



Acta de la Sesión del 22 de junio de 2016

Presentación del trabajo de ingreso

La educación de la Hepatitis B mejora los conocimientos y la aceptación de la terapéutica antiviral en poblaciones de pacientes vulnerables a la infección por el virus de la Hepatitis B (HBV). Dr. Mauricio Lisker Melman

El Dr. Lisker dijo que era un honor para él, presentar un trabajo de investigación que traduce mucho de lo que ha estado haciendo en los últimos años. El estudio representa el gran esfuerzo coordinado por del gobierno de los EUA, llamado Hepatitis B Research Network* en el que participan 13 instituciones (8 de ellas en el trabajo presentado).

Comentó que la hepatitis B es un problema de salud global, que hay 2,000 millones de personas en el mundo que han estado en contacto con el virus HBV, lo que corresponde entre el 25% y el 40% de la población mundial.

En el caso de los EUA, el 0.5% de la población tiene una respuesta positiva al antígeno de superficie del HBV, mientras que en República Dominicana y Haití, en el delta del Amazonas, o Venezuela los positivos son 14% o más de la población. Sin embargo el mayor problema de infección por HBV se encuentra en el sureste asiático.

El HBV es causante de cirrosis hepática y de cáncer primario de hígado, y dijo que si este cáncer no se detecta a tiempo tiene una alta mortalidad, de casi 100%. Para entender la magnitud del problema, el Dr. Lisker planteó que el HBV es el segundo carcinógeno, sólo después del tabaco.

El 70% de las infecciones HBV en los EUA, la presentan personas que son nacidos fuera del país. De modo que esta infección se asocia a los inmigrantes que son una población vulnerable, que sufre discriminación en el trabajo. Comentó que hay leyes importantes en el mundo para evitar que los inmigrantes sean discriminados.

Como se mencionó, la detección y el diagnóstico oportuno de la infección del HBV impacta positivamente al pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, hay muchos médicos que no lo diagnostican. El Dr. Lisker comentó que existen métodos de biología molecular que permiten una detección adecuada.

En cuanto al estudio de su ingreso a la ANMM tenía varios objetivos. Como son el obtener el conocimientos de los pacientes, su aceptación del tratamiento, y su nivel de educación, entre otros. Presentó el proceso de reclutamiento y elegibilidad, y dijo que se trabajó con adultos con una infección por HBV con más de seis meses de evolución que tiene las características de ser una infección crónica.



Se reclutaron pacientes en EUA y Canadá, y el 65% de los casos incluidos en el estudio vienen del sureste asiático; todos ellos firmaron una carta de consentimiento informado.

Se incluyeron a 51 pacientes que fueron analizados en cuanto a su etnicidad, estado migratorio y lenguaje utilizado. A todos ellos se les aplicó un cuestionarios antes y después de la sesión educativa. Los cuestionarios constaron de reactivos con los que se exploró su perfil cultural, nivel educativo, y las barreras y actitudes que pudieran obstaculizar su aceptación del tratamiento, entre otras. En todos los casos que lo requirieron contaron con traducción al mandarín o cantonés. Asimismo se llevó a cabo un análisis molecular del estado de la infección por HBV.

Entre los resultados destacan los siguientes:

La edad promedio fue de 51.4 años, con un rango de 23 a 70 años.

El 86% fueron asiáticos, 92% de ellos habían nacido fuera de EUA., y sólo el 31% hablaban fluidamente inglés.

El perfil socio económico era típicamente de inmigrantes con ingresos bajos y en su mayoría con estudios de secundaria.

En cuanto a la carga viral, y el antígeno, sus mediciones son compatibles con su estatus de portadores crónicos.

En cuanto al porcentaje de respuestas correctas antes y después del proceso educativo, permitió comprobar que sí se tuvo impacto significativo, ya que en el periodo basal el 70% respondieron acertadamente y al final subió al 86%.

En lo relativo a la modificación de barreras, sólo se encontró que mediante el proceso educativo se modificó la aceptación del tratamiento, pero otras barreras no variaron.

En cuanto al nivel de estudios, se encontró que aquellos que contaban con nivel de preparatoria o mayor tuvieron mejor capacitación y un conocimiento basal también mayor. Sin embargo después de la intervención educativa se emparejan las respuestas correctas. Esto muestra que la educación es la manera de obtener la respuesta deseada. El estudio mostró también que es muy importante que el abordaje de los pacientes se lleve a cabo con más tiempo, y de manera más cuidadosa.

