



SOCIEDAD MEXICANA  
DE SALUD PÚBLICA

SALUS • VERITAS • LABOR



# BOLETÍN ELECTRÓNICO

## ABRIL 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 Manases 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 Elíer 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 Montaña 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

Más de 80 años incidiendo en la Salud Pública de México:  
Diálogo desde el Senado  
**Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.**

11

Sesión Conjunta Extraordinaria Salud Pública y Corresponsabilidad Institucional: Sinergias Estratégicas para las Decisiones en Salud  
**Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.**

16

Foro Legislativo "Políticas Públicas para el Presente y Futuro de México para un Envejecimiento Saludable"  
**Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.**

19

La Sociedad Mexicana de Salud Pública participó en la ceremonia "Salud en el Mundial Social: Rumbo a la Semana Nacional de Salud Pública 2026"  
**Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.**

21

Mesa para el fortalecimiento de la gobernanza en salud ambiental de la infancia  
**Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.**

24

Felicitación a la Dra. Ma. Eugenia Jiménez Corona  
**Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.**

25

Participación clave de la Sociedad Mexicana de Salud Pública en la Mesa de Trabajo para la Estrategia Nacional de Ambientes Académicos Saludables  
**Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.**

26

Experiencias y aprendizajes para un sistema de salud resiliente en México  
**Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.**

29

Reunión final de validación de la Estrategia Nacional de Ambientes Académicos Saludables (ENAAS)  
**Dr. Rosbel Toledo Ortiz**

30

Consulta Regional con Organizaciones de la Sociedad Civil y Comunidades hacia la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el VIH 2026 (HLM 2026)  
**Dr. José Manasés Aguilar Villaseñor**

## Divulgación Científica

### Artículos de Socios, Secciones y Filiales

33

#### VOCES QUE TRASCIENDEN

La Sociedad Mexicana de Salud Pública: lugar de encuentro, diálogo y fraternidad salubrista

**Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus**

36

SMSP se suma a la Semana Nacional de Salud Pública 2026

**Dra. Adriana Stanford Camargo**

37

#### DIARIO DE ENFERMERÍA

Intervenciones de enfermería en náhuatl: una experiencia en comunidades indígenas

**Mtro. Manuel de Jesús Chávez Chan, E.E.S.P. César Cerqueda Álvarez, Mtro. Alfredo Orozco Alonso, Dr. Francisco Javier Báez Hernández**

42

Participación del Laboratorio de Salud Pública en la prevención y control de enfermedades transmitidas por vector en México

**Dr. Juan Francisco Román Pedroza**

44

Primary Health Care: Ante todo y entre todas y todos Primero la Salud Cuidar. Una traducción que acciona la "Atención Primaria de Salud"

**Dr. Rosbel Toledo Ortiz**

48

Síndrome metabólico (SM) y su transición epidemiológica en México

**MSP Juan Carlos Navarro-Guerrero, Dr. Andreu Coma-García**

55

#### MICROBIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA EN ACCIÓN

Enterococcus faecium: "el primer miembro" silencioso de la resistencia antimicrobiana del grupo ESKAPE

**Dr. en C. Juan Manuel Bello López, Dra. Claudia Camelia Calzada Mendoza, Ing. Adriana Lisbeth López Ávila, Dr. Luis Gustavo Zárate Sánchez**

58

Precisión clínica y fiscal: evitar discrepancias en ISR e IVA para prevenir revisiones del SAT

**C.P.C. Roberto Almaraz González**

Difusión

### Eventos, Congresos y Espacios Digitales

A stylized, teal-colored illustration of a woman in profile, facing right. She has long, wavy hair and is wearing a garment with vertical stripes. In her left hand, she holds a mortar and pestle. The background is a solid teal color with faint, larger-scale versions of the woman's profile and the mortar and pestle.

# Las Actividades de la Sociedad Mexicana de Salud Pública

**Notas informativas**

## Más de 80 años incidiendo en la Salud Pública de México: Diálogo desde el Senado

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



El 15 de abril de 2026, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSP) vivió un momento de especial relevancia institucional con la realización del conversatorio “Más de 80 años incidiendo en la Salud Pública de México: Diálogo desde el Senado”, celebrado en el Senado de la República. Este encuentro representó un espacio de reflexión, diálogo intersectorial y proyección del papel que la salud pública debe seguir desempeñando en la construcción de políticas públicas orientadas al bienestar de la población. La difusión pública del evento y la cobertura generada por el Senado reforzaron su carácter como un ejercicio de articulación entre trayectoria institucional, evidencia científica y toma de decisiones en salud.

Coordinado por la Comisión de Salud del Senado de la República y la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C., el conversatorio tuvo como propósito abrir un espacio de diálogo estratégico que, a partir de la trayectoria de más de 80 años de la SMSP, permitiría vincular evidencia científica, experiencia técnica y perspectivas institucionales para fortalecer la toma de decisiones, la construcción de políticas públicas y la agenda legislativa en materia de salud pública en México. En ese marco, este foro adquirió un significado particularmente relevante para la Sociedad, al llevar su voz y su capacidad de incidencia al recinto legislativo en una jornada de alto nivel.

Conmemorar más de ocho décadas de vida institucional de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. implica reconocer un legado que ha acompañado el desarrollo del Estado mexicano moderno. Desde las grandes campañas de erradicación de enfermedades en el siglo XX hasta los desafíos contemporáneos de la salud digital, la vigilancia epidemiológica y la genómica en salud pública, la SMSP ha sido un referente técnico en la orientación de decisiones clave a favor del bienestar colectivo.

### **El Marco de la Intersectorialidad: Una Necesidad Imperativa**

Para comprender la relevancia de este encuentro, es necesario remitirnos a los fundamentos de la práctica salubrista moderna. La salud no es un fenómeno aislado que ocurre únicamente dentro de los servicios de atención; es el resultado de una compleja red de determinantes sociales, económicos, ambientales y políticos. En este sentido, la intersectorialidad se confirma como un eje rector de toda política pública que aspire a ser efectiva, sostenible y equitativa.

Como señaló Rudolf Virchow, considerado uno de los padres de la medicina social, “La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina a gran escala”. Esta premisa permeó el espíritu del diálogo en el Senado. Virchow advertía que, si la medicina ha de cumplir plenamente su cometido, debe involucrarse en la vida política y social, pues muchas de las causas de enfermedad se originan en las condiciones de vida, el trabajo y la organización misma del Estado.

El conversatorio encarnó con claridad esta visión. La salud fue planteada no como un gasto, sino como una inversión estratégica en capital humano, desarrollo social y estabilidad institucional. La intersectorialidad, entendida como la acción coordinada entre gobierno, academia, sector privado, poder legislativo y comunidad salubrista, se presentó como una vía indispensable para avanzar hacia la equidad, la cobertura efectiva y una mejor capacidad de respuesta ante los desafíos sanitarios del país.

La jornada inició con los mensajes de inauguración, en los que participaron el Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez, Presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.; el Dr. Daniel Aceves Villagrán, Di-

rector General de Políticas en Salud Pública; la Senadora Maki Esther Ortiz Domínguez, integrante de la Comisión de Salud del Senado de la República; y el Senador José Manuel Cruz Castellanos, Presidente de la Comisión de Salud del Senado de la República. En este acto también se contó con la presencia del Dr. José Moya Medina, Representante de la Organización Panamericana de la Salud en México, cuya asistencia dio mayor realce a la dimensión interinstitucional del encuentro. El presidium estuvo conformado además por la Dra. María Eugenia Jiménez Corona, Vicepresidenta de la SMSP, y el Dr. Manuel Urbina Fuentes, representante del Consejo Asesor Permanente de la Sociedad.

Posteriormente se desarrolló el Panel 1, titulado “Voces que Trascienden: Más de 80 años de la SMSP incidiendo en la Salud Pública de México”, moderado por el Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez, Presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. En este espacio participaron la Senadora Maki Esther Ortiz Domínguez; el Dr. Daniel Aceves Villagrán, Director General de Políticas en Salud Pública; la Dra. María Eugenia Jiménez Corona, Vicepresidenta de la SMSP; y el Dr. Manuel Urbina Fuentes, representante del Consejo Asesor Permanente de la SMSP. Este panel permitió destacar el legado institucional de la Sociedad, su permanencia histórica y su contribución al desarrollo de la salud pública en México desde una visión técnica, plural y comprometida con el interés colectivo.

Más adelante tuvo lugar el Panel 2, titulado “Innovación y Participación en Salud Pública: Nuevas Generaciones Transformando la Acción Colectiva”, moderado por la Dra. Marcia Leyva Gastélum, Directora de Sección Técnica de Investigación en Salud. En este panel participaron el Dr. Andrés Casteñeda Prado, Director de Sección Técnica de Políticas Públicas en Salud; la MSP. Roxana Gámez Ortíz, Directora de Sección Técnica de Vinculación y Participación Social; el Dr. Arturo Rubén Miranda Valdés, Director de Sección Técnica de Medicina Preventiva y Comunicación Estratégica; y el Dr. Diego Alberto Segovia Ascencio, Director de Sección Técnica de Epidemiología. Sus intervenciones dieron cuenta de la fuerza, actualidad y compromiso de nuevas generaciones salubristas que hoy impulsan agendas vinculadas con la innovación, la participación social, la prevención, la comunicación estratégica y la vigilancia epidemiológica.

Asimismo, el conversatorio contó con la presencia de invitados especiales cuya participación fortaleció el sentido institucional del encuentro. De manera parti-

cular, se reconoce la asistencia del Dr. Juan Francisco Martínez Campo, integrante del Consejo Asesor Permanente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, así como del Lic. Patrick Devlyn Jr., Presidente de la Comisión de Salud del Consejo Coordinador Empresarial y presidente de Grupo Benedev, con quien se refrenda la colaboración institucional en favor de la salud pública de México. Su presencia contribuyó a subrayar el carácter plural, estratégico e intersectorial del diálogo convocado por la SMSP y el Senado.

La estructura del programa permitió mostrar dos dimensiones esenciales de la Sociedad Mexicana de Salud Pública: por un lado, la solidez de una trayectoria construida a lo largo de más de ocho décadas de trabajo institucional; y, por otro, la capacidad de renovación de una comunidad salubrista que hoy continúa transformando la acción colectiva desde distintos campos de especialidad. Esta articulación entre experiencia, liderazgo técnico e innovación reafirma la vigencia de la SMSP como referente nacional en salud pública.

