión idealizada de la salud, la realidad muestra índices como la mortalidad materna que contradicen esta perspectiva.

Un estudio publicado en la prestigiosa revista "British Medical Journal", con datos de la mortalidad materna en México de una década completa, referido en la página 59 del presente artículo, mostró las causas más frecuentes: toxemia (presión alta), 28.5%; hemorragia, 22.1%; causas obstétricas indirectas, 19.3%; otras causas de defunción materna, 16.8%; sepsis 6.2%; embarazo ectópico, molas y otros, 3.7%; aborto espontáneo, 0.5% y aborto inducido, 2.9%.

En una comparación de las características entre Baja California Sur y Chiapas, que tuvo una mortalidad materna siete veces mayor, se encontró que la atención profesional del parto fue de 99.5% vs. 80.8%; la atención obstétrica de emergencia por cada 100 nacidos vivos, de 10.6 vs. 3.1; la escolaridad de la mujer, de 95.8% vs. 79.8%; la disposición de agua potable, de

88.1% vs. 62%; la violencia contra la mujer embarazada, de 16.3% vs. 8.3%; y la fecundidad y postergación de la maternidad, de 2.0 vs. 2.8 hijos. Son notorias, estimados lectores, las desigualdades que conlleva la pobreza, que son, de fondo, causas también de la mortalidad materna, máxime si no hay acceso a los servicios de salud.

Desde esta columna, aporto al visitador Zoé Robledo algunas recomendaciones obvias para disminuir la mortalidad materna de Chiapas: dar acceso efectivo al derecho a la salud; incrementar las visitas al control prenatal y la atención profesional del parto; aumentar el acceso y/o el número de unidades de emergencia obstétrica; expandir el cuidado prenatal especializado para embarazos de alto riesgo y los programas de nutrición para madres malnutridas; coadyuvar con los tres niveles de gobierno en expandir y fortalecer políticas públicas para erradicar el analfabetismo y aumentar los años de educación en la población femenina; por último, aumentar el número de hogares con red de agua potable.

Deseo que esta decisión, forzada o no, de abandonar la carrera por la gobernatura le deje inquieto, pues como sostuvo Stefan Zweig, "es cuando estamos inquietos que podemos mejorar". Zoé Robledo tiene mucho que mejorar en hacer efectivo el derecho a la salud. Que inicie con las entidades que, como su natal Chiapas, son las más castigadas por su gobierno.

102 5TO. INFORME DE GOBIERNO Y EL DEBER SER DEL SISTEMA DE SALUD

29.08.2023 | "*La mentira extiende descaradamente sus alas y la verdad ha sido proscrita*"

Stefan Zweig

El próximo viernes, el Ejecutivo Federal presentará su quinto informe de gobierno y el 8 de septiembre su sexto paquete fiscal. Los anuncios previos al informe que el inquilino del palacio ya tiene en todos los medios de comunicación en materia de salud, atención médica con especialistas y medicamentos son, por decir lo menos, mentiras. Su gobierno ha sido un verdadero fracaso, causando que cientos de miles de mexicanos hayan muerto de manera prematura y que millones de hogares hayan caído en más pobreza por motivos de salud.

Las mentiras del presidente podrán viajar más rápido que la verdad, pero no durarán para siempre; se manifestará la cruda verdad en cada hogar donde haya fallecido prematuramente un familiar o donde hayan vaciado sus bolsillos o perdido sus propiedades para atender a un ser amado.

El próximo domingo, el Frente Amplio por México hará la última consulta ciudadana para saber si Xóchitl Gálvez o Beatriz Paredes encabezan este frente de cara a las elecciones de junio del 2024. También, los del partido en el gobierno y sus rémoras la semana entrante definirán con el dedito del inquilino quién será el que lidere su frente de la cuarta transtornación. La seguridad, la economía y la salud son los temas que más le preocupan a la ciudadanía.

En cuanto a la salud, es un derecho humano fundamental y todos los gobiernos, independientemente de quién lo encabece, tienen el deber de proteger este derecho. La salud no solo se refiere a la ausencia de enfermedad, sino también

al completo bienestar físico, mental y social. A continuación, presento veinte principios del "deber ser" de un sistema de salud:

Universalidad: Toda persona, sin distinción de raza, género, origen, religión o capacidad económica, debe tener acceso a servicios de salud de calidad.

Integralidad: Los servicios de salud deben cubrir tanto la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos en todas las etapas de la vida.

Equidad: El sistema debe garantizar que todos reciban el mismo nivel de atención y que las desigualdades en salud se reduzcan al mínimo.

Calidad: La atención debe ser proporcionada por profesionales capacitados y con recursos adecuados, siguiendo los estándares más altos.

Transparencia: El sistema debe operar con total claridad en cuanto a financiamiento, administración y prestación de servicios.

Participación ciudadana: Los ciudadanos deben tener voz en la formulación, ejecución y supervisión de políticas de salud.

Prevención: Priorizar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades antes que el tratamiento.

Eficiencia: Maximizar el uso de los recursos para ofrecer la mejor atención posible al mayor número de personas.

Innovación: Adoptar y adaptar nuevas tecnologías y conocimientos para mejorar continuamente el sistema.

Educación en salud: Fomentar la alfabetización en salud, para que las personas tomen decisiones informadas sobre su salud y bienestar.

Intersectorialidad: Reconocer que la salud está influenciada por múltiples factores y trabajar en conjunto con otros sectores como educación, economía y ambiente en los tres niveles de gobierno.

Accesibilidad: Asegurar que los servicios estén geográficamente distribuidos de manera que sean accesibles para todos.

Culturalmente apropiado: La atención debe respetar y ser sensible a las diferencias culturales de las personas.

Continuidad: Garantizar que las personas reciban atención continua a lo largo de su vida y en diferentes niveles de atención.

Sostenibilidad: El sistema debe ser financieramente sostenible y estar preparado para responder a las necesidades cambiantes de la población.

Responsabilidad: Las instituciones y profesionales de salud deben ser responsables ante la sociedad por la calidad y eficiencia de la atención

Investigación: Fomentar la investigación para mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios.

Trabajo en equipo: Fomentar la colaboración entre distintos profesionales de la salud para una atención multidisciplinaria.

Ética: La toma de decisiones y la atención en salud deben regirse por principios éticos y valores humanos.

Adaptabilidad: El sistema debe ser capaz de adaptarse a los desafíos emergentes, ya sean enfermedades nuevas, crisis económicas o desastres naturales.

Un sistema de salud ideal debe ser reflejo de los valores y derechos fundamentales de una sociedad. Al garantizar la salud de su población, un país no solo protege un dere-

cho humano fundamental, sino que también invierte en su futuro y bienestar colectivo. Es el deber de todos, desde los responsables políticos hasta los ciudadanos, trabajar juntos para construir y mantener un sistema que cumpla con estos principios

De cara a la última asignación presupuestal, el grupo parplamentario del Partido Acción Nacional continuará la lucha para hacer de la salud un derecho efectivo que tenga los recursos suficientes para contratar médicos, comprar medicamentos y otros insumos para la salud y crear más infraestructura para zonas rurales y hospitales en zonas urbanas. Haremos que el debate en tribuna refleje las tensiones filosóficas profundas sobre el valor, la justicia y el bienestar. No será solo un ejercicio económico o político, sino fundamentalmente ético.

Como sociedad, debemos reflexionar sobre nuestras prioridades y la visión del México que queremos construir, reconociendo que cada decisión presupuestaria es una declaración de nuestros valores y de nuestra humanidad compartida. Les anticipo algunas preguntas de nuestro debate: ¿Cuánto vale la vida humana? ¿Cómo equilibramos las demandas urgentes del presente con la visión a largo plazo de la salud y el bienestar de todos? ¿Es justo que algunos tengan acceso a cuidados de salud de alta calidad mientras otros son excluidos? ¿el bienestar de todos debe verse comprometido por intereses partidistas? ¿Cómo superamos la desincronización entre la urgencia de las demandas actuales y la necesidad de planificar para el futuro? ¿se está considerando realmente el tejido social y la cohesión comunitaria? ¿Un presupuesto que no garantiza la salud eslimitante de la autonomía y libertad individual.

Concluyo conectando la seguridad con la salud. No podemos aspirar a tener una sociedad segura y estable si no garantizamos el bienestar físico y mental de nuestra población. La inversión en salud es una inversión en la paz, la estabilidad y la prosperidad de nuestro país. Abonaremos en debate de cara al Presupuesto de Egresos de la Federación 2024 por

un sistema de salud que refleje este entendimiento y que priorice la seguridad y el bienestar de todos los ciudadanos. ¿Usted qué piensa?

103 GUARDIA NACIONAL DE LA SALUD

26.08.2023 | "*Una única muerte es una tragedia, un millón de muertes es una estadística*"

Iósif Stalin

La inesperada pérdida de un mexicano a causa de la COVID-19 dejó a su familia devastada: una esposa viuda, tres hijos huérfanos y tres nietas privadas del amor que solo un abuelo puede ofrecer. Para mi familia y para tantas otras, este no es solo un número en la estadística de más de 750 mil mexicanos que han muerto prematuramente por la pandemia. Cada cifra representa una tragedia familiar, exacerbada por lo que muchos consideran un manejo negligente e irresponsable por parte del Gobierno y de su zar Hugo López-Gatell Ramírez.

La gestión de la crisis sanitaria en México ha estado marcada por decisiones controvertidas, entre ellas, la anulación fáctica del Sistema Nacional de Vacunación. El Gobierno, encabezado por LópezGatell, optó por desmantelar la experiencia exitosa de los Consejos Estatales de Vacunación y crear una "Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2" en diciembre de 2020 y actualizada en abril del 2021, con el objetivo declarado de inmunizar a la población de manera eficaz a través de "células vacunales". Sin embargo, el método alternativo empleado para alcanzar esta meta resultó, a juzgar por los resultados en términos de letalidad y mortalidad, contraproducente.

Se formaron "brigadas correcaminos", integradas en parte por 30 mil "siervos de la nación". Estos funcionarios, que previamente se encargaban de tareas como el censo y la distribución de ayuda social, recibieron la monumental responsabilidad de administrar vacunas, pese a su falta de capacitación en salud pública. Las directrices dictadas por López-Gatell no dejaban margen para el discernimiento: se vacunaba a quien ellos decidían y no siempre a quienes más lo necesitaban, como el personal de salud.

Una realidad que no debemos olvidar, que los "Siervos de la Nación", se sirvieron con la cuchara grande, al ordenar sin cuestionamiento a los profesionales de la salud que los vacunaran a ellos primero, desde el mismo 13 de enero del 2020, dejando de vacunar y haciendo filas interminables a la población vulnerable que llevaba horas y horas de espera en climas inclementes. De hecho, el periódico AM lo documentó en Guanajuato y, por ejemplo, el alcalde de Irapuato Ricardo Ortiz Gutiérrez, declaró: "Es una burla vacunar contra la enfermedad COVID-19 a Siervos de la Nación, cuando se dijo de forma clara que era indispensable al personal de salud." Otra realidad que se documentó y denunció fue la movilización de los siervos de la nación para influir en las elecciones intermedias con el pretexto de la vacunación y la entrega de los programas sociales.

Este enfoque erróneo ha tenido consecuencias nefastas. México ha registrado un elevado número de fallecimientos entre profesionales de la salud, y ahora, el Secretario de Salud Federal, llamado "Florero" por el Dr. Paco Moreno, ha decretado la creación de una suerte de "Guardia Nacional de Salud" para López-Gatell. Esta nueva entidad será integrada mayormente por los mismos "siervos de la nación" y operará bajo la égida de una recién reformada Ley General de Salud en la noche triste del 28 de abril y ante la cual hemos presentado una acción de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación y que esperamos sea derogada.

