



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión 29 de abril del 2020

Presentación del trabajo de ingreso a la ANMM a cargo del Dr. Pablo Álvarez Maldonado y comentado su trabajo por el Dr. Alejandro Hernández Solís.

Dr. Pablo Álvarez Maldonado, “Eventos adversos en una unidad de cuidados intensivos. ¿El diseño y la tecnología de las instalaciones tienen impacto en las tasas de incidencia?”

Los eventos adversos son responsables de *400 mil muertes* en *EEUU* en pacientes hospitalizados, ocurriendo de 2 a 4 millones cuando no son estables, las “*Unidades de Cuidados Intensivos UC*” reciben pacientes vulnerables, mismos que son tratados con tecnologías completas en condiciones estresantes y en ambientes muchas veces inapropiados que promueven la aparición de errores, por lo que a menudo se les denomina *entornos hostiles*, el diseño de las instalaciones puede desempeñar un papel clave en la mitigación de estos aspectos hostiles en las “*Unidades de Cuidados Intensivos UC*”.

La “*Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios UCIR*”, tuvo su origen en las instalaciones del “*Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga*” que data de principios de 1900 y que fue reubicada en julio de 2017 a un edificio completamente nuevo y equipado dentro del hospital.

El objetivo es analizar el impacto de la reubicación de la_ “*UCIR*” en la ocurrencia de *eventos adversos* monitoreados rutinariamente.

Es un estudio transversal comparativo con datos prospectivos de pacientes adultos ingresados a la “*UCIR*” del servicio de neumología durante los primeros 18 meses de funcionar, el periodo con el que se comparan las tasas de *eventos adversos* es del *1º de marzo de 2014 al 1º de marzo del 2017*, una cohorte en que fue implementado un conjunto de estrategias de mejora de la calidad, cuyos resultados fueron publicados en el año *2019*.

La “*UCIR*” *actualmente cuenta con*: 12 camas, 4 intensivistas y 4 neumólogos como médicos de planta, con una relación enfermera-paciente de 1:1 a 1:3, los



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

residentes de neumología de primer y cuarto año y 2 a 4 residentes rotatorios por un mes de distintas especialidades.

La antigua "UCIR" contaba con: 146 m², con 7 camas separadas por cortinas sintéticas, un acceso general, un lavabo, una tarja central, un baño, monitores Spacelabs mCare-300 diseñados para pacientes post-quirúrgicos y ventiladores Viasys Avea, mismos que fueron adquiridos durante la epidemia por influenza AH1N1 en 2009 y dos sillones reclinables utilizables para pacientes que se podían movilizar.

La nueva "UCIR" cuenta con: 530 m², 13 cubículos con camas automáticas, lavabo y sillón reclinable, así como monitores y ventiladores mecánicos de vanguardia para su inauguración en 2017, paredes y puertas corredizas, 2 accesos a manera de transfer para el personal de salud y para familiares, acceso para pacientes en camilla, una tarja central y un área de preparación de medicamentos, baño para el personal, área de descanso para médicos, oficina administrativa, inyector y extractor de aire, aire acondicionado, sistema neumático para envío de muestras y medicamentos y dos centrales de enfermería con equipo de cómputo.

Los datos fueron recolectados de la base de datos *DeDUCIR*¹, misma que es una base de datos computada que ya cuenta con 10 años de funcionamiento y en la que se han registrado aproximadamente 3 mil datos de pacientes graves respirando con sus respectivas características, las variables se presentan en valores absolutos cuando son dicotómicas y mediana + rango intercuartil (25-75th) para continuas y se comparan con chip cuadrado y suma de rangos de *Wilcoxon* respectivamente.

Las tasas de eventos adversos en eventos por 1,000 días paciente, la comparación de tasas entre periodos usando razón de tasas con intervalo de confianza de 95%, el programa utilizado para el análisis estadístico es el programa Stata versión 15 (StataCorp LLC), cabe mencionar que no aparece información confidencial de los pacientes.

La relación de eventos adversos, mismos que se monitorizan rutinariamente con sus definiciones (la mayor parte de estas son universales), extenuación accidental de neumotórax, paro cardiaco no previsto, reintubación, cambio de tubo endotraqueal, caídas, ulceras por presión, hemorragia por ulcera por estrés,



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

trombosis venosa profunda-embolia pulmonar, atelectasia y muerte por cualquier causa en “UCI”.

Dentro de los resultados, ingresaron 1,188 pacientes en ambos periodos, la antigua “UCIR” 681 y a la nueva “UCIR” 507 pacientes, contando con 5,836 días y 3,011 días-paciente respectivamente, en cada periodo y en cada unidad.