A lo largo del conversatorio se subrayó la importancia de fortalecer la equidad, la atención primaria, la prevención, la vigilancia epidemiológica, la participación social y la construcción de políticas públicas basadas en evidencia. La pluralidad de voces reunidas en este espacio confirmó que la salud pública exige diálogo, corresponsabilidad institucional y una visión de largo plazo para responder a los desafíos del presente y del futuro. En ese sentido, el comunicado del Senado destacó la convergencia de voces técnicas e institucionales para abordar los principales retos de la salud pública en México.

Para la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C., este encuentro constituye un momento significativo en su vida institucional. Más allá de conmemorar más de 80 años de historia, permitió refrendar su compromiso con la generación de conocimiento, la articulación de actores estratégicos y la promoción de decisiones públicas sustentadas en evidencia y responsabilidad social. Desde esta perspectiva, el diálogo realizado en el Senado de la República reafirma la importancia de seguir construyendo puentes entre experiencia técnica, reflexión académica y acción pública en favor de la salud de México.

# Memoria fotográfica







# Sesión Conjunta Extraordinaria Salud Pública y Corresponsabilidad Institucional: Sinergias Estratégicas para las Decisiones en Salud

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



## 1. Introducción

En el marco del Día Mundial de la Salud (7 de abril), la Academia Nacional de Medicina de México y la Sociedad Mexicana de Salud Pública celebraron una sesión conjunta de dos días con el objetivo de fortalecer el diálogo intersectorial y promover la corresponsabilidad institucional como eje rector de las decisiones en salud. El encuentro reunió a representantes del poder legislativo, sector público, sector empresarial, academia y organismos internacionales, quienes coincidieron en la urgencia de alinear agendas, construir puentes entre la evidencia científica y la política pública, y avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, preventivo y centrado en las personas.

## 2. Inauguración y mensajes clave

El Dr. Alberto Díaz Quiñones, presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, inauguró los trabajos subrayando que los desafíos actuales — enfermedades crónicas, emergencias sanitarias e inequidades — rebasan la capacidad de una sola institución, por lo que la corresponsabilidad institucional se erige como el concepto central para construir gobernanza colaborativa basada en evidencia.

- Sen. José Manuel Cruz Castellanos (Comisión de Salud del Senado) enfatizó que la evidencia científica debe traducirse en política pública y que la evaluación permanente debe ser una práctica institucionalizada. Subrayó la necesidad de romper inercias y legislar con base en datos.
- Sen. Emanuel Reyes Carmona (participación virtual) destacó los avances legislativos en materia de simplificación regulatoria, prevención y autocuidado, así como la reciente armonización legislativa en propiedad industrial para fortalecer la investigación clínica y el acceso a innovaciones.

- Mtro. Patrick Debling Jr. (Consejo Coordinador Empresarial) reivindicó al sector privado como socio estratégico del sistema de salud, no como actor periférico. Propuso cuatro líneas de acción: cocreación de políticas basadas en evidencia, fortalecimiento de cadenas de suministro, impulso a la innovación tecnológica y cierre de brechas de acceso mediante colaboración público-privada.

## 3. Ejes temáticos y principales conclusiones

### 3.1. Obesidad, sobrepeso y determinantes sociales

El Dr. Daniel Aceves Villagrán (Dirección General de Políticas en Salud Pública) presentó datos contundentes: 4 de cada 10 niños, 5 de cada 10 adolescentes y 7 de cada 10 adultos en México padecen obesidad o sobrepeso, con 9.2 millones de niñas y niños alcanzados por la estrategia “Vive Saludable, Vive Feliz”. Destacó la importancia de las guías alimentarias 2026, el etiquetado frontal (87% de aceptación poblacional) y la campaña “Muk y Tohol” (fuerza y vigor) como parte del legado del Mundial FIFA 2026.

### 3.2. Salud colectiva y rectoría estatal

Secretarios de Salud de Sonora (Dr. José Luis Alomía Segarra), Ciudad de México (Mtro. Mauricio López Manning), Guanajuato (Dra. Silvia Ibarra Sánchez), Estado de México (Dra. Dalia Vázquez Sánchez) y Chiapas (Dr. Omar Gómez Cruz) compartieron experiencias. Los mensajes transversales fueron:

- La rectoría no se impone, se conquista con utilidad y reconocimiento técnico.
- La federalización de servicios (IMSS-Bienestar) obliga a rediseñar estructuras estatales enfocadas en salud colectiva.

- La participación municipal y comunitaria es indispensable para cerrar brechas (ejemplo: Chiapas redujo dengue 83% y mejoró asignación de localidades no cubiertas del 0% al 99.69%).

### 3.3. Salud mental, adicciones y epilepsia

- Dr. Eloy Ordaz (CONASAMA) expuso que las urgencias en salud mental requieren una red articulada con enfoque de derechos humanos, destacando la Línea de la Vida (atención 24/7) y los ECOSAMAS/UNISAMAS.
- Dr. Luis Ernesto Caballero reveló que el 80% de los trastornos mentales no recibe atención, con incremento exponencial de sintomatología depresiva (2019-2024). El estigma sigue siendo la principal barrera.
- Dr. Braulio Ortega presentó datos de la Encuesta CODAD 2026: el alcohol disminuyó, pero el vapeo y las tecnoadicciones aumentan; el fentanilo no médico es muy bajo (0.02%). Insistió en el enfoque de reducción de riesgos y daños.
- Dr. Juan Carlos García Beristáin evidenció que el tiempo promedio para que un niño con epilepsia farmacoresistente llegue a un especialista es de 5 a 7 años, con grave impacto en neurodesarrollo. Urgió a la referencia oportuna y al acceso a tratamientos dirigidos.

### 3.4. Salud de la mujer y embarazo adolescente

La Mtra. May Guajebe (CNEGSR) llamó a implementar el enfoque de curso de vida y sistemas de información trazables. La Dra. Aurora del Río recordó que el derecho a la salud sexual y reproductiva es un derecho humano, y que la infertilidad, la violencia obstétrica y la discriminación a población LGBTIQ+ siguen siendo deudas pendientes. La Dra. Aremis Villalobos (INSP) reportó que 1 de cada 5 adolescentes sexualmente activas no usa anticonceptivos y que 20% de los nacimientos en adolescentes son segundos embarazos. Destacó la estrategia «¿Cómo le hago?» como ejemplo de salud digital.

### 3.5. Enfermedades no transmisibles y salud renal

- Dr. Juan Carlos Navarro mostró que en México solo hay 600 mil casos diagnosticados de obesidad (de una población con alta prevalencia), lo que evidencia subdiagnóstico. El síndrome metabólico es el principal predictor de eventos cardiovasculares.
- Dra. Alejandra Plata subrayó que 3 de cada 10

pacientes oncológicos tienen ansiedad clínica y hasta 70% miedo a la recurrencia. Urgió a medir sistemáticamente la calidad de vida y el bienestar psicosocial.

- Dr. Mauricio Arvizu alertó que 11 millones de mexicanos viven con enfermedad renal, con una brecha de tamizaje enorme (solo 30% de pacientes diabéticos son evaluados). Destacó la «edad dorada» de la nefrología con nuevos fármacos (iSGLT2, arGLP-1) que pueden retrasar la diálisis si se usan a tiempo.

### 3.6. Enfermedades transmisibles y vacunación

El Dr. Jan Jacobo Gutiérrez Sereno recordó que las vacunas salvan 159 millones de vidas (1970-2025), pero las coberturas se estancaron y cayeron durante la pandemia. La cobertura de triple viral en México es de 72.1%, lejos del 95% necesario. El brote de sarampión 2026 (15,151 casos y 36 defunciones) es una consecuencia directa. Urgió a fortalecer los sistemas de información, la comunicación de riesgos y las campañas de recuperación.

### 3.7. Ambiente académico saludable y derechos humanos

La Dra. Laura Cortés (DGCES) presentó la Estrategia Nacional de Ambientes Académicos Saludables, con el modelo CUIDAR (Cultura institucional, Ubicación temprana de riesgos, Intervención inmediata, Derivación, Acompañamiento y Revisión continua). El Dr. Ricardo Escamilla (UNAM) destacó que el marco normativo existe (NOM-001 para residencias médicas), pero el desafío es la evaluación continua y la articulación entre niveles macro, meso y micro.

### 3.8. Promoción de la salud, comunicación de riesgos y gobernanza

El Mtro. Agustín López introdujo el concepto de narrativas públicas: los rumores surgen en vacíos de información, y la percepción del riesgo se construye socialmente. El Mtro. Arturo Miranda fue contundente: “la mayoría de las decisiones de salud no se toman con la razón, sino con la emoción y el contexto”. Abogó por estrategias basadas en ciencias del comportamiento, no solo en difusión de conocimiento. La Dra. Cecilia de Bustos (UNICEF) cerró enfatizando que sin gobernanza efectiva —entendida como coordinación intersectorial, normatividad, evidencia y financiamiento— ninguna estrategia de promoción de la salud tendrá éxito sostenido.

#### 4. Conclusiones generales

- La corresponsabilidad institucional es un imperativo, no una aspiración. Ninguna institución puede sola resolver los problemas de salud pública.
- La salud debe estar en todas las políticas: las decisiones de vivienda, educación, empleo y medio ambiente determinan la salud más que los servicios médicos.
- La prevención y la promoción de la salud requieren presupuesto y voluntad política. El enfoque curativo sigue predominando, pero las acciones más costoefectivas son las que actúan sobre determinantes sociales y ambientales.
- La formación de recursos humanos debe transformarse: se necesitan profesionales con competencias en comunicación empática, trabajo intersectorial y enfoque salutogénico desde la currícula.

- La evidencia científica debe traducirse en política pública y, a su vez, la política pública debe evaluarse y ajustarse con base en resultados y en la voz de las comunidades (incluyendo a niños, niñas y adolescentes).

Finalmente, la sesión conjunta reafirmó el compromiso de ambas instituciones de seguir generando espacios de diálogo técnico y político que permitan avanzar de los diagnósticos a las acciones, de las intenciones a los acuerdos, y de la fragmentación a la integración efectiva del Sistema Nacional de Salud.



