SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PÚBLICA
SALUS • VERITAS • LABOR



BOLETÍN ELECTRÓNICO
SEPTIEMBRE 2026

CONSEJO DIRECTIVO
Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez · Presidente
Dra. María Eugenia Jiménez Corona · Vicepresidenta
MSP José Noé Rizo Amézquita · Secretario General
Dr. Ricardo Antonio Escamilla Santiago · Secretario de Actas
Mtro. Manuel de Jesús Chávez Chan · Tesorero

CONSEJO ASESOR PERMANENTE
M. en E. Juan Francisco Martínez Campos | Dr. Jesús Felipe González Roldán | Dr. Miguel Betancourt Cravioto Dr. Miguel G. Lombera González | Dra. Silvia G. Roldán Fernández | Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus | Dr. Pablo Kuri Morales Dra. Elsa Sarti Gutiérrez | Dr. Luis Fernando Antiga Tinoco | Dr. Manuel Urbina Fuentes | Dr. Javier Cabral Soto Dr. Roberto Tapia Conyer | Dr. José Carrillo Coromina

SECCIONES TÉCNICAS
Dr. Rosbel Toledo Ortiz • Atención Primaria a la Salud | Dra. Laura Cortés Sanabria • Calidad de la Atención | Lic. Ángel Dehesa Christlieb • Comunicación Social | Dr. Víctor Hugo Bautista Hernández • Determinantes Sociales de la Salud | Dr. Luis Ernesto Caballero Torres • Educación y Talento Humano en Salud Pública | M.S.P. Juan Carlos Navarro Guerrero • Enfermedades Crónicas | Dr. José Manasés Aguilar • Enfermedades Infecciosas Emergentes y Remergentes | Dr. Fabián Correa Morales • Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicaciones por Artrópodos | E.E.S.P. César Cerqueda Álvarez • Enfermería en Salud Pública | Dr. Diego Alberto Segovia Ascencio • Epidemiología | Dr. Andreu Comas García • Genómica en Salud Pública | Dr. Jorge Alejandro Ramírez Hernández • Humanidades y Artes en Salud Pública | Mtra. Marcia Leyva Gastélum • Investigación en Salud | Dr. Juan Francisco Román Pedroza • Laboratorios de Salud Pública | Dr. Arturo Miranda Valdés • Medicina Preventiva y Comunicación Estratégica | Dr. Andrés Castañeda Prado • Políticas Públicas en Salud | Dra. Adriana Stanford Camargo • Promoción de Salud | Dra. Bárbara Vizmanos Lamotte • Revista de Salud Pública | Dra. Angélica Pacheco Varela • Salubristas en Formación | Dr. Elí Elier González Sáenz • Salud de la Persona Mayor | Dra. Aída Jiménez Corona • Salud Global | Dr. Luis Alberto Martínez Juárez • Salud Humanitaria | Dra. María Rocío Sánchez • Salud Materna y Perinatal | Mtro. Braulio Ortega Plascencia • Salud Mental y Adicciones | Dra. Alejandra Platas de la Mora | Salud Psicosocial y Bienestar en el Cáncer | Dra. Marisol Robles Morales • Salud Renal | Dr. Arturo Camacho Silvas • Sociedades Filiales | Dr. Miguel Galarde López • Una Salud | Dr. Jan Jacobo Gutiérrez Sereno • Vacunación | L.E. Roxana Gámez Ortiz • Vinculación y Participación Social

SOCIEDADES FILIALES
Baja Californiana de Salud Pública • Sociedad Sudcaliforniana de Salud Pública • Sociedad Campechana de Salud Pública • Sociedad Chiapaneca de Salud Pública • Sociedad Duranguense de Salud Pública • Sociedad de Salud Pública de la Ciudad de México • Asociación de profesionales de Salud Pública del Estado de México • Colegio Médico de Graduados en Salud Pública del Estado de Guerrero • Colegio de Epidemiólogos de Guanajuato • Asociación de Salud Pública de Guanajuato • Colegio Médico de Salud Pública de Hidalgo • Colegio Jalisciense de Salud Pública • Sociedad Proactiva de Salud Pública de Michoacán • Sociedad Nuevoleonesa de Salud Pública • Sociedad Nayarita de Salud Pública • Sociedad Oaxaqueña de Salud Pública • Asociación de Salud Pública de Quintana Roo • Sociedad Sinaloense de Salud Pública • Colegio de Profesionales en Salud Pública del Estado de Sonora • Sociedad Potosina de Salud Pública • Sociedad Tabasqueña de Salud Pública • Sociedad Tamaulipeca de Salud Pública • Sociedad de Salud Pública de Tlaxcala • Sociedad Veracruzana de Salud Pública • Colegio de Salud Pública de Yucatán • Sociedad Zacatecana de Salud Pública

STAFF
E.E.S.P. Thalía J. Toriz Galicia • Dirección Ejecutiva
Lic. Ivonne Rosado Hernández • Administración
Lic. Karina Denisse López García • Administración y Asistencia a Socios
L.E. Zoé Mejía Nambo • Vinculación y Comunicación
E.E.S.P. Arturo Montaño Duarte • Proyectos
María Dolores Mendoza Torres • Control de Gestión
Mtro. Carlos Javier Jiménez • Tecnologías de la Información

ÍNDICE

Las Actividades de la Sociedad Mexicana de Salud Pública
Notas Informativas

6 Cuando la desinformación impacta: los determinantes digitales de la salud
Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez

9 Sociedad Mexicana de Salud Pública participa en la I Cumbre Internacional de Virología y VIH
Dr. Javier de Jesús Cabral Soto, Dr. en S.P. José Manasés Aguilar Villaseñor

12 Fortalecen la salud mental en el entorno laboral de la Secretaría de Salud Federal
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

14 Impulsan formación en economía de la salud y evaluación de tecnologías sanitarias
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

16 La Sociedad Mexicana de Salud Pública participa en el Encendido de Luces por el Día Nacional de la Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

18 La Sociedad Mexicana de Salud Pública participa en el Latam Dengue Forum 2026 en Cartagena, Colombia
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

20 La Sociedad Mexicana de Salud Pública participa en la Capacitación Interinstitucional sobre los PRONAM en Tlaxcala
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

22 Visita de inspección técnica y logística rumbo a la 80 RASP en León
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Divulgación Científica
Artículos de Socios, Secciones y Filiales

25 SEMILLERO DE LA SALUD PÚBLICA
Comunicar para transformar
Viridiana Salazar Martínez

29 Acinetobacter baumannii: la bacteria que se niega a desaparecer
Dr. en C. Emilio Mariano Durán Manuel, Dr. en C. Juan Manuel Bello López, Dr. en C. Clemente Cruz Cruz, Dr. en C. Miguel Ángel Loyola Cruz, QBP. Marina Pérez Dávila, M. en C. Omar Agni García Hernández

33 Cultura organizacional en los hospitales
Mtro. Braulio Ortega Plascencia

35 DIARIO DE ENFERMERÍA
Enfermería de Práctica Avanzada: Consultoría para la Atención de la Cronicidad
E.E.S.P. César Cerqueda Álvarez, Dra. Cynthia Vanessa Romero Ramírez, Mtro. Manuel de Jesús Chávez Chan, Mtro. Adán Santiago Medellin Hernández

39 De la Calidad de la Atención a la Calidad del Cuidado.
Una ampliación del paradigma de calidad y seguridad desde la Atención Primaria de Salud
Dr. Rosbel Toledo Ortiz

45 PINCELADAS DE SALUD PÚBLICA
Brian Abel-Smith, 1926-1996. Centenario de uno de los más influyentes economistas en política social y de salud del siglo XX
Jorge A. Ramírez Hernández

47 La práctica médica y su dimensión legal-fiscal: contratos, innovación y obligaciones en el sector salud
C.P.C. Roberto Almaraz González

Difusión
Eventos, Congresos y Espacios Digitales

Las Actividades de la Sociedad Mexicana de Salud Pública

Notas Informativas



Cuando la desinformación impacta: los determinantes digitales de la salud

Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez
Presidente
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

La salud pública enfrenta un nuevo territorio de intervención: el ecosistema digital.

Millones de personas recurren hoy a redes sociales, podcasts, aplicaciones e inteligencia artificial para informarse sobre nutrición, salud mental, prevención y atención de enfermedades. Esta transformación abre enormes posibilidades para democratizar el conocimiento, pero también plantea un desafío creciente: ¿qué sucede cuando la información que orienta nuestras decisiones sobre salud carece de rigor científico?

Esta fue una de las preguntas centrales de la participación del Dr. José Alberto Díaz Quiñonez, Presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública y Decano de la Región Ciudad de México de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey, en la Mesa 1, "Problema público de salud en redes: el mundo y México", del foro "Salud, redes sociales y derechos digitales: información sanitaria confiable y sin censura".

El encuentro permitió poner sobre la mesa una realidad que ya no puede entenderse únicamente como un asunto de hábitos digitales. El entorno digital se ha convertido en un espacio donde se construyen percepciones, se adquieren conocimientos y se toman decisiones que pueden tener consecuencias sobre la salud.

De ahí la relevancia de comenzar a hablar de determinantes digitales de la salud: las condiciones, exposiciones e interacciones que ocurren en los entornos digitales y que pueden influir en nuestras decisiones, conductas y resultados de salud.

La información que consumimos puede influir en las decisiones que tomamos sobre nuestro cuerpo, nuestra salud mental y la búsqueda —o sustitución— de atención profesional. Los algoritmos, las plataformas, la calidad de los contenidos, la publicidad, las redes de interacción y nuestras propias capacidades para interpretar información forman parte de este nuevo entorno.

En México, el debate adquiere especial relevancia ante fenómenos asociados al entorno digital como la ansiedad, la depresión, la dismorfia corporal y el ciberacoso, así como frente a la creciente tendencia a recurrir a contenidos digitales en lugar de consultar a especialistas.

Por ello, la pregunta ya no es solamente qué información circula en internet, sino qué condiciones del entorno digital están influyendo en la manera en que las personas construyen sus decisiones de salud.

¿Dónde termina la responsabilidad individual y dónde comienza la de las plataformas tecnológicas y el Estado? ¿Cómo garantizar el acceso a información sanitaria confiable sin vulnerar la libertad de expresión? ¿Cómo preparar a las nuevas generaciones para interpretar críticamente la información que encuentran en los entornos digitales?

Responder estas preguntas requiere la participación conjunta de la academia, los profesionales de la salud, las instituciones públicas, las empresas tecnológicas y la sociedad.

Desde la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey, participar en este diálogo significa asumir el papel que corresponde a una institución académica: poner el conocimiento científico al servicio de los grandes desafíos de la sociedad, formar profesionales capaces de comunicar evidencia

y contribuir a construir una cultura de salud basada en evidencia, pensamiento crítico y responsabilidad.

Porque en la era digital, la información que recibimos no solo nos informa: también puede influir en nuestra salud.

Y por eso, los determinantes digitales de la salud deben formar parte de la conversación contemporánea de la salud pública.

Memoria fotográfica






SALUD, RED SOCIALES
SEN. LUIS DONALDO COLOSIO RIOJAS
SEN. JOSÉ MANUEL CRUZ CASTELLANOS









Sociedad Mexicana de Salud Pública participa en la I Cumbre Internacional de Virología y VIH

Dr. Javier de Jesús Cabral Soto
Integrante del Consejo Asesor Permanente
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Dr. en S.P. José Manasés Aguilar Villaseñor
Director de la Sección Técnica de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



Del 24 al 26 de septiembre de 2026, la Ciudad de México fue sede de la I Cumbre Internacional de Virología y VIH, encuentro científico que reunió a especialistas nacionales e internacionales para analizar los avances y desafíos contemporáneos en prevención, tratamiento antirretroviral, infecciones de transmisión sexual, enfermedades oportunistas y comorbilidades asociadas al VIH.

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSP) tuvo presencia en este espacio a través del Dr. Javier Cabral Soto, integrante del Consejo Asesor Permanente, y del Dr. José Manasés Aguilar Villaseñor, Director de la Sección Técnica de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes, fortaleciendo la vinculación de nuestra comunidad salubrista con los espacios de intercambio científico dedicados al VIH y otras enfermedades infecciosas, quienes además, compartieron espacio con socios salubristas, autoridades, expertos académicos y líderes de las organizaciones de la sociedad civil, reflejando el carácter multidisciplinario y colaborativo del evento.

Su participación representa la convicción de la SMSP de que la respuesta al VIH requiere trascender el abordaje exclusivamente clínico. Hoy, los avances terapéuticos y preventivos deben acompañarse de una perspectiva de salud pública, derechos humanos, equidad, prevención combinada, vigilancia epidemiológica y atención integral, capaz de responder a las necesidades de las personas a lo largo del curso de vida.

Un encuentro para mirar el VIH desde la prevención hasta la atención integral

La agenda científica de la Cumbre reflejó la transformación que ha experimentado la respuesta al VIH. Durante el Módulo de Prevención se abordaron temas como los anticuerpos monoclonales, los programas de implementación de la profilaxis preexposición (PrEP) y las disparidades existentes en materia de VIH y prevención. Posteriormente, el Módulo de Tratamiento Antirretroviral incorporó discusiones sobre hepatitis B y salud renal en personas con VIH.

Especial relevancia tuvo el Módulo de Atención Integral, que amplió la mirada hacia aspectos como la relación entre metabolismo y salud mental, la inmunonutrición, el comportamiento epidemiológico del VIH a partir de aproximaciones del estudio de la carga global de enfermedad, así como la atención durante la gestación, lactancia y edad pediátrica y los retos que enfrentan las mujeres que viven con VIH.

Esta diversidad temática reafirma un principio fundamental de la salud pública contemporánea: vivir con VIH implica necesidades que van mucho más allá del control virológico. La calidad de vida, la prevención de comorbilidades, la salud mental, la nutrición, el envejecimiento saludable, la salud sexual y reproductiva y el acceso oportuno a intervenciones preventivas forman parte de una respuesta verdaderamente integral.

Enfermedades infecciosas: una agenda necesariamente interconectada

Ante un escenario epidemiológico en el que el VIH no puede analizarse de manera aislada, en el último día de actividades se incorporó un Módulo de Infecciones de Transmisión Sexual y Oportunistas, con sesiones dedicadas a infecciones oculares por citomegalovirus, toxoplasmosis y sífilis; gonorrea, clamidia y Mycoplasma; micobacteriosis en personas que viven con VIH; y las implicaciones del CMV, la inflamación y las complicaciones crónicas.