De acuerdo a tabla la comparación de pacientes en ambos periodos, en ambas unidades y en donde se puede apreciar que hubo una diferencia en la escala de gravedad y pronósticos SAPS 3, siendo que los pacientes de la nueva “UCIR” tuvieron mayor gravedad, también los pacientes de la nueva “UCIR” tuvieron menos días en ventilación mecánica y menos días de estancia en “UCI” cuando se compartan con los pacientes de la antigua “UCIR” y fueron pacientes con más condiciones cardiovasculares y menos pacientes post-operados de cirugía electiva estos pacientes de la nueva “UCIR”.

Cuando se comparan las tasas de eventos adversos con la razón de tasas, se percibe que la gran mayoría de las tasas de eventos adversos no difieren, con excepción de la extubación accidental que tuvo un incremento significativo y la tasa de paro cardiaco no previsto que tuvo una disminución significativa.

Dentro de otros resultados se tiene que, hubo 49 más ingresos por mes a la nueva “UCIR” y también hubo una diferencia en la mortalidad cuando se comparan las proporciones de fallecidos, 32% vs 26.2% (p=0.036).

Cualquier daño resultante del manejo médico es un evento adverso, los atributos de diseño de la “UCI” y nuevas tecnologías se asocian con mejores procesos y resultados, sin embargo, la mayoría de eventos adversos medidos no se modifican en este estudio, hay que considerar que la reubicación física y transición de personal es uno de los proyectos de gestión de cambios más complejos en que se requiere adaptación al entorno.

En un estudio que evalúa la percepción de personal de salud cuando un hospital se mudó de habitaciones compartidas a habitaciones individuales, encontró que el nuevo modelo incrementó la carga para médicos y enfermeras y que el estrés en el personal fue incremento durante los 15 meses posteriores al cambio.

En un estudio más reciente Lin y colaboradores, identificaron preocupaciones del personal de salud por la seguridad del paciente al reubicarse en una “UCI”



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

| | | |
|--|---|--|
| Vicepresidente Dr. José Halabe Cherem | Presidente Dra. Teresita Corona Vázquez | Secretaria General Dra. Rosalinda Guevara Guzmán |
| Tesorero Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda | | Secretaria Adjunta Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante |

geográfica y estructuralmente nueva con habitaciones individuales, entre las que resaltan que las enfermeras fueran incapaces de obtener ayuda necesaria, la pérdida del personal menos experimentado y el requerimiento del mayor uso de sedación y restricciones físicas por mayor distancia.

En efecto estos factores pudieron haber influido en la tasa de extubación no planeada en el análisis, mismo que tuvo un incremento significativo, en que además de las limitaciones de campo visual y las distancias a los pacientes pudo haber influido en que el mismo personal tuvo que atender el doble de camas y 49% más ingresos.

En relación a la disminución significativa de la tasa de paro cardíaco no previsto, se atribuyó este hecho a la posibilidad de que con más y mejor tecnología y sistemas de alarmas más sensibles, los cambios en la condición clínica que preceden a estos eventos pudieron haber sido reconocidos tempranamente, en síntesis en la nueva “UCIR” se tuvieron pacientes más graves y con más condiciones cardiovasculares, con menor tiempo de ventilación y estancia en “UCI” y sin diferencia en mortalidad como evento adverso, pero con menor mortalidad cuando se comparan proporciones.

Esto da a entender que la transición fue exitosa a una nueva área, aunque no hubo mucha diferencia en las tasas de eventos adversos y este estudio también contribuye en el entendimiento del impacto de nuevas instalaciones en rendimiento de la “UCI”, los riesgos no deben ser menospreciados en “UCI’s” que cuenten con diseños amigables y tecnología de vanguardia.

Dr. Alejandro Hernández Solís, “Comentarios”

¿El diseño y la tecnología tienen impacto en las tasas de incidencia?, uno de los principales objetivos de la salud es la seguridad del paciente, siendo extensivo a todos los niveles de atención médica, no siendo la excepción las “UCIR’s”.

La práctica médica, conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que les atienden, desafortunadamente conforme las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas, estos riesgos se incrementan exponencialmente.

Un evento adverso es un acto no deseado, es decir un accidente imprevisto e inesperado, que causa daño o complicación al paciente y que es en consecuencia directa de la atención médica que recibe y no de la enfermedad que padece,



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

desgraciadamente muchos de estos efectos adversos son inevitables, por más que se esfuercen los profesionales de la salud, sin embargo, existen otros que podrían evitarse, por ejemplo: la realización de procedimientos invasivos y administración de fármacos, etc.

Esta es la razón ¿por qué? los trabajos como este, toman una importancia relevante para promover programas orientados e incrementa la seguridad de los pacientes, en cada uno de estos eventos adversos es obligación del profesional de la salud lo siguiente: documentarlos, realizar un análisis de las circunstancias que lo provocaron y sobre todo poder dar pautas para su prevención.