# Memoria fotográfica







## Foro Legislativo “Políticas Públicas para el Presente y Futuro de México para un Envejecimiento Saludable”

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Con el objetivo de posicionar el envejecimiento como una prioridad en la agenda legislativa nacional, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSP) llevó a cabo el Foro Legislativo “Políticas Públicas para el Presente y Futuro de México para un Envejecimiento Saludable” en las instalaciones del Senado de la República. Este encuentro se consolidó como un espacio de diálogo plural, análisis técnico y reflexión colectiva en torno a los retos demográficos, las oportunidades de desarrollo social y las necesidades apremiantes que el envejecimiento poblacional impone a México.

De acuerdo con proyecciones del Consejo Nacional de Población, en las próximas décadas el país experimentará un crecimiento sostenido de su población adulta mayor, lo que exige una respuesta estructural, intersectorial y basada en evidencia. En este contexto, el foro reunió a especialistas, responsables de políticas públicas y representantes de las principales instituciones de salud y seguridad social del país, con el fin de trazar rutas críticas hacia un modelo de vejez activa, inclusiva y con bienestar.

En representación de la SMSP, el presidente de la sociedad, el Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez, encabezó los trabajos, acompañado por el Dr. Elí Elier González Sáenz, Director de la Sección Técnica de Salud de la Persona Mayor. Ambos coincidieron en señalar que el envejecimiento no debe ser visto únicamente como un desafío sanitario, sino como una oportunidad para rediseñar los sistemas de salud, protección social y convivencia comunitaria desde un enfoque de derechos humanos y equidad.

Durante la jornada, se contó con la destacada participación de especialistas y representantes de instituciones clave. Por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) intervino el Dr. Luis Miguel

Hernández Flores; el ISSSTE estuvo representado por la Mtra. Marlene Maury Rosillo; el Instituto Nacional de Geriátrica participó a través de la Dra. María del Carmen García Peña; mientras que el Mtro. José Pedro Kumamoto Aguilar, Secretario General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, aportó una visión regional sobre los sistemas de protección para la vejez. Asimismo, el Dr. José Carlos Crispín, del Tecnológico de Monterrey, enriqueció el diálogo con su perspectiva académica sobre los determinantes biológicos y sociales del envejecimiento saludable.

La SMSP expresó un agradecimiento especial al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) por su disposición a colaborar y compartir este espacio de construcción colectiva. De igual forma, se reconoció la invaluable apertura, respaldo e invitación por parte de la Comisión de Salud del Senado de la República, cuyo liderazgo fue fundamental para la realización del foro. En particular, la Sociedad hace patente su reconocimiento al Senador José Manuel Cruz Castellanos y a la Senadora Maki Esther Ortiz Domínguez, por su compromiso y visión para impulsar este tipo de encuentros legislativos, que fortalecen la agenda del envejecimiento saludable en el país.

Finalmente, desde la SMSP se refrendó el compromiso institucional de continuar contribuyendo, desde la evidencia científica, el análisis técnico riguroso y la articulación intersectorial, a la construcción de políticas públicas que garanticen una vejez digna, saludable e incluyente. La Sociedad reitera su disposición para colaborar con los poderes Legislativo y Ejecutivo, así como con las organizaciones sociales y académicas, en el diseño de estrategias que respondan a las necesidades reales de las personas mayores en México.

# Memoria fotográfica





## La Sociedad Mexicana de Salud Pública participó en la ceremonia “Salud en el Mundial Social: Rumbo a la Semana Nacional de Salud Pública 2026”

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSP) participó en la ceremonia “Salud en el Mundial Social: Rumbo a la Semana Nacional de Salud Pública 2026”, en atención a la invitación formulada por la Dirección General de Políticas en Salud Pública, encabezada por el Dr. Daniel Aceves Villagrán, en el marco de las acciones estratégicas impulsadas por la Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional.

De acuerdo con el oficio de invitación, este acto protocolario formó parte del proyecto prioritario “Mundial Social 2026”, iniciativa orientada a consolidar un legado de salud pública en nuestro país mediante la promoción de entornos laborales saludables y la institucionalización de la cultura física en los centros de trabajo. El objetivo planteado fue fortalecer un ecosistema de bienestar integral en el que la activación física contribuya a mejorar la calidad de vida y la salud emocional de las y los trabajadores, así como de sus familias.

La participación de la SMSP en este espacio reafirma su compromiso con el impulso de acciones que fortalezcan la promoción de la salud, la prevención y la construcción de condiciones favorables para el bienestar colectivo. Asimismo, pone de relieve la importancia de continuar articulando esfuerzos entre instituciones, sectores y actores estratégicos para avanzar hacia una agenda de salud pública con enfoque integral, preventivo e intersectorial.

La SMSP reconoce el valor de este tipo de iniciativas, que permiten posicionar a la salud pública como un eje transversal del bienestar social y como un componente esencial para la construcción de comunidades más saludables. La participación en este acto representa también una oportunidad para fortalecer la vinculación institucional y acompañar esfuerzos que, desde distintos ámbitos, contribuyen a mejorar las condiciones de vida de la población.



# Memoria fotográfica





## Mesa para el fortalecimiento de la gobernanza en salud ambiental de la infancia

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

En un esfuerzo por situar la salud ambiental como eje rector de las políticas públicas dirigidas a la niñez mexicana, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSPP) participó activamente el pasado 16 de abril en los trabajos de la Mesa para el fortalecimiento de la gobernanza en salud ambiental de la infancia. Este encuentro se constituyó como un espacio de diálogo interinstitucional, análisis técnico y construcción colectiva, orientado a impulsar acciones gubernamentales, legislativas y sociales que garanticen entornos protectores para el desarrollo pleno de niñas y niños en México.

La salud ambiental de la infancia representa uno de los desafíos más apremiantes en la agenda de salud pública contemporánea. Factores como la exposición a sustancias tóxicas, la calidad del aire, el acceso al agua limpia, la seguridad alimentaria y los efectos del cambio climático impactan de manera desproporcionada en la población infantil, cuyos organismos se encuentran en etapas críticas de crecimiento y desarrollo. Ante este panorama, la mesa de trabajo con-

vocada busca tender puentes entre la evidencia científica, la gestión pública y la participación ciudadana para construir políticas más integrales y efectivas.

En representación de la SMSPP, asistieron el presidente de la institución, el Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñón, y la vicepresidenta, la Dra. María Eugenia Jiménez Corona. Ambos refrendaron el compromiso histórico de la Sociedad con la promoción de entornos saludables, la defensa del interés superior de la niñez y el fortalecimiento de acciones intersectoriales que articulen a los sectores salud, medio ambiente, educación y desarrollo social. Su participación subrayó la importancia de que las organizaciones de la sociedad civil aporten rigor técnico y perspectiva de derechos humanos en el diseño de políticas públicas.

Durante la jornada, el Dr. Daniel Aceves Villagrán, Director General de Políticas en Salud Pública, presentó un panorama de las acciones que el Gobierno de México ha puesto en marcha con un enfoque de salud ambiental. Destacó, entre otras iniciativas,



la publicación de las Guías Alimentarias Saludables y Sostenibles para la población mexicana, documento rector que integra criterios nutricionales con principios de sostenibilidad ambiental. Asimismo, mencionó el PRONAM de los 1000 primeros días de vida, estrategia fundamental para reducir riesgos en la etapa gestacional y los primeros años de vida; la Red de Municipios Promotores de la Salud, que fortalece capacidades locales; y la estrategia “Nutriendo Futuros Saludables”, orientada a garantizar una alimentación adecuada y segura desde la infancia.

La mesa de trabajo reunió, además, a investigadores de reconocida trayectoria, académicos especializados en toxicología ambiental y epidemiología infantil, así como a autoridades federales y locales. Este intercambio permitió identificar brechas en la implementación de políticas, compartir experiencias exitosas desde otros contextos y delinear rutas críticas para la articulación efectiva entre los distintos niveles de gobierno. Uno de los acuerdos centrales fue la necesidad de promover sistemas de monitoreo ambiental participativos y de fortalecer la educación en salud ambiental desde la escuela y la comunidad.

Desde la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C., se expresó un profundo agradecimiento por la amable invitación extendida por la Dirección General de Políticas en Salud Pública y por la apertura de sus directivos para integrar a la SMSP en este importante

espacio de reflexión y colaboración. La Sociedad reconoce que solo mediante el trabajo conjunto, el diálogo horizontal y la cooperación técnica será posible construir respuestas sostenibles a los desafíos ambientales que enfrenta la niñez mexicana.

Cabe señalar que esta actividad se realizó en el marco de la Children’s Environmental Health Collaborative (CEH), una plataforma internacional que promueve acciones coordinadas para proteger la salud de la infancia frente a riesgos ambientales. La mesa contó, además, con la asesoría técnica del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), organismo que ha señalado de manera reiterada la urgencia de diseñar políticas sensibles al ambiente en los países de ingresos medios y bajos, donde las inequidades socioambientales profundizan las brechas en salud infantil.

Finalmente, la SMSP reitera su disposición para seguir colaborando en todas aquellas iniciativas que, desde la evidencia, la promoción de la salud y la defensa de los derechos humanos, contribuyan a garantizar que las niñas y niños de México crezcan en entornos libres de contaminación, con acceso a alimentos saludables, agua limpia y aire puro. La Sociedad hace un llamado a fortalecer los mecanismos de gobernanza en salud ambiental y a institucionalizar espacios como esta mesa, que permitan dar seguimiento a los compromisos y evaluar los impactos de las políticas implementadas.



# Memoria fotográfica





SOCIEDAD MEXICANA  
DE SALUD PÚBLICA  
SALUS • VERITAS • LABOR

# Salud Pública  
para todas las voces



*¡Felicitaciones!*



**Dra. María Eugenia  
Jiménez Corona,**  
Vicepresidenta de la SMSP por  
ser galardonada con el Premio  
"Doctor Gerardo Varela" al  
Mérito en Salud Pública 2026,  
entregado por el  
Consejo de Salubridad General



## Participación clave de la Sociedad Mexicana de Salud Pública en la Mesa de Trabajo para la Estrategia Nacional de Ambientes Académicos Saludables

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

El pasado 20 de abril de 2026, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) llevó a cabo de manera presencial una Mesa de Trabajo para la consolidación de la Estrategia Nacional de Ambientes Académicos Saludables, como parte de los procesos orientados a fortalecer la calidad en la formación de recursos humanos para la salud.