Asimismo, el Módulo de Comorbilidades permitió abordar el tratamiento antirretroviral en poblaciones de difícil acceso, la salud cardiometabólica, la falla a inhibidores de la integrasa, la terapia reafirmante de género en población trans y la necesidad de tamizaje de síndromes geriátricos en personas con VIH.

Para la SMSP, estos espacios permiten fortalecer una visión en la que virología, epidemiología, inmunización, prevención, atención primaria y ciencias sociales convergen para responder a problemas sanitarios cada vez más complejos.

Generación de evidencia desde la Sociedad Mexicana de Salud Pública: estudio sobre protección frente a influenza en personas que viven con VIH en México

En el marco de la Cumbre, el Dr. José Manasés Aguilar presentó el trabajo científico "Brechas de protección frente a influenza en personas que viven con VIH: evaluación del desempeño de la vacunación en México durante dos periodos invernales 2022–2023 y 2023-2024", desarrollado junto con el experto en vacunación, el Mtro. Emmanuel Alejandro Rodríguez.

El trabajo coloca en la discusión un componente esencial de la atención integral de las personas que viven con VIH: la prevención de enfermedades inmunoprevenibles y la identificación de brechas de protección en poblaciones con mayor riesgo de complicaciones. Su presentación permitió vincular dos agendas prioritarias de la salud pública, VIH e inmunización, y destacar la importancia de utilizar información epidemiológica y programática para orientar estrategias de prevención.

La evidencia generada puntualizó que la influenza estacional representa un problema relevante de salud pública, especialmente en poblaciones vulnerables como las personas que viven con VIH, quienes presentan mayor riesgo de hospitalización y desenlaces adversos. Para evaluar su protección en México, se realizó un estudio retrospectivo y comparativo de las temporadas 2022-2023 y 2023-2024, utilizando datos del CENSIDA y registros de vacunación de CeNSIA en PVVIH de 5 a 59 años (grupo de edad que el Programa de Vacunación Universal establece como objetivo de vacunación en caso de algunas comorbilidades, además del grupo de 6 meses a 4 años 11 meses y mayores de 60 años, para quienes la vacunación es universal).

Como principales hallazgos se encontró que la población objetivo aumentó de 5.4% en la segunda temporada invernal respecto a la anterior, mientras que las dosis administradas disminuyeron de 6.3%, provocando una reducción de la cobertura global de 28.6% a 25.4%, lo cual está por debajo de la recomendación de la OMS de garantizar una cobertura de por lo menos 75% para grupos de alto riesgo como adultos mayores, personas con enfermedades crónicas, etc. (resolución WHA56.19).

Los resultados mostraron brechas importantes de protección, particularmente en las personas de 20 a 59 años, que concentraron la mayor población objetivo y presentaron las coberturas más bajas, mientras que la mayor disminución relativa ocurrió entre adolescentes de 10 a 19 años. En conjunto, los hallazgos evidenciaron la necesidad de integrar sistemáticamente la vacunación en los servicios de atención del VIH, reducir oportunidades perdidas y fortalecer la interoperabilidad de los sistemas de información para avanzar hacia una inmunización integral de las PVVIH a lo largo del curso de vida, para quienes también se recomiendan, entre otras vacunas, hepatitis B, hepatitis A, mpox, herpes zóster, Td, COVID-19, entre otras. Ciencia, colaboración y salud pública.

La I Cumbre Internacional de Virología y VIH representó un espacio para compartir evidencia, contrastar experiencias y fortalecer redes profesionales alrededor de una respuesta al VIH centrada en las personas.

La SMSP reconoce la labor de la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica (AMIMC), Sociedad de Investigación y Docencia en Virología e Infectología (SIDVVI), Fundación BAI A.C., VIHNO A.C., Grupo de Estudios en VIH/SIDA (GEVIHS) y la Asociación de Médicos Especializados en Atención de VIH/SIDA del Estado de Chihuahua, A.C., que hicieron posible esta primera edición de la Cumbre y expresa su reconocimiento al Dr. Javier Cabral Soto y al Dr. José Manasés Aguilar Villaseñor por su participación y representación de nuestra comunidad salubrista. La presencia de la SMSP reafirma que los desafíos que plantean el VIH y las enfermedades infecciosas requieren respuestas interdisciplinarias, colaboración institucional y, sobre todo, una salud pública sustentada en la evidencia y comprometida con las personas.

Memoria fotográfica











Fortalecen la salud mental en el entorno laboral de la Secretaría de Salud Federal

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



La Sección Sindical No. 89 y la Sociedad Mexicana de Salud Pública unen esfuerzos para capacitar al personal en resiliencia y resolución de conflictos.

Con el propósito de promover el bienestar emocional y mejorar la convivencia dentro de las instituciones públicas, el Comité Ejecutivo de la Sección Sindical No. 89 de la Secretaría de Salud Federal, en colaboración con la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSP), llevó a cabo la sesión-taller "Importancia de la Salud Mental en el Entorno Laboral, Resolución de Conflictos y Resiliencia".

La actividad, dirigida al personal de todas las dependencias de la Secretaría de Salud Federal ubicadas en el inmueble de Homero 213, tuvo como objetivo generar un espacio de aprendizaje, reflexión y diálogo en torno a los desafíos emocionales que enfrentan los trabajadores en su día a día. A través de dinámicas y ponencias, los asistentes pudieron identificar herramientas clave para gestionar el estrés, resolver diferencias de manera constructiva y fortalecer su capacidad de adaptación frente a la adversidad.

El encuentro contó con la destacada participación del Dr. Braulio Ortega Plascencia, Director de la Sección Técnica de Salud Mental y Adicciones, y del Dr. Elí Elier González Sáenz, Director de la Sección Técnica de Salud de la Persona Mayor de la SMSP, quienes compartieron su experiencia y conocimientos con los presentes.

Desde la Sociedad Mexicana de Salud Pública se destacó la relevancia de estos espacios de colaboración interinstitucional, señalando que contribuyen significativamente a construir entornos laborales más saludables y a fortalecer la salud pública desde el interior de las propias instituciones. La jornada concluyó con un llamado a mantener y multiplicar este tipo de iniciativas en beneficio del personal de salud.



Memoria fotográfica









Impulsan formación en economía de la salud y evaluación de tecnologías sanitarias

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

La Casa del Salubrista albergó la segunda sesión presencial del diplomado organizado por Aditum Consulting y la SMSP.

El pasado 26 de septiembre, la Casa del Salubrista fue sede de la segunda sesión presencial del Diplomado en Economía de la Salud y Evaluación de Tecnologías Sanitarias, iniciativa de Aditum Consulting que cuenta con la colaboración institucional de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSP).

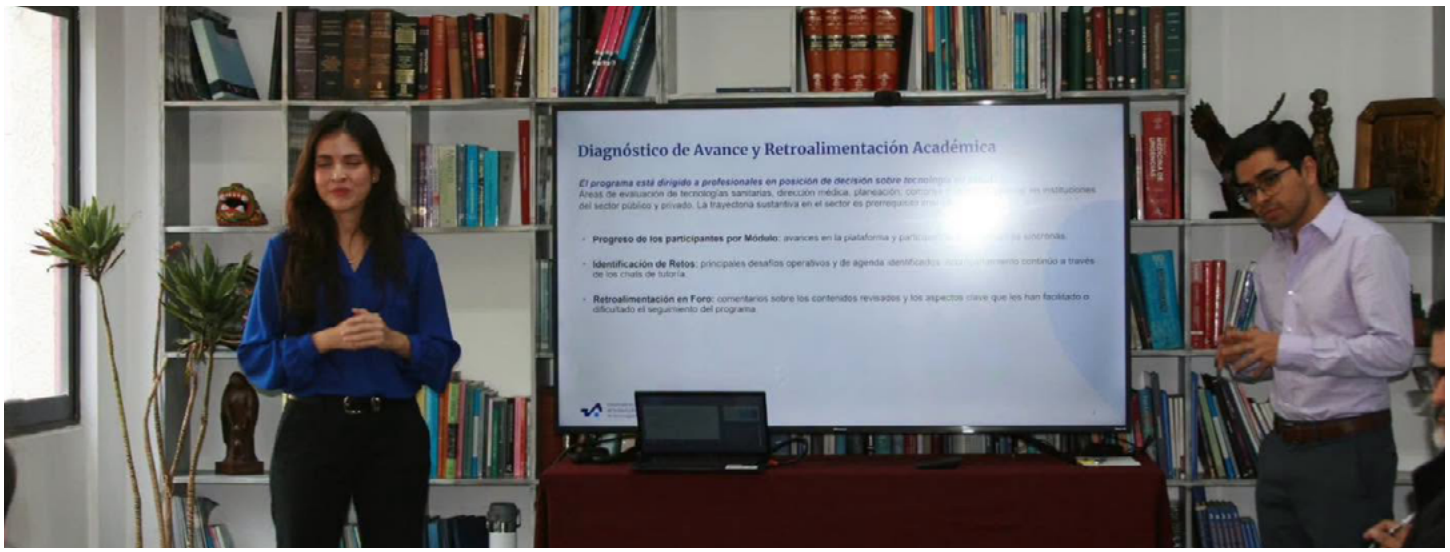
Durante esta jornada, profesionales del sector salud continuaron profundizando en las herramientas y los conocimientos necesarios para comprender el papel que desempeñan la economía de la salud y la evaluación de tecnologías sanitarias en la toma de decisiones basada en evidencia. Estos temas resultan fundamentales para optimizar los recursos disponibles y garantizar intervenciones más efectivas y equitativas en beneficio de la población.

La sesión se desarrolló en un ambiente de participación activa, donde las y los asistentes tuvieron la oportunidad de intercambiar experiencias y fortalecer sus capacidades técnicas. Al término de la actividad, los organizadores agradecieron a todas y todos los participantes por su presencia, compromiso y disposición para seguir aprendiendo y compartiendo conocimientos.

Desde la SMSP se destacó la importancia de esta colaboración institucional, que contribuye al fortalecimiento de capacidades y a la formación de profesionales comprometidos con una mejor salud pública. Asimismo, se reiteró el compromiso de continuar impulsando espacios académicos que eleven la calidad de la toma de decisiones en el sector.
Con este tipo de iniciativas, ambas instituciones refrendan su apuesta por la educación continua como una vía para enfrentar los retos actuales del sistema de salud y consolidar una gestión más eficiente y basada en evidencia.



Memoria fotográfica







La

La Sociedad Mexicana de Salud Pública participa en el Encendido de Luces por el Día Nacional de la Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



La Sociedad Mexicana de Salud Pública refrenda su compromiso de promover una cultura de donación basada en información clara y solidaridad colectiva.

En el marco del Día Nacional de la Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSP), representada por su Presidente, el Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez, estuvo presente en el emblemático Encendido de Luces realizado en el Senado de la República, junto a la Comisión de Salud y el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA).

Durante el evento, la SMSP subrayó que donar va más allá de un procedimiento médico: se trata de un acto profundamente humano de generosidad que brinda una segunda oportunidad para recuperar proyectos, abrazar familias y continuar vidas. Bajo el lema "Cuando una persona decide donar, una historia puede continuar", se destacó el valor trascendental de este gesto tanto para quienes reciben un órgano como para sus seres queridos.

Desde la perspectiva de la salud pública, la Sociedad asumió la responsabilidad de promover información clara y veraz que derribe mitos y transforme dudas en decisiones conscientes y compartidas con la familia. En este sentido, se enfatizó que informar es sensibilizar, y que el acceso a datos oportunos es clave para fortalecer la confianza de la población en los procesos de donación y trasplante.

Asimismo, se señaló que la salud pública se consolida no solo desde las instituciones, sino también desde la capacidad de pensar en el bienestar colectivo y fortalecer la solidaridad humana, construyendo así una verdadera cultura de esperanza.

La SMSP agradeció especialmente al Senado de la República y al Senador José Manuel Cruz, Presidente de la Comisión de Salud, por la invitación y por generar espacios de diálogo y sensibilización en torno a una causa que une vidas. Finalmente, expresó su profundo reconocimiento a las personas donantes y a sus familias por su extraordinario gesto de amor, generosidad y trascendencia.



Memoria fotográfica









La Sociedad Mexicana de Salud Pública participa en el Latam Dengue Forum 2026 en Cartagena, Colombia

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

La Sociedad Mexicana de Salud Pública llama a anticiparse al dengue como una estrategia fundamental de salud pública en la región.

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSP) estuvo presente en el Latam Dengue Forum 2026, organizado por Takeda en Cartagena, Colombia, un espacio de diálogo e intercambio de experiencias cuyo propósito es fortalecer la respuesta frente al dengue en América Latina.

Durante el encuentro, especialistas y representantes de distintos países compartieron conocimientos y estrategias orientadas a reducir el impacto de esta enfermedad, transmitida por el mosquito Aedes aegypti, que continúa representando un desafío importante para los sistemas de salud de la región.

Las conversaciones sostenidas confirmaron que la mejor oportunidad para disminuir el impacto del dengue está en anticiparse y actuar a tiempo. En este sentido, se identificaron cinco ejes prioritarios de acción: fortalecer la vigilancia epidemiológica; preparar y robustecer los sistemas de salud; impulsar la prevención mediante el control del mosquito; promover estrategias de vacunación; y actuar antes de los periodos de mayor transmisión.

Desde la perspectiva de la salud pública, prepararse antes de que aumenten los casos puede marcar una diferencia significativa en la protección de las comunidades. Por ello, la SMSP subrayó la importancia de que los países de la región adopten un enfoque preventivo, coordinado y basado en evidencia, capaz de responder con oportunidad a los brotes y de reducir la carga que el dengue impone a las familias y a las instituciones.

La Sociedad agradeció la invitación y la oportunidad de seguir construyendo, desde la colaboración y el intercambio de conocimiento, estrategias para una región más preparada frente al dengue.



Memoria fotográfica







La Sociedad Mexicana de Salud Pública participa en la Capacitación Interinstitucional sobre los PRONAM en Tlaxcala

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



La Sociedad Mexicana de Salud Pública refrenda su compromiso con la estandarización de protocolos y la atención médica basada en evidencia.