Lo anterior podrá disminuir la mortalidad de las áreas médicas y en los servicios de las “UCI’s”.

Como se mencionó a nivel mundial las unidades hospitalarias están siendo reemplazadas por nuevas instalaciones, no siendo la excepción la “UCIR” del “Hospital General de México”, para tener una mayor número de camas disponibles y capacidad de implementar y utilizar nuevas tecnologías, algo importante es que el personal de salud, tendrá que tener la capacidad de adaptarse a su nuevo entorno, evitando el estrés del cambio y poder conocer y utilizar adecuadamente las nuevas instalaciones, herramientas diagnósticas y terapéuticas.

En este trabajo se demuestra que es de vital importancia evitar esos eventos adversos, implementando programas de mejora de la calidad, en donde se logra ver, en los resultados obtenidos, una disminución de la tasa de los eventos adversos y una mayor sobrevida de los pacientes ingresados a la “UCIR”, estos programas repercutirán en una mejor adaptación del personal de salud y así mejorar la atención médica.

Este trabajo presenta una mayor relevancia en estos momentos, debido a la emergencia por COVID-19, en donde las “UCIR” se encuentran trabajando a su máxima capacidad, en donde es imprescindible evitar y disminuir los eventos adversos que se puedan presentar en la práctica diaria por la sobrecarga de trabajo.

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión

Simposio:



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

“Leyes y medicina en México 2019-2020.”

Ciudad de México a 29 de abril del 2020

Bajo la coordinación del Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba y como ponentes: Dra. Ana Sofía Charvel Orozco, Dra. María Fernanda Cobo Armijo, Lic. Héctor Valle Mesto.

Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba, “Introducción”.

¿Qué cambios hubo en los Tratados Internacionales o en la Cata Magna, en las Constituciones Políticas y Leyes de las Entidades Federativas y cómo ha sido el impacto social de las mismas en el año 2019 y el inicio del 2020?

El derecho a la salud, sin duda es un derecho humano, mismo que es de contenido social por una parte, sin embargo, por otra parte es de carácter prestacional, este derecho humano es en favor de las personas y está a cargo de las autoridades en los tres niveles de gobierno, los municipios tienen sus responsabilidades en la materia de salubridad local, los estados en aquellas actividades en donde se negocien o no con las autoridades federales y aquellas que son exclusivas de la competencia federal si deciden o no delegarlas en los estados.

El marco en el cual los legisladores se desenvuelven, es en el marco de la “Constitución Política” y los “Tratados Internacionales”, debido a que no hay más marco en el que se tenga que generar el conjunto de leyes.

La responsabilidad de los legisladores, ya sean: diputados, senadores, congresos locales o el ejecutivo general que proponga la iniciativa, deben tener amplia sensibilidad, en virtud de que se está hablando ya de la “Legislatura de la Paridad de Género”, esta sensibilidad debe de servir para captar, interpretar e integrar necesidades de la sociedad y que estas sean sustentadas en evidencias sólidas.

En el marco del “Congreso de la Unión”, se encuentran todas las leyes que tienen que ver con este derecho a la protección de la salud, las cuales son: **I)** Ley General de Salud, publicada en 1984, misma que a la fecha ha tenido 118 modificaciones, **II)** La Ley del Seguro Social, en donde se creó la última publicación 1995 con 23 modificaciones, **III)** La Ley del ISSSTE, publicada en 2007, con 8 modificaciones, **IV)** Ley del ISSFAM en 2003 con 9 modificaciones, **V)** Ley de los Institutos Nacionales de Salud publicada en el año 2000 con 10



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

| | | |
|--|---|--|
| Vicepresidente Dr. José Halabe Cherem | Presidente Dra. Teresita Corona Vázquez | Secretaria General Dra. Rosalinda Guevara Guzmán |
| Tesorero Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda | | Secretaria Adjunta Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante |

modificaciones, **VI)** Ley General para el Control del Tabaco en 2008 con 2 modificaciones y **VII)** Ley General Atención y Protección E. Autista en 2005 con 1 modificación.

Un conjunto de leyes que toman un papel preponderante por la cantidad de recursos que se destinan del presupuesto público, ya sea en: proporción del PIB, per cápita, en función del paquete de servicios que se puede entregar, son: **1)** La “Ley de Ingresos de la Federación anual” y es en donde puede impactar, **2)** El “Presupuesto de Egresos de la Federación anual”, es donde se asignan los presupuestos públicos, por los diferentes ramos administrativos que existen en este presupuesto, como son: PEMEX, Secretaria de la Defensa y de la Marina, para las entidades federativas que no se afiliaron al “INSABI”, etc., **3)** La “Ley de Coordinación Fiscal” y **4)** La “Ley del Impuesto Especial de Productos y Servicios (IEPS)”.