Asimismo el estudio mostró que el nivel de conocimiento basal es independiente de la edad del paciente, y del tiempo que llevaran en EUA.

Es importante resaltar que la educación fue insuficiente para quitar barreras culturales, que tienen raíces muy profundas.

En cuanto a las limitaciones del estudio, el Dr. Lisker comentó que se trató de un tamaño de muestra pequeño; que se incluyeron pacientes que ya estaban en tratamiento, y que sería importante hacerlo en población abierta.

Para finalizar el Dr. Lisker rindió un homenaje a su padre.



Comentarista: Dr. David Kershenobich Stalnikowitz

El Dr. Kershenobich agradeció la oportunidad de comentar el trabajo del Dr. Lisker. Resaltó que el tratamiento de las hepatitis virales crónicas con los nuevos medicamentos permite una curación de arriba del 90% de los pacientes con hepatitis C (HepC), y baja el riesgo de cirrosis y carcinoma primario de hígado en Hepatitis B (HepB). El problema actualmente es el bajo acceso a esta nueva terapéutica antiviral. Existe una ausencia de conocimientos en la población en riesgo, una pobre información de los médicos tratantes, y los recursos son muy limitados.

En este sentido, el Dr. Kershenobich resaltó algunos resultados del trabajo del Dr. Lisker, como es la vulnerabilidad de migrantes. Muchos de los migrantes hablan inglés con dificultad aún después de tener 15 años en EUA, están desempleados y no cuentan con seguro médico.

Esto es un problema global, ya que hay cada vez un mayor número de inmigrantes a nivel mundial. Además recalco que estas poblaciones vulnerables no se registran en las estadísticas, ya que las personas en prisión o viviendo en la calle, no se toman en cuenta para determinar la incidencia y la prevalencia de estas infecciones virales. Dijo que en el trabajo de ingreso del Dr. Lisker, resalta además, la importancia de los programas educativos. Es importante como la información es un factor importante para lograr la aceptación del tratamiento médico.

En el estudio en comentó la población que se analizó estaba conformada por migrantes de origen asiático, por lo que el reto para su tratamiento es médico y también social. Claramente se trata de un problema de promoción de la salud.

Para terminar el Dr. Kershenobich resaltó que la prevención mediante vacunación de la HepB es barata con alta efectividad y de gran acceso. En el caso de México se aplica la vacuna desde 1999 todos los recién nacidos vivos, y esta medida ya impacta en la baja prevalencia de esta infección.

Simposio

La atención primaria de la salud en nuestro país a 38 años de la Declaración de Alma-Ata.**

Introducción Dr. Octavio Rivero Serrano

El Dr. Rivero inició su participación resaltando que en 1978, se llevó a cabo un evento auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



(UNICEF) en la ciudad de Alma-Ata, Kazajistán. Así pues, hace 38 en esa ciudad había un auditorio que congregó a representantes de prácticamente todo el mundo, incluyendo México.

La declaración de Alma-Ata resalta la importancia de la atención primaria de la salud. El Dr. Rivero, presentó el séptimo punto de esta declaración (que consta de diez puntos) y que dice:

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”***.

El Dr. Rivero dijo que el documento completo es de gran trascendencia, y resaltó algunas frases que considera fundamentales. Entre ellas están:

- La salud es un derecho fundamental del ser humano.
- Los gobiernos tienen la obligación de formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores.
- Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000.

El Dr. Rivero dijo que estas propuestas no se han logrado pues se cuenta con presupuestos insuficientes, la medicina fue definida hace 20 años por el Banco Mundial, como una industria, y hubo un cambio en el paradigma en la manera de ejercer la medicina. Se cambió de la atención de los enfermos en casa, a su tratamiento en el hospital y de la atención por el médico general, a la del especialista.

De la universalidad de la salud a la atención primaria. Dr. Onofre Muñoz Hernández
El Dr. Muñoz dijo al inicio de su participación que se referiría a la posibilidad de la cobertura universal tomando en cuenta la atención primaria a la salud como elemento central, propuesta de Alma-Ata que en el año 2000 no se logró.



Se refirió a algunas referencias de la literatura sobre la cobertura universal, y resaltó que 40 países ya lo han logrado, conjuntando ambos paradigmas, la cobertura universal y la atención primaria.