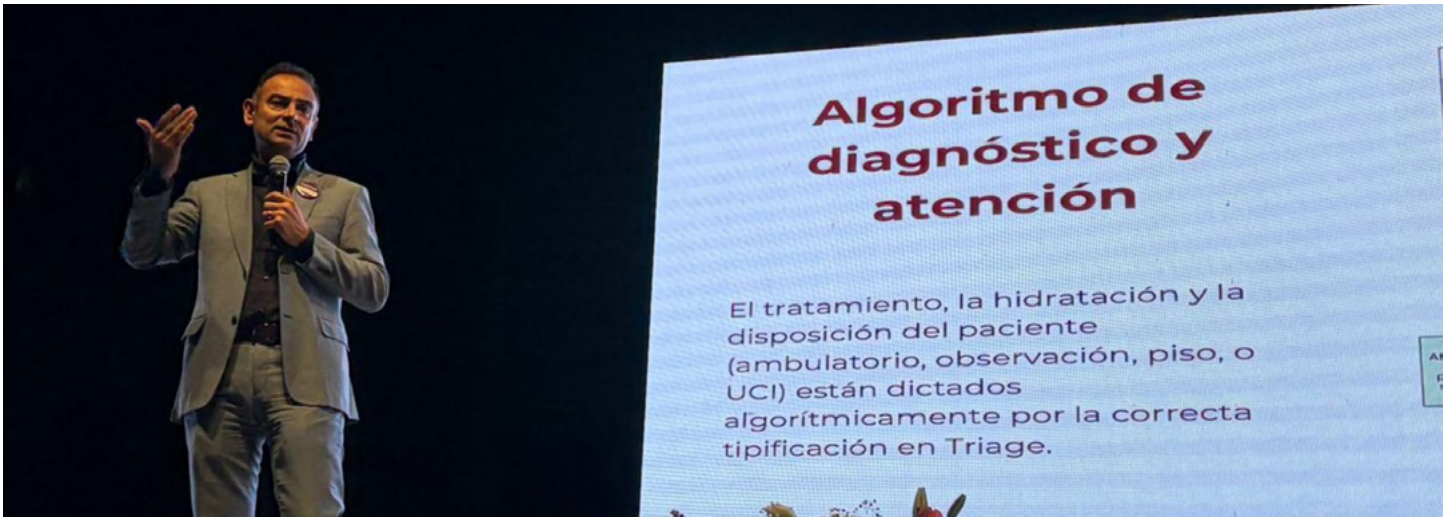
La Sociedad Mexicana de Salud Pública (SMSP) estuvo presente en la Capacitación Interinstitucional sobre los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM), realizada el pasado 1 de septiembre en Tlaxcala, un espacio orientado a fortalecer las competencias del personal de salud y promover la estandarización de protocolos para una atención oportuna, segura y de calidad.

En este encuentro participó el Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez, Presidente de la SMSP, quien refrendó el compromiso de la organización con el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud y con una atención sustentada en la evidencia científica. La capacitación reunió a profesionales e instituciones del sector con el propósito de compartir conocimientos y homologar criterios de actuación clínica.

Durante la jornada se destacó la relevancia de los Protocolos Nacionales de Atención Médica como una estrategia que contribuye a fortalecer la atención de primer nivel y a elevar la calidad de los servicios de salud en beneficio de la población. Asimismo, la SMSP agradeció especialmente a la Dra. Patricia Clark Peralta, Secretaria del Consejo de Salubridad General, por su participación y liderazgo en el impulso de estos protocolos.

La Sociedad también reconoció y agradeció al Gobierno del Estado de Tlaxcala, a SESA Tlaxcala y a las instituciones participantes por generar espacios de colaboración interinstitucional que permiten compartir conocimiento, fortalecer capacidades y avanzar hacia una mejor atención para la población.

Desde la SMSP se reiteró el compromiso de seguir impulsando el diálogo, la colaboración y la generación de conocimiento para fortalecer la salud pública de México, bajo el lema: “Salud Pública para todas las voces: experiencia que orienta, juventud que impulsa”.



Memoria fotográfica











Visita de inspección técnica y logística rumbo a la 80 RASP en León

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

La Sociedad Mexicana de Salud Pública afina detalles de su Reunión Anual, que se celebrará del 10 al 13 de noviembre en Guanajuato.

Los pasados 3 y 4 de septiembre, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSP) estuvo en León, Guanajuato, realizando una visita de inspección técnica y logística con el objetivo de continuar afinando cada detalle de la 80ª Reunión Anual de Salud Pública (RASP), el encuentro más importante de la comunidad salubrista del país.

Durante estos dos días, el equipo de la SMSP llevó a cabo reuniones de trabajo, recorridos y la revisión de aspectos técnicos y logísticos en el Poliforum León, así como en otros espacios y actividades que formarán parte de esta edición, entre ellas la tradicional Carrera y Caminata por la Salud Pública.

La Sociedad agradeció especialmente a la Dirección General de Hospitalidad y Turismo de León y a la Secretaría de Salud de Guanajuato por su hospitalidad, coordinación y acompañamiento durante la visita. Asimismo, expresó un agradecimiento muy especial al Colegio de Epidemiólogos del Estado de Guanajuato, A.C. y a su Presidenta, la Mtra. Daniela Carmona, por la reunión previa, su disposición para sumar esfuerzos y por acompañar a la SMSP en el Poliforum León.

La 80ª Reunión Anual de Salud Pública se llevará a cabo del 10 al 13 de noviembre en la ciudad de León, y se espera la participación de profesionales, académicos, estudiantes y representantes de instituciones de todo el país. Los interesados pueden consultar el programa académico, las actividades, la sede, las opciones de hospedaje y todos los detalles de esta edición en el sitio web oficial: **www.80rasp.mx**.

La SMSP invitó a la comunidad salubrista a inscribirse y asegurar su lugar en este gran encuentro que reúne a quienes trabajan por la salud pública de México.



Memoria fotográfica







Divulgación Científica

Artículos de Socios, Secciones y Filiales

Comunicar para transformar

Viridiana Salazar Martínez
Pasante de la Licenciatura en Nutrición
Universidad del Valle de México



La comunicación como herramienta para fortalecer la salud pública desde las juventudes

En salud pública, generar conocimiento es apenas una parte del proceso. Para que una evidencia se convierta en comprensión, una recomendación en acción y una prioridad sanitaria en una respuesta colectiva, también es necesario saber comunicar.

Bajo esta perspectiva, el "Taller para Vocerías Juveniles: Mi Comida, Mi Derecho", iniciativa vinculada al movimiento internacional Fix My Food de UNICEF, representó un espacio de formación para fortalecer las capacidades de las juventudes como agentes capaces de comunicar ideas, compartir experiencias y participar activamente en conversaciones relacionadas con los entornos alimentarios y el derecho a una alimentación adecuada.

La iniciativa reconoce a las y los jóvenes no solamente como población destinataria de las políticas de salud y nutrición, sino como participantes capaces de aportar sus perspectivas y contribuir a generar cambios en sus comunidades en beneficio de la nutrición en México. UNICEF señala que el movimiento busca fortalecer la voz juvenil mediante herramientas, capacitación y acompañamiento para impulsar entornos alimentarios más saludables.

Del conocimiento a la conversación

Uno de los principales aprendizajes del taller fue reconocer que tener información no necesariamente significa saber comunicar.

En el ámbito de la salud pública, esta diferencia es fundamental.

Una misma evidencia puede necesitar ser presentada de maneras distintas dependiendo de quién la recibe: una comunidad puede requerir un mensaje claro y cercano; una audiencia juvenil puede responder mejor a narrativas que conecten con sus experiencias; los medios de comunicación necesitan mensajes concretos y verificables; mientras que las autoridades y tomadores de decisiones requieren información precisa que permita comprender la magnitud de un problema y sus posibles alternativas de acción.

Por ello, desarrollar habilidades de comunicación no constituye un elemento accesorio para quienes trabajan en salud pública. Es una competencia que permite traducir conocimiento especializado en mensajes comprensibles, pertinentes y orientados a la acción.

Una voz que necesita preparación

El concepto de vocería adquiere especial relevancia cuando se habla de participación juvenil.

Representar una causa, una comunidad o una iniciativa implica asumir la responsabilidad de comunicarla con claridad, coherencia y sustento. No se trata únicamente de hablar frente a un público, sino de comprender qué se quiere transmitir, a quién se dirige el mensaje, cuál es la idea central y qué se espera generar después de escucharlo.

Durante el taller se abordaron herramientas relacionadas con la presentación personal, la construcción de mensajes y la comunicación frente a diferentes audiencias, incluyendo juventudes, medios de comunicación, autoridades y tomadores de decisiones.

Estas habilidades adquieren particular importancia

en salud pública, donde frecuentemente es necesario comunicar información científica a personas con diferentes niveles de conocimiento técnico.

La capacidad de explicar con claridad no reduce el rigor científico; permite que el conocimiento llegue más lejos.

La juventud como parte de la solución.
Mi Comida, Mi Derecho parte de una premisa relevante: las voces de niñas, niños, adolescentes y jóvenes deben formar parte de las conversaciones sobre los sistemas y entornos alimentarios que influyen en su bienestar.

UNICEF ha documentado, a través de diálogos participativos realizados en más de 20 países, la importancia de escuchar las perspectivas de niñas, niños y adolescentes sobre los sistemas alimentarios y las transformaciones que consideran necesarias.

Esta perspectiva también permite comprender la participación juvenil desde la salud pública: no se trata solamente de informar a las nuevas generaciones, sino de generar condiciones para que puedan participar, expresar sus experiencias y contribuir a la construcción de soluciones.

El movimiento Fix My Food ha desarrollado precisamente estrategias de formación, acompañamiento y promoción de capacidades para fortalecer la participación juvenil en favor de entornos alimentarios más saludables. UNICEF reporta que estas experiencias han contribuido a mejorar conocimientos, confianza, percepción de capacidad y disposición de las y los jóvenes para hablar con otras personas sobre los entornos alimentarios.

Desde la mirada de las nuevas generaciones
Una de las reflexiones que deja este encuentro es que la comunicación también forma parte de la intervención en salud pública.

Una política pública, una recomendación científica o una estrategia de promoción de la salud difícilmente alcanzarán su propósito si la población a la que están dirigidas no comprende su sentido, sus beneficios o la manera en que puede participar.

Por ello, comunicar en salud pública implica mucho más que transmitir información.

Implica:
- identificar a quién queremos llegar;
- comprender sus necesidades y contexto;
- seleccionar la información verdaderamente relevante;
- utilizar un lenguaje claro sin perder rigor;
- construir mensajes que puedan ser comprendidos y recordados;
- y generar espacios donde las personas también puedan ser escuchadas.

En este sentido, la comunicación puede funcionar como un puente entre la evidencia, las instituciones y las comunidades.

De hablar a generar incidencia
La formación de vocerías juveniles también permite reflexionar sobre una habilidad fundamental para las nuevas generaciones de profesionales de la salud: aprender a comunicar una idea de manera que pueda convertirse en conversación y, eventualmente, en acción.

Para quienes se están formando en salud pública, esto representa un reto particularmente importante.

La epidemiología, la nutrición, la medicina, las ciencias sociales y las demás disciplinas sanitarias generan conocimiento indispensable. Sin embargo, ese conocimiento necesita ser traducido para diferentes públicos y contextos.

Una cifra puede describir un problema; una historia puede ayudar a comprenderlo; una explicación clara puede generar interés; y una conversación bien dirigida puede abrir la puerta a la colaboración.

Comunicar correctamente significa acercar el conocimiento a quienes pueden utilizarlo.

Una idea que nos llevamos
En salud pública, saber no siempre es suficiente: también necesitamos saber comunicar lo que sabemos.
Las nuevas generaciones tienen la oportunidad de desarrollar una forma de comunicación que combine evidencia, claridad, empatía y responsabilidad.

Esto es especialmente relevante en un entorno donde la información relacionada con salud y nutrición circula constantemente por múltiples canales y donde la capacidad de distinguir, explicar y comunicar información confiable se vuelve cada vez más necesaria.
La formación de vocerías puede contribuir, desde

una perspectiva de participación juvenil, a que las nuevas generaciones no sean únicamente receptoras de mensajes de salud, sino también constructoras y transmisoras responsables de conocimiento.

Una pregunta para el futuro.
¿Qué conocimiento de salud pública podría generar un mayor impacto si aprendiéramos a comunicarlo mejor?

Esta pregunta nos recuerda que el trabajo de quienes construyen salud pública no termina cuando se produce la evidencia.

También implica encontrar la manera de hacerla comprensible, acercarla a las personas y generar las condiciones para que pueda convertirse en conocimiento compartido y, cuando corresponda, en acción colectiva.

Conclusión

El "Taller para Vocerías Juveniles: Mi Comida, Mi Derecho" permitió reconocer que fortalecer las capacidades de comunicación de las juventudes también significa fortalecer su participación en los temas que impactan su bienestar.

Para quienes comenzamos a construir nuestro camino en la salud pública, aprender a comunicar representa una herramienta profesional y social: nos permite compartir conocimiento, escuchar otras perspectivas y participar de manera más efectiva en las conversaciones que pueden contribuir a mejorar la salud de nuestras comunidades.

Desde Semillero de la Salud Pública, reconocemos en estos espacios una oportunidad para aprender que el futuro de nuestra profesión no solamente necesita personas capaces de generar conocimiento, sino también profesionales capaces de explicarlo, compartirlo y convertirlo en puentes entre la evidencia y la sociedad.

Porque una idea que no logra comunicarse difícilmente puede convertirse en una idea compartida.



Memoria fotográfica





Acinetobacter baumannii: la bacteria que se niega a desaparecer

Dr. en C. Emilio Mariano Durán Manuel
Dr. en C. Juan Manuel Bello López
Dr. en C. Clemente Cruz Cruz
Dr. en C. Miguel Ángel Loyola Cruz
División de Investigación de Hospital Juárez de México
QBP. Marina Pérez Dávila
M. en C. Omar Agni García Hernández
Sección de Estudios de Posgrado e Investigación de IPN (ENCB y ESM)



Acinetobacter baumannii

Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un reto para los sistemas de salud ya que tienen impacto en la morbimortalidad, la prolongada estancia hospitalaria y el incremento en los costos en la atención. Dentro de los microorganismos responsables de estas infecciones, *Acinetobacter baumannii* ocupa un lugar prioritario reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por su capacidad para persistir en el entorno hospitalario, debido a que puede resistir condiciones adversas, aunado a su alta resistencia frente a múltiples antimicrobianos, donde los carbapenémicos y cefalosporinas son los de mayor importancia. Este bacilo Gram negativo forma parte del denominado grupo ESKAPE (Enterococcus faecium, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, *Acinetobacter baumannii*, Pseudomonas aeruginosa y Enterobacter spp.), que es un grupo de microorganismos que se destaca por su capacidad para evadir la acción de la terapia antimicrobiana, y en consecuencia, el desarrollo de IAAS. En comparación con diversos patógenos, A. baumannii ha desarrollado mecanismos como la formación de biopelículas, que le confieren la capacidad de mantenerse viable sobre superficies inertes durante semanas o incluso meses, lo que le permite su diseminación en el entorno hospitalario y en consecuencia favorece el desarrollo de brotes nosocomiales y la transmisión entre pacientes. Estas características han llevado a que la OMS en 2024 clasifique a A. baumannii resistente a carbapenémicos en un patógeno de prioridad crítica, lo que refleja la magnitud del problema que este microorganismo representa en términos de salud pública.