El encuentro reunió a autoridades del sector salud, responsables de enseñanza, personal académico y actores clave del proceso formativo, en un espacio de articulación intersectorial e interinstitucional, con la participación de instituciones educativas, academias médicas, organismos de certificación e instancias nacionales en materia de bioética, salud pública y equidad de género, enfocado en el análisis y mejora de los entornos formativos en el país.

En este marco, destacó la participación de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, representada por su presidente, el Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez, cuya intervención permitió aportar una visión estratégica desde la salud pública para fortalecer los entornos formativos, subrayando la importancia de prevenir riesgos y promover el bienestar integral en las instituciones educativas del sector salud.

Durante la jornada se realizó un ejercicio de análisis técnico para la revisión y validación de las líneas de acción de la Estrategia, orientado a asegurar su pertinencia, claridad y viabilidad en los distintos contextos formativos, a partir de la construcción de consensos.

Asimismo, se presentó el Modelo CUIDAR como marco orientador, destacando su enfoque en la prevención de riesgos, el acompañamiento institucional, la cultura de respeto y la mejora continua en los entornos académicos.

Los trabajos en mesas permitieron identificar áreas prioritarias de fortalecimiento, ajustar propuestas y definir elementos clave para su implementación, generando insumos técnicos relevantes para la consolidación de la Estrategia.

Este ejercicio forma parte de un proceso de construcción orientado a responder a las necesidades reales de los entornos formativos, particularmente en aspectos relacionados con el bienestar, la prevención de riesgos y el fortalecimiento del acompañamiento institucional durante la formación.

La DGCEs, bajo el liderazgo de la Dra. Laura Cortés Sanabria, reafirma su compromiso de impulsar acciones que contribuyan a la consolidación de ambientes académicos seguros, dignos y formativos, como condición fundamental para fortalecer la calidad de la atención en salud.

# Experiencias y Aprendizajes para un Sistema de Salud Resiliente en México

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

novo nordisk

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C., participó en el foro Experiencias y aprendizajes para un sistema de salud resiliente en México, un espacio convocado por la Cámara Nórdica de Comercio en México (CNCM), el Nordic Center for Sustainable Healthcare (NCSH) y Novo Nordisk Mexico para intercambiar referentes internacionales, identificar aprendizajes aplicables al contexto nacional y fortalecer una conversación estratégica sobre sostenibilidad, innovación, experiencia del paciente y colaboración intersectorial.

El pasado 16 de abril de 2026, la SMSP se sumó al foro Experiencias y aprendizajes para un sistema de salud resiliente en México, concebido como un espacio de análisis entre autoridades, instituciones públicas, empresas del sector salud, organismos internacionales y asociaciones estratégicas. Se trató del primer side event en México vinculado a la Nordic Conference on Sustainable Healthcare, lo que dio al encuentro un valor adicional: colocar al país dentro de una conversación internacional sobre cómo construir sistemas sanitarios más sostenibles, eficientes y preparados para responder a contextos complejos.

Más allá del intercambio de experiencias, el foro abrió una discusión particularmente relevante para México: cómo traducir los aprendizajes internacionales en medidas concretas que mejoren la organización, la capacidad de respuesta y la continuidad de la atención. NCSH planteó como objetivo del encuentro inspirar y ofrecer referencias adaptables a distintos entornos, así como compartir buenas prácticas capaces de generar impacto mediante acciones tanto inmediatas como de mayor escala. Esa orientación resulta especial-

mente pertinente en una región donde persisten sistemas de salud subfinanciados, segmentados y fragmentados, con obstáculos de acceso y coordinación que profundizan desigualdades.

En este marco, la participación de la SMSP tuvo una relevancia sustantiva. La presencia del Dr. Andrés Castañeda Prado, Director de la Sección Técnica de Políticas Públicas en Salud de la Sociedad, aportó una perspectiva indispensable para aterrizar el concepto de resiliencia en el terreno de la política pública, la equidad y la implementación. Su perfil institucional y su trayectoria en temas de transformación del sistema de salud permiten situar su contribución como una voz que conecta evidencia, gobernanza y operación, especialmente en un momento en el que la resiliencia ya no puede entenderse solo como reacción ante emergencias, sino como la capacidad de sostener servicios, coordinar actores y reducir brechas de acceso de manera continua.

Se permitió identificar tres grandes líneas de conversación que marcaron el encuentro. La primera fue la sostenibilidad y la eficiencia como base de la resiliencia, una idea que desplaza la discusión desde la mera contención de crisis hacia la construcción cotidiana de sistemas más sólidos y mejor organizados. La segunda fue la innovación y la digitalización para mejorar la experiencia del paciente, una prioridad que dialoga directamente con los diagnósticos de la OPS sobre la necesidad de contar con información integrada, gobernanza sanitaria más fuerte y mecanismos capaces de coordinar mejor la atención. La tercera línea fue la colaboración multisectorial para promover la calidad en la salud desde la infancia, con lo que

el foro dejó ver que un sistema resiliente también se construye a partir de trayectorias de cuidado oportunas, preventivas y centradas en las personas.

Otro aspecto destacable fue la diversidad del panel de voces reunidas. Se resaltó la participación de liderazgos como la Dra. Nadine Gasman, titular de la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México, y Patricia Field, Directora General de Novo Nordisk, así como la presencia de representantes de AMIIF, IMSS Bienestar, embajadas nórdicas, UNICEF y la propia SMSP. Esa composición le dio al foro una densidad institucional importante, pues combinó visiones de gobierno, industria, cooperación diplomática, salud infantil, innovación y salud pública. En esa diversidad radica buena parte del valor del encuentro: mostrar que la resiliencia no depende de un solo actor, sino de la capacidad de articular agendas, traducir evidencia en decisiones y sostener compromisos compartidos.

La Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México retomó una idea que resume bien el espíritu de la conversación: un sistema eficiente debe llegar a quien más lo necesita, a tiempo y con calidad. Esa formulación no solo apunta a la capacidad técnica del sistema, sino a su sentido público. Desde esa lectura, la participación de la SMSP en este foro confirma su compromiso con una agenda de salud pública que pone al centro

la equidad, la evidencia, la prevención y la articulación entre sectores para mejorar la vida de las personas.

La participación de Sociedad Mexicana de Salud Pública en este diálogo internacional refuerza su papel como actor técnico y convocante en la discusión sobre el futuro del sistema de salud en México. Al aportar una visión desde las políticas públicas y la salud colectiva, la SMSP contribuyó a una conversación que hoy resulta impostergable: avanzar hacia un sistema más resiliente, sí, pero también más justo, más integrado y más centrado en las personas.

“Un sistema eficiente es aquel que logra llegar a quien más lo necesita, a tiempo y con calidad”.

- **Dra. Nadine Gasman.**

“La resiliencia del sistema de salud no debe entenderse solo como capacidad de respuesta ante crisis, sino como la posibilidad de sostener atención, coordinar actores y reducir inequidades de manera permanente”.

- **Dr. Andrés Castañeda Prado.**

“Para construir un sistema más resiliente, México necesita traducir la evidencia en política pública y la política pública en decisiones que mejoren el acceso efectivo y la continuidad de la atención”.

- **Dr. Andrés Castañeda Prado.**



# Memoria fotográfica



## Reunión final de validación de la Estrategia Nacional de Ambientes Académicos Saludables (ENAAS)

**Dr. Rosbel Toledo Ortiz**

Director de la Sección Técnica de Atención Primaria de Salud  
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



El pasado 20 de abril de 2026, se llevó a cabo con éxito la reunión de revisión y validación institucional de la Estrategia Nacional de Ambientes Académicos Saludables (ENAAS), convocada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) de la Secretaría de Salud.

El evento, realizado de manera presencial en Av. Marina Nacional No. 60, Piso 7, Aula 1, Colonia Tacuba, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, C.P. 11400, Ciudad de México, reunió a expertos del sector salud, autoridades educativas, universidades, asociaciones académicas y actores clave interinstitucionales e intersectoriales.

Por parte de la Sociedad Mexicana de Salud Pública (SMSP) participaron el Dr. Alberto Díaz Quiñones, Presidente de la SMSP, y el Dr. Rosbel Toledo Ortiz, Director de la Sección Técnica de Atención Primaria de Salud de la SMSP.

Durante la sesión se presentaron los avances del documento consolidado, se validó su contenido y se realizaron los ajustes finales al Modelo CUIDAR, elemento central de la ENAAS. Este modelo prioriza la prevención, la orientación y el acompañamiento institucional, y se estructura en torno a los siguientes componentes:

- C** Cultura institucional de respeto
- U** Ubicación temprana de riesgos
- I** Intervención institucional temprana
- D** Derivación y canalización
- A** Acompañamiento institucional
- R** Revisión y mejora continua

La Estrategia Nacional de Ambientes Académicos Saludables busca consolidar entornos formativos seguros, respetuosos y libres de violencia, sustentados en una cultura de paz y orientados al bienestar integral de los recursos humanos para la salud en México.

La participación activa de la SMSP en este proceso nacional refuerza su compromiso con la mejora continua de la formación de los profesionales de la salud y contribuye a la construcción de un sistema educativo en salud más ético, seguro y pertinente para el país.

# Consulta Regional con Organizaciones de la Sociedad Civil y Comunidades hacia la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el VIH 2026 (HLM 2026)

**Dr. José Manasés Aguilar Villaseñor**

Director de la Sección Técnica de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Re-emergentes  
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Durante la década de 1980 se reconoció por primera vez el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) como el agente causal del SIDA, lo que llevó a su incorporación en la agenda internacional de salud como una enfermedad emergente. Este reconocimiento se debió a que, previo a ese periodo, no existían registros ni evidencia científica que identificaran a este virus como responsable de enfermedad en humanos.

A más de cuatro décadas del inicio de la epidemia, el VIH continúa representando uno de los principales retos de salud pública a nivel global. De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), en 2023 cerca de 39 millones de personas vivían con VIH en el mundo. Existen avances importantes en acceso a tratamiento antirretroviral, empero, persisten en el mundo profundas desigualdades en diagnóstico, prevención y atención. En América Latina, si bien la epidemia se mantiene relativamente estable, existen brechas significativas en poblaciones clave, incluyendo hombres que tienen sexo con hombres, personas trans, personas trabajadoras sexuales y personas usuarias de sustancias, reflejo de vulnerabilidad estructural.