En una maniobra que algunos calificarían de "cómica", López-Gatell nos vende este nuevo "Servicio Nacional de Salud Pública" como una mejora revolucionaria, pese a que socava la autonomía de los gobiernos estatales y municipales en materia de salud. Estos solo tendrán que acatar órdenes de esta nueva "guardia de siervos de la salud", centralizando aún más el poder y la responsabilidad en una administración ya cuestionada por su manejo de la crisis.

Lo más preocupante es que este nuevo sistema está programado para entrar en plena operación justo un mes antes de las elecciones de 2024. Con recursos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2024 destinados para este fin, ¿qué garantía tenemos de que no se manipulará esta "Guardia Nacional de Salud" para influir en el resultado electoral? Como afirma la maestra María Elena Morales Sánchez: "Piensa mal y acertarás".

El diablo está en los detalles, y aún faltan muchos por aclarar en el decreto reciente, como ¿Qué interacciones tendrá con el IMSS, ISSSTE, SS-IMSS-Bienestar, Sedena, Semar en tanto atención médica y provisión de medicamentos? ¿Cómo se manejará su padrón de inteligencia en salud? Lo cierto es que no podemos permitir que nuestro sistema de salud se convierta en una herramienta política, menos aún en una que pueda comprometer el futuro democrático del País. Es imperativo estar alerta y exigir transparencia y ética en cada etapa de este nuevo sistema. No podemos dar por sentado que los que se presentan como "siervos de la salud" no se conviertan en ejecutores de una dictadura.

104 LA GESTA DE LOS HUIPILES: BEATRIZ Y XÓCHITL

05.09.2023| "*Muchas gracias, Señoras*"

Mexicanos

Esta columna inició con una pregunta el 22 de agosto a un grupo de cinco matrimonios con edad promedio de 65 años y dedicados a la medicina. En León, Guanajuato, iniciaba la ruta de la decisión, un momento crucial para definir la dirección futura del Frente Amplio por México (FAM) entre Beatriz Paredes y Xóchitl Galvez. Ambas investidas con un Huipil, representan lo mejor de la política mexicana: dos mujeres fuertes, dedicadas y extremadamente capaces con el potencial para unificar a los diversos grupos que componen el FAM y la sociedad.

Su presencia en el foro de la ciudad que tiene como lema "El trabajo todo lo vence", la destreza y pasión con sus diferencias y similitudes de sus visiones para mejorar México, serían un testimonio de los avances en la lucha por la igualdad de género en el ámbito político del país. En ese momento, la balanza estaba en equilibrio y faltaban dos foros más: Guadalajara y Mérida, y fuera cual fuera el resultado, el Frente Amplio por México se beneficiaría de quien asumiera el papel de coordinadora.

La pregunta a mis colegas médicos después del foro fue: Si tuvieran qué elegir a una de las dos ¿Por quién decidirían y Por qué?. La decisión fue unánime a favor de Xóchitl Gálvez y las razones expresadas fueron las siguientes: Es sencilla; es empresaria; tiene preparación académica; tiene conocimiento de la economía mundial y ha sido promotora del desarrollo económico; está preocupada por la inseguridad y muestra proyectos que podrían resolverlo; hay una tendencia actual por el género que podría ser su ventaja; muestra

empatía; es convincente con sus argumentos; es candidata ciudadana; ha llegado hasta donde está por conectar con la ciudadanía; su discurso es espontáneo, coloquial, genuino; porque nadie le tiene que contar qué es la pobreza y la forma de salír de ella; es ejemplo de superación y trabajo; tiene un pensamiento progresista; se identificó con el pueblo; conoce sus límites y sabe que se tiene que rodear de gente valiosa y; desde que la ví me cayó bien.

Ayer domingo se publicó en "El Economista" una imagen que refleja la Gesta de los Huipiles en el encuentro que sostuvieron Beatriz y Xóchitl el 31 de agosto, un día después de reconocer que las encuestas no le favorecieron para ser la representante del FAM. Fue un abrazo generoso de una hazaña humanista, producto de una contienda en la que cada una llevaba no solo sus habilidades políticas, sino también la esencia cultural de su origen en su forma de vestir.

Ambas políticas compartieron una firme dedicación hacia el desarrollo social y una admirable resiliencia. Beatriz Paredes brillando por su habilidad para el diálogo político y la formación de alianzas. Xóchitl Gálvez destacando por su enfoque pragmático y su pasión por la tecnología y la transparencia.

Beatriz Paredes llevando la sabiduría y la tradición como estandartes, con un conocimiento inigualable del sistema político mexicano. Xóchitl Galvez representando la cara fresca del cambio, la modernización y la lucha contra la corrupción.

Al momento de escribir esta columna ya sabemos que la Hidalgense Xóchitl Gálvez, la ingeniera del cambio social será la Coordinadora del FAM. La tlaxcalteca Beatriz Paredes, la dama de hierro del partido revolucionario institucional, pondrá al servicio del FAM su liderazgo y habilidad para navegar en aguas turbulentas para lograr ser una fuerza unificadora de cualquier coalición política, manteniendo, al igual que Xóchitl, su conexión con las raíces y necesidades del pueblo mexicano. ¡Muchas gracias, Señoras!.

Del discurso de ayer de Xóchitl Gálvez en el Ángel de la Independencia al recibir el documento que la acredita como Coordinadora del FAM, destaco de manera sucinta lo siguiente:

Reconocimiento a invitados especiales. Xóchitl Gálvez inició su discurso agradeciendo la presencia de Ceci Flores, Elsa Ortigoza y Nicolás Olguín, representantes de distintos grupos sociales, como madres buscadoras de desaparecidos y comunidades indígenas.

Oposición unificada. Destacó la formación del Frente Amplio por México como una unión de partidos de oposición que anteriormente estaban desunidos y desmoralizados con la sociedad civil.

Crítica al gobierno actual. Condenó que las puertas del Palacio Nacional han estado cerradas para millones de mexicanos y que se necesita un cambio.

Esperanza y cambio. Resaltó que la esperanza ha cambiado de manos y que están dispuestos a abrir las puertas del Palacio Nacional con verdad y esperanza.

Inclusión y diversidad. Prometió escuchar a todas las voces, incluir a todos los que quieran sumarse a la causa y respetar a todas las personas, sin importar su origen, credo o condición.

Un México sin división. Hizo hincapié en que no seguirán dividiendo a México y que el país necesita unidad y un gobierno que gobierne para todos.

Honestidad y transparencia. Aseguró que no se va a engañar ni manipular a la gente y que siempre dirá la verdad.

Enfoque pragmático. Se presentó como ingeniera y asegura que los problemas se resuelven con soluciones, no con ideología.

Nueva independencia. Invocó a héroes históricos enterrados en el Ángel de la Independencia y convocó a una nueva independencia centrada en la equidad social, la educación y la salud.

Convocatoria a la ciudadanía: Finalizó su discurso llamando a la gente a sumarse a un gobierno "de la gente, por la gente y para la gente" libre de miedo y discriminación.

La relevancia histórica del discurso de Xóchitl, su impacto y eficacia serán medidos a partir de ahora, en cada rincón del país, donde será interpretado y compartido por todos los medios disponibles de cara a la siguiente gesta histórica: "Sacar a Morena del Palacio" y construir un México más Justo e Igualitario.

105 #5AÑOSDEFRACASOS ESTADO DE DERECHO Y SALUD

02.09.2023 | *"Una cosa no es justa por el hecho de ser ley. Debe ser ley porque es justa"*

Cesare Beccaria

Durante sus cinco años de administración, el Ejecutivo Federal se ha erigido como el principal promotor de vulnerabilidades en el Estado de Derecho del país, menospreciando y violando la Constitución, las leyes, los reglamentos y las instituciones. Simultáneamente, ha desincentivado la participación que, según la ley, corresponde a diversos actores de los sectores académico, social y privado.

El marco normativo en salud establece atribuciones específicas: a quiénes convocar y cómo actuar en acciones de

salud pública esenciales, cuya prioridad es la prevención y el control de enfermedades, y la mitigación de riesgos para la salud de las personas.

Una revisión somera de las acciones del Ejecutivo Federal revela que la crisis actual en salud se debe en gran parte a su incapacidad para formular y operar políticas nacionales adecuadas en el ámbito de la salud. Esta situación se ha exacerbado por la tendencia del gobierno actual a ignorar la ley e inhibir la participación social. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

Desdén al Consejo de Salubridad General.- Entre las razones de la mala gestión de la pandemia se encuentra la tardía convocatoria al Consejo de Salubridad General por parte del Presidente y la Secretaría de Salud. Esto ha derivado en decisiones poco eficaces y en una gestión de la pandemia que ha resultado en innecesarias pérdidas de vidas.

Reforma a la Ley General de Salud de 2023.- Esta reforma centraliza funciones en la Secretaría de Salud, reconfigurando y disminuyendo las facultades del Consejo de Salubridad General, lo cual amenaza la pluralidad y eficacia en la toma de decisiones.

Creación del Servicio Nacional de Salud Pública.- Esta nueva unidad administrativa podría establecer acciones sin la coordinación de autoridades locales y sin la inclusión de expertos en salud, lo cual podría resultar en decisiones erradas.

Manejo inapropiado de fondos para la salud.- El Ejecutivo Federal ha socavado el Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi) durante tres ejercicios fiscales, desviando recursos destinados para enfermedades que provocan gastos catastróficos y otros propósitos esenciales.

Agotamiento de fondos.- De los 110 mil millones de pesos que poseía el Fonsabi en 2018, solo quedan 37 mil millones en 2023.

Falta de transparencia.- Las reformas posteriores permiten que los remanentes del Fonsabi se puedan destinar a diversas acciones de salud o a la TESOFE, sin precisar el destino del gasto, lo que contradice los principios de transparencia y rendición de cuentas.

Crítica al Sector Privado.- El gobierno ha desacreditado la contribución del sector privado, particularmente de las farmacéuticas, lo cual ha resultado en un desabasto nacional de medicamentos que afecta tanto a pacientes como a la economía.

Falta de Apoyos a Organismos Sociales.- La desconfianza del Ejecutivo Federal hacia la sociedad civil ha debilitado a numerosas organizaciones sociales que contribuían a las funciones del gobierno, particularmente en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud.

Débil Consideración del Parlamento Abierto en las Reformas de Salud Impulsadas.- El Parlamento Abierto es un mecanismo implementado por los Congresos que se fundamenta en la transparencia, el acceso a la información y la rendición de cuentas, permitiendo la participación ciudadana en el proceso legislativo mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación e internet. Primero se eliminó el seguro popular, creando en su lugar el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), que durante sus tres años de existencia no cumplió su promesa de proporcionar servicios y medicamentos a la población sin seguridad social. Más tarde, las funciones del Insabi fueron transferidas a los servicios de salud IMSSBienestar. En el caso de la reforma a la Ley General de Salud para establecer el Insabi, se recurrió al Parlamento Abierto para escuchar a académicos, especialistas, organizaciones de la sociedad civil, la iniciativa privada, legisladores federales y locales, y autoridades locales y federales. Lamentablemente, en el dictamen final se ignoraron opiniones sustantivas que podrían haber enriquecido la iniciativa presentada por Morena. Por otro lado, la segunda reforma para transferir las funciones del Insabi

al IMSSBienestar se presentó como un "albazo legislativo". Se obviaron todos los trámites legislativos estipulados por el marco normativo, aprobando la iniciativa sin un dictamen apropiado y sin realizar Parlamento Abierto alguno para discutir y analizar la reforma.

Durante las LXIV y LXV Legislaturas ha sido común recurrir a Parlamentos Abiertos en relación con diversas iniciativas presentadas por el Ejecutivo Federal y legisladores de Morena. Sin embargo, estos Parlamentos terminan siendo meras simulaciones del proceso legislativo, lo que afecta gravemente la credibilidad y confianza en el Poder Legislativo. El resto de las iniciativas de envían al "congelador legislativo".