Relevancia clínica y epidemiológica de *Acinetobacter baumannii*

Acinetobacter baumannii afecta principalmente a pacientes que presentan alguna de las siguientes condiciones: enfermedades graves con comorbilidades como diabetes, hipertensión, insuficiencia renal crónica, inmunosupresión, ventilación mecánica durante un periodo prolongado, o que se hayan sometido a múltiples procedimientos invasivos. Dentro de las IAAS más frecuentes causadas por este patógeno se incluyen la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), las bacteremias, las infecciones de heridas quirúrgicas, también denominadas infección de sitio quirúrgico, infección de vías urinarias y torrente sanguíneo asociado a catéter. En los últimos años, de acuerdo con estudios epidemiológicos, se ha observado que este microorganismo ha evolucionado de ser un patógeno oportunista que se presentaba de manera poco frecuente, a pasar a ser uno de los principales agentes causales de IAAS. Su capacidad para sobrevivir en entornos hospitalarios favorece la contaminación de superficies en estos entornos, un ejemplo de ello es el reportado en el Hospital Juárez de México en la unidad de cuidados intensivos de adultos (UCIA), en donde ha sido identificada su dispersión clonal en superficies vivas e inertes y dispositivos médicos tales como: barandal de las camas, bombas de infusión, monitores de signos vitales, teclado de computadora, manos del personal, área cubital del paciente, buró, área de lavado de manos, expedientes médicos y equipo de ultrasonido, siendo estos últimos de uso frecuente por el personal de salud. Su presencia en estas superficies ha llevado a estudiar a los agentes causantes de IAAS en los pacientes de esta área, lo que en un segundo trabajo pudo confirmarse fue la presencia de A. baumannii como uno de los principales agentes causantes de NAV de pacientes de la UCIA, lo que ha permitido confirmar que su presencia en superficies se encuentra estrechamente relacionado con los casos de IAAS.

Resistencia antimicrobiana de *Acinetobacter baumannii*

Acinetobacter baumannii tiene una extraordinaria capacidad para incorporar mecanismos de resistencia que le permiten evadir la acción de múltiples familias de antibióticos. Entre estos se destaca la producción de carbapenemasas tipo bla-OXA, metalo-b-lactamasas como bla-NDM, bla-VIM y bla-IMP. Otros mecanismos como la sobreexpresión de bombas de expulsión (efflux pumps) que le confieren la capacidad de expulsar antibióticos y moléculas tóxicas del interior de la célula bacteriana, la modificación de porinas que le brindan una drástica disminución en la permeabilidad de la membrana externa, y la adquisición de elementos genéticos móviles los cuales impulsan la transferencia horizontal de genes de resistencia. Como consecuencia, múltiples cepas presentan resistencia extensa, lo que limita las opciones terapéuticas disponibles. Estas características convierten de acuerdo con la OMS a A. baumannii resistente a carbapenémicos (CRAB) en una amenaza para la salud pública mundial.

Acinetobacter baumannii en el entorno hospitalario del Hospital Juárez de México

Las investigaciones desarrolladas en el Hospital Juárez de México por parte del "ESKAPE Team" han brindado una amplia comprensión del comportamiento epidemiológico y de los mecanismos de resistencia en A. baumannii con énfasis en la atención de pacientes críticamente enfermos, así como en diversas superficies y dispositivos médicos de relevancia epidemiológica. Durante la época de pandemia por COVID-19 los estudios realizados permitieron observar la presencia de brotes causados por la diseminación de este microorganismo en la UCIA, así como la identificación mediante técnicas de biología molecular de la relación clonal entre estas cepas y de sus mecanismos de resistencia antimicrobiana. De manera adicional, los trabajos del grupo han documentado la capacidad de A. baumannii para formar biopelículas, lo que le confiere la capacidad de permanecer sobre superficies de dispositivos médicos y en superficies hospitalarias de difícil acceso.

Lo anterior ha motivado al grupo de trabajo al desarrollo de nuevas estrategias de desinfección de alto nivel, entre las que se incluyen; el uso de ozono sobre biopelículas del grupo ESKAPE, el uso de plasma de peróxido de hidrógeno para la desinfección de mascarillas N95 contaminadas con este microorganismo, la validación de tecnologías de luz UVC como método de desinfección de instrumental médico y de laboratorio y, finalmente el uso de un sistema multiemisor de UV-C para la inactivación de patógenos de importancia clínica sobre superficies de salas hospitalarias del Hospital Juárez de México.

Persistencia ambiental de *Acinetobacter baumannii*: el gran desafío

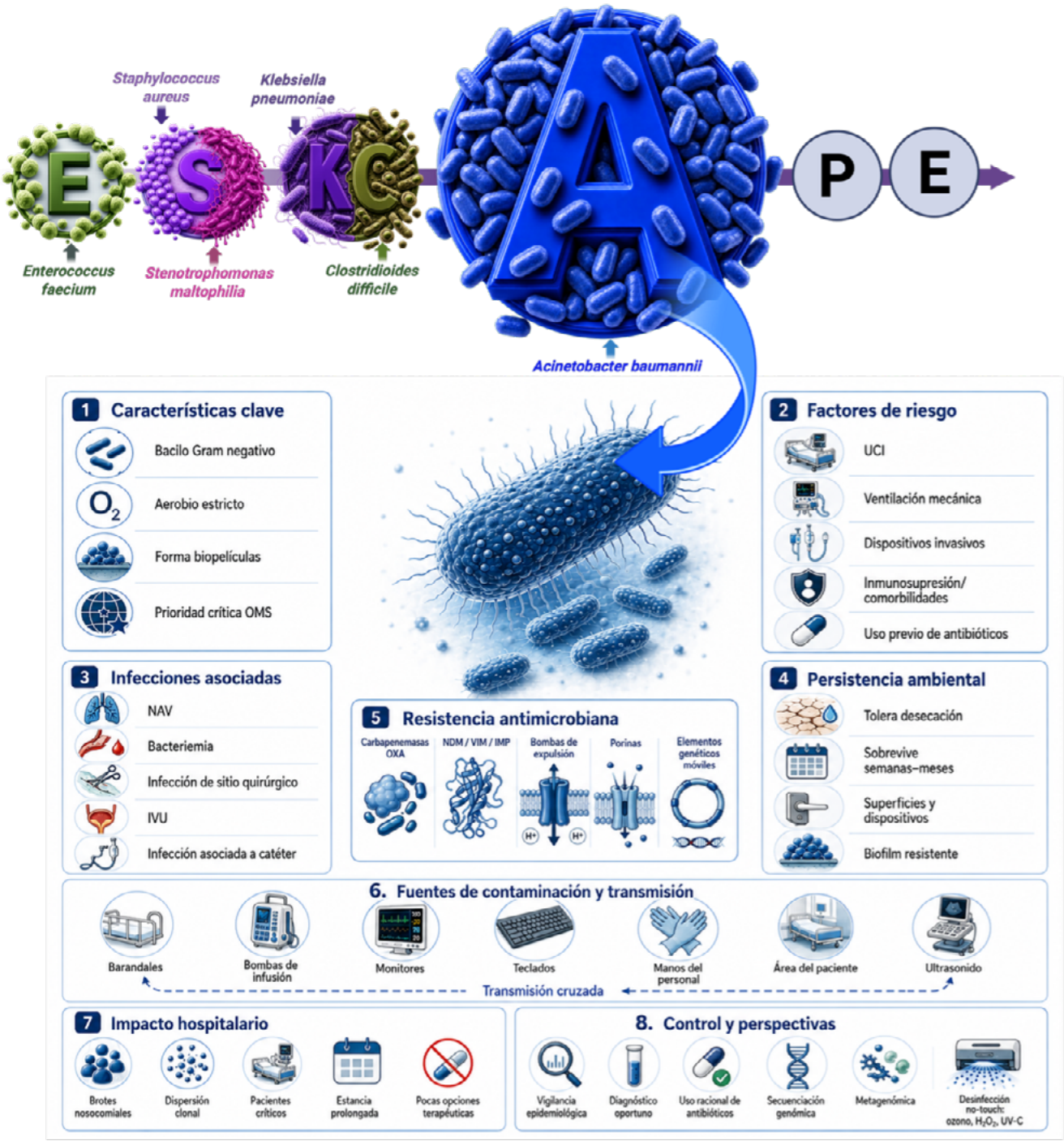
La extraordinaria capacidad de A. baumannii para sobrevivir fuera del huésped es por excelencia el mayor atributo para su supervivencia, por encima de la resistencia a antibióticos, ya que mientras muchas bacterias del grupo de las Gram negativas pierden rápidamente su viabilidad en superficies vivas e inertes, A. baumannii cuenta con mecanismos fisiológicos que le permiten tolerar la desecación, gracias a una compleja reprogramación metabólica, así como adherirse a materiales inertes y la formación de biopelículas altamente resistentes a los procesos de descontaminación y/o desinfección de alto nivel.

Desafíos y perspectivas

Para poder controlar la diseminación de A. baumannii se requieren estrategias como la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico microbiológico oportuno, optimización en el uso de antibióticos y monitoreo microbiológico de los entornos hospitalarios. En este contexto, la incorporación de herramientas como la secuenciación genómica, la metagenómica, así como las nuevas metodologías y tecnologías de desinfección "no touch" permitirán comprender con mayor detalle los mecanismos que emplea para sobrevivir y la susceptibilidad que tiene a los métodos de desinfección.

Referencias

1. Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet 2022;399:629-655.
2. Rice LB. Federal funding for the study of antimicrobial resistance in nosocomial pathogens: no ESKAPE. Journal of Infectious Diseases 2008;197:1079-1081.
3. Peleg AY, Seifert H, Paterson DL. *Acinetobacter baumannii*: emergence of a successful pathogen. Clinical Microbiology Reviews 2008;21:538-582.
4. Sati H, Carrara E, Savoldi A, Hansen P, Garlasco J, Campagnaro E, et al. The WHO bacterial priority pathogens list 2024: a prioritisation study to guide research, development, and public health strategies against antimicrobial resistance. Lancet Infectious Diseases 2025;25:1033-1043.
5. Dancer SJ. Controlling hospital-acquired infection: focus on the role of the environment and new technologies for decontamination. Clinical Microbiology Reviews 2014;27:665-690.
6. Harding CM, Hennon SW, Feldman MF. Uncovering the mechanisms of *Acinetobacter baumannii* virulence. Nature Reviews Microbiology 2018;16:91-102.
7. Antunes LCS, Visca P, Towner KJ. *Acinetobacter baumannii*: evolution of a global pathogen. Pathogens and Disease 2014;71:292-301.
8. Hamidian M, Nigro SJ. Emergence, molecular mechanisms and global spread of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii*. Microbial Genomics 2019;5:e000306.
9. Ibáñez-Cervantes G, Bravata-Alcántara JC, Nájera-Cortés AS, Meneses-Cruz S, Delgado-Balbuena L, Cruz-Cruz C, et al. Disinfection of N95 masks artificially contaminated with SARS-CoV-2 and ESKAPE bacteria using hydrogen peroxide plasma: impact on the reutilization of disposable devices. American Journal of Infection Control 2020;48:1037-1041.
10. Ibáñez-Cervantes G, Cruz-Cruz C, Durán-Manuel EM, Loyola-Cruz MÁ, Cureño-Díaz MA, Castro-Escarpulli G, et al. Disinfection efficacy of ozone on ESKAPE bacteria biofilms: potential use in difficult-to-access medical devices. American Journal of Infection Control 2023;51:11-17.
11. Martínez-Ramírez I, Cruz-Cruz C, López-Ornelas A, Durán-Manuel EM, Estudillo E, Velasco I, et al. Design, construction and robust validation of a germicidal device based on UV irradiation: a necessity for hospital disinfection in the COVID-19 era. Revista Mexicana de Física 2024;70:1-9.
12. Fiscal-Baxin E, López-Hernández ADC, González-Ruiz MF, Carrisoza-Martínez G, López-Avila AL, Moreno-Torres D, et al. Impact of a UV-C multiemitter disinfection system on hospital environmental bioburden and inactivation of clinically relevant pathogens. Pathogens 2026;15:246.
13. Durán-Manuel EM, Cruz-Cruz C, Ibáñez-Cervantes G, Bravata-Alcántara JC, Sosa-Hernández O, Delgado-Balbuena L, et al. Clonal dispersion of *Acinetobacter baumannii* in an intensive care unit designed for patients with COVID-19. Journal of Infection in Developing Countries 2021;15:58-68.
14. Loyola-Cruz MÁ, Durán-Manuel EM, Cruz-Cruz C, Márquez-Valdelamar LM, Bravata-Alcántara JC, Cortés-Ortíz IA, et al. ESKAPE bacteria characterization reveals the presence of *Acinetobacter baumannii* and Pseudomonas aeruginosa outbreaks in COVID-19/VAP patients. American Journal of Infection Control 2023;51:729-737.
15. Weber DJ, Kanamori H, Rutala WA. No-touch technologies for environmental decontamination: focus on ultraviolet devices and hydrogen peroxide systems. Current Opinion in Infectious Diseases 2016;29:424-431.