En este contexto, la preparación hacia la próxima Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el VIH 2026 (HLM 2026) representa una oportunidad estratégica para reposicionar prioridades, fortalecer compromisos y asegurar que las voces de las comunidades, organizaciones de la sociedad civil estén en el centro de la respuesta.

El pasado 14 de abril de 2026 se llevó a cabo la Consulta Regional con Organizaciones de la Sociedad Civil y Comunidades hacia la HLM 2026, organizada en formato virtual por ICW Latina, Corresponsales Clave, Fundación Llaves y ONUSIDA. Este espacio tuvo

como propósito central generar un proceso participativo, inclusivo y representativo que permitiera recoger insumos sustantivos desde América Latina para los procesos preparatorios de la HLM 2026.

La consulta se concibió como un ejercicio de diálogo horizontal y co-creación, en el cual participaron organizaciones de la sociedad civil, redes de personas viviendo con VIH, activistas, representantes comunitarios y expertos técnicos de toda la región. Se buscó reflejar de manera prioritaria las voces de las poblaciones más dejadas atrás, reconociendo su papel fundamental en la respuesta al VIH.

Entre los objetivos de la consulta destacaron: 1) Identificación de brechas urgentes en la respuesta al VIH en América Latina, 2) documentación de ejemplos de liderazgo comunitario, innovación y buenas prácticas, 3) definición de prioridades regionales que orienten la nueva Declaración Política sobre el VIH y el 4) fortalecimiento de la incidencia de la sociedad civil en los procesos multilaterales.

En este sentido, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C., a través de la Sección técnica de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes estuvo presente en la consulta trascendental.

De este modo, la Sociedad participó en mesas de trabajo temáticas, las cuales abordaron ejes clave alineados con la Declaración Política sobre el VIH y el Sida 2021, tales como:

- Prevención combinada y acceso a tecnologías innovadoras (incluyendo PrEP).
- Acceso universal a tratamiento y continuidad de la atención.
- Derechos humanos, reducción del estigma y eliminación de barreras legales.

- Financiamiento sostenible y fortalecimiento de sistemas de salud.
- Participación comunitaria significativa.

Cada mesa generó insumos concretos, incluyendo recomendaciones, análisis de contexto y propuestas de acción, que serán integrados en los documentos regionales hacia la HLM 2026. Desde la Sociedad, se destacó la presencia de organizaciones con amplia trayectoria en la defensa de derechos, la prevención comunitaria y el acompañamiento a poblaciones clave.

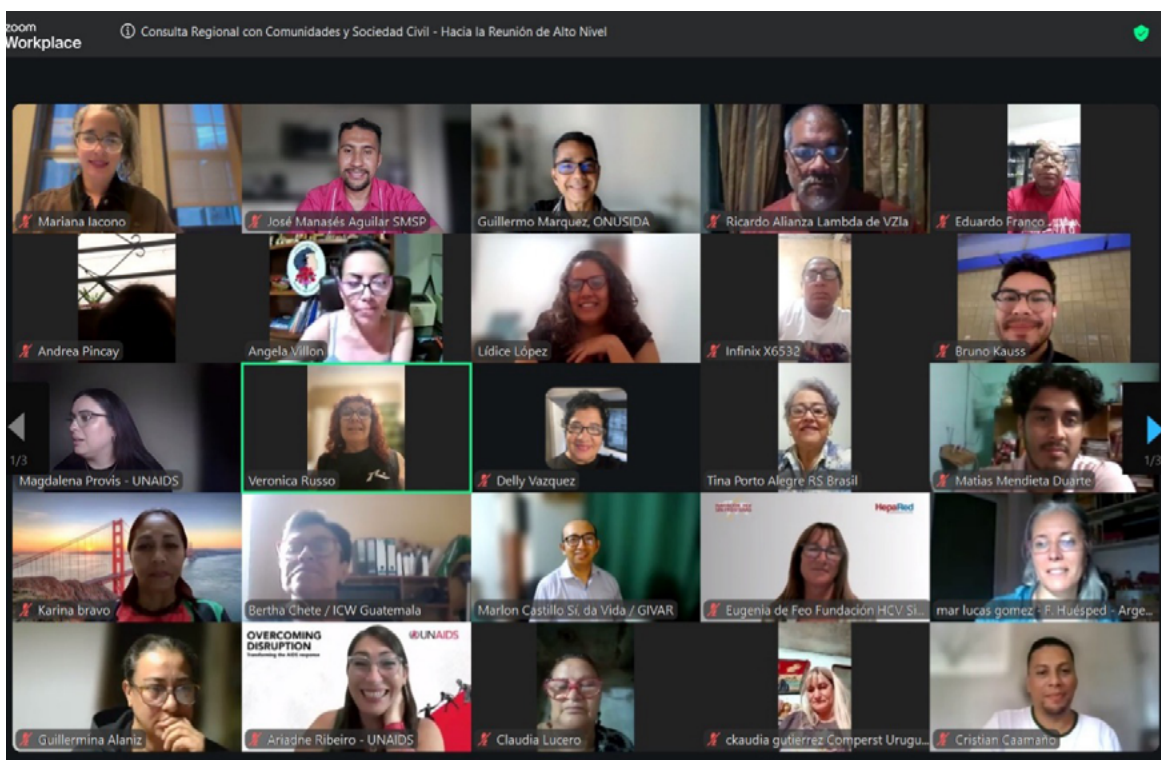
En un diálogo enriquecido por voces de Latinoamérica, se enfatizaron los siguientes ejes, para sostener los logros alcanzados en materia de VIH y para avanzar hacia el control y eliminación como problema de salud pública, como propone también la Organización Panamericana de la Salud, lo cual implica reducir drásticamente las nuevas infecciones y muertes por SIDA, basándose en el diagnóstico oportuno, acceso universal al tratamiento antirretroviral, uso de profilaxis (PrEP/PEP) y eliminación del estigma.

Adicionalmente, los diálogos tuvieron por punto de reflexión común, la necesidad de contar con financiamiento sostenible para programas de VIH, especialmente para las organizaciones de la sociedad civil que coadyuvan con esfuerzos de los sistemas públicos de salud en los países, en el contexto del escenario geopolítico en constante cambio.

En resumen, la Consulta Regional del 14 de abril de 2026 constituyó un espacio estratégico para articular las voces de la sociedad civil y las comunidades de América Latina en el proceso hacia la HLM 2026. En un contexto marcado por desigualdades estructurales, la respuesta al VIH requiere redoblar esfuerzos, fortalecer alianzas y colocar a las personas en el centro de las políticas públicas. La incidencia de la sociedad civil y las comunidades será determinante para garantizar que la nueva Declaración Política no solo sea ambiciosa, sino también transformadora.

## Bibliografía

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Update 2023. Geneva: UNAIDS; 2023.
2. United Nations General Assembly. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030. New York: UN; 2021.
3. ONUSIDA. Datos regionales de América Latina sobre VIH. Ginebra: ONUSIDA; 2024.
4. Secretaría de Salud. Informe nacional de avances en la respuesta al VIH en México. Ciudad de México: SSA; 2023.
5. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Geneva: WHO; 2021.
6. ICW Latina. Informe regional sobre mujeres viviendo con VIH en América Latina. 2022.
7. Fundación Llaves. Reporte de acceso a servicios de VIH en poblaciones clave en México. 2023.
8. Corresponsales Clave. Panorama regional del VIH en América Latina. 2024.

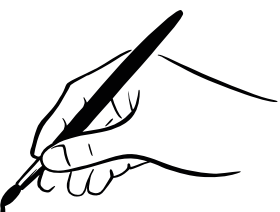




# Divulgación Científica

**Artículos de Socios, Secciones y Filiales**

# Voces que Trascienden



Experiencias que forman desde el  
**Consejo Asesor Permanente**



## **Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus**

El Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus es Cirujano y Obstetra, Maestro en Administración Pública por el Instituto Nacional de Administración Pública. Ha sido docente de pregrado y posgrado en las áreas de Epidemiología, Salud Materna y Perinatal y Políticas de Salud Pública. Ha sido Director de Atención a la Salud Materna y Perinatal y Subdirector General de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Director de Planificación del Instituto Nacional de Perinatología y Director General de Epidemiología. Fue Presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. y actualmente es miembro del Consejo Asesor Permanente.

### La Sociedad Mexicana de Salud Pública: lugar de encuentro, diálogo y fraternidad salubrista

**Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus**

Expresidente y miembro del Consejo Asesor Permanente  
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

El Marqués, Querétaro, abril 2026

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, nuestra querida sociedad, se ha constituido no solo como una agrupación de profesionales, sino también como un lugar de encuentro, un crisol y un acicate que ha visto crecer a miles de colegas y amigos salubristas a lo largo y ancho de nuestro México durante más de 80 años. En las últimas décadas, quienes amamos a esta noble agrupación hemos compartido espacios de trabajo, de reflexión, de camaradería, de diversión y, en muchas ocasiones, hemos manifestado nuestras diferencias y preocupaciones en torno a los temas relevantes de nuestro quehacer cotidiano, pero siempre en un marco fraternal donde la salud pública nos une y la sociedad nos apapacha.

Con conocimiento de causa, puedo afirmar que la SMSP ha sido, históricamente, un espacio de convergencia humana, técnica y ética para quienes han dedicado su vida al cuidado colectivo de la salud y también para quienes están iniciando su trabajo en esta apasionante área del conocimiento. Su valor no se limita a organizar reuniones, congresos o actividades académicas y ahora políticas; radica, sobre todo, en haber construido una comunidad nacional de salubristas capaz de dialogar, disentir, proponer, aprender y reconocerse mutuamente como parte de una misma causa: el ejercicio serio, honesto y ético de la salud pública en todas sus ascepciones. Si esto no se entiende, es un hecho que no se conoce a esta organización.