Ayer presentó AMLO su quinto informe. De ello hablamos después.

106 TRAMPANTOJO PRESUPUESTAL 2024 EN SALUD

13.09.2023 | "*La primera vez que me engañes, será culpa tuya; la segunda vez, la culpa será mía*"

Proverbio árabe

Tranpantojo es la ilusión óptica con que se engaña a una persona haciéndole creer que ve algo distinto a lo que en realidad ve; especialmente, paisaje pintado en una superficie que simula una imagen real. En el caso del paquete fiscal 2024 recién presentado por el ejecutivo federal, se trata de una técnica pictórica que engaña a la vista jugando con las perspectivas, los planos, las sombras y otros efectos, creando una sensasión de relieve y una realidad ficticia para simular su interés en la salud de la población.

En su exposición de motivos juega con la siguiente perspectiva: "Durante esta administración se ha priorizado la atención a la salud para toda la población y particularmente para las personas que no cuentan con seguridad social a través del IMSS-BIENESTAR". De una pincelada quieren desaparecer su institución emblema, gran fracaso gubernamental, el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar INSABI- que vivió en su imaginación desde el periodo de transición en 2018, se simuló su formación en diciembre del 2018 en el sureste del país con firmas ficticias de gobernadores, se materializó su inserción en el Plan Nacional de Desarrollo en julio de 2019, se insertó en la Ley General de Salud por iniciativa en el Congreso de la Unión en noviembre de 2019, inició su "desfuncionamiento" (sic) en enero del 2020 y como consecuencia de sus múltiples fracasos para garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud, fue reeemplazado por la OPD "Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar -SS-IMSS-Bienestar-" en la Ley General de Salud en mayo de 2023 de manera inconstitucional, estando pendiente el posicionamiento de la Suprema Corte de Justicia de la Nación donde presentamos una acción de controversia constitucional.

En otra pincelada trampantojo tipo Picasso señalan que "para 2024, sumando esfuerzos entre la Secretaría de Salud y el SS-IMSS-BIENESTAR, se tiene una asignación de 225,613.9 millones de pesos, lo que representa 15,997.5 millones de pesos más que lo aprobado en 2023. En ese sentido, se seguirán destinando recursos para consolidar un sistema que garantice el ejercicio efectivo del derecho a la salud para todos los mexicanos." Lo que en realidad hicieron, fue quitarle a la Secretaria de Salud más de la mitad de los ya escasos recursos del ramo 12 bajo su coordinación para entregarlos a organismo público descentralizado -OPD- SS-IMSS-Bienestar a través del ramo 47, que corresponde a las entidades no sectorizadas para coordinar la planeación, programación, presupuestación, control y evaluación del gasto público de las entidades que no estén coordinadas por alguna dependencia coordinadora de sector, conforme a lo establecido

en el artículo 7 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, con el fin de ordenar y orientar el quehacer institucional de cada una de estas entidades, a efecto de que cada una de ellas atienda a la población objetivo dispuesta en su ordenamiento legal correspondiente.

En la sombra, el presidente López Obrador le retiró la responsabilidad a la Secretaria de Salud desde la creación del OPD en agosto del 2022 y lo cristaliza presuñuestalmente con este paquete fiscal. El Secretario de Salud en calidad de florero, tiene un asiento en la junta de gobierno que presidirá el Director General del IMSS, quien se queda de facto con la responsabilidad -y el dinero- para intentar -y no lograr- hacer efectivo el derecho a la salud para la población sin derechohabiencia.

Otra pincelada fue tipo Miró, al simular incrementos al OPD y entregarle en pesos reales menor presupuesto percápita para atender los poco más de 70 millones de personas sin seguridad social en idénticos programas que tenía el INSABI: E001 Atención a la salud de personas sin seguridad social, programa que tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud de la población sin seguridad social; S200 Fortalecimiento a la atención médica; U013 Atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral y K011 Proyectos de infraestructura social de salud.

Otro trapantojo para ocultar su fracaso en la recaudación solidaria estatal fue pintado en el artículo vigésimo tercero que señala que "en los casos en que las entidades federativas concurran con el OPD para garantizar la prestación de servicios de salud, estas deberán solicitar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en términos de los convenios de coordinación, la autorización de un adelanto de participaciones en ingresos federales a su favor correspondientes a su ejercicio fiscal, por el monto que establezcan dichos convenios, enviándolos al opaco Fondo de Salud para el Bienestar". Asi que a fondear por adelantado una institución que existe solo en

tinta y que como una verdadera Entamoeba estará engullendo las infraestructuras y los recursos de salud estatales.

Para concluir esta columna de trapantojos, del proyecto de presupuesto de egresos de la federación (PPEF) 2024, se aprecia un incremento del 5% en la función salud. Pero la realidad por ejemplo para el pago de la nómina de plazas federales (FASSA Ramo 33) se incrementó un 3%, cuando ayer el sindicato del IMSS mostró su nuevo contrato laboral 2023-4 con un incremento del 4 por ciento al salario y 3.8 por ciento en prestaciones adicionales. Esto significará que los trabajadores del OPD y los servicios estatales de salud tendrán menor incremento, ratificando que hay trabajadores de primera y de cuarta.

Del tema del presupuesto en medicamentos, vacunas e infraestructura en salud comentaremos la próxima semana.

107 MÉXICO MERECE SER MÁS SANO

09.09.2023 | *"México merece más"*
Xóchitl Gálvez

Hace tres días, la Comisión para la Integración de la Plataforma Política Electoral del Partido Acción Nacional 2024-2030 organizó el primer Foro "Salud 2030". Este evento, inaugurado por Eduardo López Mares y Ana María Esquivel Arrona, líderes estatales del PAN, concluyó con un mensaje inequívoco: México merece un sistema de salud más sano, más fuerte y más digno.

Presidida por Julio Castillo López, Director de la Fundación Rafael Hernández Preciado, A.C., la Comisión escuchó di-

versas perspectivas, incluidas las de Daniel Díaz Martínez, Secretario de Salud de Guanajuato; María Martina Pérez Rendón, Secretaria de Salud de Querétaro; Gabriela Allard Taboada, Presidenta de la Asociación Mexicana de Diabetes A.C.; Patrick Devlyn, Presidente de la Alianza de Prestadores Privados de Servicios de Salud, A.C., y las de este escribidor, quien en este contexto, resalté las palabras de la senadora Xóchitl Gálvez, coordinadora del Frente Amplio por México: "México merece más".

Nuestro país, señalé, se encuentra en un momento decisivo para el futuro de nuestra nación y la salud de cada uno de los más de 130 millones de personas que lo habitamos. hablé con la sinceridad y la claridad que la situación requiere y, con la responsabilidad de alguien que representa a un partido político humanista cuyos principios de doctrina son la búsqueda del bien común, el respeto a la dignidad humana, la solidaridad y la subsidiariedad.

No hay duda que la salud es un derecho humano fundamental. Sin embargo, este derecho ha sido vulnerado por el gobierno de Morena y sus aliados. ¿Cómo podemos hablar del bien común, cuando más de 50 millones de mexicanos declararon no tener acceso a servicios de salud y medicamentos; y de los que tienen en teoría seguridad social como el IMSS o el ISSSTE, prefieren gastar su precario presupuesto en medicamentos y servicios de salud privados por la falta del acceso efectivo en su institución?

¿Cómo podemos hablar de dignidad humana, cuando el gobierno de morena y aliados que deberían garantizar nuestra salud ha sido insensible, indolente e inaccesible a las madres y padres que recurren a ellos para obtener los medicamentos contra el cáncer o con millones de familias que tienen alguna necesidad de atención en salud mental y que reclaman la ausencia de medicamentos, no solo públicos sino privados, por la negligencia casi criminal de la COFEPRIS bajo el mando de López-Gatell que ha detenido su producción nacional e importación de precursores para producirlos?

¿Cómo podemos hablar de solidaridad, cuando las mujeres más pobres o que viven en las zonas rurales de este país mueren prematuramente por la maternidad, etapa en la que deberían ser más felices por tener en el vientre el milagro de la vida y la esperanza de nuevo integrante de su familia por la falta de atención y descuido de un sistema que funcionaba y requería de más recursos en vez de disminuirlos o incluso suspenderlos? ¿Cómo podemos hablar de subsidiariedad si el gobierno de morena y aliados, ideologizado con la idea de monopolizar la salud, ha sido incapaz de coordinarse con los demás componentes del sistema nacional de salud: los cientos de miles de personas físicas y morales del sector privado con profesionales de la salud, infraestructura diagnóstica y terapéutica, así como miles de camas en hospitales en todo el territorio nacional que podrían aliviar la falta de atención del sector público. Así como el desprecio y maltrato gubernamental a los servicios de asistencia social con miles de personas y organizaciones de la sociedad civil que desde el siglo antepasado tienden su mano, apoyo y atención a personas y pacientes con necesidades de salud física, mental, o espiritual?

El partido acción nacional -PAN- realiza estos foros abiertos, con colaboración con múltiples sectores y la ciudadanía, para construir su plataforma política. Esto contrasta con la actitud de Morena y aliados, donde figuras como López-Gatell, inundados de soberbia, trazan su camino sin rendir cuentas a la ciudadanía, incumpliendo como hasta ahora, la alta responsabilidad de velar por la salud y la vida de los mexicanos.

Lo hacemos así estimados lectores, porque no se trata de números, de estadísticas o de porcentajes del producto interno bruto público (PIB) dedicados a la función salud. Se trata de que todos somos personas y muchos quizá ya pacientes; se trata, entonces, de vidas humanas, de tí de tu familia; de la dignidad de cada uno de nosotros, nuestras familias y de nuestro maltratado México.

La plataforma del PAN en construcción junto con la ciudadanía, sin distingos, será reflejo de nuestra humanidad, manifestación de solidaridad y subdidiariedad con un profundo respeto a la dignidad de las personas, que haga hacia el 2030, un sistema de salud pilar de vida, impulsor de la economía y orgullo de nuestra nación. ¡México merece ser más sano!

108 FONSABI, LA GRAN SIMULACIÓN

19.09.2023 | *"Declara el pasado, diagnostica el presente, pronostica el futuro. Practica estos actos"*

Hipócrates

Hoy estimados lectores, tenemos evidencias proporcionadas por el gobierno de Morena que el fondo de salud para el bienestar (FONSABI) fue la gran simulación para permitirle a Juan Ferrer saquear los dineros del mismo -miles de millones- con fines obscuros, en detrimento de la atención de padecimientos catastróficos de los más desprotegidos y vulnerables, violando el principio constitucional por persona del derecho de la protección de la salud.

El 21 de junio de este año, veintitrés días después de la publicación en el diario oficial de la federación (DOF) que diño sepultura al inútil INSABI, su director general Juan Ferrer "presentó en sociedad", en 244 páginas, su "Informe anual de autoevaluación" del periodo 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. En las páginas 221 a 226 se muestra cómo fue saqueado el FONSABI en detrimento de la calidad de vida, la salud e incluso la vida de miles de mexicanos que dejaron de ser atendidos de padecimientos como todos los cánceres en menores de edad.

El FONSABI, es un fideicomiso público sin estructura orgánica, constituido en términos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria en una institución de banca de desarrollo, en el que el Instituto de Salud para el Bienestar funge como fideicomitente, y que tiene como fin destinar los recursos que integran su patrimonio a la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos; la atención de necesidades de infraestructura preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación social, y a complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como del acceso a exámenes clínicos, asociados a personas sin seguridad social.

Se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, pago, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.

El FONSABI vino a sustituir al conocido como Fideicomiso del Fondo de Protección Social en Salud que cubría con el 73% de sus recursos, el fondo de gastos catastróficos para atenden a unas cuántas enfermedades al inicio y que cubría en 2019 a 66 intervenciones de padecimientos de alto costo. El FONSABI ha sido una verdadera “pantalla” para el saqueo de los recursos acumulados desde la entrada en vigor el SP en 2004 como muestro a continuación.