Staphylococcus aureus
Klebsiella pneumoniae
E
S
KC
A
P
E
Enterococcus faecium
Stenotrophomonas maltophilia
Clostridioides difficile
Acinetobacter baumannii
1 Características clave
Bacilo Gram negativo
Aerobio estricto
Forma biopelículas
Prioridad crítica OMS
2 Factores de riesgo
UCI
Ventilación mecánica
Dispositivos invasivos
Inmunosupresión/ comorbilidades
Uso previo de antibióticos
3 Infecciones asociadas
NAV
Bacteriemia
Infección de sitio quirúrgico
IVU
Infección asociada a catéter
5 Resistencia antimicrobiana
Carbapenemasas OXA
NDM / VIM / IMP
Bombas de expulsión
Porinas
Elementos genéticos móviles
4 Persistencia ambiental
Tolera desecación
Sobrevive semanas–meses
Superficies y dispositivos
Biofilm resistente
6. Fuentes de contaminación y transmisión
Barandales
Bombas de infusión
Monitores
Teclados
Manos del personal
Área del paciente
Ultrasonido
Transmisión cruzada
7 Impacto hospitalario
Brotes nosocomiales
Dispersión clonal
Pacientes críticos
Estancia prolongada
Pocas opciones terapéuticas
8. Control y perspectivas
Vigilancia epidemiológica
Diagnóstico oportuno
Uso racional de antibióticos
Secuenciación genómica
Metagenómica
Desinfección no-touch: ozono, H2O2, UV-C



Cultura organizacional en los hospitales

Mtro. Braulio Ortega Plascencia
Director de la Sección Técnica de Salud Mental y Adicciones
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Los grupos

Los grupos son la base fundamental de las naciones. Uno se reconoce y adquiere un rol al integrarse a uno, y dependemos de manera permanente de otras personas para seguir adelante: nadie caza su almuerzo, diseña su vestuario o se saca una muela por sí mismo cuando es menester. Para Aristóteles (ca. 335 a. C./1988), el ser humano es un ser social por naturaleza y, antes que él, Platón (ca. 375 a. C./2003) ya advertía que nadie se basta a sí mismo. En esa misma línea, la meritocracia pura no existe: para Sandel (2020) es un mito, pues ignora las condiciones sociales en las que las personas se desenvuelven. Las ideas del esfuerzo aislado, que no analizan los contextos, generan alienación, atomización y la percepción errónea de que uno llega por sí mismo.

Los grupos ante el cambio

Tarde o temprano, el cambio llega a todos los grupos de trabajo. En la psicología del trabajo se reconoce que, en materia de movimientos de personal, los extremos resultan perjudiciales: tanto la alta rotación como la nula incorporación de nuevos elementos indican que la organización enfrenta dificultades. En los servicios de salud y de asistencia social, la rotación oscila entre el 14.1 % y el 23.3 %, según el tamaño del establecimiento (Secretaría de Economía, s.f.). Esto representa un reto importante para la administración pública, pues implica capacitación permanente y la pérdida de un talento que se formó en sus propios espacios.

¿Por qué existen los conflictos en las organizaciones? Una de las razones por las que las organizaciones tienen conflictos son las fallas éticas; es decir, los valores puestos en entredicho, la falta de actitud, la poca aceptación de la otredad o las violencias que unos integrantes ejercen sobre otros. A ello se suman factores como la falta de insumos, la sobrecarga de trabajo, la baja autorrealización y la desmotivación, que forman parte de los riesgos psicosociales que la normatividad mexicana nos pide atender.

Áreas de oportunidad en la cultura organizacional

En el país, y en especial en el sector público, la cultura organizacional tiene un amplio margen de mejora. Con frecuencia, el personal de los servicios de salud no conoce a fondo la misión, la visión, los valores y los objetivos de su institución y de la unidad donde labora.

Se trata de un fenómeno multifactorial, en el que influyen los procesos de selección y el acceso al servicio profesional de carrera, que aún pueden fortalecerse. Legorreta-Rojas y Trejo-Amador (2024) señalan que, cuando quienes dirigen las unidades médicas toman decisiones con poca preparación, se dificultan el logro de objetivos y el trabajo en equipo; de ahí la importancia de profesionalizar las gerencias.

Para Schein y Schein (2017), todas las organizaciones tienen una cultura; lo que varía es su fuerza y su calidad. Por su parte, el modelo de Cameron y Quinn (2011) distingue cuatro tipos de cultura: la de clan, la jerárquica, la de mercado y la adhocrática. Desde este modelo, cabría esperar una estructura más jerárquica en los hospitales públicos y una lógica de mercado en los privados.

Asimismo, en los servicios públicos la escasez de recursos fomenta la independencia y la toma de decisiones, mientras que en los privados la figura del médico tratante toma por completo las riendas de los tratamientos. Hamui-Sutton et al. (2014), en una

investigación con residentes de la UNAM, identificaron retos de coordinación en los servicios públicos, mientras que en los privados la prioridad era la atención centrada en la experiencia del usuario. El estudio agrega que la jerarquía rígida favorece la eficacia, aunque también puede propiciar abusos de poder.

Cuando confluyen la falta de insumos, liderazgos poco presentes, una baja cohesión y la fragmentación de los equipos, surgen bandos que compiten entre sí. En esas condiciones, el conflicto puede escalar incluso a situaciones de violencia.

La NOM-035 como herramienta

En México contamos con la NOM-035-STPS-2018, publicada con el objetivo de hacer visibles los factores de riesgo psicosocial en los centros de trabajo (Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS], 2018). Entre los puntos a los que nos pide poner atención se encuentran los siguientes:

1. Condiciones de trabajo riesgosas: actividades peligrosas o que obligan a realizar esfuerzos adicionales para adaptarse.
2. Cargas de trabajo excesivas, que sobrepasan la capacidad de la persona y ponen en riesgo su salud.
3. Falta de control sobre el trabajo.
4. Jornadas y rotaciones que exceden lo previsto en la Ley Federal del Trabajo.
5. Interferencia en la relación trabajo-familia: cuando las demandas laborales invaden el tiempo personal y familiar.
6. Liderazgo negativo y relaciones negativas en el trabajo: quizás uno de los rubros más relevantes de la Norma. Contempla los liderazgos impositivos, las funciones poco claras, el escaso reconocimiento y la limitada retroalimentación, así como la dificultad para trabajar en equipo.
7. Violencia laboral: comprende el acoso, el hostigamiento y los malos tratos. Aquí no solo hay dilemas éticos, sino también implicaciones jurídicas.

La Norma establece mediciones adaptadas al tamaño de cada organización, mediante cuestionarios y entrevistas, y prevé atención psicológica para las personas trabajadoras expuestas a violencia. Las evaluaciones del entorno organizacional deben realizarse cada dos años y sus resultados deben estar disponibles para el personal (STPS, 2018). Su aplicación sistemática en el servicio público es todavía un área de oportunidad; el ambiente influye en la conducta y, por ello, medirlo es el primer paso para mejorarlo.

¿Qué hacer ante este panorama?

Si el personal de salud no se siente realizado, estamos ante un conflicto de origen. Por ello, lo ideal sería identificar sus causas mediante mediciones sistemáticas, tal como lo propone la NOM-035, y, una vez identificados los riesgos, tomar medidas sustantivas para realizar los cambios oportunos.

Asimismo, aunque la meritocracia pura sea un mito, como advierte Sandel (2020), el mérito y las competencias deberían ser la principal guía para alcanzar los objetivos de la organización. Es deseable que quienes lideran los proyectos cuenten con formación en administración, que se apoyen en normas, reglas y protocolos y, sobre todo, que sepan elaborar planes estratégicos a corto, mediano y largo plazo. Fortalecer esta competencia en los mandos directivos es una tarea pendiente: no basta con ser buenos clínicos, pues sin un plan las organizaciones pierden el rumbo.

Referencias

Aristóteles. (1988). Política (M. García Valdés, Trad.). Gredos. (Obra original publicada ca. 335 a. C.)

Cameron, K. S., y Quinn, R. E. (2011). Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework (3.ª ed.). Jossey-Bass.

Hamui-Sutton, A., Vives-Varela, T., Gutiérrez-Barreto, S., Castro-Ramírez, S., Lavalle-Montalvo, C., y Sánchez-Mendiola, M. (2014). Cultura organizacional y clima: El aprendizaje situado en las residencias médicas. Investigación en Educación Médica, 3(10), 74–84. https://doi.org/10.1016/S2007-5057(14)72730-9

Legorreta-Rojas, M., y Trejo-Amador, U. (2024). Cultura organizacional: La influencia del liderazgo en la mejora de los procesos institucionales de salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 62(5), 1–8. https://doi.org/10.5281/zenodo.12668107

Platón. (2003). República (M. Fernández-Galiano, Trad.). Alianza Editorial. (Obra original publicada ca. 375 a. C.)

Sandel, M. J. (2020). La tiranía del mérito: ¿Qué ha sido del bien común? (A. Santos Mosquera, Trad.). Debate.

Schein, E. H., y Schein, P. A. (2017). Organizational culture and leadership (5.ª ed.). Wiley.

Secretaría de Economía. (s.f.). Servicios de salud y de asistencia social: Salarios, producción, inversión, oportunidades y complejidad. Data México. Recuperado el 27 de septiembre de 2026, de https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/industry/health-care-and-social-assistance

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2018, 23 de octubre). Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018



Enfermería de Práctica Avanzada: Consultoría para la Atención de la Cronicidad

E.E.S.P. César Cerqueda Álvarez[1,2]
Dra. Cynthia Vanessa Romero Ramírez[1]
Mtro. Manuel de Jesús Chávez Chan1
Mtro. Adán Santiago Medellin Hernández[2]
[1] Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.
[2] Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud

El envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica y el incremento de la multimorbilidad han transformado las necesidades de atención y plantean desafíos crecientes para los sistemas de salud. Las enfermedades crónicas requieren seguimiento longitudinal, coordinación entre niveles asistenciales, participación activa de las personas en su cuidado y capacidad para anticipar complicaciones [1].

Aunado a ello, se suman los altos costos derivados de la atención, ya que el abordaje de estos trastornos y sus complicaciones implica un mayor número de días de estancia hospitalaria, lo cual representa una carga financiera crítica tanto para el sistema de salud como para los hogares en México [2]. En este escenario, los modelos centrados predominantemente en la respuesta a episodios agudos resultan insuficientes para atender la complejidad clínica y social asociada con la cronicidad [1].

En México, dos de las enfermedades crónicas que causan un impacto en la salud poblacional son la diabetes y la hipertensión arterial. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021-2024 [3,4], las prevalencias para dichos padecimientos son 17.0% y 29.1%, respectivamente.

Frente a este panorama, la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) representa una oportunidad para fortalecer la capacidad resolutiva de los servicios de salud. Más que una ampliación aislada de funciones, la práctica avanzada supone el desarrollo de competencias clínicas especializadas, pensamiento crítico, liderazgo, toma de decisiones complejas, práctica basada en evidencia y un mayor grado de autonomía profesional, cuyo alcance depende del contexto sanitario y regulatorio en el que se desarrolla [5].

En América Latina y el Caribe, su incorporación ha sido planteada como una estrategia con potencial para fortalecer la atención primaria de salud, mejorar el acceso y contribuir al avance hacia la salud universal [6].

Desde esta perspectiva, la consultoría de enfermería ejercida en el marco de la práctica avanzada adquiere particular relevancia. No debe entenderse únicamente como un espacio para proporcionar cuidados o recomendaciones, sino como un proceso clínico sistemático que integra valoración avanzada, identificación de necesidades, toma de decisiones, educación terapéutica, coordinación del cuidado y seguimiento de las personas con condiciones crónicas. Su valor radica, precisamente, en articular estas intervenciones alrededor de las necesidades de la persona y favorecer la continuidad asistencial.

La evidencia disponible señala que los modelos de atención que incorporan profesionales de enfermería de práctica avanzada pueden alcanzar resultados clínicos comparables o, en determinados indicadores, favorables respecto de otros modelos de atención, particularmente en satisfacción, acceso, seguimiento y algunos resultados relacionados con utilización de servicios y costos [7,8]. No obstante, estos hallazgos deben interpretarse considerando las diferencias en formación, regulación, ámbito de práctica y organización de los sistemas sanitarios. Por ello, más que asumir que existe un modelo universal de EPA, resulta necesario definir qué competencias y qué modalidades de consultoría responden a las necesidades específicas de cada contexto.

La consultoría como elemento metodológico de la práctica avanzada

La consultoría desarrollada por profesionales de EPA requiere un marco metodológico estructurado, sustentado en razonamiento clínico avanzado, juicio profesional y práctica basada en la mejor evidencia disponible. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) reconoce que la práctica avanzada implica conocimientos especializados, capacidad para tomar decisiones complejas y competencias clínicas ampliadas; asimismo, señala que sus características están determinadas por el contexto en el cual la profesión está acreditada para ejercer [5].

En consecuencia, la consultoría no debería reducirse a reproducir actividades tradicionalmente asignadas a otras profesiones. Su aportación reside en integrar una mirada disciplinar del cuidado con competencias avanzadas para valorar de manera multidimensional a la persona, reconocer riesgos y necesidades, establecer prioridades, diseñar intervenciones individualizadas y evaluar sistemáticamente sus resultados.

Esta perspectiva adquiere especial importancia en personas con multimorbilidad. La coexistencia de varias condiciones crónicas puede generar una elevada carga terapéutica: consultas múltiples, medicamentos, modificaciones del estilo de vida, vigilancia de síntomas y coordinación entre diferentes profesionales y servicios. En este escenario, los modelos de atención primaria que incorporan profesionales de enfermería de práctica avanzada han mostrado resultados similares o favorables en calidad, utilización de servicios y costos en personas con múltiples condiciones crónicas [8].

La práctica basada en evidencia constituye, por tanto, un componente indispensable. Las decisiones derivadas de la consultoría deben integrar la mejor evidencia científica disponible, la experiencia clínica y con base en las necesidades, preferencias y circunstancias de la persona. Esto permite trascender una atención fragmentada y avanzar hacia planes de cuidado individualizados, evaluables y coordinados entre los distintos niveles asistenciales.

Atención oportuna en la persona con enfermedades crónicas

La oportunidad en la prestación de servicios de enfermería constituye una dimensión esencial de la calidad asistencial. En la cronicidad, la identificación de forma temprana de los cambios clínicos, problemas de adherencia, deterioro funcional o dificultades para el automanejo puede permitir intervenir antes de que se produzcan complicaciones que requieran atención de urgencia u hospitalización.

En este sentido, la EPA puede favorecer una respuesta más accesible y resolutiva. Dependiendo del marco normativo y regulatorio de cada país, sus competencias pueden comprender valoración clínica avanzada y, en determinados sistemas sanitarios, solicitud e interpretación de pruebas diagnósticas, derivación a otros profesionales y facultades de prescripción [5]. Estas atribuciones no deben interpretarse como sustitución de otros integrantes del equipo de salud, sino como parte de modelos colaborativos orientados a utilizar de manera más eficiente las competencias profesionales.

La evidencia disponible respalda esta perspectiva. Los estudios sobre EPA han descrito resultados favorables en seguimiento de pacientes crónicos, control de factores de riesgo, detección de complicaciones, satisfacción y accesibilidad [7]. Asimismo, una revisión sistemática centrada en personas con múltiples condiciones crónicas identificó resultados similares o favorables en calidad, costos y utilización de servicios en modelos que incorporaban profesionales de enfermería de práctica avanzada [8].