Otras leyes existentes que tienen que ver con la salud, son: educación, cultura física y deporte, pueblos indígenas, cambio climático, población, precursores químicos, vida libre de violencia, desarrollo infantil, bioseguridad, personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, víctimas, equilibrio ecológico, discapacidad y administración pública.

Los cambios a las normas que hubo en el 2019 y 2020, de acuerdo a su criterio, son: **1)** Han protegido mejor el derecho a la salud de los mexicanos, **2)** Se han traducido en: **2.1)** Mecanismos, **2.2)** Políticas y **2.3)** Acciones y **3)** Proporcionan acceso y coberturas efectivas, tanto en los aspectos de “Salud Pública” como en atención a la persona.

Dra. Ana Sofía Charvel Orozco, “Modificación a las Leyes Federales”.

La modificación a la “LOAPF” en materia de adquisiciones, es un cambio radical para el “Sector Salud”, debido a que no ha salido bien, ya que ha generado problemas con el abasto, generando que se lleven a cabo compras precipitadas, incluso sin registro sanitario, por lo que es un tema que urge tenga atención para poder resolverlo.

Hay una reconfiguración en la distribución de competencias, en donde hay un cambio muy importante de este tema, ya que parecería que el “INSABI” va a centralizar muchas de las acciones, por ejemplo: **1)** Para instrumentar la prestación de servicios de salud a la población que carezca de seguridad social,



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

las entidades podrán celebrar acuerdos de coordinación con la federación para que el “INSABI” se haga cargo de organizar, operar y supervisar la prestación de los servicios mencionados, **2)** El adherirse significaría que la entidad federativa firma el acuerdo con la federación y el “INSABI” para que éste asuma la operatividad de los servicios de salud, **3)** El no adherirse significaría que la entidad federativa respectiva mantendría la rectoría de sus servicios de salud y recibiría financiamiento de la federación para atender a ese sector. No hay claridad respecto a cómo será el modelo de los estados adheridos y no adheridos, **4)** Desaparecen las competencias de los municipios al derogarse los artículos que contemplaban se participación.

La derogación de padrón y el nuevo esquema de financiamiento, este nuevo modelo de financiamiento bipartita, Gobierno Federal + entidades federativas, con acuerdos de coordinación, el presupuesto no deberá ser inferior al ejercicio fiscal inmediato anterior, se deroga la afiliación para las personas que no cuentan con seguridad social, por lo que el financiamiento ya no dependerá de un padrón de afiliados. Sin padrón no se podrá mantener un registro de los beneficiarios para conseguir una distribución presupuestaria eficiente para cumplir con los propósitos, ya que podría ser insuficiente.

Con respecto al “Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC)” y “Fondo de Salud en Bienestar (FSB)”, se deroga el “FPGC”, mismo que tenía como objetivo apoyar financieramente a quienes padecían de enfermedades de alto costo que incurrieran en gastos catastróficos. A pesar de la finalidad de la reforma de dar “todo para todos”, la gratuidad se circunscribe en principio a “los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención”.

¿Dónde queda el tercer nivel?, esto es una situación grave, ya que verbalmente se dijo que a partir del 1º de diciembre de este año, ex post COVID-19, se va a tener lo que se llama el tercer nivel de atención todo cubierto, sin embargo, no se dijo, como, donde y cuál es el plan y la estructura, sin embargo, normativamente no se va a poder poner en las reglas de operación aunque fuera la voluntad del “INSABI” poner el tercer nivel en las reglas de operación, sí éste no se encuentra en la “Ley General de Salud”, debido a que por las reglas de operación, solo se puede reglamentar aquello que se encuentra en la “Ley de Jerarquía Superior” en este caso la “Ley General de Salud”.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

El “Fondo de Salud en Bienestar (FSB)”, tiene tres finalidades: atender enfermedades que provocan gastos catastróficos, complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como a los exámenes clínicos que requieran personal si seguridad social, sin embargo, no se incluye mecanismo para la cobertura extensa de las enfermedades que causan gastos catastróficos.

En relación al modelo de atención, actualmente existen dos modelos enfocados en atención primaria para implementación en “Sistema Nacional de Salud”, como son: **1)** El modelo de salud para el bienestar (SABI) desarrollado por el “INSABI” en los acuerdos de coordinación que celebra la federación con los estados y **2)** El modelo APSI-MX elaborado por la “Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud (SIDSS)”. Ambos modelos centran sus actividades y fortalecimiento para la atención primaria a la salud, sin embargo, ambos modelos al estar propuestos por distintas autoridades de gobierno se encuentra desarticuladas.