A diferencia del último informe del Seguro Popular del mismo Juan Ferrer, en su calidad de último comisionado, donde se mostraba con transparencia el número de casos (personas) autorizados, validados y pagados en el año 2019,

desglosados por tipo de padecimiento, entidad federativa y monto pagado. Ahora en su último informe anual 2022, ¡no hay ningún dato!, cero casos reportados, colocando para disimular el saqueo, una tabla donde relaciona el pago de 56 millones de pesos a cinco laboratorios y a los servicios de salud de Guerrero.

En diciembre de 2019, último año del Fideicomiso del Seguro Popular, el FONSABI recibió la cantidad de 105,873.3 millones de pesos (mdp).

En el año 2020, a los 105,873.3 mdp, se sumaron 46,305.7 y 6,266.9 mdp de aportaciones y rendimientos financieros. Del total de 158,445.9 mil mdp, reportan el gasto de 56,469.1 mil mdp.

En el año 2021 al saldo de 101,974.1 millones se acumularon 46,703.5 y 5,227.9 mdp- de aportaciones y rendimientos financieros, dando un total de 199,546.3 mdp. Reintegraron a la Tesorería de la Federación (TESOFE) 33 mil mdp y "egresaron" 73,512.2 mdp. Ojo, de los cuáles solo 7,824.6 se destinaron a la atención a enfermedades que provocan gastos catastróficos (7%).

En el año 2022, al saldo 93,031.2 mdp se acumularon 42,330.4 y 9,516.9 mdp de aportaciones y rendimientos financieros dando un total de 146,762.6 mdp. Reintegraron a la TESOFE 58,166.2 mdp y, solo pararon 1,027.6 mdp para la atención a enfermedades que provocan gastos catastróficos (1%) y 1,412.3 mdp para la atención a necesidades de infraestructura (2%).

Al segundo trimestre de este 2023, al saldo de 75,205 mdp se acumulan 4,575.1 y 3,887.2 mdp de participaciones y rendimientos financieros, dando un total de 83,667.2 mdp. Han reintegrado a la TESOFE 38,354.9 mdp, quedando un saldo de 33,616 mdp, desapareciendo el resto.

Ninguna enfermedad ha sido incorporada en este sexenio para sder cubierta con el FONSABI.

En conclusión para ilustrar el saqueo, en lo que va de este sexenio, la suma del saldo recibido en diciembre del 2020

más las aportaciones y rendimientos financiaron suman 318,211.6 mdp, de los cuales sólo ¡el tres por ciento! se han utilizado para los "fines del FONSABI". Esto a reserva de seguir explorando los datos entre las tinieblas y la opacidad con que este gobierno lo ha hecho.

¿Tenemos información para determinar si los recursos remanentes se han destinado al fortalecimiento de las acciones en materia de salud? No, por dos factores: 1) Por el uso del verbo "poder" en futuro indicativo en la Ley General de Salud que abre la posibilidad de que los remanentes no se hayan utilizado para el tema y; 2) Por la evidencia y resultados del CONEVAL sobre el incremento en el número de personas con carencias por acceso a servicios de salud. Pero justamente por esa falta de información (disposición) que esta afirmación no puede ser concluyente.

Sin embargo, si los recursos de los remanentes no fueron destinados a acciones en materia de salud, una vez que están a disposición de la Tesorería de la Federación (TESOFE), existe la posibilidad de que dicha instancia recurra a la aplicación de ciertos procedimientos que le permite la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) y de la atribución que le da la Ley de Ingresos de la Federación 2022 y 2023 en su artículo transitorio Décimo Cuarto sobre el uso del remanente. El artículo 2 de la LFPRH, considera que los remanentes de recursos del presupuesto modificado (una vez que se hayan cumplido las metas establecidas) serán considerados como ahorros presupuestarios o economías, utilizándolos para compensar las disminuciones de ingresos previstos en la ley de ingresos como mecanismo de disciplina presupuestaria, mismo que permite la LFPRH mediante el artículo 21.

Lo que, si queda más que evidente, es que el FONSABI ha sido la gran simulación para saquearlo con fines no destinados a la salud, con un alto costo para el bolsillo y la vida de 73 millones de mexicanos

sin seguridad social durante el gobierno de Morena y su cuata trastornación (sic.) y pronostico que no cambiará ahora en manos del SS-IMSS-Bienestar.

109 EDWARD JENNER, DEL INVENTOR DE LAS VACUNAS AL COVID-19

16.09.2023 | *"Mi rostro nunca será desfigurado por esa terrible enfermedad"*

Sarah Nelmes

En una cautivadora serie documental de National Geographic dedicada a la historia de la medicinai, se narra la vida y legado de Edward Jenner, un inglés nacido en 1749 en la pequeña localidad de Berkeley. Jenner estaba destinado a transformarse en un pionero que ganaría reconocimiento global por su descubrimiento de la vacuna contra la viruela.

En el año 1761, un joven Edward Jenner se mudó a la ciudad de Sodbury. Allí, por primera vez, escuchó palabras que se convertirían en la chispa que encendería su inspiración. Sarah Nelmes, una humilde ordeñadora de vacas, proclamó con seguridad: "Jamás me contagiaré de viruela porque ya he contraído la viruela bovina. Mi rostro nunca será desfigurado por esa terrible enfermedad".

La afirmación de Sarah Nelmes proporcionó a Jenner la pista crucial para su monumental descubrimiento. Experimentando con valentía y curiosidad, Jenner inoculó material tomado de una persona infectada con viruela bovina en un niño. El pequeño desarrolló una fiebre leve que se disipó al cabo de unos días. Posteriormente, Jenner sometió al mismo niño a una inoculación con material de viruela humana. Para su alivio y asombro, el niño no desarrolló la enfermedad, y mucho menos perdió la vida.

La historia de Edward Jenner estimados lectores, nos ofrece una ventana a la valentía y la inquisitividad que pueden cambiar el curso de la salud pública a nivel global. En un mundo sacudido por la pandemia de COVID-19, la lección

que ofrece Jenner no es simplemente una pincelada de optimismo, sino un recordatorio vigoroso de la importancia de la ciencia y la evidencia en la lucha contra las enfermedades como las siguiente:

La Necesidad de Utilizar Vacunas Aprobadas: En este contexto, resulta desconcertante y preocupante que el Gobierno Federal de México anuncie planes para utilizar vacunas sin el respaldo científico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) iipara la temporada 2023-24 (Abdalá y Sputnik). Este asunto trasciende cualquier consideración sobre la nacionalidad de la vacuna; la ciencia es un patrimonio universal. Antes de ser distribuidas, las vacunas deben pasar por un riguroso proceso de evaluación llevado a cabo por expertos internacionales, a fin de confirmar su seguridad y eficacia.

Autorización en México para Uso Ordinario: Resulta igualmente desconcertante que, a pesar de que la OMS ha aprobado una variedad de vacunas que han sido administradas a millones de mexicanos, tales como AstraZeneca y Pfizer, la COFEPRIS (Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios) aún no haya autorizado su uso regular solicitados en julio y diciembre de 2022 respectivamente. Estas vacunas, que han demostrado ser efectivas en la reducción de contagios y la gravedad de los síntomas, deben estar al alcance de la población de manera ordinaria y no solo en situaciones de emergencia.

Obligación del Gobierno Federal: La responsabilidad última del Gobierno Federal es proteger el derecho a la salud de sus ciudadanos. Esto incluye ofrecer a la población opciones respaldadas por la ciencia para que, en consulta con profesionales de la salud, puedan tomar decisiones informadas sobre si recibir o no la vacuna. Es inconcebible que se limite la disponibilidad de estas vacunas únicamente a las poblaciones en riesgo, quizás debido a restricciones presupuestarias. La población informada por los profesionales de la salud. que los atienden, podrían decidir. Adquirir y aplicarse las vacunas

aprobadas si. No están en los grupos de riesgo que la dictadura sanitaria ha dispuesto, disminuyendo con ello incluso el riesgo potencial de morir ante un virus circulante SARS-CoV-2 con características. Muy diferentes al que causó más de 750 mil muertes en exceso en los últimos tres años.

Estamos en una coyuntura crítica, una que podría describirse como una "dictadura sanitaria," donde el derecho a la protección de la salud parece estar en juego. Este no es momento para caprichos o experimentos; es un momento para la acción fundamentada en la evidencia. Por ello, se ha presentado por este escribidor y mi grupo parlamentario del Partido Acción Nacional un punto de acuerdo en la Cámara de Diputados para instar a la COFEPRIS a autorizar el uso ordinario de las vacunas que han demostrado su eficacia en millones de mexicanos.

Finalmente, la evidencia global nos muestra que las vacunas deben estar disponibles para todas las personas, independientemente de su nivel de riesgo, a partir de los seis meses de edad. De ahí la urgencia de tomar medidas sensatas y basadas en la ciencia para proteger la salud de todos los mexicanos.

Para la compra de vacunas aprobadas se autorizó en el 2022 $30,314 millones de pesos habiendo ejercido solo $7,541; en 2023 $14,021 millones ejerciendo al segunto trimestre solo el 3.2% y el PEF 2014 tiene propuesto $14,031 millones de pesos. Sostengo lo que dice Hacienda: ¡Dinero hay y no lo han usado!, que conste.

110 CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES, AVANCES Y RETOS

26.09.2023 | *"Donar es Amar… ayuden a salvar la vida de mi hijo que espera un trasplante"*

Familia desesperada con esperanza

Hoy hace veinte años, el secretario de salud Julio Frenk y el presidente Vicente Fox Quezada publicaron en el diario oficial de la federación el decreto por el que se declaraba el 26 de septiembre como el día nacional de la donación y trasplante de órganos.

Consideraron para emitir el decreto que era necesario hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de todas las personas; que elevar la condición de salud era indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades; que era impostergable la participación coordinada de los tres órdenes de gobierno; que anualmente miles de mexicanos enferman de alguna insuficiencia orgánica que, en ocasiones, les produce la muerte, no obstante que entre esos padecimientos existen algunos que son susceptibles de ser tratados y erradicados mediante el trasplante de órganos y tejidos; que en nuestro país, aun contando con el personal calificado para la realización de trasplantes y con la infraestructura adecuada, el número de éstos es inferior al que se realiza en promedio en los demás países, debido en gran parte a la escasa disposición de órganos y tejidos para ser trasplantados, y que era fundamental promover y alentar la cultura de la donación de órganos, como un medio para elevar la calidad de la salud de todos los mexicanos y como una acción de solidaridad social que repercute en el sector salud.

Ordenaba el ejecutivo federal en el marco del día nacional de la donación y trasplante de Órganos, que la secretaría de salud promoviera la realización de eventos que tuvieran

por objeto promover y fomentar la cultura de la donación de órganos y tejidos y de difundir su valor e importancia en la consecución de una salud de calidad para todos los mexicanos. Asimismo, instruyó a través del centro nacional de trasplantes -CENATRA- se fomentará ante los consejos estatales de trasplantes la realización de acciones y eventos a efecto de hacer patente el mérito y altruismo del donador y de su familia.

Estimados lectores, a dos décadas de distancia siguen vigentes los considerandos señalados por Frenk y Fox. Mientras ustedes leen esta columna, en el Congreso de la Unión se estará visibilizando esta causa por vigésima ocasión; el ejecutivo estará haciendo la promoción y el fomento de la donación, muchas organizaciones de la sociedad civil nos recordarán la importancia de la donación y a través de ellas, la esperanza de miles de mexicanos que desean disfrutar su familia en milagro de la vida.