Estos hallazgos obligan, sin embargo, a evitar afirmaciones simplistas. La relevancia de la EPA no radica en sostener que su implementación reducirá automáticamente hospitalizaciones, costos o tiempos de espera, sino en reconocer que, cuando existe formación adecuada, regulación, integración interprofesional y modelos organizativos apropiados, puede ampliar la capacidad de respuesta del sistema y mejorar la continuidad de la atención.

Seguridad del paciente en el contexto de la cronicidad

La seguridad constituye otro argumento fundamental para fortalecer la consultoría de práctica avanzada. Las personas con enfermedades crónicas, particularmente aquellas con multimorbilidad, están expuestas a riesgos derivados de la polifarmacia, transiciones frecuentes entre servicios, indicaciones provenientes de distintos profesionales, duplicidades terapéuticas y dificultades para comprender y ejecutar planes de tratamiento cada vez más complejos.

En este contexto, la consultoría puede actuar como un punto de integración del cuidado. La valoración sistemática permite identificar necesidades y riesgos, mientras que el seguimiento longitudinal favorece la detección de cambios clínicos y dificultades relacionadas con el tratamiento. A ello se suma la educación terapéutica, componente especialmente relevante para desarrollar capacidades de automanejo y facilitar la participación de la persona y su familia en las decisiones relacionadas con su salud.

De esta manera, la consultoría proporciona herramientas cognitivas y conductuales que favorecen el automanejo y la adherencia al tratamiento. La EPA no limita su aporte al espacio clínico, sino que puede extender la seguridad y la continuidad del cuidado hacia el hogar y la comunidad.

Sin embargo, atribuir estos resultados exclusivamente a la figura profesional sería insuficiente. La seguridad depende también de sistemas de información interoperables, comunicación efectiva entre profesionales, conciliación de medicamentos, continuidad asistencial y mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia. La EPA adquiere su mayor potencial cuando se integra dentro de estos procesos y no cuando funciona como una intervención aislada.

Una oportunidad para la salud pública y la atención primaria en México

En México, hablar de enfermería práctica avanzada no debería reducirse a una discusión sobre la ampliación de funciones profesionales. Se trata, fundamentalmente, de preguntarnos cómo utilizar mejor las capacidades de la fuerza laboral disponible para responder a las necesidades de una población que envejece y que requiere cada vez más seguimiento de largo plazo, prevención de complicaciones y continuidad asistencial con calidad y humanismo.

El control de las enfermedades no transmisibles exige precisamente fortalecer el primer nivel de atención, el seguimiento clínico y el trabajo coordinado de equipos multidisciplinarios. La experiencia reciente de la iniciativa HEARTS en México resulta ilustrativa: su expansión ha promovido la estandarización de rutas clínicas para hipertensión y diabetes, la capacitación del personal y el fortalecimiento del trabajo en equipo en atención primaria [9].

En este contexto, la EPA puede convertirse en una pieza estratégica para aumentar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, particularmente en seguimiento de personas con enfermedades crónicas, educación terapéutica, valoración integral, gestión de casos, identificación temprana del riesgo y coordinación entre servicios.

Esta propuesta coincide con la orientación que actualmente impulsa la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En 2026, este organismo hizo un llamado a los países de la Región de las Américas para fortalecer y ampliar el rol de la enfermería, particularmente a través de la práctica avanzada, como una estrategia para mejorar el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los sistemas de salud. La propia organización identifica a las enfermeras y los enfermeros como actores centrales en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el manejo de condiciones crónicas [10].

Desarrollar este modelo requiere algo más que incrementar responsabilidades. No puede existir práctica avanzada sin formación avanzada, definición de competencias, regulación, evaluación de resultados y reconocimiento institucional. Al ampliar funciones sin construir estas condiciones se corre el riesgo de convertir una oportunidad de transformación profesional en una simple transferencia de tareas.

Por ello, la discusión relevante no debería plantearse en términos de si la enfermería puede sustituir funciones de otros profesionales. La verdadera pregunta es otra: ¿podemos permitirnos mantener desaprovechada una capacidad profesional que podría contribuir a resolver algunos de los principales problemas de continuidad, acceso y oportunidad que enfrentan nuestros servicios de salud?

La enfermería de práctica avanzada no busca sustituir al médico ni fragmentar aún más el proceso asistencial. Por el contrario, sus propósitos son: contribuir con sus capacidades dentro de los equipos interprofesionales, incrementar la resolución del sistema y garantizar que cada integrante del equipo de salud pueda aportar el máximo de sus competencias en beneficio de la población. Estas afirmaciones han sido señaladas previamente por la OPS, al plantear la ampliación de los roles de enfermería como una estrategia para fortalecer la atención primaria y avanzar hacia la salud universal [11].

Conclusiones

La implementación de la consultoría de enfermería a través de la EPA representa una oportunidad para replantear la manera en que los sistemas de salud responden a la cronicidad. Este rol demuestra que la práctica avanzada en enfermería no debe concebirse como una simple extensión de tareas tradicionalmente asignadas a otras profesiones, sino como una práctica científica estructurada que aporta valor clínico, educativo, preventivo y metodológico propio.

Sus beneficios potenciales se expresan en una atención más oportuna, en la anticipación de complicaciones, en el fortalecimiento del automanejo y en una mayor continuidad del cuidado, entre los diferentes escenarios donde transcurre la vida de una persona con una enfermedad crónica.

Para México, el debate sobre la EPA llega en un momento particularmente pertinente. El fortalecimiento de la atención primaria de salud y el control de las enfermedades crónicas demandan modelos de atención más resolutivos, coordinados y centrados en las personas. Aprovechar las competencias avanzadas de enfermería puede formar parte de esa respuesta.

Sin embargo, su implementación deberá ir acompañada de programas formativos estandarizados, marcos regulatorios claros, delimitación de competencias, indicadores de evaluación y reconocimiento dentro de las estructuras de los servicios de salud [10,11].

La cronicidad exige dejar atrás modelos construidos exclusivamente para atender la enfermedad cuando ésta ya se ha descompensado. La consultoría de enfermería de práctica avanzada ofrece la posibilidad de intervenir antes, acompañar durante y mantener la continuidad después. Más que ampliar un rol profesional, representa la oportunidad de transformar la forma en que cuidamos.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 5 sep 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías, Instituto Nacional de Salud Pública. Estimación de costos directos e indirectos de las principales causas de muerte en México [Internet]. México: INSP; 2022 [citado 9 sep 2026]. Disponible en: https://uisp.insp.mx/wp/index.php/reporte_estimacion_costos_octubre_2022/
3. Reyes-García A, Basto-Abreu A, Reyes-Sánchez F, Stern D, Romero-Martínez M, Campos-Nonato I, Rojas-Martínez R, et al. Prevalencia de diabetes y control glucémico en México, Ensanut 2021-2024. Salud Publica Mex [Internet]. 2025 [citado 11 sep 2026]; 67 (6): 622-632. DOI: https://doi.org/10.21149/17286
4. Campos-Nonato I, Monterrubio-Flores E, Ramírez-Villalobos D, Arias-Mendoza MA, Gómez-Álvarez E, Alcocer-Díaz-Barreiro L, Basto-Abreu A, et al. Hipertensión arterial en adultos y brechas de atención a nivel nacional y estatal, Ensanut 2021-2024. Salud Publica Mex [Internet]. 2025 [citado 11 sep 2026]; 67 (6): 633-643. DOI: https://doi.org/10.21149/17102
5. Consejo Internacional de Enfermeras. Directrices de enfermería de práctica avanzada 2020. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2020 [citado 5 sep 2026]. Disponible en: https://www.icn.ch/es/recursos/publicaciones-e-informes/directrices-de-enfermeria-de-practica-avanzada-2020
6. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán-Peña L, Brousseau L. Enfermería de práctica avanzada: una estrategia para alcanzar la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 6 sep 2026]; 25:e2826. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826
7. Sánchez-Gómez MB, Ramos-Santana S, Gómez-Salgado J, Sánchez-Nicolás F, Moreno-Garriga C, Duarte-Clíments G. Beneficios de la enfermería de práctica avanzada para su expansión en el contexto español. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2019 [citado 6 sep 2026]; 16 (5): 680. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph16050680
8. McMenamin A, Turi E, Schlak A, Poghosyan L. Revisión sistemática de los resultados relacionados con la atención primaria proporcionada por profesionales de enfermería para personas con múltiples enfermedades crónicas. Med Care Res Rev [Internet]. 2023 [citado 7 sep 2026]; 80 (6): 563-581. DOI: https://doi.org/10.1177/10775587231186720
9. Organización Mundial de la Salud. Informe de resultados de la OMS 2024-2025: perfil de país de México [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 7 sep 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/informe-anual-2025-mexico
10. Organización Panamericana de la Salud. La OPS insta a los países a ampliar el rol de la enfermería para fortalecer los sistemas de salud en las Américas [Internet]. Washington (DC): OPS; 2026 [citado 8 sep 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/11-5-2026-ops-insta-paises-ampliar-rol-enfermeria-para-fortalecer-sistemas-salud-americas
11. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud [Internet]. Washington (DC): OPS; 2018 [citado 8 sep 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/ampliacion-rol-enfermeras-enfermeros-atencion-primaria-salud



De la Calidad de la Atención a la Calidad del Cuidado
Una ampliación del paradigma de calidad y seguridad desde la Atención Primaria de Salud

Dr. Rosbel Toledo Ortiz
Director de la Sección Técnica de Atención Primaria de Salud
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Artículo derivado y ampliado de la conferencia "Seguridad del paciente en las enfermedades crónicas: del diagnóstico al cuidado continuo", Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2026, Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

Resumen

La tradición de la calidad en salud ha concentrado buena parte de sus instrumentos en la atención prestada dentro de los servicios: calidad técnica, relación interpersonal, seguridad, oportunidad y experiencia. Este enfoque ha permitido avances decisivos, pero puede resultar episódico cuando la persona atraviesa múltiples escenarios, niveles de atención, transiciones, exposiciones y necesidades a lo largo del curso de vida. Este artículo propone ampliar el objeto de la calidad desde la atención hacia el cuidado. Desde la Atención Primaria de Salud (APS), el cuidado se entiende como la acción organizada de procurar el bien y el bienestar, acompañando, protegiendo, promoviendo, atendiendo y sosteniendo a personas, familias y comunidades. Se plantea un marco de cuatro esferas complementarias —atención, protección, promoción y cuidado— y se argumenta que la seguridad debe evaluarse no sólo en episodios clínicos, sino también en las conexiones entre ellos. Se examinan como puntos críticos el alta, la referencia y contrarreferencia, el seguimiento de resultados, la polifarmacia y deprescripción, la atención ambulatoria, los determinantes y exposiciones, así como la responsabilidad compartida entre profesionales, organizaciones, comunidades y sectores. La tesis central es que un episodio seguro no garantiza una trayectoria segura: la verdadera calidad se demuestra cuando el sistema cuida hoy aquello que importará mañana.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; calidad de la atención; calidad del cuidado; seguridad del paciente; continuidad; curso de vida; sistemas de salud.

Introducción: el límite de una calidad centrada en el episodio

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad y una prioridad de los sistemas de salud. El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 plantea eliminar el daño evitable y promover una atención segura y respetuosa en todos los entornos de atención.[1] Al mismo tiempo, el marco contemporáneo de APS propone un enfoque de toda la sociedad que busca maximizar, con equidad, el nivel y la distribución de la salud y el bienestar, actuando desde la promoción y la prevención hasta el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, tan cerca como sea posible de los entornos cotidianos de las personas.[2,3]

Ambas agendas convergen en una pregunta fundamental: ¿es suficiente garantizar que cada encuentro clínico sea técnicamente correcto y seguro? La respuesta es incompleta si se observa únicamente el episodio. Una persona puede recibir un diagnóstico preciso, un tratamiento apropiado y una hospitalización sin eventos adversos y, sin embargo, experimentar daño después del alta porque nadie confirmó una cita, un resultado quedó pendiente, hubo duplicidad de medicamentos, la familia no comprendió las indicaciones o el primer nivel no recibió información suficiente.

Resulta útil distinguir entre la calidad del episodio y la calidad de la trayectoria. La primera pregunta si el encuentro fue correcto, oportuno, digno y seguro. La segunda pregunta si la persona pudo transitar de

manera continua, comprensible y segura por el sistema y por su vida cotidiana. Esta segunda mirada desplaza el foco desde el acto aislado hacia las conexiones, responsabilidades y resultados acumulados en el tiempo.

De atender bien a cuidar bien

La atención responde, de manera predominante, a una necesidad concreta: diagnosticar, tratar, rehabilitar, controlar una enfermedad o aliviar el sufrimiento. El cuidado es más amplio. Implica acompañar, sostener, anticipar riesgos, preservar la funcionalidad y la autonomía, promover capacidades, proteger frente a amenazas y asegurar continuidad. En términos prácticos, cuidar significa procurar el bien y el bienestar de las personas, no sólo durante el contacto con los servicios, sino antes, entre y después de esos contactos.
Esta ampliación no pretende sustituir el concepto de calidad de la atención. Pretende contenerlo dentro de una unidad de análisis mayor. La atención sigue siendo una función central del sistema, pero el cuidado obliga a preguntarse qué ocurre cuando la persona sale del consultorio, cambia de institución, pierde una afiliación, envejece, depende de una persona cuidadora o regresa al mismo entorno que contribuyó a enfermarla.

Las cuatro esferas del cuidado

El marco de las Esferas de la Atención Primaria de Salud no surge de manera aislada en esta propuesta sobre calidad del cuidado, sino que forma parte de una línea conceptual desarrollada progresivamente. En trabajos previos se ha diferenciado la APS de la atención primaria y del primer nivel de atención; posteriormente se formularon y divulgaron las esferas de acción de la APS y se aplicaron al análisis del papel de enfermería; más adelante se exploraron los traslapes operativos entre componentes y se defendió la inclusión del diagnóstico dentro de la integralidad y del proceso continuo de atención.[8-14] En ese desarrollo, las esferas permiten ordenar finalidades distintas pero complementarias: Atención, Protección, Promoción y Cuidado.

La Atención responde ante enfermedad, dolor, deterioro o sufrimiento mediante diagnóstico, tratamiento, control, rehabilitación y paliación. La Protección preserva la salud frente a amenazas, exposiciones y riesgos individuales y colectivos. La Promoción fortalece capacidades y condiciones para producir salud, mediante autocuidado, alfabetización en salud, participación comunitaria, estilos de vida y entornos saludables. El Cuidado acompaña, integra y sostiene las otras esferas a lo largo del tiempo. Esta formulación ya fue expresada de manera explícita en la entrevista 'Las Esferas de la Atención Primaria de Salud' y en el artículo 'La Enfermería en la Atención Primaria de Salud', donde se describen las esferas de acción y la contribución de enfermería a ellas.[8,11,12] La presentación que da origen a este artículo profundiza esa arquitectura mediante anillos concéntricos: atención en el núcleo, seguida por protección y promoción, mientras el cuidado constituye la esfera integradora. Así, es posible atender cuidando, proteger cuidando y promover cuidando.