Entre los autores que reseñó el Dr. Muñoz destacan los siguientes:

Adam Wagstaff, que por parte del Banco Mundial, establece una evaluación de 24 países emergentes para ver el grado de avance. En este trabajo se define la cobertura universal como la situación en que toda la población obtenga las medidas de prevención y el tratamiento médico necesario, aunque no tengan recursos; en la que no haya empobrecimiento, ni gastos catastróficos.

En el intervalo del índice de avance para lograr la cobertura universal, definido en este estudio, México se coloca en el intervalo de 79% a 84%, aunque obtiene un 78.7% de avance. En esta evaluación se le dio una ponderación positiva al incremento en las intervenciones de salud, (específicamente a la implementación del Seguro Popular), y pesó negativamente que no ha disminuido el gasto de bolsillo.

Otro trabajo que mencionó el Dr. Muñoz fue el realizado por Osvaldo Ataza que atiende a la pregunta: ¿Cómo lograr la universalidad en salud? En este estudio se plantea que los puntos que hay que atender son la cobertura poblacional de la atención médica, la garantía de los servicios médicos y la protección financiera de la población.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) publicó en el 2013 y en el 2016, un trabajo en el que se presenta la evidencia internacional sobre la eficacia de una política social favorable a la igualdad y a la productividad.

En este contexto es muy importante considerar la formación de recursos humanos necesarios para implementar las medidas necesarias para lograr la cobertura universal, así como los sistemas de financiamiento, evitando el aumento de los riesgos de empobrecimiento. Otro punto a considerar, son las nuevas tecnologías médicas (incluyendo los nuevos medicamentos) por las ventajas médicas que aportan, así como por sus costos. Adicionalmente se debe tomar en cuenta la gobernanza del sistema de salud que puede lograr la cobertura universal de salud. Estos puntos son analizados en el libro del Dr. Guillermo Fajardo Ortiz (Gerencia y Administración Estratégica en la Atención Médica, 2015).

El Dr. Muñoz comentó que México está detenido en el proceso para lograr la cobertura universal, resaltó algunos elementos referentes al pobre crecimiento económico, y a la informalidad de la economía. Dentro de los desafíos de la cobertura universal el Dr. Muñoz resaltó que estos se dividen en cuanto a los usuarios, y a la prestación de servicios. Es necesario un enfoque de redes integradas, sustentado en el primer nivel de atención que favorece mejores resultados.



También analizó para México los desafíos en salud, entre los que resaltó entre otras, el envejecimiento de la población y la presencia de un perfil epidemiológico de complejidad creciente. Es necesario atender la mortalidad materna y neonatal, así como la situación de salud de los adolescentes (especialmente lo relativo a las enfermedades mentales).

Adicionalmente comentó que es necesario tomar en cuenta los cambios de estilo de vida y nutrición que afectan a la población mexicana, así como las enfermedades crónicas no transmisibles que constituyen una verdadera epidemia. Consideró que hay una brecha de indicadores. En México existe una cobertura de salud amplia, pero ineficiente y un excesivo gasto administrativo.

El Dr. Muñoz dijo que a él le tocó coordinar un grupo de trabajo en el 2012, con el aval del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y la UNAM, a través del Seminario de Medicina y Salud que coordina el Dr. Octavio Rivero.

El tema de la cobertura universal de los servicios de salud ha vuelto a tomar relevancia en nuestro país, ya que ha regresado el discurso de que México sí quiere lograr la universalización. En este contexto es pertinente retomar el estudio antes mencionado apoyado por el CONEVAL y la UNAM, y establecer como prioritario un componente de ingreso efectivo a los sistemas de salud, con énfasis en grupos vulnerables y con alto grado de marginación. Éste debe ser el sentido de la reforma del sistema de salud. El Dr. Muñoz presentó un modelo para reestructurar el sistema de salud en el que se encuentra en el centro la universalidad de la cobertura y se enfoca en satisfacer las necesidades del individuo.