Este escribidor organizó en el marco del quinto encuentro de la "Alianza por la Salud Renal" y del día nacional de la donación y trasplante de órganos, para resaltar la urgente necesidad de abordar la crisis de salud renal en México. La prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) es del 12.2%, siendo la diabetes y la hipertensión sus principales causantes. La ERC ha escalado a estar entre las 10 principales causas de muerte en diversos grupos de edad.

La disparidad en el acceso a tratamientos evidencia una alarmante desigualdad en la atención médica, afectando principalmente a la población con menores ingresos. La lista de espera para trasplantes renales sigue creciendo, con 16,342 personas a la espera de un riñón (al 3 de septiembre de 2023), mostrando la falta de cultura de donación y deficiencias en los programas de salud de las diferentes instituciones.

En la comisión de salud buscaremos implementar estrategias y revisar presupuestos para garantizar el acceso a tratamien-

tos, promover la cultura de donación y mejorar la infraestructura hospitalaria. También propusimos la creación de registros nacionales de pacientes renales y donadores, modificaciones legales para facilitar la donación, contratación de especialistas y estandarización de protocolos de trasplante.

Este llamado a la acción busca sensibilizar a la sociedad y a las autoridades para mejorar las condiciones y el acceso a la atención de la ERC, promover la donación de órganos y respaldar a los más vulnerables, en un contexto donde el sistema de salud enfrenta múltiples desafíos, incluida la presión financiera y de atención.

Desde esta columna agradezco a los colaboradores y participantes del encuentro, Marisol Robles de la Fundación Mario Robles Osio y la Alianza por la Salud Renal, Gloria Rodríguez psicóloga, Diana y Mónica pacientes renales, el Dr. Antonio Méndez Durán del IMSS y distintos pacientes y representantes de organizaciones, por su esfuerzo en la lucha contra las enfermedades renales. La consigna es clara: salud renal para todos y a ¡Prepararse para lo inesperado, apoyando a los vulnerables!

Mención especial quiero hacer del Dr. José Salvador Aburto Morales, director general del CENATRA quien hizo una estupenda presentación de los avances y los retos en específico del protocolo de estudio de trasplante renal haciendo propuestas que apoyaremos: Fortalecer la regulación y control en materia de donación y trasplantes; fortalecer la rectoría y gobernanza del CENATRA; prestación de servicios basados en un modelo de atención en redes integral e integrado tendiente a un sistema universal de salud; considerar a la donación y trasplantes como un servicio esencial en nuestro sistema de salud; y el financiamiento específico y etiquetado para donación y trasplantes a fin de otorgar servicios especializados y medicamentos gratuitos. Insistiremos en la utilización del fondo nacional de salud para el bienestar -que ha sido saqueado por el gobierno federal- para este programa tan noble que salvaría muchas vidas. Manos a la obra.

111 "ENTRE PENUMBRAS Y OLVIDOS: EL DIFÍCIL LEGADO SOCIAL DE LÓPEZ OBRADOR"

23.09.2023 | *"El futuro comienza hoy, no mañana"*
Juan Pablo II

Nos encontramos ante el análisis del quinto informe del gobierno presidido por López Obrador, y desafortunadamente, se aprecian sombras y desaciertos palpables en la política social de estos años según la Fundación Miguel Estrada Iturbide (FMEI), delineando lo señalado por la FMEI en las siguientes líneas.

¿Es posible que el presidente no perciba las apremiantes necesidades que nuestro país enfrenta? Las bases de un futuro más prometedor para nuestros niños y adolescentes, así como para otros grupos en situación de vulnerabilidad, requieren una atención inmediata y decidida.

Según UNICEF, en México, más del 50% de los 40 millones de niñas, niños y adolescentes viven en condiciones de pobreza. Si hablamos de la comunidad indígena, este porcentaje asciende al 91%. Es inaceptable que, aún en la actualidad, el 12% de los menores de cinco años padezcan desnutrición crónica. Además, es alarmante que 8 de cada 10 estudiantes no alcancen los estándares educativos esperados y que 4 millones no asistan a la escuela. Sin olvidar que en los últimos cinco años, diariamente, 3.4 jóvenes y niños pierden la vida de manera violenta -asesinados-.

Las cifras hablan por sí solas, y es imperativo reconocer que en materia social, no es suficiente dar transferencias económicas. Se necesita una política social más integral que fomente el pleno ejercicio de los derechos humanos y sociales, respaldada por estrategias concretas y servicios

institucionales que se enfrenten a los retos que nuestra población experimenta.

En materia educativa, la falta de continuidad es evidente. Tres secretarios de educación en un solo sexenio y serias deficiencias en materiales educativos muestran una dirección incierta en esta área. Sin evaluaciones confiables y con recursos insuficientes, enfrentamos desafíos como el rezago y la deserción escolar a niveles nunca vistos. El gasto educativo, la cobertura y los beneficiarios de becas con menos ingresos, continúan por debajo de los niveles de 2018, año en que instaló este gobierno.

El sistema de salud tampoco ha sido inmune a estos desaciertos. Las bajas coberturas en vacunación infantil, la no aplicación del tamiz metabólico ampliado para detectar y tratar oportunamente enfermedades congénitas, el desabasto de medicamentos esenciales como los oncológicos, la alta prevalencia de obesidad infantil y adolescente, la ausencia de políticas de prevención y promoción de la salud para la población en general, las amenazas de cancelación de las normas oficiales mexicanas para la atención de estos grupos etáreos son claros indicadores de que no se está priorizando la salud de nuestros niños y jóvenes y se está poniendo en grave riesgo su desarrollo humanos para el futuro.

El saldo de los olvidados por este gobierno de Morena y aliados incluye tambièn a las personas con discapacidad a las que ofrece cincuenta pesos al día mientras tres millones de ellas viven en la pobreza según el CONEVAL y se ven obligadas a destinar más del cien por ciento de sus ingresos anuales para atender su salud. Los adultos mayores enfrentan desafíos económicos alarmantes, pues ocupan buena parte de la pensión que reciben para la compra de atención médica y medicamentos ante las insuficiencias que causo la desaparición del seguro popular, el insituto nacional de salud para el bienestaer y ahora los servicios de salud del instituto mexicano del seguro social para el bienestar.

El presidente ha mostrado que no le importan las mujeres, su bienestar o su calidad de vida. La organización de naciones unidas (ONU) para las mujeres alertó que, al ritmo de reformas y acciones de política social actual, las mujeres lograrán la igualdad frente a sus pares masculinos dentro de ¡trescientos años! En este periodo gubernamental aumentó el porcentaje de pobreza femenina, ahora cuatro de cada diez mujeres son pobres y siete de cada diez de las mujeres indígenas. La ausencia de políticas públicas en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres favorece que sean asesinadas diez cada día. Además, no se asignaron recursos suficientes para el programa de apoyo para refugios especializados para las mujeres y sus hijos víctimas de violencia de género.

A pesar de estos datos, parece que a la administración actual no le concierne esta realidad. Luego de cinco años, se percibe un enfoque más orientado a la retención del poder que al bienestar y progreso genuino de la población. Por tanto, es nuestro deber como representantes de la sociedad continuar trabajando y exigiendo una mayor inversión en áreas esenciales como educación, salud, alimentación, vivienda y empleo. Solo con un compromiso real y políticas efectivas podremos construir un México más justo y equitativo para todos. Daremos nuestros argumentos en el debate del paquete fiscal y en especial en la programación del gasto público en política social del 2024.

112. PROTEGER LA SALUD DE LOS MÁS VULNERABLES

03.10.2023 | *¿Quién podría ser más vulnerable que un recién nacido?*

EJRB

El derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud se consigna en los tratados internacionales y en nuestra Constitución Política, el máximo ordenamiento al que deben apegarse, en última instancia, todas las acciones del Estado. Esta directriz se enfatiza aún más cuando se trata de garantizar la salud de los más desprotegidos, y, ¿quién podría ser más vulnerable que un recién nacido? Esta pregunta debe ser reconsiderada por el gobierno de Morena que se ha declarado humanista en múltiples ocasiones y sin embargo, frena las iniciativas que pretenden hacer efectivo el derecho a la salud para los más vulnerables.

Usualmente se le da poca atención a la salud a los recién nacidos y prematuros, a pesar de que México ha suscrito numerosos acuerdos multilaterales en los que se compromete a proteger la salud de los más pequeños. Como ejemplo, permítame citar una de las metas del "Objetivo 3 buena salud" de la agenda 2030 sobre el desarrollo dostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la cual señala de manera textual "Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1,000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1,000 nacidos vivos".

La meta en nuestro país esta lejos de lograrse, de los 44 países de la OCDE que reportaron tasa de mortalidad infantil en 2021, México ocupó el lugar 40 con 12.7 defunciones

de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos, tan sólo delante de Sudáfrica, India, Indonesia y Colombia. Además, datos del banco mundial señalan que en 2021 en nuestro país se presentaron 13.2 muertes de menores de 5 años por cada mil personas en ese grupo de edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente los nacimientos de bebés prematuros son la principal causa de mortalidad infantil. La prematuridad se entiende como el nacimiento que ocurre antes de completar las 37 semanas de gestación, y existen diversos grados: microprematuros (nacidos antes de las 26 semanas con un peso inferior a 750 gr); extremadamente prematuros (nacidos antes de las 28 semanas, peso entre 750-1.200 gr); muy prematuros (nacidos entre las semanas 28-31, peso entre 1.000-2.500 gr); moderadamente prematuros (nacidos entre las semanas 32-36, peso entre 2.0003.000 gr) y prematuros tardíos (nacidos entre las semanas 34-36, peso alrededor de 3.000 gr).

En México, la Secretaría de Salud en 2022 reportó que 200 mil bebés nacieron prematuros en el país, condición que puede traer como consecuencia daños en diferentes órganos, entre ellos el cerebro, corazón, intestino, riñones, tubo digestivo y sistema respiratorio, así como en el desarrollo de vasos sanguíneos de la retina, lo que genera miopía y retinopatía.

La prematuridad es una de las primeras causas de parálisis cerebral, discapacidades motoras y sensoriales, y problemas pulmonares, entre los que destacan la displasia broncopulmonar y el síndrome de dificultad respiratoria, entre otras enfermedades. Además, ocasiona problemas emocionales tanto para el niño prematuro como para la madre. En el caso de las muertes registradas en niñas menores de 1 año de edad derivadas de enfermedades respiratorias graves, la tasa fue cercana al 17%, según datos del INEGI.

Además, las primeras horas de vida de los recién nacidos son de vital importancia, pues es cuando se producen los

cambios necesarios para la adaptación al medio extrauterino, por lo cual se deben seguir los protocolos de atención a niñas y niños en el periodo neonatal. Dichos protocolos recomiendan prevenir la pérdida de calor en el neonato, vigilar la respiración, profilaxis, detección de malformaciones congénitas y lesiones consecutivas al parto, entre otras acciones.

Conscientes de la responsabilidad que implica la protección de la salud de los más pequeñitos, desde la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados aprobamos en fechas recientes una iniciativa para reformar la Ley General de Salud en materia de atención a los bebés prematuros, cuyos objetivos primordiales son: incorporar condiciones especiales de inmunización en las acciones para la atención materno-infantil; implementar los mecanismos necesarios para garantizar la atención integral de los recién nacidos prematuros, mediante el acceso a la información e inmunización; y promover las acciones necesarias para la nutrición a fin de procurar su crecimiento y desarrollo.

Este escribidor está comprometido con esta causa y confío que, con el apoyo de la sociedad, mis compañeras y compañeros legisladores en el pleno, avanzaremos hacia un México donde la salud y el bienestar de los más pequeños estén garantizados. Porque recordemos: proteger la salud de nuestros niños es proteger el futuro de nuestra sociedad. Mantendré informados a todos los interesados sobre los avances en este esfuerzo colectivo.