Desde su constitución, el 22 de noviembre de 1944, la Sociedad ha reunido a mujeres y hombres que han participado en la atención de grandes desafíos sanitarios del país: enfermedades infecciosas, poliomielitis, VIH/SIDA, influenza AH1N1, cólera, dengue, enfermedades crónicas, vacunación, COVID-19 y otros proble-

mas que han marcado la evolución epidemiológica de México y del mundo. Personalmente reconozco que los sanitaristas agrupados en la SMSP han dado una “extraordinaria batalla” por la salud de los mexicanos, especialmente en el campo, en las comunidades y en los espacios donde la prevención y la educación sanitaria resultan indispensables. Esta idea permite comprender que la Sociedad no es solamente una organización académica, sino también una expresión colectiva del compromiso social del salubrista.

Uno de los mayores valores de la SMSP es su capacidad para funcionar como un lugar de encuentro. En sus reuniones nacionales, regionales y estatales, así como en las secciones técnicas y en las sociedades filiales, confluyen profesionales de distintas generaciones, instituciones, disciplinas y regiones del país. Médicos, enfermeras, epidemiólogos, promotores, administradores, investigadores, docentes, economistas, abogados, trabajadores sociales y especialistas en políticas públicas encuentran en la Sociedad un espacio común. La salud pública, por su propia naturaleza, exige una mirada amplia y multidisciplinaria. Ningún problema sanitario puede comprenderse plenamente desde una sola profesión ni desde una sola institución. Por ello, la SMSP adquiere relevancia al integrar una multiplicidad de intereses y experiencias, y se posiciona como interlocutora válida en el análisis, diseño y evaluación de políticas públicas de salud.

En ese sentido, la Sociedad permite que las ideas y los proyectos se confronten de manera respetuosa. La confrontación, entendida no como una disputa estéril sino como un serio contraste de argumentos, es indispensable para el avance de la salud pública. En la SMSP, las trayectorias individuales se ponen al servicio de una reflexión colectiva: qué se ha hecho bien, qué debe corregirse,

qué políticas deben sostenerse, qué programas requieran fortalecimiento y cuáles son los retos emergentes.

El valor de ese diálogo se evidencia con claridad al observar que la SMSP no ha sido una organización cerrada ni homogénea. Sus integrantes provienen de estados, instituciones y contextos muy distintos. Existe una amplia red de sociedades filiales y secciones técnicas, de socios "independientes" que se acercan a nuestra organización, lo cual evidencia una estructura nacional que permite articular regiones, especialidades y agendas temáticas.

La SMSP también cumple una función de amalgama generacional. En sus espacios conviven quienes abrieron camino en campañas sanitarias históricas con quienes hoy enfrentan desafíos como obesidad, diabetes, envejecimiento, violencia, cambio climático, migración, emergencias sanitarias y nuevas tecnologías, incluso con un nuevo sistema de salud. Esta convivencia permite transmitir memoria institucional. La salud pública no se construye desde cero en cada administración ni en cada generación; se sostiene en aprendizajes acumulados. Por ello, las voces de expresidentes, docentes, operadores de campo y líderes estatales son fundamentales para que los nuevos salubristas comprendan que la salud pública es una profesión de continuidad, perseverancia y servicio, pero sobre todo de honestidad y de evidencia científica. En esta sociedad muchos de nosotros hemos encontrado líderes y mentores, además de maestros y amigos.

Otro rasgo esencial del que no tengo duda alguna, es que la Sociedad crea identidad. Ser salubrista no es únicamente ocupar un cargo o tener una formación académica; implica asumir una manera de mirar la realidad, me atrevería a decir que incluso ser salubrista constituye un estilo de vida. El salubrista piensa en poblaciones, comunidades, riesgos, determinantes sociales, inequidades y derechos, evita a toda costa pensar en polítiquería y en beneficios personales. En la SMSP, esa identidad se fortalece porque cada integrante se reconoce en las experiencias de los demás.

Muchos socios llegamos a la salud pública desde caminos distintos, pero encontramos en la Sociedad una vocación común. La Sociedad nos permitió sentirnos parte de un cuerpo colectivo, de una tradición y de una misión compartida. Las tradiciones importan por que hablan de nosotros, de los que hemos sido, de los que somos y de los que seremos, no son solo "arcos reflejos" o "vicios institucionales", son las formas que hemos adoptado para sentirnos dignos y orgullosos.

Durante el periodo en que tuve el honor de Presidir esta querida sociedad, utilicé como lema una frase que hoy reivindicó: "Una voz orgullosa de ser salubrista".

Esta identidad profesional, con el tiempo, se transforma en vínculos amistosos y solidarios. La salud pública se ejerce muchas veces en condiciones difíciles: comunidades marginadas, emergencias epidemiológicas, desastres naturales, limitaciones presupuestales, tensiones políticas y desafíos institucionales. Frente a ello, la amistad entre salubristas no es superficial; nace del trabajo conjunto, de las jornadas de campo, de los congresos, de las discusiones técnicas, de los aprendizajes compartidos y de la conciencia de servir a una causa mayor y obvio, de las tradiciones.

La solidaridad salubrista adquiere especial importancia en un país diverso y desigual como México. La SMSP permite que quienes trabajan en entidades con mayores rezagos no se sientan aislados, sino acompañados por una red nacional. Permite que una experiencia local se convierta en aprendizaje colectivo; que una innovación estatal inspire a otras entidades; que un problema regional sea discutido en un foro nacional; y que una generación joven encuentre referentes en quienes han dedicado décadas al servicio público, la docencia y la investigación.

Finalmente, el valor de la Sociedad Mexicana de Salud Pública radica en que ha sabido convertir la diversidad en unidad. No elimina las diferencias de opinión, formación o trayectoria, sino que las ordena en torno a un principio superior: proteger y mejorar la salud de la población. En tiempos en que los sistemas de salud enfrentan fragmentación, presiones financieras, cambios epidemiológicos y retos de gobernanza, la SMSP sigue siendo necesaria como espacio de diálogo, memoria, crítica propositiva y fraternidad profesional.

La SMSP es, por tanto, una institución que integra a los salubristas del país porque les ofrece pertenencia, voz y propósito. En ella se confrontan ideas con respeto, se fortalecen proyectos, se comparten experiencias, se honra la trayectoria de quienes han abierto camino y se impulsa a nuevas generaciones. Su mayor legado no está sólo en sus congresos o publicaciones, sino en haber construido una comunidad de profesionales unidos por la convicción de que la salud pública es servicio, conocimiento, solidaridad y amor profundo por la salud pública y por México.

**"Que se escuche y que se escuche fuerte"**

**Cuauhtémoc Ruiz Matus**

## SMSP se suma a la Semana Nacional de Salud Pública 2026

**Dra. Adriana Stanford Camargo**

Directora de la Sección Técnica de Promoción de la Salud  
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

# Semana Nacional de SALUD PÚBLICA

23 al 30 de mayo de 2026

Salud en el Mundial Social 2026

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. se suma a las acciones de la Semana Nacional de Salud Pública 2026, que se realizará del 23 al 30 de mayo, en el marco de la estrategia "Salud en el Mundial Social 2026".

Agradecemos a la Secretaría de Salud Federal y, de manera particular, a la Dirección General de Políticas en Salud Pública, encabezada por el Dr. Daniel Aceves Villagrán, por la invitación a participar y sumar esfuerzos en esta importante jornada nacional. Esta colaboración reafirma la relevancia de articular capacidades institucionales, técnicas, académicas y comunitarias para fortalecer la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el autocuidado en la población.

La Semana Nacional de Salud Pública 2026 representa una oportunidad estratégica para impulsar acciones integrales orientadas al bienestar de las personas a lo largo del curso de vida, con énfasis en la actividad física, los estilos de vida saludables, la participación comunitaria y la corresponsabilidad social, se presenta como una oportunidad estratégica para avanzar en la consolidación del legado del Mundial Social 2026, no solo como un evento deportivo sino como plataforma de cambio.

La población beneficiada quedó como población en territorio nacional, con énfasis en grupos vulnerables (indígenas, personas con discapacidad, adultos mayores, niñas y niños de zonas rurales, personas en contexto de movilidad, entre otros).

Desde la SMSP, reconocemos la importancia de contribuir a este esfuerzo mediante la participación de nuestras Sociedades Filiales, secciones técnicas y comunidad salubrista, acompañando la implementación de actividades que acerquen la salud pública a los territorios, las escuelas, los espacios laborales, las unidades de salud y los espacios comunitarios.

Con esta participación, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. refrenda su compromiso con la construcción de una cultura de prevención, autocuidado y corresponsabilidad, convencida de que la salud pública se fortalece cuando instituciones, comunidades, academia, sociedad civil y organismos aliados trabajan de manera coordinada por el bienestar de México.



## Intervenciones de enfermería en náhuatl: una experiencia en comunidades indígenas

Mtro. Manuel de Jesús Chávez Chan,  
E.E.S.P. César Cerqueda Álvarez, Mtro. Alfredo Orozco Alonso,  
Dr. Francisco Javier Báez Hernández

En esta entrega contamos con la participación del Mtro. Alfredo Orozco Alonso es profesor-investigador de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). Es Licenciado en Enfermería por la Universidad Intercultural del Estado de Puebla y cuenta con la Especialidad en Enfermería en Salud Pública, así como con la Maestría en Enfermería, ambas por la BUAP. Es hablante de lengua náhuatl y ha participado como intérprete y traductor en lengua originaria en el ámbito de la promoción de programas públicos de salud, en colaboración con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) y el Instituto Poblano de los Pueblos Indígenas (IPPI), contribuyendo al fortalecimiento de la comunicación intercultural en los servicios de salud.

Su trayectoria profesional se ha desarrollado en diversas instituciones del sector salud y educativo, entre las que destacan CHRISTUS MUGUERZA Hospital UPA-EP, Ambulancias SERVIMED, la Escuela de Enfermería Gotinga y la Universidad del Valle de Puebla. En dichos contextos ha desempeñado actividades asistenciales, administrativas y docentes, impulsando la mejora de la calidad en la atención, el desarrollo de recursos humanos en salud y el perfeccionamiento permanente de los procesos de cuidado.

En el ámbito de la investigación, cuenta con producción científica publicada en revistas nacionales e internacionales, con énfasis en la salud de varones de pueblos originarios. Asimismo, ha participado como autor en carteles científicos y ponencias orales presentadas en congresos y encuentros académicos a nivel nacional e internacional.