Asimismo el Dr. Muñoz presentó los grandes elementos que se tienen que tomar en cuenta para la universalización; entre ellos están:

1. En el tema del financiamiento se debe lograr un gasto per cápita igual para cada institución que atiende a la salud en nuestro país.
2. En cuanto a la portabilidad es necesario tener un padrón de afiliados que sea factible de ser unificado. Esto sólo se puede lograr mediante un expediente clínico electrónico intercambiable.
3. Se debe de lograr la convergencia de las posibilidades de tratamiento. Actualmente existe un catálogo de 175 intervenciones de padecimientos con precios máximos que se pueden intercambiar por las más importantes instituciones del Sector Salud; el reto ahora es lograr un acceso efectivo y materializar la posibilidad de la intercambiabilidad. Se ha trabajado ya en la transferencia de los costos. Resaltó que es fundamental que en todas las instituciones se sigan las guías de práctica clínica, que tienen grandes cualidades



y generan un beneficio en el tratamiento de los pacientes. En todos estos puntos se ha avanzado un poco durante los últimos años.

4. El acceso efectivo no puede lograrse debido a que hay una falta de compatibilidad entre las necesidades de la comunidad y el sistema de salud. Este acceso se puede evaluar por distintos criterios, como son la disponibilidad, la accesibilidad, la adecuación, la capacidad de compra, y la aceptabilidad por parte de los usuarios. Es necesario generar indicadores de la estructura de los sistemas de salud y del proceso de atención. Actualmente hay una falta de resultados, en varios de estos rubros, por ejemplo sólo se cuenta con la encuesta de satisfacción de los usuarios. Adicionalmente en distintas instituciones de salud, difieren la atención por falta de recursos, e inclusive hay una población importante que carece de atención, hay 5 millones de habitantes que están totalmente aislados. Para solventar esta situación es indispensable que haya una creciente participación de la comunidad, involucrando activamente a los pacientes, por ejemplo en el cuidado de enfermos crónicos y terminales.

Sólo mediante la atención de todas las facetas expuestas se logrará una cobertura efectiva de los problemas de salud a nivel nacional.

Para terminar el Dr. Muñoz enfatizó que en la actualidad hay grupos que están trabajando para lograr una definición de qué requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud. Se refirió a la conceptualización de J. F. Levesque que considera diversos criterios, como los de accesibilidad, aceptabilidad, hospedaje, capacidad de pago, que lo que se ofrece sea lo apropiado, la satisfacción y el impacto en la salud, para la construcción de indicadores. Éstos combinan las características y están alineados a las competencias del paciente, la familia y la comunidad.

La atención primaria de la salud como base para la resolución de los problemas de salud. Dr. Malaquías López Cervantes

Para iniciar el Dr. López Cervantes dijo que en su intervención mostraría evidencia científica con valores estadísticamente significativos del impacto en la salud de la atención primaria. Comentó que decidió hablar de lo más genérico para plantear que no entendemos mucha cosas.

Actualmente el mundo se caracteriza por fenómenos como la urbanización, la expansión poblacional, y el envejecimiento. Mostró una gráfica del cambio de la población del mundo desde hace 300 años en donde es patente la explosión demográfica a partir de la revolución industrial. En este sentido el Dr. López Cervantes comentó que durante miles de años el tamaño de la población fue muy bajo, pero que se rompió el equilibrio porque bajó la mortalidad y no la natalidad.



Así pues con la revolución industrial explotó el tamaño de la población y ahora hay cerca de 7000 millones de habitantes en el planeta. Como consecuencia de esta explosión, ha habido un gran aumento de la expectativa de vida desde 1860 hasta 2010, lo que causa el envejecimiento población. Adicionalmente la población se urbanizó, aunque todavía hay una franja de población en lugares inaccesibles que es muy difícil de cubrir, pero recalco que para ellos también debería de ser accesible los servicios de salud, y la deberíamos atender.

Si se observa el incremento en la expectativa de vida se puede ver que ha habido 3 grandes etapas en las que se ve un cambio en la pendiente. Estos cambios de pendiente coinciden con mejoras en la nutrición, el saneamiento (que incluye el inicio del uso del jabón, el agua potable y el drenaje), y la atención médica moderna. Es notorio que el impacto de la medicina moderna impacta en mucho menor medida que los otros dos fenómenos, inclusive se dice que en realidad el aumento de la expectativa de vida que coincide con el inicio de la medicina moderna, puede ser consecuencia de la tendencia que ya se veía por el saneamiento. Sin embargo, sí hay evidencia de que la medicina moderna sí ha impactado, por la introducción de los antibióticos, y las vacunas, por ejemplo, aunque sólo en una pequeña dimensión. Ante estos resultados el Dr. López Cervantes se cuestionó sobre cuánto necesitamos para lograr un mayor impacto a la salud.