113 ESCUDO PARA NUESTRO FUTURO Y LATIDOS EN RIESGO

30.09.2023 | *"Usa el Corazón, conoce el Corazón"*
OMS

Esta semana los pasillos del Palacio Legislativo de San Lázaro resonaron con dos conversaciones trascendentales: 1) El escudo para nuestro futuro, la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)) en la lucha constante contra el cáncer cervicouterino y otros padecimientos relacionados y 2) Los latidos en riesgo, donde desentrañamos la Insuficiencia Cardiaca (IC), primera causa de muerte en nuestro país.

Ambos eventos contaron con la distinguida presencia de expertos en salud pública, epidemiólogos, coordinadores médicos y defensores de los derechos sociales y de la salud. Todos unidos por un propósito común: analizar prácticas exitosas a nivel internacional y generar recomendaciones para fortalecer las políticas públicas en nuestro país.

En el primer foro hablé sobre el enemigo invisible que es el VPH, con más de 200 tipos diferentes, es la infección de transmisión sexual más común. Si bien muchos de sus tipos son inofensivos, algunos pueden desencadenar cambios celulares que resultan en diversos tipos de cáncer, incluidos el cervical, anal, de pene, vulva y vagina. La esperanza está en una vacuna, afortunadamente, contamos con una herramienta poderosa: la vacuna contra el VPH, capaz de prevenir muchos de estos cánceres. Es imperativo vacunar tanto a niñas como a niños y mujeres adultas para resguardar su salud y bienestar.

El desafío actual, es que pese a los avances, hemos detectado una preocupante disminución en las tasas de vacunación contra el VPH, exponiendo a la población a riesgos inne-

cesarios. La baja cobertura vacunal tiene implicaciones que trascienden la salud, afectando también el ámbito económico y social, y poniendo presión adicional sobre nuestro sistema de salud. Para contrarrestar este fenómeno y tener un futuro saludable, es esencial asegurar la disponibilidad de vacunas, lo que implica un incremento en el presupuesto destinado a la vacunación. Este refuerzo permitirá no solo mantener el abasto actual, sino expandir la cobertura a más niños y niñas a lo largo del país, un paso esencial hacia la eliminación del impacto del VPH en nuestra sociedad.

Hice un llamado a la acción dentro del foro que representó una oportunidad única para unir esfuerzos, compartir conocimiento y encontrar soluciones conjuntas. Solo a través de la colaboración y el compromiso colectivo lograremos mejorar la situación de la vacunación en México, proteger a nuestras futuras generaciones y construir un futuro más saludable para todos. Ahora es el momento de actuar y comprometerse a trabajar juntos para salvaguardar nuestro futuro y forjar un México más saludable.

En el segundo foro, sostuve que la Insuficiencia Cardíaca (IC) es una enfermedad silenciosa y progresiva que afecta la capacidad del corazón para bombear sangre de manera eficiente. Aunque no disponemos de una cura definitiva, excepto el trasplante cardiaco -como el caso del Dr. Brandon Trujillo publicado ayer en este medio con el título "La vida después de una cirugía cardiaca"- el conocimiento y la concientización son herramientas esenciales en la batalla contra esta condición.

México enfrenta un desafío monumental, ya que la IC no solo afecta a millones de mexicanos, sino que también está correlacionada con otras enfermedades cardiovasculares, prevalentes en nuestra población donde el sobrepeso, la hipertensión y la diabetes son comunes.

La conmemoración del día nacional de la donación y trasplante de órganos y tejidos el 26 de septiembre nos recuerda desde hace veinte años la urgencia de mejorar nuestra capacidad de trasplante. Las estadísticas del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) revelan cifras preocupantes: la realización de trasplantes cardíacos en México es insuficiente para satisfacer la creciente necesidad.

El escenario y las cifras expuestas en el foro subrayan la importancia de reforzar la prevención y la detección temprana, así como de impulsar la creación de un registro oficial que permita evaluar el alcance real de la IC y de otras enfermedades cardiovasculares en México.

Ambos foros representaron para la comisión de salud de la H. Cámara de Diputados una oportunidad única, para que mediante la ilustración y sensibilización unir esfuerzos, compartir conocimientos y trabajar juntos en pro de un México más saludable. La colaboración entre sociedad e instituciones es vital para abordar de manera efectiva y alta prioridad la vacunación contra el VPH y, la detección oportuna y tratamiento temprano de la insuficiencia cardíaca para garantizar un futuro más saludable para todos.

Agradezco desde esta columna a todos los participantes y asistentes por su dedicación y compromiso con esta causa, así como a nuestro equipo de colaboradores en la Cámara de Diputados. La unión hace la fuerza, y juntos, podemos hacer frente a este desafío y asegurar un México donde cada latido de sus 130 millones de habitantes cuenta.

***Desde el “Espacio X” se escucha que en presupuesto 2024 se buscará: “Primero, destinar más dinero a la salud, las medicinas, doctores, enfermeras y equipos de salud”

114 LA DELICADA BALANZA ENTRE DERECHOS FUNDAMENTALES

10.10.2023 | *"Un derecho no es algo que alguien te da; es algo que nadie te puede quitar"*

Ramsey Clark

La Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. lleva a cabo esta semana su XLVII Congreso Internacional en el Poliforum León. Uno de los módulos temáticos tratará de los aspectos legales en la práctica quirúrgica y es coordinado por la brillante cirujana y abogada la Dra. Elena López Gavito, quien me solicitó participara con una conferencia magistral con el tema de los derechos del médico en el ejercicio profesional.

Esta columna tratará de manera sucinta mi visión de la delicada balanza entre derechos fundamentales, libertad de prescipción y objeción de conciencia, temas que están en la agenda de la LXV Legislatura en el Congreso de la Unión. Para el lector reflexivo, estos temas no deben ser meras disertaciones teóricas, pues representan desafíos reales y persistentes en nuestra sociedad que exigen soluciones equitativas y justas.

Por ello, conminaré tanto a mis colegas cirujanos como a los legislativos para que el diálogo y el entendimiento mutuo prevalezcan en estas discusiones. No podemos permitir que la polarización y la intransigencia dicten las decisiones en un campo tan vital como la salud.

Contextualizo: En los últimos tiempos, los cimientos del sistema de salud se han sacudido por debates intensos, donde se entrecruzan lo médico, lo ético y lo legal. A medida que la sociedad evoluciona, las perspectivas sobre los derechos fundamentales, la libertad de prescripción y la objeción de

conciencia han emergido con una fuerza renovada, desafiando el statu quo y poniendo en el punto de mira las decisiones que afectan a la vida y bienestar de las personas.

Si bien el compromiso por respetar los derechos fundamentales del individuo ha sido una piedra angular en las democracias modernas, hecho que ocurrió en nuestro país al cambiar la Carta Magna el 10 de junio del 2011, al establecer en el artículo primero que "en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia." Sin embargo, la forma en que se entrelazan los derechos fundamentales con otros derechos y libertades, particularmente en el ámbito médico, sigue siendo un tema de constante debate.

Para empezar, los derechos fundamentales son aquellos inherentes a todo ser humano, que se consideran universales, inalienables e imprescindibles para la dignidad del individuo. Estos derechos, que incluyen la vida, la libertad, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía personal y la búsqueda de la felicidad, son pilares en cualquier sociedad democrática y se espera que sean protegidos y respetados por todos, incluidas las instituciones gubernamentales. Sin embargo, su interpretación y aplicación no están exentas de controversia.

Una de las áreas donde esta tensión se manifiesta con claridad es en el campo de la medicina. La libertad de prescripción refiere a la facultad del médico de decidir, basado en su conocimiento y experiencia, qué medicamentos o tratamientos

son los más adecuados para un paciente específico. Esta libertad, respaldada por la ciencia y la formación médica, a menudo se ve en contraposición con las directrices políticas o económicas que pueden limitar el acceso a ciertos medicamentos o tratamientos.

Por ejemplo, si un medicamento innovador, pero costoso, se considera el más adecuado para un paciente, ¿debe un médico abstenerse de recetarlo debido a consideraciones económicas o políticas? ¿debe prescribirlo aunque se aleje de la guías clínicas vigentes, aunque no actualizadas? La respuesta, para muchos, radica en el equilibrio entre la autonomía del médico y las realidades prácticas de la economía y la política.

En este contexto, emerge la objeción de conciencia como otro punto de inflexión en el debate. Esta objeción permite a los profesionales de la salud abstenerse de realizar ciertos procedimientos o tratamientos que vayan en contra de sus convicciones éticas, morales, religiosas o ideológicas. Sin embargo, y es aquí donde la controversia se intensifica, esta objeción no debe usarse como excusa para evadir responsabilidades o negar servicios esenciales de salud. En otras palabras, el ejercicio de la objeción de conciencia no puede, y no debe, comprometer el bienestar y los derechos de los pacientes.

La pregunta entonces surge: ¿Cómo balanceamos el respeto a las convicciones personales de un médico con el deber primordial de cuidar y proteger a los pacientes? ¿Dónde se traza la línea? ¿es más importante la autonomía del médico o el derecho del paciente a recibir un tratamiento? Las respuestas a esta pregunta son tan variadas como complejas, y se extienden desde el reconocimiento y respeto de la objeción hasta el establecimiento de protocolos que aseguren que ningún paciente se quede sin atención médica adecuada. Las instituciones tienen un papel crucial en este equilibrio. Deben adoptar medidas que garanticen la disponibilidad de personal no objetor y, al mismo tiempo, proteger los

derechos de aquellos profesionales que, por razones de conciencia, eligen abstenerse de ciertos procedimientos. Esto, sin duda, requiere una gestión administrativa cuidadosa y una profunda reflexión ética.

Concluyo que estos tres temas, aunque distintos, convergen en una sola premisa: el respeto a la dignidad y autonomía del ser humano. Ya sea que hablemos del paciente (que puede también ser un médico), con sus derechos fundamentales; del médico, con su libertad de prescripción; o de ambos, cuando entra en juego la objeción de conciencia, la clave está en encontrar el equilibrio. El desafío actual es encontrar soluciones que permitan que tanto médicos como pacientes se sientan respaldados, escuchados y respetados.

115 MODERNA, NOBEL DE MEDICINA 2023 Y DERECHO A LA SALUD

08.10.2023 | *"Nunca me planteé renunciar, ni en los peores momentos"*

Katalin Karikó

En los Estados Unidos actualizaron las recomendaciones de vacunación contra la COVID-19 el 3 de octubre para añadir la vacuna Novavax para 2023-24. Las tres vacunas autorizadas y aprobadas por FDA (Food and Drug Administration) en la actualidad son Moderna y Pfizer-BioNTech hechas con tecnologías de ARNm (ácido ribonucleico mensajero) y Novavax, vacuna hecha con sub-unidades de proteinas. Estas tres vacunas se administran como inyecciones en el músculo en la parte superior del brazo o en el muslo si se trata de un niño pequeño.

Debemos saber estimados lectores que las recomendaciones de vacunación se basan en la edad, el tiempo transcurrido desde la última dosis, y en algunos casos, la primera vacuna recibida. Las personas con las defensas bajas (inmunodepresión moderada o grave) tienen recomendaciones específicas. Las reacciones adversas posteriores a este tipo de vacunas son frecuents, pero las reacciones alérgicas graves después de vacunarse son poco frecuentes.

Las vacunas de Moderna y Pfizer-BioNTech usan un ARNm creado en un laboratorio para enseñar a nuestras células a producir una proteina, o tan solo una porción de una proteina, que desencadena la respuesta inmunitaria de nuestros organismos. El ARNm de las vacunas se descompone a los pocos días de la vacunación y el organismo lo elimina.

El día 2 de octubre el Instituto Karolinska entregó el premio Nobel de Medicina 2023 a Katalin Karikó y Drew Weissman por su trabajo que permitió el desarrollo de vacunas de ARNm contra el SARSCoV-2, virus causante de la COVID-19. Se reconocen los descubrimientos revolucionarios que cambiaron fundamentalmente nuestra comprensión sobre la manera en que el ARN mensajero interactúa con nuestro sistema inmunológico. Los laureados contribuyeron al ritmo sin precedentes del desarrollo de las vacunas durante una de las mayores amenazas para la salud humana de la época moderna.