En el nuevo esquema de medicamentos, se señala que en el ámbito de la dispensación, se plantea la posibilidad de que los medicamentos con receta sean vendidos por máquinas despachadoras de gran formato, aspecto que podría mejorar la eficiencia. Se establece también que los medicamentos deberán contar con una presentación distinta, en función de si el consumo va destinado al sector público o privado.

Conclusiones:

1) Controversias en torno a la eliminación de la cartera explícita de intervenciones, la recentralización, la integración de funciones entre rectoría y prestación del “INSABI”, el nuevo esquema de financiamiento, la falta de definiciones del nuevo “Fondo de Salud para el Bienestar”, la eliminación de la subrogación al sector privado o la falta de abordaje de la actual fragmentación, **2)** Oportunidades: creación de una nueva institución que favorezca la rendición de cuentas, la migración hacia un modelo de atención basado en APS, las REDEs INTEGRADAS de SS, la implementación de la dosis unitaria, la compra consolidada de medicamentos (no como la actual), el reconocimiento de derechos a los trabajadores de la salud y el impulso a la implementación de las TICS, **3)** Falta garantizar mediante la normatividad secundaria muchos aspectos para cumplir con las “buenas intenciones” establecidas en la “LGS”. TERCER NIVEL DE ATENCION, **4)** Que la “LGS” establezca que será “todo para todos” no significa que en realidad lo sea, **5)**



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

| | | |
|--|---|--|
| Vicepresidente Dr. José Halabe Cherem | Presidente Dra. Teresita Corona Vázquez | Secretaria General Dra. Rosalinda Guevara Guzmán |
| Tesorero Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda | | Secretaria Adjunta Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante |

Limitaciones confusas...todo para todos hasta el segundo nivel y lo que determine el “*Fondo de Salud para el Bienestar*” casi IGUAL que el SP en términos de cobertura PERO sin el tercer nivel **6)** Indicadores, *REGLAS DE OPERACIÓN*.

Dra. María Fernanda Cobo Armijo, “Modificación a las Leyes Estatales”.

Desde su punto de vista las modificaciones realizadas a las “*Ley General de Salud*” en noviembre del 2019, dejan mucho que desear, debido a que son escuetas en el contenido primigenio, mismo que se debería de cuidar para garantizar adecuadamente el derecho a la protección de la salud de los millones de mexicanos que no tienen seguridad social, ya que parece que es una reforma que se hizo de manera exprés, sin embargo, no se quiere comparar con el proceso de elaboración del “*Seguro Popular*”, mismo que tomó muchos años y que fue un proceso más pensado, pero si decir que cambios tan sustanciales al “*Sistema Nacional de Salud*” pueden afectar más de lo que pueden beneficiar si se realizan de una manera inadecuada.

Para el federalismo mexicano se entiende que el “*Estado Federal*” debe dejar un espacio de autonomía para la actuación de los estados, lo que quiere decir que los estados conservan la facultad de organizarse política y jurídicamente, así como legislar y actuar políticamente en las materias de su competencia y el Art. 124 establece que las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los *Estados* o a la *CDMX*, en los ámbitos de sus respectivas competencias.

Continuando con la historia de la descentralización de los servicios de salud y para saber cuál era históricamente el motor que los movía como “*Sistema de Salud*”, es relevante hacer una breve descripción de lo que ha sucedido con los sistemas, el primer hito relevante que se analiza en el modelo de descentralización de los servicios es en el año 1943, debido a que cuando el 19 de enero se crea el “*Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*” y que gracias a la creación de éste se empezaron a separar a las poblaciones en: población con seguridad social y población sin seguridad social, creciendo con esto las diferencias de derechos que tanto una población como la otra tienen ya en la prestación efectiva de servicios de salud.

El 15 de octubre se crea la “*Secretaría de Salubridad y asistencia (SSA)*”, en donde uno de sus mandatos claros era comenzar a atender a la población sin seguridad social, durante el lapso que duró de 1953 a 1958, se duplica la



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

cobertura del “IMSS” tanto en personas afiliadas, como las prestaciones que estaban cubiertas por este instituto.

En 1959 se crea “ISSSTE”, por lo que ya se tiene una nueva subdivisión de las poblaciones: población con seguridad social, pero que trabaja para el gobierno, con una cartera de servicios completamente diferentes y se crean los servicios de salud de: PEMEX, SEDENA, así como los servicios de salud de la “Secretaría de Hacienda y Crédito Público”, con cartera de servicios y poblaciones diferentes.

En los 70's, ya se había agotado en la teoría, el modelo de salud, debido a que se había medicalizado, ya que el modelo que se había manejado desde 1943 hasta 1970, era un modelo enfocado en el hospital, por lo que se puede decir que se agota el modelo de las grandes organizaciones como el “IMSS” o el “ISSSTE” proveedoras centralmente de servicios de salud, en virtud de que la hiper-medicalización del modelo hacen que los costos de atención se incrementarán y que aumentará también el gasto del bolsillo de las personas.