### Introducción

La diversidad cultural y lingüística en los sistemas de salud constituye un reto a nivel mundial, que impacta directamente en la calidad de la atención y en el

acceso a los servicios sanitarios. En este sentido, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud significa que todas las personas y comunidades puedan utilizar servicios de salud integrales y de calidad cuando los necesiten.<sup>1</sup>

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, los pueblos indígenas enfrentan profundas desigualdades en salud derivadas de determinantes sociales como la pobreza, la exclusión y el limitado acceso a servicios de salud.<sup>2</sup> Como consecuencia de ello, dichas poblaciones se enfrentan a mayores barreras para recibir atención oportuna y de calidad; entre las principales barreras, destacan las de tipo geográficas, económicas y lingüísticas, las cuales restringen el acceso oportuno a servicios de salud adecuados y culturalmente pertinentes.<sup>3</sup>

En México, el derecho a la protección de la salud está reconocido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo que implica la obligación del Estado de garantizar servicios accesibles, de calidad y culturalmente adecuados.<sup>4</sup> Sin embargo, a pesar de los avances en cobertura, una proporción importante de la población enfrenta barreras para buscar u obtener atención médica, lo que evidencia brechas en la garantía de este derecho.<sup>5</sup> En este sentido, se destaca la necesidad de implementar estrategias de prevención culturalmente pertinentes, que incorporen la lengua materna y faciliten la comprensión de la información.<sup>6</sup> Dado que las enfermeras suelen ser el primer punto de contacto profesional para los pacientes en los sistemas de salud, la forma en que abordan las barreras lingüísticas en ese primer momento y a lo largo de la interacción influye en la experiencia y los resultados de los pacientes.<sup>7</sup>

En este sentido, la comunicación efectiva se reconoce como un elemento esencial para superar barreras culturales y establecer relaciones terapéuticas, sin embargo, la evidencia señala que la falta de comunicación en la lengua originaria de las personas genera insatisfacción en la atención y, por lo tanto, limita la comprensión del proceso salud-enfermedad.<sup>8,9</sup> Por ello, el desarrollo de competencias culturales en enfermería, que integre la empatía, las habilidades de comunicación y el respeto a las creencias, debe ser una prioridad en la formación de los profesionales de la salud, con competencias interculturales, capaces de responder a contextos diversos mediante modelos innovadores, multidisciplinarios y centrados en la persona.<sup>10,11</sup> Asimismo, se reconoce la necesidad en el ámbito de salud pública promover políticas y estrategias organizadas que garanticen el derecho a la salud, mediante enfoques interculturales e inclusivos.<sup>3,13</sup> En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo analizar la experiencia del profesional de enfermería en intervenciones en lengua originaria, como una estrategia para mejorar el acceso, la comprensión y la aceptación de acciones de prevención en salud en comunidades indígenas.

### **Experiencia del profesional de enfermería en intervenciones en lengua originaria**

La implementación de la intervención “Nikneki None-milis” (Cuido mi Cuerpo), en comunidades nahuas del estado de Puebla, fue una experiencia significativa que facilitó el acercamiento con los varones participantes, quienes mostraron mayor confianza, apertura y disposición para poder interactuar con el profesional de enfermería. Este resultado fue efectivo gracias al desarrollo de la intervención en el domicilio de los varones a través de la escucha activa, el diálogo horizontal y el respeto hacia las diferentes formas de entender el proceso salud-enfermedad.

En este sentido, al realizar la intervención, los varones referían no acudir al centro de salud, no solo por la lejanía de la unidad médica, sino también por la falta de atención en su lengua originaria, lo cual limitaba su comprensión y reforzaba esa inasistencia con los servicios sanitarios, además, se identificó un desconocimiento general sobre la gravedad del cáncer de próstata y la importancia del tamizaje prostático. Esta falta de información coincide con lo reportado sobre los bajos niveles de alfabetización en salud en América Latina, influenciados por factores como el nivel educativo, el contexto sociocultural y las barreras lingüísticas.<sup>3,8,14</sup> En México, el derecho a la protección de la

salud está descrito constitucionalmente; sin embargo, aún persisten brechas en el acceso a los servicios de salud, especialmente en poblaciones indígenas.<sup>4,6,15</sup>

Por otro lado, la intervención implementada, basada en la comunicación horizontal, la escucha activa, el respeto y el uso de la lengua náhuatl, permitió generar un ambiente de confianza, apertura y participación de los varones. Estos hallazgos coinciden con la evidencia que destaca la importancia de la comunicación efectiva en enfermería como elemento clave para superar barreras culturales y mejorar la relación con los pacientes que acuden a las unidades de salud.<sup>3,9,16</sup> En este sentido, el hecho de que los participantes se sintieran con mayor confianza, realizaran más preguntas y expresaran sus dudas al interactuar en su lengua materna, reafirma que el desarrollo de competencias culturales, como la empatía y la adaptación del lenguaje, es fundamental para mejorar la calidad de la atención en estas comunidades.

Asimismo, al inicio de la intervención los participantes no aceptaban realizarse la prueba de antígeno prostático, debido al desconocimiento y a la falta de información sobre la prueba y a la enfermedad, no obstante, en el grupo experimental se brindó una explicación clara y detallada, abordando aspectos como la ubicación de la próstata, la definición del cáncer de próstata, sus signos y síntomas, los factores de riesgo, las complicaciones, los métodos de detección y las formas de prevención, posteriormente se les ofrecía la prueba de antígeno prostático, logrando que los varones aceptaran realizarla.

En contraste, con el grupo control, donde no se implementó la intervención, los participantes continuaron sin aceptar la prueba; esta diferencia permitió evidenciar, desde la experiencia directa, que la intervención fue significativa para incidir en la aceptación de la prueba de antígeno prostático y generar conductas promotoras de salud en varones de pueblos originarios, para disminuir el riesgo de padecer cáncer de próstata. Esta vivencia reafirmó la importancia de la pertinencia cultural, el uso de la lengua materna y el fortalecimiento de competencias comunicativas en el personal de enfermería para mejorar el acceso, la comprensión y la toma de decisiones en salud dentro de estas comunidades.

Lo anterior, coincide con lo reportado por diversos autores, quienes señalan que la ausencia de comunicación en lengua originaria es un factor determinante que limita la comprensión de la información y el acce-

so efectivo a los servicios de salud,<sup>5,9,17</sup> situación que se evidenció claramente en el grupo control, donde los participantes continuaron sin aceptar la prueba.

Por otra parte, los resultados obtenidos muestran que, al inicio, tanto el grupo control como el experimental presentaban una negativa hacia la realización de la prueba de antígeno prostático, lo cual coincide con lo reportado en la literatura respecto a la presencia de barreras socioculturales, percepciones negativas y falta de información que limitan la participación en programas de tamizaje.<sup>6,13,16</sup>

Sin embargo, tras la implementación de la intervención en el grupo experimental, se logró una mayor aceptación de la prueba, lo que evidencia el impacto positivo de estrategias educativas culturalmente pertinentes, tal como se recomienda en estudios que destacan la necesidad de incorporar la lengua materna y adaptar los contenidos para mejorar la efectividad de las intervenciones.<sup>17-20</sup> En este contexto, la falta de comunicación en lengua originaria se ha identificado como una de las principales limitantes para la comprensión de la información y el acceso efectivo a los servicios de salud.<sup>21,22</sup>

Finalmente, algunos participantes, tras comprender la importancia de la detección oportuna, manifestaron su disposición para realizarse la prueba, e incluso declararon su interés por motivar a otros varones de la comunidad a participar en el proyecto. Este cambio evidenció el impacto positivo de una intervención culturalmente pertinente, asimismo, se identificó que el acompañamiento cercano del profesional de enfermería, mediante el uso de lenguaje de la comunidad fue un elemento clave para favorecer la aceptación.

## Conclusiones

Más allá de la disponibilidad de servicios, el verdadero acceso a la salud implica ser comprendido y atendido desde la propia cultura, la experiencia del profesional de enfermería en comunidades indígenas evidencia que hablar la misma lengua, no solo facilita la comunicación con las personas originarias de estas comunidades, sino que construye mayor confianza y dignifica la atención que se proporciona. Por ello, los servicios de salud deben cambiar para adaptarse a las personas, especialmente, en las comunidades indígenas, en donde se respete su lengua y su cultura porque solo así se puede brindar una atención realmente equitativa y humana.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 8 abril de 2026]. Disponible en: <http://iris.paho.org>
2. Organización Panamericana de la Salud. Proteger las lenguas indígenas para proteger el derecho a la salud y el bienestar [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 8 abril de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/12-8-2025-protoger-lenguas-indigenas-para-protoger-derecho-salud-bienestar>
3. Arana-Bustamante E. Principales barreras de acceso a la salud para las poblaciones indígenas de México [Internet]. Cuernavaca: Escuela de Salud Pública de México; 2024 [citado 8 abril de 2026]. Disponible en: <https://revista.espm.mx/nota-principales-barreras-de-acceso-a-la-salud-para-las-poblaciones-indigenas-de-mexico-1>
4. Diario Oficial de la Federación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 5 de febrero de 1917 [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 1917 [actualizado 2024; citado 9 abril de 2026]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
5. Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte BE, Bautista-Ruiz OA, Toledo-Cruz RJ, de la Rosa-Cruz SA, Alcalde-Rabanal J, Mejía-Marengo JA. Innovación pedagógica para mejorar la calidad del trato en la atención de la salud de mujeres indígenas. Salud Pública Mex [Internet]. 2021 [citado 9 abril de 2026]; 63: 51-59. DOI: <https://doi.org/10.21149/11362>
6. Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Sánchez-Domínguez M, Meléndez-Navarro D, Freyermuth-Enciso G. Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. Salud Pública Mex [Internet]. 2020 [citado 10 abril de 2026]; 62 (6): 810-819. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342020000600810&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000600810&lng=es).
7. Gerchow L, Burka LR, Miner S, Squires A. Language barriers between nurses and patients: A scoping review. Patient Educ Couns [Internet]. 2021 [citado 10 abril de 2026]; 104 (3): 534-553. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8011998/>
8. Sánchez-Sanabria LA, Pérez-Ramírez JE, Villavicencio-Caparró E. Alfabetización en salud en América Latina: una revisión de intervenciones en atención primaria. Tesla Rev Cient [Internet]. 2025 [citado 10 abril de 2026]; 5 (1). DOI: <http://doi.org/10.55204/trc.v5i1.e477>
9. Bautista-Vázquez A, Moreno-Antonio J, Parra-Torres NM. Evaluación de la atención de enfermería en pacientes hablantes de lengua originaria. En: Capítulo 1 [Internet] Editorial CID; 2022 [citado 11 de abril de 2026]. DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_w766](https://doi.org/10.37811/cl_w766)
10. Hernández-Prado B, Nava-Amaya MM, Lazcano-Ponce E. Formación de profesionales en salud pública para fortalecer el sistema de salud: la ESPM. Salud Pública Mex [Internet]. 2024 [citado 11 abril de 2026]; 66 (5): 759-766. DOI: <https://>