El ARNm ha sido utilizado antes que en la lucha contra las infecciones virales, en la medicina personalizada, desarrollando vacunas contra el cáncer de diferentes tipos, situación que hizo posible el desarrollo acelerado de la vacuna contra el SARS-CoV-2 por un lado, y modificar su formulación de manera rápida y sencilla conforme el virus ha ido cambiando -mutando-.

El pasado 4 de octubre Moderna presentó su vacuna COVID-19 actualizada al comité de nuevas moléculas de la comisión federal de protección contra riesgos sanitarios

-COFEPRIS- a través de su socio comercial estratégico Asofarma de México. Esta vacuna actualizada, dirigida al sublinaje XBB.1.5 del SARS-CoV-2, será analizada ahora por el comité de moléculas nuevas de la COFEPRIS para verificar se cumpla con la calidad, seguridad y eficacia que requiere la población mexicana. Esta vacuna fue aprobada recientemente por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y la Agencia Europea (EMA), así como otros organismos reguladores, para la temporada de vacunación de otoño de 2023.

COFEPRIS no debe retrasar su autorización de la vacuna de Moderna para uso ordinario en México, tanto por la aprobación de la vacuna por agencias regulatorias superiores a la nuestra, como por los datos aportados que demuestran respuestas inmunitarias sólidas en múltiples virus del linaje descendiente de XBB, incluidas XBB.1.5, XBB.1.16 y XBB.2.3.2; como porque en ensayos clínicos evidencian un aumento de 8.7 a 11 veces en los anticuerpos neutralizantes contra las variantes circulantes, incluidas las variantes BA.2.86, EG.5 y FL.1.5.1.

En estudios hechos en población mexicana, el estudio "Effectiveness of a nationwide COVID-19 vaccination program in Mexico against symptomatic COVID-19, hospitalizations, and death: a retrospective analysis of national surveillance data", de Bello-Chavolla y colaboradores, de un total de 793,487 adultos mexicanos que fueron vacunados con siete diferentes vacunas anti-COVID-19 versus 4,792,338 adultos no vacunados, se observó un efecto más pronunciado con la vacuna ARNm-1273 (vacuna de Moderna), con la cual se previno significativamente la infección por SARS-CoV-2 (87.48% con la dosis inicial y 91.45% con el refuerzo), la hospitalización (85.78% con la dosis inicial y 78.0% con el refuerzo) y la mortalidad (93.10% con la dosis inicial y 93.46% con el refuerzo).

En 2011, México consolidó un marco para el reconocimiento y protección de los derechos humanos -entre ellos el derecho a la salud- a través de una reforma constitucional. El Estado, por ende, tiene la responsabilidad de ofrecer servicios de salud de forma completa, incluyendo la provisión de medicamentos básicos y vacunas de calidad. Las vacunas actualizadas contra la COVID-19, deben ser una prioridad nacional en su registro, adquisición y vacunación en este otoño de 2023-24. Las vacunas Abdalá y Sputnik ofrecidas, no otorgan la seguridad para la vida que aportan las vacunas ARNm. ¡No más muertes por ideología!

116. LA EUTANASIA A ESCENA … OTRA VEZ

14.09.2023 | *"No deben hacerle el trabajo sucio a la muerte"*
Papa Francisco

En junio 25 de 2018 al dirigirse a los alrededor de 300 expertos que participaban en la Asamblea General que la Pontificia Academia para la Vida el Papa Francisco citó: "El mal intenta persuadirnos de que la muerte es el final de toda cosa, de que vinimos al mundo por casualidad y estamos destinados a acabar en la nada. Al excluir el prójimo de nuestro horizonte, la vida se pliega sobre sí misma convirtiéndose en un bien de consumo".

En noviembre de 2022 el diputado guanajuatense Emmanuel Reyes Carmona del partido Morena y Salomón Chertorivski de Movimiento Ciudadano presentaron una iniciativa de ley para establecer como materia de salubridad general a la "muerte digna o eutanasia", proponiendo la creación de un registro nacional de cuidados paliativos y muerte digna sin dolor; agregando la "muerte digna sin dolor" a los pa-

cientes en situación crítica o terminal, con lo que desvirtúa y confunde ambos términos. Propusieron además adicionar un segundo párrafo al artículo 312 del Código Penal Federal para establecer que dicho artículo no aplicará sanción para quienes participarán en la realización de la "muerte digna sin dolor", el dictamen se bajó de la sesión donde se discutiría y está pendiente de dictaminación.

El pasado martes 10 de octubre de 2023 se presentó otra iniciativa encabezada por Emmanuel y ahora diversas diputadas y diputados de MORENA, PRI, MC, PVEM y PRD en "muerte digna y sin dolor". Ahora plantean introducir la "Eutanasia" como materia de salubridad general en la Ley General de Salud (LGS); eliminando el artículo 166 Bis 21 que establece la prohibición expresa de la eutanasia; e incorpora un nuevo Título Octavo Ter "De la eutanasia", donde a través de varios ordenamientos busca establecer las condiciones y mecanismo para llevar a cabo eutanasia. La iniciativa justifica su propuesta en la "autonomía de la persona para decidir sobre su vida".

Al saltar a escena la eutanasia otra vez, hago algunas consideraciones a continuación:

Frente a la eutanasia se encuentra el ineludible deber del Estado de proteger la vida y la salud de toda persona. La autonomía personal o derecho para decidir de la persona sobre su vida, no es un derecho absoluto. De ser así existirían otros derechos como la posibilidad de vender sus propios órganos o aceptar voluntariamente la esclavitud. La tutela de la vida humana es un deber que no puede relegarse a la moral particular o privada de cada uno.

No se puede querer la libertad o autonomía solo para sí mismo, ya que no hay ser humano sin los demás, somos una comunidad. Nuestra libertad o autonomía personal queda siempre conectada a la responsabilidad por todos aquellos que nos rodean y la humanidad entera. La vida en sociedad

nos obliga a someternos y a aceptar las normas y las leyes que en ningún momento son cuestionados como límites de la libertad o autonomía personal.

La propuesta pretende convertir a la eutanasia en un derecho exigible para el enfermo a una muerte rápida; en muchos casos, para su familia en una salida más cómoda, o para algunos médicos en un recurso sencillo que ahorra tiempo y esfuerzos, y para el sistema público de salud en una intervención de óptimo cociente costo/eficacia.

La eutanasia es uno de los temas que genera encendidas discusiones en los ámbitos médicos, éticos, religiosos, sociales y por supuesto jurídicos. No está alejada de posturas opuestas y visiones diversas que difícilmente permiten acuerdo general al respecto.

Desde mi punto de vista, es deber del Estado proteger a todos los que pueden verse privados del derecho fundamental a la vida especialmente ante la vulnerabilidad que implica la enfermedad. La opción por la eutanasia es una derrota social, de la medicina y profesional ante el problema de la enfermedad y la muerte.

La LGS ya tutela la muerte digna de manera indirecta a través de la "Voluntad Anticipada", que sirve para evitar la obstinación terapéutica y acceder a cuidados paliativos, que evitan dolores y sufrimientos.

Plantear como opción al sufrimiento humano la muerte, nos deshumaniza y muestra el fracaso del sistema de salud; que lejos de eliminar a los enfermos débiles y sufrientes, debería dedicarles los mejores esfuerzos y recursos disponibles, precisamente porque son los que más los necesitan.

La propuesta coloca al personal de salud, particularmente a los médicos tratantes como instrumentos de muerte, no obstante que el médico tiene como función salvar vidas.

Por último, el PAN considera que el derecho a la vida es inviolable por ser fundamento de todos los demás derechos que debe ser respetado, garantizado y protegido por el Estado.

***Desde el "Espacio X" digo: "*Xóchitl Va!*"

117. REFLEXIONES SOBRE LA COMERCIALIZACIÓN DEL CANNABIS

10.17.2023 | *"Ninguno escarmienta en cabeza ajena"*
Proverbio Español

¿Es posible que solo las vivencias propias nos ofrezcan genuinas lecciones? En México, la despenalización del uso de la Cannabis es un tema candente. A pesar de los avances en la autorización para su uso lúdico, la regulación y la comercialización siguen siendo espinosos asuntos.

Una publicación reciente en la prestigiosa revista JAMA (Journal of American Medical Association) lleva por título "Changes in cannabis-attributable hospitalizations following nonmedical cannabis legalization in Canada". Su autor principal, el Dr. Daniel T. Myran, pertenece al programa de epidemiología clínica del Instituto de Investigación del Hospital de Ottawa.

Esta meticulosa investigación contó con el respaldo y financiamiento de importantes entidades canadienses como el Centro Canadiense sobre Uso de Sustancias y Adicción y becas de los Institutos Canadienses de Investigación en Salud y el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Ottawa.

El estudio plantea una pregunta esencial: ¿Cómo han influenciado las tasas de hospitalizaciones relacionadas con el cannabis a nivel nacional y entre provincias tras su legalización no medicinal en Canadá? El objetivo de este análisis era clarificar el impacto de tal legalización y la subsecuente comercialización en las hospitalizaciones canadienses.

Para arrojar luz sobre este asunto, se estudiaron las hospitalizaciones de individuos entre 15 y 105 años en las cuatro provincias más densamente pobladas de Canadá -Ontario, Quebec, Alberta y Columbia Británica-, con una población de 26,9 millones de personas. Se compararon los cambios inmediatos y graduales en las tasas estandarizadas por edad y sexo de hospitalizaciones por cannabis utilizando un diseño durante 3 períodos de tiempo: prelegalización (enero de 2015 a septiembre de 2018), legalización con restricciones de productos y tiendas (octubre de 2018 a febrero de 2020) y comercialización, que se superpuso con la pandemia de COVID-19 (marzo de 2020 a marzo de 2021).

Los datos revelan que hubo 105,203 hospitalizaciones relacionadas al cannabis durante un periodo de siete años; de las cuales 69.192 (65,8%) fueron entre hombres y 34.678 (33%) entre personas de 15 a 24 años. En general, la tasa de hospitalizaciones estandarizada por edad y sexo aumentó 1,62 veces entre enero de 2015 (3,99 por 100.000 personas) y marzo de 2021 (6,46 por 100.000 personas).

Es alarmante constatar que, durante este tiempo, la tasa de hospitalizaciones relacionadas al cannabis aumentó significativamente. Se evidencia, en particular, un marcado incremento en las hospitalizaciones por psicosis inducida por cannabis.

Los resultados sugieren que, mientras la legalización con restricciones no llevó a un incremento en las hospitalizaciones, la comercialización del producto sí lo hizo. Estos descubrimientos resaltan la necesidad de medidas preventivas cuidadosamente

calibradas en jurisdicciones, como México, que contemplan la legalización.

El consumo habitual e intenso de cannabis ha sido relacionado con numerosos problemas de salud, incluyendo psicosis, ansiedad incrementada, depresión, y adicción. El aumento en las visitas a urgencias debido al consumo de cannabis es un fenómeno observado también en Estados Unidos y Europa.

Ante esta realidad, es imperativo que evaluemos detenidamente el camino a seguir, las legislaciones pertinentes y las políticas públicas derivadas. Es vital aprender de las experiencias de países como Canadá para informar nuestras propias decisiones.

Las diferentes estrategias provinciales en Canadá nos ofrecen valiosas lecciones sobre el impacto de la comercialización y el acceso al cannabis. Por ejemplo, aunque todas las provincias de Canadá estaban obligadas legalmente a permitir la venta de cannabis en octubre de 2018, a cada provincia y territorio se le permitió establecer sus propias regulaciones sobre cómo se vendería el cannabis y los tipos de productos que podrían introducirse. Inicialmente, a todas las provincias de Canadá solo se les permitía vender flores secas de cannabis.