En el enfoque para impactar la mortalidad, se definen las necesidades según las causas principales de muerte. Actualmente en México se han vuelto las principales causas de muerte la diabetes, el cáncer, y las enfermedades cardiovasculares.

El Dr. López Cervantes comentó que en Australia y España las enfermedades cardiovasculares están a la baja desde hace 30 años, y se cuestionó qué debemos hacer para avanzar en la atención de estos padecimientos en México.

Recalcó que hay evidencias que muestran que el modelo de atención basado en los hospitales y las tecnologías médicas complejas, no es lo más eficiente para lograr un impacto positivo en la salud poblacional.

Presentó que desde el mismo origen del concepto de niveles de atención, en 1920 dentro del informe Dawson, se recomendó que la carga de los servicios de salud debe estar en la atención primaria. Sin embargo, pasaron años hasta que se generó evidencia científica que apoyara esa recomendación. En 1961, White hizo un estudio que incluyó a 1000 personas de 18 años o más, de ellas 750 tuvieron durante el proyecto un padecimiento de más de 24 horas, y 25% llegaron a buscar la atención de un médico; sin embargo sólo una persona requirió ir a un hospital. En este sentido enfatizó que ya que existe una distribución piramidal de las necesidades de atención, la respuesta debe estar distribuida de la misma forma, constituyéndose una pirámide de atención. En este



modelo, sólo se puede acceder al segundo o tercer nivel de atención mediante la referencia de un médico general o familiar. Adicionalmente comentó que este planteamiento lo hace el Dr. Gregorio Martínez Narváez en su libro “Un sistema en busca de salud”.

El Dr. López Cervantes dijo que en México estamos al revés. Si se analiza el gasto en salud, el 80% del costo de los servicios médicos se da a los hospitales de la más alta complejidad, el 15% hospitales intermedios, y sólo el resto para atención primaria. Consideró que ante esta situación no sirven los parches, que se pueden plasmar en una reforma. Es un sistema fragmentado, sin recursos humanos adecuados y suficientes para dar la atención primaria a la salud, por lo que hay que rediseñarlo completamente. La OMS dio un informe en el año 2008, en el que recalca que hoy más que nunca necesitamos reforzar la atención primaria. En este informe participó la Dra. Bárbara Starfield, quien se considera como un apóstol de la atención primaria de la salud. El tipo de atención que necesitamos se basa en la participación de un médico de cabecera, o de familia. No se trata de un médico de primer contacto únicamente, sino de los nodos que articulen una red de atención que implica no sólo la consulta médica, sino la posibilidad de complementar la atención de la salud que dan otros profesionales. La característica esencial de esta red es que debe estar centrada en el paciente, y atenderlo “de la cuna a la tumba”, según palabras de Wiston Churchill.

En este esquema lo que nos interesa no es el desempeño del sistema de salud, sino los resultados; el objetivo es que las personas logren tener los niveles de salud que deben alcanzar. Existe un consenso mundial de los beneficios que causa la atención primaria. Como ejemplo, el Dr. López Cervantes resaltó lo logrado en materia de salud por Cuba, después de la revolución. Comentó además, que recientemente una comisión danesa visitó a la Secretaría de Salud (SSA) y que le comentaron que la base de la formación de médicos en Dinamarca se realiza en el consultorio, no en los hospitales como sucede en México; adicionalmente los médicos generales en ese país son los que tienen más oportunidades de trabajo y mejores ingresos. Los médicos de hospital no ganan tanto como los que se dedican a la atención primaria de la salud.

Tomando en cuenta todas estas evidencias, el objetivo debe ser lograr transformar el sistema de salud en México, a través de la incorporación de médicos familiares o generales.

Como conclusión general el Dr. López Cervantes enfatizó que ya no hay lugar a dudas sobre cómo tener mejores resultados en la cobertura universal de salud, es necesario dar prioridad a la atención primaria. Resaltó que en México tenemos suficiente dinero, pero la cantidad de recursos que tenemos ya habrá que invertirlos en medicina de primer contacto de mayor eficacia y calidad. Es indispensable apearse a las guías



clínicas, nos debe mover la atención a las personas, a la población y no cumplir con un horario. Hizo una representación gráfica de la medicina general, resaltando que es la práctica del médico general, la que requiere un mayor nivel de conocimientos, pues debe tener un conocimiento sólido de todas las áreas de la medicina. Es necesario resaltar el valor intelectual que tiene el médico familiar.