La evolución conceptual también ha ampliado el significado de care en Primary Health Care. En una publicación posterior se propuso recuperar la connotación de 'cuidar' como verbo que acciona la APS y que expresa interés, responsabilidad y acción colectiva, no únicamente prestación asistencial.[14] Esta lectura permite comprender por qué el cuidado puede funcionar como esfera mayor: no reemplaza a la atención, la protección o la promoción, sino que les aporta continuidad, sentido, responsabilidad y orientación hacia el bienestar.

La APS como arquitectura del cuidado

La APS ofrece una arquitectura particularmente adecuada para este cambio de paradigma. La OMS y UNICEF la estructuran mediante tres componentes interdependientes: servicios de salud integrados con énfasis en la atención primaria y las funciones esenciales de salud pública; personas y comunidades empoderadas; y políticas y acciones multisectoriales.[2,3] Su marco de medición incorpora calidad, equidad y resiliencia como dimensiones transversales del desempeño.[4] En el desarrollo previo de esta línea de trabajo, el Sistema de Gestión de Calidad Basado en APS propuso precisamente integrar la lógica de calidad con la arquitectura de la APS, mientras el análisis de los 'traslapes' operativos mostró que sus componentes y esferas no actúan como compartimentos estancos, sino mediante zonas de interacción que deben gestionarse.[9,13]

Esta concepción impide reducir la APS al primer nivel de atención. El primer nivel es un escenario; la atención primaria es un proceso que debe ser accesible como primer contacto, integral, coordinado, continuo y centrado en la persona. La APS articula ese proceso con las redes de servicios, la salud pública, la acción

comunitaria y la multisectorialidad. La calidad del cuidado debe observar cómo funcionan las relaciones entre esos componentes.

Una buena atención clínica que devuelve a una persona al mismo ambiente que favoreció su enfermedad constituye una respuesta incompleta. Vivienda, trabajo, aire, agua, alimentación, movilidad, seguridad, vínculos sociales y condiciones económicas forman parte de la trayectoria de salud. Cuidar requiere reconocer esas exposiciones y activar capacidades comunitarias e intersectoriales cuando sean modificables.

Un episodio seguro no equivale a una trayectoria segura

La seguridad suele hacerse más visible en el hospital porque los riesgos son intensos y concentrados: identificación, medicamentos, infecciones, procedimientos, caídas, deterioro clínico, comunicación y eventos adversos. En la atención ambulatoria, en cambio, los riesgos son repetidos, acumulativos y longitudinales: diagnósticos tardíos, resultados no revisados, polifarmacia, pérdida de seguimiento, referencias inconclusas, barreras de acceso y exposición persistente a determinantes adversos.

El Plan de Acción Mundial de Seguridad del Paciente reconoce que la seguridad debe integrarse en todos los ámbitos y niveles del sistema.[1] La literatura sobre su implementación en atención primaria subraya la necesidad de adaptar las acciones de seguridad a los riesgos del entorno ambulatorio y a la continuidad.[5]

El punto crítico son las conexiones. Una trayectoria puede romperse entre consulta y laboratorio; hospital y domicilio; farmacia y persona; especialidad y primer nivel; o sistema sanitario y recursos comunitarios. Cada interfaz es un momento de verdad: allí se transfiere información, pero también debe transferirse responsabilidad. Cuando nadie sabe quién debe confirmar el resultado, revisar la respuesta al tratamiento o recontactar a la persona, el riesgo queda incorporado al sistema.

Cerrar ciclos: una regla operativa de la calidad del cuidado

Una de las expresiones más concretas del cuidado es cerrar ciclos. Solicitar un estudio no completa un proceso. El ciclo termina cuando el estudio se realiza, el resultado está disponible, alguien lo interpreta, se comunica de manera comprensible, se toma una decisión y se reevalúa el efecto de esa decisión. Lo mismo aplica a una referencia, un tamizaje, un hallazgo incidental, un cambio de tratamiento o una intervención educativa.

Este principio convierte una noción aparentemente abstracta —cuidado— en una propiedad verificable del sistema. Puede preguntarse: ¿qué proporción de resultados críticos fue revisada dentro del plazo definido?, ¿qué porcentaje de referencias tuvo confirmación de llegada y contrarreferencia?, ¿cuántas personas egresadas tuvieron conciliación de medicamentos y seguimiento oportuno?, ¿qué problemas inciertos cuentan con fecha y responsable de reevaluación? Cerrar ciclos no es un trámite administrativo; es una forma de cuidar.

El alta: de final administrativo a transición clínica

El alta hospitalaria ilustra con claridad el cambio de paradigma. En una lógica episódica, concluye la hospitalización. En una lógica de cuidado, inaugura una transición de alto riesgo. La persona pasa de un ambiente con vigilancia profesional continua a un domicilio donde el tratamiento depende de su comprensión, capacidad funcional, apoyo familiar, recursos, acceso a medicamentos y posibilidad de reconocer signos de alarma.

Un alta segura debería incluir conciliación de medicamentos; diagnósticos y problemas activos; resultados pendientes y responsable de revisarlos; signos de alarma; indicaciones comprensibles; citas y referencias confirmadas; valoración de la capacidad domiciliaria y de la persona cuidadora; y transferencia efectiva de información al equipo que asumirá la continuidad. El alta no termina un episodio: conecta dos escenarios de cuidado.

Diagnóstico, tratamiento y deprescripción: calidad técnica con horizonte longitudinal

La calidad técnica continúa siendo irrenunciable. Hacer lo correcto, correctamente, exige diagnóstico oportuno, tratamiento pertinente, medicamentos adecuados, estudios justificados e interpretados, seguimiento y reevaluación. Esta inclusión explícita del diagnóstico dentro de la APS es consistente con un desarrollo previo que defendió su lugar inseparable en la integralidad y en el proceso continuo de atención,

evitando reducir la APS a promoción y prevención.[13] Sin embargo, el horizonte longitudinal añade una pregunta: ¿qué ya no debería continuar? En personas con multimorbilidad y polifarmacia, revisar periódicamente la indicación, el balance beneficio-riesgo, las interacciones y la posibilidad de deprescripción es también una intervención de seguridad.

La omisión puede ser tan dañina como la acción incorrecta. No revisar un resultado, no suspender un fármaco que perdió indicación, no confirmar una referencia o no explicar una señal de alarma son descuidos con capacidad de producir daño. La calidad del cuidado hace visibles estas fallas porque no se limita a verificar si se realizó una actividad, sino si el proceso completo generó el resultado esperado para la persona.

Calidad interpersonal: dignidad, confianza y compasión activa

La calidad no puede reducirse a exactitud diagnóstica o adherencia a protocolos. La escucha, el respeto, la comunicación comprensible, la autonomía, las decisiones compartidas y la confianza son componentes del cuidado. Una persona que comprende su situación y confía en su equipo tiene mejores condiciones para participar en las decisiones, reconocer riesgos y sostener el tratamiento en la vida cotidiana.

En este marco, la compasión puede entenderse operativamente como reconocer el sufrimiento, identificar que existe una acción posible para reducirlo y actuar. No es lástima ni contemplación pasiva. Vincula la dimensión interpersonal con la calidad técnica: una curación impecable, una explicación cuidadosa, una gestión oportuna o una llamada de seguimiento pueden ser simultáneamente actos técnicos y actos de cuidado.

El descuido como falla del sistema

Hablar de cuidado hace visible su contrario: el descuido. El descuido no debe utilizarse como etiqueta moral contra una persona. Es más útil entenderlo como una condición del sistema en la que existe una necesidad reconocible y capacidad potencial de respuesta, pero la respuesta no llega, llega tarde o se fragmenta. Puede manifestarse como omisión, demora, discontinuidad, desprotección, inequidad, sobremedicalización o pérdida de seguimiento.

Esta mirada desplaza la pregunta "¿quién se equivocó?" hacia "¿qué condiciones permitieron el daño?". La información incompleta, la responsabilidad difusa, los retrasos, la fragmentación y las oportunidades perdidas suelen acumularse. El evento adverso visible puede ser apenas la última expresión de una historia de pequeñas fallas. Analizar retrospectivamente la trayectoria completa es esencial para aprender y rediseñar el sistema.

Cuidado organizado: de las partes al conjunto

Un sistema orientado al cuidado no depende del heroísmo individual. Organiza procesos para que la continuidad sea la forma normal de trabajar. Esto exige personas que se comunican, equipos que coordinan, sistemas de información que conectan, comunidades que sostienen y mecanismos de aprendizaje que convierten los resultados en mejora.

La colaboración interprofesional es decisiva. La responsabilidad sobre la trayectoria no pertenece exclusivamente a medicina, enfermería, trabajo social, farmacia, laboratorio o gestión. Cada profesión tiene funciones específicas, pero la calidad aparece en las interfaces. La pregunta madura deja de ser "¿esto me toca?" y se convierte en "¿qué puedo hacer para que la transición hacia la siguiente persona, equipo o servicio sea segura?".

¿Puede enfermar un sistema?

Como recurso analítico, puede pensarse que un sistema también desarrolla "enfermedades crónicas": ceguera cuando no reconoce necesidades o inequidades; amnesia cuando no conserva la historia de las personas; trastorno de conducción cuando la información no viaja; disfunción circulatoria cuando recursos y decisiones llegan tarde; inflamación organizacional cuando predominan respuestas reactivas; pérdida de sensibilidad cuando se normalizan retrasos o trato indigno; e insuficiencia de coordinación cuando las partes funcionan pero el conjunto no.

La metáfora no pretende medicalizar la gestión. Busca hacer visible que los resultados clínicos emergen de capacidades organizacionales. El sistema somos también quienes lo diseñamos, dirigimos y ejecutamos. Mejorar la calidad del cuidado exige responsabilidad distribuida, cultura de aprendizaje y capacidad para intervenir sobre las condiciones que producen fallas repetidas.

De medir la atención a gestionar el cuidado

El cambio conceptual debe traducirse en medición. Los marcos internacionales de APS recomiendan seleccionar indicadores contextualizados para monitorear desempeño, calidad, equidad y resiliencia.[4] La

propuesta es complementar los indicadores tradicionales de actividad y calidad del episodio con indicadores de trayectoria.

Entre ellos pueden incluirse: continuidad con el mismo equipo; tiempo entre alta y seguimiento; porcentaje de altas con conciliación de medicamentos; referencias con confirmación de recepción y contrarreferencia; resultados pendientes cerrados dentro del plazo; reingresos potencialmente evitables; duplicidad de estudios; revisión periódica de polifarmacia; comprensión del plan por la persona y su familia; experiencia de navegación; pérdida de seguimiento; capacidad de autocuidado; exposición a riesgos modificables; inequidades en acceso efectivo y resultados; y desenlaces relevantes para funcionalidad, autonomía, calidad de vida y bienestar.

Medir no es suficiente. El propósito es aprender e intervenir. Un sistema de gestión de la calidad orientado a APS debe convertir datos en decisiones: identificar brechas, analizar causas, priorizar problemas, implementar cambios, verificar resultados y volver a aprender. La unidad de mejora deja de ser sólo el consultorio o el hospital y se amplía a la trayectoria.

Implicaciones para la salud pública

La calidad del cuidado aproxima dos campos que con frecuencia se administran por separado: la calidad de los servicios y la salud pública. La primera suele mirar el desempeño asistencial; la segunda, los riesgos, determinantes y resultados poblacionales. La APS permite integrarlas. Una vacunación segura, una detección oportuna, una referencia completa, un entorno alimentario saludable, una acción municipal sobre agua o saneamiento y una comunidad capaz de participar en decisiones son expresiones distintas de un mismo propósito: mantener e incrementar, tanto como sea posible, el nivel de salud y la calidad de vida.

Esta integración tiene una consecuencia práctica para el liderazgo sanitario local. El personal de salud no tiene que ejecutar por sí mismo todas las intervenciones sobre los determinantes, pero sí puede identificar riesgos, documentarlos, convocar a la comunidad, activar comités de salud y articular con autoridades municipales y otros sectores. La multisectorialidad deja de ser un concepto de política nacional y se convierte en una competencia territorial.

Una agenda para avanzar hacia la calidad del cuidado
El tránsito de la calidad de la atención a la calidad del cuidado requiere conservar lo que ya funciona y ampliar el campo de visión. En términos operativos, supone: diseñar la atención alrededor de trayectorias y no sólo de episodios; asignar responsables explícitos de continuidad; estandarizar transiciones de alto riesgo; cerrar ciclos de resultados y referencias; fortalecer la atención primaria como coordinadora longitudinal; integrar a personas, familias y cuidadores en la toma de decisiones; incorporar riesgos sociales y ambientales en la evaluación; activar respuestas comunitarias y multisectoriales; medir resultados relevantes para la vida; y utilizar los datos para aprendizaje continuo, no sólo para cumplimiento.

El cambio también es cultural. Requiere pasar de una organización centrada en el profesional y el acto médico hacia una organización centrada en personas, familias y comunidades; de procesos aislados a conexiones; de "cumplir la actividad" a comprobar el resultado; de transferir documentos a transferir responsabilidad; y de preguntar únicamente "¿qué hicimos?" a preguntar "¿qué ocurrió después y cómo le fue a la persona?".

Conclusiones

La calidad de la atención sigue siendo necesaria. Su contribución a la seguridad, la efectividad y la experiencia de las personas es incuestionable. Sin embargo, las necesidades contemporáneas —enfermedades crónicas, multimorbilidad, envejecimiento, fragmentación institucional, transiciones frecuentes y determinantes sociales complejos— obligan a ampliar la unidad de análisis.

La calidad del cuidado propone observar a la misma persona con una visión más amplia. Significa cuidar el diagnóstico y también la incertidumbre; el tratamiento y también la deprescripción; el alta y también lo que sucede en casa; la referencia y también el regreso; el episodio y también la trayectoria; la enfermedad y también los entornos que producen o protegen salud.

Desde la APS, esta ampliación conecta calidad, seguridad, salud pública, participación comunitaria y acción multisectorial. El resultado esperado no es simplemente una atención sin daño, sino vidas más saludables, funcionales, dignas y con mayor bienestar. Por ello, el siguiente paso no es abandonar la calidad de la atención, sino hacerla parte de un paradigma mayor: la calidad del cuidado. La verdadera calidad se demuestra cuando cuidamos hoy lo que importará mañana.