En octubre de 2019, a los productores de cannabis se les permitió presentar solicitudes para comenzar a vender nuevos productos de cannabis de alta potencia, incluidos comestibles, vaporizadores y concentrados. La mayoría de las provincias permitieron que estos productos llegaran al mercado a partir de principios de 2020. Es fundamental que tomemos en cuenta estos hallazgos al ponderar nuestras propias políticas.

Los autores enfatizan que sus hallazgos tienen importantes implicaciones políticas dentro de Canadá y otros países que

están considerando legalizar el cannabis. Sugieren que la legalización del cannabis con controles estrictos puede no causar ningún cambio inmediato en las tasas de hospitalizaciones e incluso puede tener un modesto beneficio para la salud pública, ya que en este estudio la legalización se asoció con una disminución en las visitas al servicio de salud relacionadas con el cannabis.

Sin embargo, también advierten que la comercialización y la rápida expansión del mercado minorista de cannabis pueden revertir estos beneficios con aumentos constantes en las hospitalizaciones por cannabis en los diferentes enfoques regulatorios provinciales en Canadá.

Finalmente, ¿cuál es su postura estimados lectores en este debate contemporáneo? ¿Debemos escarmentar en cabeza propia? La decisión que tomemos hoy repercutirá en generaciones futuras. Es nuestro deber informarnos y actuar con prudencia.

118. LA SALUD EN JAQUE POR EL SAQUEO SILENCIOSO

21.10.2023 | *"Invertir en salud es invertir en el futuro, pero es crítico asegurarnos de que estos fondos se utilicen sabiamente y no en gastos superfluos"*.

Si el alma de una nación se evalúa por el cuidado que brinda a sus ciudadanos más vulnerables, México parece estar retrocediendo a pasos agigantados. El bienestar y la salud de nuestra gente se encuentran en medio de una tormenta política y legislativa que podría tener repercusiones desoladoras para innumerables individuos.

El miércoles pasado, presenté una postura en la Cámara de Diputados durante el debate del dictamen de la Ley Federal de Derechos y la Ley de Ingresos para 2024. Mi intervención reflejó una inquietud que comparto con numerosos profesionales médicos, especialistas en hospitales generales, de alta especialidad, Institutos Nacionales y con la ciudadanía en general: el Fondo Nacional de Salud para el Bienestar (FONSABI) se encuentra amenazado.

A lo largo de los años, este fondo ha sido esencial para garantizar que los mexicanos reciban tratamientos y cuidados médicos para enfermedades catastróficas. Estas enfermedades tienen el potencial de sumir a las familias en la pobreza debido a sus costos exorbitantes, tales como cánceres en menores de 18 años, tratamientos de infartos cardíacos y tumores malignos en personas en etapas productivas de su vida, entre otros.

Por cuarto año consecutivo, en lugar de incrementar o al menos preservar los recursos, se ha estado reasignando el dinero del FONSABI para gastos corrientes y otros proyectos que, en muchos casos, no guardan relación con la salud del pueblo mexicano. La información proporcionada por la Secretaría de Hacienda es reveladora. De los 93 mil millones de pesos que poseía el FONSABI en 2018, más los 250 mil millones adicionales recibidos en este lapso, la Secretaría de Salud ha reintegrado a la Secretaría de Hacienda casi la totalidad, destinando menos del 2% para las mencionadas enfermedades catastróficas. Actualmente, sólo persisten 33 mil millones. De cara a 2024, las propuestas de la Ley de Ingresos sugieren un golpe devastador para el FONSABI, dejando un legado de sufrimiento, enfermedad, incertidumbre y miedo.

El FONSABI fue concebido como un seguro para la nación por el Presidente Vicente Fox y el Secretario Julio Frenk. En sus mejores momentos, bajo el alero del Seguro Popular, este fideicomiso se dedicó a potenciar la atención médica sostenida y a ampliar los servicios de salud, cubriendo más

de sesenta enfermedades en áreas tanto rurales como urbanas. No obstante, las acciones recientes indican que estos fondos han sido drenados subrepticiamente, ascendiendo a más de trescientos mil millones de pesos, para financiar otros proyectos no relacionados con la salud.

Para dimensionar la gravedad de este escenario, invito a un ejercicio de empatía. Imaginemos que un ser querido es diagnosticado con una enfermedad severa, como el cáncer. La angustia nos embarga, pero surge una luz de esperanza: existe un fondo destinado a cubrir los gastos médicos. Sin embargo, ese salvavidas, que en un tiempo fue sólido y confiable, ahora está desfalcado y mermado por una administración de Morena deshumanizada.

Es desconcertante y alarmante ver cómo, en tan poco tiempo, el FONSABI ha sido presa de lo que se podría describir como un esquema de desvío. La falta de claridad en la administración de estos recursos, sumada a la posible canalización de fondos supuestamente para salud hacia otros fines, es altamente preocupante.

La organización México Evalúa ha señalado la ausencia de publicación sobre el número de intervenciones médicas financiadas por el FONSABI. Esta omisión deja a nuestra población en la penumbra respecto a cuántos pacientes con afecciones graves están siendo atendidos. Y con 50 millones sin acceso a servicios de salud y un aumento en los gastos directos para tratamientos, el horizonte es sombrío.

Los recursos de salud trascienden las cifras; son vidas, esperanzas y aspiraciones. Son reflejo de la madre que anhela ver a sus hijos crecer, del joven combatiendo una enfermedad inusual, del anciano que requiere medicación para mantener su bienestar.

Es crucial que tanto los legisladores como la sociedad civil actuemos. Mi propuesta de suprimir el artículo que compromete la integridad del FONSABI es un paso hacia la justicia. Aunque la mayoría de MORENA no la respaldó, aún persiste la batalla en el Senado. Pero es esencial ir más allá. Necesitamos transparencia, responsabilidad y una revisión meticulosa de nuestras prioridades como nación.

Toda voz es esencial, cada historia es valiosa. Los mexicanos merecen acciones concretas, no sólo palabras; merecen garantías para un futuro saludable. Porque, al cierre del día, un México sano es un México fortalecido.

***Desde el "Espacio X" digo: *"La Esperanza Cambio de Manos"*

AGRADECIMIENTOS

¿Cómo expresar con justicia el agradecimiento que siento por todas las personas que colaboraron en esta edición? Cada columna de este libro está impregnada de esfuerzo, la dedicación, la pasión y el corazón de quienes me han acompañado en esta travesía.

Cada semana, una editorial cobró vida gracias a los comentarios ciudadanos y la colaboración incansable de un equipo extraordinario. Cada línea, cada párrafo, es testimonio de ese compromiso compartido a favor de México.

En esta sección, las palabras parecen frágiles y breves, pero portadoras de una sinceridad inmensa y el desafío ahora es otro: El de intentar plasmar en palabras el profundo agradecimiento que siento, sabiendo que el lenguaje, con sus limitaciones gráficas y expresivas, a menudo se queda corto frente a las emociones del alma. Pero aquí va mi intento.

A Nena, que semana tras semana me acompañó en este viaje, gracias por creer en este proyecto, por las horas invertidas, por cada consejo, opinión, corrección y por la pasión con la que has abrazado esta misión.

A mi familia Éctor, Jaime, Fernanda, Valeria, Avril Fernanda, Éctor Gabriel, Arya Valentina y Maria Ivanna por su presencia perenne y recordatorio para luchar por un mejor futuro.

A Enrique Gómez Orozco, Arcelia Becerra, Maribel Ramírez Coronel, Antonio Lascurain, Cutberto Jimenez, Héctor Efrén González Aguirre, Juan Carlos Romero Hicks, Daniela Juárez Coronado, Xavier Tello, José Carlos Ferreyra, Enrique Martínez Moreno, Cecilia Bravo, Arturo Manrriquez Martínez, Cristina Viruega, Juan de Villafranca, Héctor J. González, Patrick Devlin,

Rubén Hernández, Rafael Gual Cosío, Óscar Flores, Juan Carlos Castillo, Enrique Ruelas Barajas, Daniel Díaz Martínez, Elia Lara Lona, Carlos Arias Guzmán, Sergio Arias Franco, Mónica Vargas, Yunuen Alberto Mijangos, Pio Torres Israel, Francisco Javier Marin, Mayra Galindo Leal, Javier Potes, Héctor Valle Mesto, Santiago March, Gabriela Allard Taboada, Marisol Robles, Felicia Knoul, Héctor Arreola, Trizia Herrera, Teresa Lizárraga, Sergio Baca, Fátima Melchor Márquez, Ernesto García Caratachea, Minerva Chiquet Gollaz, Francisco Javier Domínguez Garibaldi, Graciela Mata Álvarez, Guadalupe López Arroyo, Martha Adela Sánchez Juárez, Armando Flores Guerrero, Ana Elena Rodríguez Rendón y Carlos Hidalgo Valadez, por las interacciones, comentarios y opiniones en diversas materias que formaron parte de las columnas.

A Antonio Rocha Bravo, Arely de la Parra, Rafael Ruiz, José Luis Díaz, Erika Luna, Hugo Parker, Miriam Palacios, Raúl Díaz, Leslie González, Alejandro Díaz, Mónica Rojas, Maria Fernanda Solares, Pamela García, Jaqueline Cabrera, Leticia Escobar, Axel Alcibar y Eber Garibay por ser parte del equipo de escucha ciudadana y establecimiento de compromisos reflejados en estas páginas.

A Luis Alberto Herrera Godínez por el formato de las ilustraciones.

A Mónica Rojas García por la revisión, formato y comentarios.

A mis amigos y amables electores y lectores, a quienes en mi imaginario me dirijo, habiendo recibido de ellos el impulso para seguir escribiendo.

CÁMARA DE
DIPUTADOS
LXV LEGISLATURA

Legislando la Salud
Desde la Curul 083, un Compromiso Ciudadano

Se terminó de imprimir en febrero del 2024
en la Dirección de Talleres Gráficos de la Cámara de
Diputados con un tiraje de 1000 ejemplares.

CONSEJO EDITORIAL
H. CÁMARA DE DIPUTADOS

CONSEJO EDITORIAL
H. CÁMARA DE DIPUTADOS

Imagina un viaje por los pasillos de uno de los espacios más emblemáticos del país, el palacio Legislativo de San Lázaro. Desde la curul 083, he tenido el privilegio de servir como tu representante en la LXV Legislatura del H. Congreso de la Unión, bajo la bandera del Partido Acción Nacional. Cada día, he llevado conmigo tus voces, tus inquietudes, y las esperanzas de numerosas personas, asociaciones, colegios y entidades de nuestra sociedad. Como resultado, he presentado cuarenta y nueve iniciativas y treinta y dos puntos de acuerdo, centrados en su mayoría en la transformación y mejora de nuestra salud pública. Este libro es un espejo de esa labor, y a través de él te invito a recorrer una selección de las 118 columnas que he escrito para periódicos como AM y El Economista. No solo son reflexiones, sino también un registro histórico de los desafíos y victorias que hemos enfrentado en el ámbito de la salud. Más que una serie de textos, estas páginas representan un compromiso. Un compromiso que he reafirmado en cada entrega, desde "25 puntadas en Salud" en 2004, pasando por "Caleidoscopio" en 2017, hasta "Contestatario" en 2022. A través de ellas, he aprendido, he crecido y me he reinventado, guiado siempre por los comentarios invaluables de personas como tú. Es mi esperanza que este libro te ofrezca una perspectiva fresca y profunda sobre el sistema de salud mexicano. Pero, sobre todo, que te inspire a creer en la posibilidad de un futuro más saludable y equitativo para todos los que llamamos a México nuestro hogar.

CÁMARA DE DIPUTADOS
LXV LEGISLATURA

CONSEJO EDITORIAL
H. CÁMARA DE DIPUTADOS