Hasta 1970 – 1980, se empiezan con los primeros intentos de descentralizar y de desconcentrar, en virtud de que el “IMSS”, “ISSSTE”, así como la “SSA”, eran instituciones centralizadas, ineficientes y que no respondían a las necesidades de las regiones, es decir a las necesidades de salud de los Estados.

Desde 1976 se publicaron los convenios únicos de coordinación entre la Federación y los Estados y los primeros modelos asistenciales descentralizados, mismos que ya se contenían en el código sanitario de 1973. El “IMSS” y el “ISSSTE” en este decenio comienzan con sus esfuerzos desconcentradores y descentralizadores, creando las famosas delegaciones, en 1982 y 1988, ya se descentralizan los servicios de atención a la salud a la población abierta en el primero y segundo nivel, lo que quiere decir que se llevan más de 30 años con un modelo de descentralización de servicios a la población abierta.

Esta tendencia descentralizadora, continúa y continuó hasta la creación del “Seguro Popular”, la tendencia descentralizadora de servicios causó abusos de los Estados, en virtud de que había una ausencia de capacidades estatales en muchos casos para la conducción de la política sanitaria y prestación de servicios, además muchos Estados no tenían la infraestructura suficiente para poder coordinar y prestar adecuadamente los servicios y sí se prestó a muchos temas de corrupción.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Se debe de analizar el tema de las leyes estatales a partir del Art. 4º de la “*Ley General de Salud*” que distribuye competencias y las leyes estatales de salud que regulan lo que en su ámbito les compete, pero además que a su vez separan o distribuyen competentes en materia sanitaria entre el Estado y Municipio.

Se desdibuja en la reforma de noviembre de 2019 el papel de municipio, principalmente en todas aquellas actividades de salud que los municipios realizaban en temas de “*Salud Pública*” o de “*Salud Comunitaria*”, no se sabe que va a suceder con los municipios, debido a que cuando se borra su presencia en la “*Ley General de Salud*” es imposible regularlo en otros ordenamientos.

Con respecto al tema de la concurrencia, es de importancia analizar la reforma que se hizo al Art. 3º, especialmente a la fracción 2ª bis, donde se menciona que la salubridad general o que dentro de los temas de salubridad general se incluya la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos para las personas sin seguridad social, con base en los convenios pueden o no celebrar las entidades federativas para establecer la distribución de los recursos y de los servicios de salud, lo que abre un nuevo panorama, debido a que se puede tener *Estado*, en donde se puede decir sí a los acuerdos de coordinación y a la creación de este nuevo ente que se llama “*INSABI*”, lo que los obligaría a repensar un concepto que antes no se tenía presente, que son los servicios que se le transfieren directamente de la *Federación* a los *Estados* y aquellos servicios que no están transferidos.

¿Qué sucede con los acuerdos con los Estados que dicen “acuerdo sí” y “acuerdo no” en cinco temas principales? **1)** La prestación de servicios, **2)** El patrimonio inmobiliario, **3)** Los recursos humanos, **4)** Los recursos financieros y **5)** Los recursos materiales.

Si se elige un *Estado* en donde se dijo “acuerdo si”, en materia de prestación de servicios se dice que los servicios transferidos y no transferidos se van a regular en base en algo que no se conoce, mismo que es un modelo que se llama modelo “*SABI*” y que se basa en redes integradas de servicios de salud, que se llaman “*Consejos de salud y bienestar*” teniendo “*Centros de Salud para la Adolescencia*”, sin embargo, no se especifican como se van a llevar a cabo los servicios de salud a la comunidad, asimismo, se desconoce cómo se van a distribuir los recursos del fondo de acciones sanitarias de servicios para la comunidad que se dejó a partir de la reforma del 2019 en la propia “*Ley General de Salud*” y esto es muy importante, debido que es el dinero de dónde salen las campañas prevención del



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

dengue o demás infecciones que pueden ser relevantes para la salud comunitaria

Con respecto al patrimonio inmobiliario se tiene una especie de comodato o donación del patrimonio inmobiliario del *Estado*, pero el predial lo sigue pagando la entidad, por lo que este es un tema que al *Estado* no favorece.

En relación a los recursos humanos, de igual manera se tiene una figura extraña, ya que es una especie de sustitución patronal del “INSABI” para aquel personal que decida el *Estado* y el “INSABI” en conjunto transferirle al “INSABI” para que éste sea quien le pague, supervise y quien lo capacite, pero el Estado se sigue quedando con la carga laboral.