Se debe llegar a la universalidad con base en una atención efectiva, realizando actividades que no excluyan a las personas. Así pues, en la nueva administración del Dr. Narro al frente de la SSA, se han planteado el reto de que los pacientes prefieran ir al consultorio de la propia Secretaría, que al de la farmacia.

El médico en casa. Nuevas propuestas; retos y oportunidades para la atención primaria de la salud. Dr. José Armando Ahued Ortega.

El Dr. Ahued inició diciendo que él iba a presentar un programa que lleva al médico a donde está el enfermo.

Agradeció a los que han hecho posible concretar el programa de “El Médico en tu Casa” desde hace 10 años. Recalcó que para él era muy emocionante usar la tribuna de la ANMM para presentar algo tan importante y bueno, pues en esta Academia se encuentran los que han hecho la medicina de este país. También resaltó que este programa hace lo que siempre se ha estado proponiendo.

El programa “El Médico en tu Casa” nace oficialmente el 1 de septiembre de 2014. El propósito inicial fue el de reducir la mortalidad en mujeres embarazadas, que en una alta proporción son menores de edad.

De acuerdo a su origen, se emprendió una visita domiciliaria buscando embarazadas, en la que se involucró a la mitad del personal que se tenía asignado a los 220 centros de salud de la Ciudad de México (CDMX), mientras la otra mitad se quedó en sus sitios de trabajo para atender a las personas que llegaran. Al ampliar la cobertura de la atención, las personas dejaron de ir a las farmacias del Dr. SIMI. Se contaba con 3,000 personas para ir a las casas, sin un presupuesto específico, y fue Miguel Ángel Mancera quien le puso el nombre “El Médico en tu Casa”.

El Dr. Ahued relató que al buscar embarazadas sin un control prenatal, se detectaron personas mayores sin posibilidad de transporte, personas con discapacidad, en situación de abandono, o enfermos terminales que necesitaban también atención médica, por lo que se amplió el enfoque del programa.

Se trabajó tocando puerta por puerta, y fue muy emocionante cómo nos abrieron las puertas de las casas. Esto ha permitido la identificación de los enfermos, y ahora se tienen registros cuadra por cuadra en los Centros de Salud.



Relató que se registraron 27,500 embarazadas, 31% de ellas no tenía un control prenatal, y el 40% de ellas (3410 mujeres) tenían un embarazo de alto riesgo. Además una alta proporción eran menores de edad (incluso comentó sobre el caso de una niña de 12 años con 7 meses de embarazo); así se detectaron 1620 embarazadas menores de 19 años (cerca del 20%).

Actualmente se han visitado 2,285,137 hogares en la CDMX, lo que representa un 93.27% de avance. En estas visitas se han localizado 14 mil 989 adultos mayores, y 22 mil 974 personas con una discapacidad que no les permite salir de casa. También se detectaron 1809 personas totalmente postradas, y 217 enfermos terminales (quedan 95 vivos) a los que se les dan cuidados paliativos. Una parte importante consiste en capacitar a la familia para poder cuidar adecuadamente a los pacientes y se les dan los medicamentos que requieren. Adicionalmente se encontraron 470 personas en situación de abandono.

Dentro de este programa se han atendido 8500 mujeres y no se ha registrado ninguna muerte, ni de las madres, ni del recién nacido. A todos los hogares visitados se les proporcionó información nutricional y se les dio la canasta básica, además de que se les obsequió un imán para el refrigerador en el que se describen los signos de alarma en embarazadas.

Los servicios médicos son gratuitos y les llevan medicamentos, ultrasonido, electrocardiólogos, y odontólogos. Si se presenta una emergencia médica, se manda la ambulancia para el traslado del enfermo a un hospital. Existe un teléfono para llamar las 24 horas y pedir la vista del médico.

Se presentó el programa a distintas universidades y se estableció un convenio con el Instituto Politécnico Nacional (IPN) mediante el cual participan 3500 pasantes de la carrera de medicina. También participan otras universidades, como la UNAM y algunas universidades privadas, aunque en menor medida. Gracias a estas colaboraciones, hoy hay 10000 estudiantes que trabajan en el programa.