Referencias

1. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO; 2021.
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: WHO; 2020.
3. World Health Organization, United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2018.
4. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: WHO; 2022.
5. Astier-Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno-Ortiz JM, Fernández-García M. El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. Aten Primaria. 2021;53(Suppl 1):102224. doi:10.1016/j.aprim.2021.102224.
6. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.
7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-1748. doi:10.1001/jama.260.12.1743.
8. Toledo-Ortiz R. A propósito del Día Mundial de la Atención Primaria de Salud. LaSalud.mx. 15 abr 2025.
9. Toledo-Ortiz R, Cortés Sanabria L, Sánchez Pérez OA, Cano Collado LA. Sistema de Gestión de Calidad Basado en Atención Primaria de Salud: Propuesta Teórico-Conceptual. Revista de Salud Pública. 2025:65-68.
10. Toledo-Ortiz R. Atención primaria de salud, atención primaria y primer nivel de atención. Diferencias conceptuales por fin. Boletín Informativo SMSP. Jun 2025:43.
11. Sociedad Mexicana de Salud Pública. Toledo-Ortiz R. Las Esferas de la Atención Primaria de Salud. A tu Salud Pública Radio. 23 jul 2025.
12. Moya-Sánchez S, Peña-Eslava M, Cerqueda-Álvarez C, Toriz-Galicia TJ, Sánchez-Merino B, Cano-Collado LA, Toledo-Ortiz R. La Enfermería en la Atención Primaria de Salud. Revista de Salud Pública. 2025:69-74.
13. Toledo Ortiz R. Componentes de la Atención Primaria de Salud y sus 'Traslapes' operativos. Boletín Electrónico SMSP. Dic 2025:74-79. Toledo-Ortiz R, Plácido García CO, Bazán Cuervo S, de Santiago O, González González R, Cano Collado LA. La Importancia del 'Diagnóstico' en la Integralidad y el Proceso Continuo de Atención de la Atención Primaria de Salud: Una Aclaración Fundamental. Boletín Electrónico SMSP. Feb 2026:34-36.
14. Toledo Ortiz R. Primary Health Care: Ante todo y entre todas y todos Primero la Salud Cuidar. Una traducción que acciona la 'Atención Primaria de Salud'. Boletín Electrónico SMSP. Abr 2026:44-47.

Brian Abel-Smith, 1926-1996. Centenario de uno de los más influyentes economistas en política social y de salud del siglo XX

Jorge A. Ramírez Hernández
Director de la Sección Técnica de Humanidades y Artes en Salud
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.
Profesor de Historia de la Psiquiatría, Hospital José Sáyago, UAEM

PINCELADAS
DE SALUD PÚBLICA



La vida profesional de Brian Abel-Smith se desarrolló durante la posguerra; un período de intensa revisión de la política social en el combate a la pobreza, y la salud pública en la Gran Bretaña. En 1948 inició el Sistema Nacional de Salud que enfrentaría revisiones y críticas permanentes sobre su prestación y financiamiento.

En medio de esta acuciante reconstrucción social, se yergue la figura académica de Abel-Smith

Miembro de una familia de la alta burguesía, se doctoró en Clare College, en la Universidad de Cambridge y adoptó una perspectiva socialista. Se describió como parte de "una familia con 600 directores de empresas y un economista socialista". En otra ocasión, me comentó que uno de sus parientes había sido dueño del primer banco situado fuera de Londres. Existía, incluso, un parentesco entre su familia con la casa real.

Su carrera la desarrolló en su mayor parte, desde 1955 hasta 1991, en la Escuela de Economía y Ciencia Politica de Londres (LSE, siglas en inglés). A partir de 1965 fue nombrado profesor de Administración Social con un reconocimiento: le asignaron el escritorio que había pertenecido a Sydney Webb, el fundador de la Escuela, quien, con su enfoque de socialismo pacífico, fabiano, había influido en personajes como Gandhi.

Su vasta obra abarcó tres campos: la administración social, la salud y la historia. En cada uno dejó trabajos clásicos.

En el primero se destaca The poor and the poorest, escrita con Peter Townsend. Demostró que la pobreza era aún muy importante, entre 1954 y 1960, en el Reino Unido; acuñaron el concepto de pobreza relativa.

En la política de salud fue parte de la Comisión Gillbaud en 1956, que defendió la eficiencia del Sistema de Salud, recomendando, incluso, el incremento de su presupuesto. En 1977, propuso integrar una Comisión para analizar las desigualdades en salud. Redactó los términos de referencia y recomendó a Townsend como miembro. Participó activamente, si bien fue asignada a Douglas Black. "El Informe Black", se connsituyó en un referente que mostraba la importancia central de las condiciones de vivienda,trabajo, ingreso y desempleo en las desigualdades entre la clase social alta y la más baja.

En sus dos obras históricas, A history of the nursing profession, cambió la visión de esa especialidad, dándole carácter pleno de profesión que no lo tenía.
En Hospitals 1800-1948 in England and Wales creó una metodología social de la salud, que se desarrollaría años después como un movimiento alrededor de la Social History of Medicine Society, de la cual fue su primer presidente en 1988.

Es importante hacer notar su participación en la Fabian Society, una importante organización socialista ligada al Partido Laborista. Con todo lo anterior, y con importantes contribuciones en el financiamiento de los servicios de salud, participó desde finales de 1960 en organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organjzacion Internacional del Trabajo, el Banco Mundial y otras.

A través de sus alumnos, provenientes de todo el mundo, que alcanzaban altas posiciones en sus gobiernos, algunos incluso un Premio Nobel de la Paz, pudo influir con sus ideas y metodologías en decenas de países en desarrollo.

No resistí la tentación de evocar algunos recuerdos personales de mi querido profesir.

Lo conocí en la Universidad de York, en una presentación académica que efectuó cuando recién había visitado México un mes antes, por primera vez en su vida. Yo había hecho el arreglo para regresar con él, y poder conversar dos horas en el tren de regreso a Londres. Así fue. Dos días después, recibí una nota manuscrita donde me ofrecía su apoyo si lo requería para ingresar a la LSE. Meses desñues, fui aceptado al MPhil. de su curso que se impartía entre la Escuela de Higiene y Medicina Tropical y la LSE. Luego, sería mi asesor de doctorado. Vivíamos cerca en el barrio de Pimlico; alguna vez, cuando salía a pasear con su perro, dejaba información en mi correo, de algún curso que pudiera interesarne. En otra ocasión, en una conferencia que impartía con el auditorio de la Escuela de Higiene lleno, citó a México como país con importantes avances. Me hizo un guiño menor a un segundo y siguió su presentación.

Su muerte fue intempestiva, me sorprendió. Realmente dejó un lugar en nuestro aprecio y en la academia mundial, que no se ha podido llenar. Este 11 de noviembre se cumplirá un siglo de su nacimiento. Lo recordamos.

Bibliografía

The Passionate Economist: How Brian Abel-.Smith Shaped Global Health and Social Welfare.
Sally Sheard. LSE Health.



La práctica médica y su dimensión legal-fiscal: contratos, innovación y obligaciones en el sector salud

C.P.C. Roberto Almaraz González
ACEI Auditores y Contadores Públicos, S.C.

Introducción

La práctica médica en la actualidad no se limita a la atención clínica: es también un entramado de relaciones contractuales, obligaciones fiscales y protección de la innovación. El sector salud —hospitales, aseguradoras, clínicas, médicos independientes e investigadores— opera bajo un marco regulatorio que exige precisión jurídica y disciplina administrativa en la cual se debe navegar. Ignorar estas dimensiones puede traducirse en riesgos patrimoniales, sanciones fiscales o pérdida de derechos sobre innovaciones médicas, donde cada cláusula, factura y procedimiento puede tener implicaciones legales y económicas.

Contratos con médicos, hospitales y aseguradoras: revisión y blindaje legal

Los contratos entre médicos, hospitales y aseguradoras requieren una revisión minuciosa que garantice seguridad jurídica y cumplimiento fiscal. Blindar legalmente estas relaciones protege tanto la práctica profesional como la estabilidad financiera del sector salud, es importante agregar cláusulas que dejen claros los siguientes puntos:

- **Hospitales y aseguradoras (Cláusulas de prestación de servicios):** Los convenios de prestación de servicios deben detallar con precisión y claridad los alcances médicos, tiempos de respuesta, tarifas y responsabilidades.
- **Cláusulas fiscales:** Es común que hospitales retengan ISR (Impuesto Sobre la Renta) e IVA (Impuesto al Valor Agregado) sobre honorarios médicos; estas cláusulas deben revisarse para evitar doble tributación o errores en la facturación, así como la correcta emisión del CFDI (Comprobante Fiscal Digital por Internet).
- **Protección de datos personales:** La Ley Federal de Protección de Datos Personales obliga a garantizar la confidencialidad de expedientes clínicos y resultados, al tenerse en posesión de particulares.
- **Resolución de controversias:** Incluir cláusulas de arbitraje o mediación evita litigios prolongados y protege la continuidad de la práctica médica.

Obligaciones fiscales en el sector salud

Las obligaciones fiscales en el sector salud abarcan desde la correcta emisión de comprobantes hasta el cumplimiento de retenciones y declaraciones ante el SAT (Servicio de Administración Tributaria). Su observancia garantiza transparencia financiera y fortalece la confianza en la práctica médica. Por ello, se deben considerar los siguientes puntos:

- **Honorarios médicos:** Sujetos a retención de ISR cuando se pagan a través de hospitales o aseguradoras.
- **IVA diferenciado**: Servicios médicos o consultas generales están exentos, pero procedimientos estéticos o de bienestar sí generan IVA.
- **Facturación electrónica (CFDI):** Obligatoria para todo pago, con conceptos específicos como "Honorarios médicos", "Interconsulta" o "Cirugía".
- **Declaraciones periódicas:** Cumplimiento mensual y anual ante el SAT (Servicio de Administración Tributaria), con especial cuidado en deducciones autorizadas (equipo médico, investigación, colegiaturas).
- **Riesgos fiscales:** La simulación de operaciones o la evasión puede derivar en sanciones administrativas y penales.

Innovación médica y creación: fórmulas, tratamientos y procedimientos

La innovación médica impulsa la creación de fórmulas, tratamientos y procedimientos que transforman la práctica clínica. Su desarrollo exige protección legal y cumplimiento normativo para garantizar seguridad, ética y reconocimiento profesional. Por ello se debe registrar las aportaciones, investigaciones, colaboraciones, descubrimientos, entre otros:

- **Propiedad intelectual:** Nuevas fórmulas, dispositivos o procedimientos pueden registrarse como patentes, modelos de utilidad o derechos de autor sobre protocolos.
- **Regulación sanitaria:** La COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios) supervisa la autorización de medicamentos, tratamientos y procedimientos innovadores.
- **Responsabilidad profesional:** Documentar protocolos y resultados protege contra riesgos legales de todo tipo, entre las más comunes, las demandas por mala praxis y fortalece la credibilidad científica.
- **Transferencia tecnológica:** Universidades y centros de investigación pueden firmar convenios de colaboración con médicos para impulsar innovación con respaldo legal.

Cobro de regalías y tratamiento fiscal

El cobro de regalías en el sector salud representa un ingreso derivado de la innovación médica, como patentes o licencias de procedimientos. Su tratamiento fiscal exige claridad en contratos y cumplimiento tributario para garantizar legalidad y transparencia, teniendo presente:

- **Licenciamiento de patentes:** Médicos e investigadores pueden cobrar regalías por el uso de sus innovaciones en hospitales o farmacéuticas.
- **Fiscalización de regalías:** Consideradas ingresos acumulables, sujetas a ISR y, en algunos casos, IVA.
- **Contratos de cesión o licencia:** Deben especificar porcentajes, plazos, territorios y obligaciones fiscales de las partes.
- **Separación de ingresos:** Es recomendable distinguir entre ingresos por práctica médica y por innovación para una correcta declaración fiscal.
- **Transparencia financiera:** La claridad en el cobro de regalías fortalece la reputación profesional y evita sanciones.

Marco normativo aplicable

El marco normativo aplicable al sector salud integra leyes, reglamentos y disposiciones fiscales que regulan la práctica médica y administrativa. Su conocimiento asegura cumplimiento, protección legal y confianza en la prestación de servicios. Dependiendo de cada en caso en particular son los artículos que fundamentan y dan soporte, por lo que es importante conocer cada caso en particular y la normatividad que le aplica:

- **Ley General de Salud:** Regula la prestación de servicios médicos y la autorización de procedimientos.
- **Código Fiscal de la Federación:** Establece obligaciones tributarias y sanciones por incumplimiento.
- **Ley Federal de Protección de Datos Personales:** Garantiza la confidencialidad de expedientes clínicos.
- **Ley de Propiedad Industrial:** Protege innovaciones médicas como patentes y modelos de utilidad.
- **Reglamentos de COFEPRIS:** Supervisan la autorización de medicamentos, dispositivos y tratamientos.

Conclusión

La medicina del siglo XXI exige tanto rigor clínico como disciplina legal y fiscal. Revisar contratos, cumplir con obligaciones tributarias y proteger la innovación son actos de responsabilidad profesional que fortalecen la credibilidad del sector salud. El médico que cuida la salud de sus pacientes también debe cuidar la salud financiera y legal de su práctica.

C.P.C. Roberto Almaraz González
ACEI Auditores y Contadores Públicos, S.C.
Av. Montevideo No. 303, Despacho 404
Col. Lindavista Sur
Alc. Gustavo A. Madero, C.P. 07300
WhatsApp: 56 3614 0618
contacto@acei.com.mx

Difusión

Eventos, Congresos y Espacios Digitales

80 Reunión Anual de Salud Pública



Reconocimiento al Compromiso Humano y Profesional en Salud Pública “Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus”



80 Reunión Anual de Salud Pública



Curso en Línea Gratuito
Bases de la Reducción de Daños y Riesgos



80 Reunión Anual de Salud Pública



80 Reunión Anual de Salud Pública



80 Reunión Anual de Salud Pública



Felicitación



Felicitación













Foro salud Visual en México



Conversatorio Derecho a la Salud Integral y el Ciclo Menstrual: Educación, Justicia y Gestión Menstrual Digna



Conversando de mi Epilepsia



Conversando de mi Epilepsia con la
Dra. Ana Luisa Velasco y su equipo multidisciplinario

Únase a la reunión de Zoom
https://cuaieed-unam.zoom.us/j/88614132803

ID de reunión: 886 1413 2803



SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PÚBLICA

SALUS • VERITAS • LABOR