En cuanto a los recursos financieros, también se tiene un problema, debido a que los recursos del “Ramo 12” el “INSABI” ejercerá de manera directa la parte proporcional que corresponda a los servicios transferidos, lo mismo sucede con el “Ramo 33”, así como con la “Aportación Solidaria Estatal”, ya que se le va a pasar del Estado al “INSABI” la parte proporcional de los recursos transferidos, con respecto al “Fondo de Salud para el Bienestar”, aún no se sabe, debido a que se tendrá que sujetar a las reglas de operación, sin embargo, lo que si queda claro en los convenios, es que la compra se realizará por el “INSABI” o por la “Secretaría de Hacienda y Crédito Público”.

El tema de los recursos materiales, también es una pérdida de patrimonio estatal, debido a que se establece que el estado le va a donar al “INSABI”, bienes de consumo mobiliario, equipo de oficina, infraestructura informática, vehículos y demás bienes inventariados que sean de su propiedad y que sean necesarios para la operación de los servicios transferidos.

A raíz del “Seguro Popular” y de las modificaciones que se tuvieron que hacer a las leyes estatales, para crear los organismos públicos descentralizados llamados “regímenes de protección social en salud” que tenían su propio patrimonio ¿Qué sucede con estos regímenes? ¿Qué sucederá con el patrimonio de los mismos?, es algo que no se sabe, pues se deja afuera también los propios intereses del *Estado*.

Es algo similar con los Estados que dicen “acuerdo no”, también firman un convenio en el que todos los servicios se van a sujetar al modelo “SABI” y que al final si tendrán algunos beneficios, debido a que se van a quedar con el patrimonio



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

| | | |
|--|---|--|
| Vicepresidente Dr. José Halabe Cherem | Presidente Dra. Teresita Corona Vázquez | Secretaria General Dra. Rosalinda Guevara Guzmán |
| Tesorero Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda | | Secretaria Adjunta Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante |

inmobiliario, los recursos humanos siguen igual y los recursos materiales se los quedan también, sin embargo, los recursos del “Fondo de Salud para el Bienestar” ya no los recibirán de manera previa.

Se pensaba en cuatro escenarios que permitirían mover la reforma de noviembre de 2019, un escenario ideal sería en el que se pudiera mantener la estructura del “Seguro Popular” como se venía manejando con algunas modificaciones a los acuerdos de coordinación, al proceso de certificación de infraestructura, prevaleciendo las cuotas, social, federal y solidaria estatal, así como el FPCGC. Supervisión mejorada de la *Federación*, porque si bien es cierto en este acuerdo de coordinación que en éstos se permitía la desviación o la corrupción, si se hubiera hecho una modificación a los indicadores y a la forma de recabar los datos y la información podrían haber sido salvables, también se podrían haber hecho modificaciones al proceso de certificación de infraestructuras, pero siempre prevaleciendo la forma clara de financiamiento, teniendo de nuevo una clara estipulación de los recursos federales, que se iban a ir a través de las cuotas, federal, social, solidaria, estatal y del fondo de protección de gastos catastróficos, eso sí con una supervisión mejorada de la *Federación*, sin embargo, se cayó en el peor escenario, en donde el patrimonio inmobiliario y recursos materiales se lo tiene que donar el estado a la Federación, etc.

¿Qué debió haber sucedido si ya se hubiera querido mantener este modelo? **1)** tener el modelo “SABI”, contar con manuales de organización, capacitación creados con anterioridad a la norma, **2)** Tener el reglamento de la LGS en la materia en borrador, **3)** Tener las reglas de operación del Fideicomiso listas, **4)** Tener al personal para la compra capacitado y **5)** Analizar la estructura estatal legal, todo lo anterior previo a la reforma, sin embargo, con lo que si se cuenta son con dos modelos de Estado, donde la “Leyes Orgánicas de la Administración Pública Estatal”, permiten o facultan al ejecutivo para crear a los REPSS, como organismos públicos descentralizados o leyes donde las “Leyes Orgánicas” de los Estados creaban a los REPSS.

Lo anterior debido a que los *Estados* no han ni siquiera empezado con sus procesos de erogación de estas leyes o de modificación de los decretos de los ejecutivos estatales, de tal manera que la forma importa, ya que la forma con la que se desea prosperar este tipo del nuevo modelo era relevante, es decir “no los hubiera agarrado desprotegidos el COVID-19”, ni a los médicos no sabiendo como operar o a quién rendir cuentas.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Se considera relevante hacer un análisis pormenorizado de las 32 figuras que integran a la Federación, siempre considerando que se está operando en un modelo federal, debido a que no se puede estar en una descoordinación que sólo fomenta que la gente no tenga derecho efectivo a la protección de la salud.

Lic. Héctor Valle Mesto, “Impacto Social”.

Los objetivos de Desarrollo Sostenible, tienen una implicación en esta materia y si se ve bajo ese enfoque, hay temas que impactan desde una visión social, economía, de sustentabilidad y de gobernanza.