El Dr. Ahued resaltó que a nadie han asaltado, aunque se realizan visitas domiciliarias en lugares muy complicados.

Comentó además, que se van a incorporar otros profesionales de la salud a las brigadas que hacen las visitas domiciliarias, a partir de agosto de este año, y que incluso participarán veterinarios. Resaltó que este programa no sólo representa un mejor acceso de la comunidad a la salud, sino que ha permitido que entren otras instituciones públicas a los hogares; entre ellas se encuentran: el Instituto de atención a los adultos mayores de la CDMX (IAAM), la Secretaría de Desarrollo Social de la CDMX (SEDESOL), El sistema de desarrollo integral de la familia (DIF), Instituto de la Juventud de la CDMX, Instituto para la Integración al Desarrollo de las personas con Discapacidad de la CDMX



(INDEPEDI), el Programa de abogado en tu casa, y la Comisión Nacional contra las adicciones (CONADIC), entre otros.

Un paso muy importante fue la institucionalización del Programa “El Médico en tu Casa”; hoy ya es ley y el Jefe de Gobierno le asignó un presupuesto de 170 millones de pesos. Asimismo comentó que el programa se está replicando en otros estado de la República Mexicana.

Adicionalmente es trascendente que este programa ha recibido el reconocimiento de instituciones importantes, como la Escuela de salud Pública de Harvard, a través del Dr. Julio Frenk y la Dra. Ana Langer, o el Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE) que hizo su evaluación de política pública. En cuanto al reconocimiento internacional, se han establecido acercamientos para tratarlo de replicar en otros países, como por ejemplo en la provincia de China, que ocupa el tercer lugar en tamaño, así como en Cuba. Asimismo el Secretario de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) José Ángel Gurría ha hecho declaraciones muy elogiosas del programa.

Como conclusiones, el Dr. Ahued resaltó que el programa “El Médico en tu Casa” permitirá que mucha gente que está en su casa pueda recibir una adecuada atención médica, y que aminorará la carga social de enfermedades como la diabetes. Este programa permitirá que las personas pueden tener una atención integral gratuita.

El Dr. Ahued se preguntó: por qué ha tenido este efecto el programa, y concluyó que se debe a que se rompió el paradigma, al que se refirió el Dr. Rivero en su introducción. Nos permitió regresar a lo que pasaba en México con los médicos de cabecera. Es importante señalar además, que este programa promueve la equidad.

Finalmente dijo que los participantes se sienten muy contentos y orgullosos, que se enfrentan retos importantes, es un proyecto perfectible y se aceptan ideas para mejorarlo.

Discusión y conclusiones.

- El Dr. Rivero felicitó muy efusivamente al Dr. Ahued.
- El Dr. Wolpert, a su vez felicitó al Dr. Lisker, por su trabajo de ingreso a la ANMM y al Dr. Rivero por la organización del simposio. Adicionalmente le pidió al Dr. Ahued que ante el enorme problema de los embarazos en adolescentes, se lleve a cabo como parte del programa “El Médico en tu casa”, una campaña de educación sexual para que ya no ocurra lo mismo.

El Dr. Ahued le dio que en la CDMX, sin duda ya hay una campaña, que se han editado 1 millón de libros sobre el tema, que como no pueden entrar a las escuelas, se entregan en la calle. Sin embargo esto no es suficiente, debemos de



poner una materia obligatoria en las escuelas sobre este tema, hay que sembrar la educación en salud.

- El Dr. Lisker comentó que se dio una notable coincidencia, ya que su trabajo de ingreso a la ANMM se tratara de un problema de salud en poblaciones vulnerables, y lo que se planteó durante el simposio está relacionado con el acceso a la salud de toda la población, especialmente de los grupos que se encuentran en condiciones vulnerables. Es posible constatar que esta problemática no tienen fronteras.
- El Dr. Adrián Rojas dijo que había sido un espléndido simposio y le comentó al Dr. Ahued que le daría gran solidez a la iniciativa que presentó, que los grupos del programa “El Médicos en tu casa” estuvieran encabezados por médicos generales certificados.

* <https://www.hepbnet.org/>

**https://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia_Internacional_sobre_Atenci%C3%B3n Primaria_de_Salud_de_Alma-Ata

***http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf

***El texto de esta ponencia se encuentra disponible en la página de la ANM**