El objetivo del “*Desarrollo Social Sostenible*” incluye los sistemas de salud y cuando se habla de la sociedad hay dos cosas que llaman la atención primero la reducción de las desigualdades, ya que se sabe que salud es uno de los temas más relevantes en el impacto de reducir las desigualdades que afectan a la población y esto tiene un fuerte impacto en la sociedad, así como en el contexto económico.

Si se piensa bajo el mismo enfoque, las ciudades y las comunidades sostenibles son críticas, ya que si no se parte de un mundo en el que haya salud y bienestar con un sistema de salud que lo componga, la sociedad va a tener efectos importantes y que corresponden a esos desequilibrios sociales que producen grandes desigualdades, mismos que impiden tener una sociedad en equilibrio, si se trata en el punto de economía, salud es generador de dos cosas importantes: defiende la pobreza y por supuesto de un trabajo que sea decente y en el que haya crecimiento económico.

Se ha hablado mucho de la importancia de una persona que se presenta a laborar con un estado de salud óptimo y con una que no y cuando se percibe el impacto de la falta de poder estar presente en el trabajo o de estar presente en el trabajo, pero no estar con un rendimiento completo, hace que la productividad infiera mucho entre un colaborador y otro y con eso una empresa y la otra, por lo que se tiene que trabajar mucho en lograr reducir las desigualdades sociales, debido a que esto es fundamental.

Si se habla de sustentabilidad de salud y bienestar, se puede decir que tiene un impacto directo en la producción y el consumo responsables, por lo que tiene una implicación grave.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

En materia de gobernanza, hay mucho trabajo de hacer en alianzas que permitan lograr los objetivos que se requieren como: país, sociedad, por ejemplo lo que hoy se está viviendo, la participación público-privada en materia de salud pública es muy importante, por lo que se deduce que esas alianzas entre los diferentes sectores son clave y por supuesto un mundo con: paz, justicia, con instituciones sólidas que permitan generar bienestar en el largo plazo.

La importancia de los sistemas de salud para el desarrollo económico y global, se debe a que contribuyen al progreso social y económico a través del fomento de actividades que abonan al desarrollo sustentable y al crecimiento económico, las cuales son: **1) Empleo.**- aumentan las oportunidades de empleo e implementas políticas de empleo inclusivo; mejoran las habilidades y competencias de los mercados laborales, **2) Economía.**- canalizan y focalizan la inversión en zonas marginadas o en aquellas con bajo desarrollo económico; aumentan la utilización de micro, pequeñas y medianas empresas en las compras y adquisiciones, **3) Sociedad.**- contribuyen a mejorar la cohesión social en comunidades desaventajadas.

Es necesario analizar si el sistema de salud contribuye: **1)** Al cumplimiento de los *Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS*; mediante el análisis de los impactos sociales y económicos el “Sector Salud SS”, los SS pueden contribuir a alcanzar los ODS, **2)** Al promover una cultura de salud; Los SS que trabajan con nuevos socios e instituciones locales para fomentar una cultura de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, **3)** A promover el crecimiento inclusivo; Los SS crean condiciones de equidad “niveladoras” en las sociedades, **4)** A mejorar las condiciones de vida locales; los SS pueden utilizar su poder de compra y gasto para mejorar la economía local. (Ver diapositiva, marco conceptual)

Las modificaciones de noviembre 2019, tiene impactos en: **1) Empleo.**- se hicieron modificaciones de las relaciones laborales del personal de salud (patrón); se prometieron estímulos al empleo en zonas desfavorecidas; estímulos a la contratación; obligación de capacitación (en papel); estímulos monetarios a los médicos generales; estímulos en los exámenes de residencias médicas, **2) Economía.**- centralización de las compras; desprofesionalización del personal compras, **3) Sociedad.**- desaparición del fondo de protección contra gastos catastróficos; modificación de manuales y protocolos; fomento de la atención primaria en salud.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

| | | |
|--|---|--|
| Vicepresidente Dr. José Halabe Cherem | Presidente Dra. Teresita Corona Vázquez | Secretaria General Dra. Rosalinda Guevara Guzmán |
| Tesorero Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda | | Secretaria Adjunta Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante |

Hay preocupación por parte del cuerpo médico, por la falta de medicamentos, así como acelerar la inclusión del “INSABI”, cómo va a funcionar, debido a que la vida de los pacientes no puede esperar, por lo que todos deben de trabajar de manera conjunta en sacar adelante el sistema.

Reiterando a la “ANMM” que en “FUNSALUD” siempre estarán con la disponibilidad que se requiera para sumar y para encontrar maneras de como apoyar para cerrar la brecha de accesos a la salud en el país.

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante
Secretaria Adjunta

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