11. Velásquez-Troncoso JA, Díaz-Cueto IB, Becerra-Fuentes EA, Aguayo-Torres AT, González-Nahuelquin CA. Competencias culturales en enfermeras de atención primaria: una revisión cualitativa. *Musas* [Internet]. 2025 [citado 11 abril de 2026]; 10 (1): 41-67. DOI: <https://doi.org/10.1344/musas2025.vol10.num1.3>
12. Monterde-López H. La enseñanza del náhuatl como segunda lengua a estudiantes de enfermería en la Universidad Intercultural del Estado de Puebla. *Rev Pares* [Internet]. 2025 [citado 11 abril de 2026]; 5 (2): 135-143. Disponible en: <https://revistapares.com.ar/wp-content/uploads/2025/12/4.-La-ensenanza-del-nahuatl-como-segunda-lengua-a.pdf>
13. Lazcano-Ponce EC. Los pilares de los sistemas de salud: salud pública, salud global y atención primaria a la salud. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2025 [citado 12 abril de 2026]; 67 (3): 224-226. DOI: <https://doi.org/10.21149/17123>
14. Orozco-Alonzo A, Báez FJ, Nava-Navarro V, Zenteno-López MA, Morales-Nieto A, Álvarez-Blanco VM. Intervenciones hacia la prueba de antígeno prostático: una revisión rápida de literatura. *Enferm Glob* [Internet]. 2023 [citado 12 abril de 2026]; 22 (72): 545-570. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412023000400019&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000400019&lng=es).
15. Vértiz-Ramírez JJ, Ramírez-Palacios P, Ríos-Cazares G, Sánchez-Domínguez MS, Ochoa-Torres MP, De Negri-Filho AA, Saturno-Hernández PJ. Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2024 [citado 12 abril de 2026]; 66 (4): 556-570. DOI: <https://doi.org/10.21149/16199>
16. Martín-Dorantes MA, Rochel-Pérez EA, Chi-Méndez CG, Bastarrachea-Solis MA, Flores-Tapia JP, Méndez-Domínguez N. "No he escuchado que nadie conocido haya muerto por eso": percepciones sobre la prevención del cáncer de próstata en un grupo de hombres de Yucatán. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2024 [citado 13 abril de 2026]; 84 (5): 1-12. DOI: <https://doi.org/10.48193/z43crz10>
17. Pérez-Pinto MG, Aquino-Zuñiga SP, Cisneros-Chacón EJ, Bertolini Díaz GM. Evaluación del plan de estudios de enfermería intercultural en una universidad del sureste de México: percepción de egresados y empleadores. *Teuken Bidikay* [Internet]. 2023 [citado 13 abril de 2026]; 14 (23): 123-141. DOI: <https://doi.org/10.33571/teuken.v14n23a8>
18. Soberano-Serrano AA, Valencia-Moreno JM, Mejía-Victoria OD, Martínez-Rodríguez RA. Prevención de cáncer de mama desde una perspectiva de género. En: Martínez-Arellano N, Del Cid-García CJ, Boroel-Cervantes BI, Velasco-Aulcy L, Vargas-Contreras E. Coord. Uniendo saberes. Retos y avances en torno a los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2025 [citado 13 abril de 2026]. DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20255558>
19. Venegas-Ramírez J, Tene-Corona DI. Protocolo de atención integral de cáncer de próstata. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2024 [citado 14 abril de 2026]; 84 (5): e01. DOI: <https://doi.org/10.48193/sc8cx295>
20. Orozco-Alonzo A, Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Morales-Nieto A, Blanco-Álvarez VM, Zenteno-López MA. Intervención en náhuatl para la aceptación de la prueba de antígeno prostático. *Index Enferm* [Internet]. 2025 [citado 14 abril de 2026]; 34 (1): e15506. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/ie/e15506>
21. Angamarca-Yupa JY, Guerrero-Arrieta KG. Estrategias de gestión intercultural para el abastecimiento de insumos médicos en comunidades Shuar y Achuar del cantón Taisha. *Zambos* [Internet]. 2026 [citado 15 abril de 2026]; 5 (1). Disponible en: <https://revistaczambos.utelvtsd.edu.ec/index.php/home/article/view/159>
22. Naydelin-Yeresbi SJ. Integración de políticas públicas de salud interculturales en México para garantizar el derecho a la salud de las comunidades indígenas. *Ciencia Latina* [Internet]. 2024 [citado 15 abril de 2026]; 8 (5): 13908-2. DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i5.14833](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.14833)

**Memoria** fotográfica



# Participación del Laboratorio de Salud Pública en la prevención y control de enfermedades transmitidas por vector en México

**Dr. Juan Francisco Román Pedroza**

Director de la Sección Técnica de Laboratorios de Salud Pública  
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

El Laboratorio de Salud Pública (LSP) desempeña un papel fundamental en la vigilancia entomológica de las enfermedades transmitidas por vector (ETV) en México. Su trabajo va más allá del diagnóstico, ya que genera información clave para orientar las políticas y acciones de prevención y control de estas enfermedades.

## **Identificación de riesgos y detección oportuna de brotes**

Una de las principales contribuciones del LSP es la identificación temprana de riesgos y detección de brotes de ETV. A través de la vigilancia entomológica rutinaria, el LSP monitorea las poblaciones de mosquitos vectores, determinando su abundancia, distribución y comportamiento (Fernández-Salas et al., 2015). Esto permite detectar cambios en los patrones de transmisión, como aumentos inusuales en la densidad de vectores o la aparición de nuevas especies en ciertas áreas. Por ejemplo, en 2018 el LSP identificó por primera vez la presencia del mosquito *Aedes albopictus*, vector potencial de dengue, chikungunya y zika, en el estado de Nuevo León (Ortega-Morales et al., 2018).

Además, el LSP realiza la búsqueda activa de virus en los mosquitos capturados mediante técnicas moleculares como RT-PCR. Esto permite detectar la circulación de patógenos en los vectores antes de que se manifiesten casos humanos, actuando como un sistema de alerta temprana (Ordóñez-León et al., 2019). Esta información es fundamental para que las autoridades de salud puedan tomar medidas oportunas de prevención y control, como la intensificación de las acciones de eliminación de criaderos, el rociado espacial de insecticidas o las campañas de educación a la comunidad, focalizadas en las zonas de mayor riesgo.

Orientación de las estrategias de prevención y control  
El LSP también aporta información valiosa para orientar las estrategias de prevención y control de ETV a mediano y largo plazo. A través de estudios especiales, como los de comportamiento y dinámica poblacional de vectores, se pueden identificar los factores que favorecen su proliferación y los sitios clave para su control (Cuéllar-González et al., 2018).

Por ejemplo, se ha encontrado que ciertos tipos de criaderos, como los tambos y tanques bajos, son los más productivos para *Aedes aegypti* en algunas localidades (Ordóñez-León et al., 2019). Esto sugiere que las estrategias de control larvario deben enfocarse prioritariamente en estos recipientes.

Asimismo, los estudios de resistencia a insecticidas realizados por el LSP son críticos para seleccionar los productos más efectivos a utilizar en las campañas de rociado y evitar el desperdicio de recursos en insecticidas que ya no funcionan adecuadamente debido a la resistencia (Villacís et al., 2020).

Los mapas entomológicos de riesgo generados a partir de los datos del LSP también son una herramienta valiosa para estratificar las áreas según su vulnerabilidad y priorizar las intervenciones en las zonas de mayor transmisión (Arredondo-Jiménez et al., 2019).

## **Evaluación del impacto de las intervenciones**

Otra contribución importante del LSP es la evaluación del impacto de las intervenciones de prevención y control de ETV. A través del monitoreo continuo de los indicadores entomológicos, como los índices larvarios y de adultos, antes y después de las acciones de control, se puede medir objetivamente la efectividad de las estrategias implementadas (González Fernández et al., 2019).

Por ejemplo, en un estudio en Veracruz, se evaluó el impacto del rociado residual intradomiciliario y la aplicación de larvicidas en la reducción de las poblaciones de *Ae. aegypti*. Se encontró que ambas intervenciones disminuyeron significativamente los índices entomológicos, siendo el rociado más efectivo (Rodríguez-Castro et al., 2019).

Esta retroalimentación permite a los tomadores de decisiones ajustar y mejorar continuamente las estrategias de prevención y control, optimizando el uso de los recursos y aumentando su costo-efectividad.

Fortalecimiento de capacidades y asesoría técnica Finalmente, en México, los LSP se encuentran a nivel estatal bajo la denominación de Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP) a través de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP) y bajo la rectoría del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), cumple una función esencial de fortalecimiento de capacidades y asesoría técnica a nivel de entidad. El InDRE brinda capacitación continua al personal de los LSP estatales en las técnicas de diagnóstico entomológico, control de calidad y bioseguridad. También transfiere nuevas metodologías y tecnologías desarrolladas, como las pruebas moleculares para detección de virus (Martínez-Ibarra et al., 2018).

Además, el InDRE proporciona asesoría técnica y respaldo a los LSP ante brotes o situaciones de emergencia, asegurando un abordaje estandarizado y de calidad en todo el país (Secretaría de Salud, 2022). Este acompañamiento permanente garantiza que los LESP cuenten con las capacidades necesarias para generar información entomológica confiable y oportuna para la toma de decisiones en sus respectivos estados.

En conclusión, la RNLSP y en coordinación con el InDRE, no solo realiza el diagnóstico entomológico de las ETV, sino que es un actor estratégico en la generación de evidencia para orientar las políticas y acciones de prevención y control de estas enfermedades en México.

Su trabajo en la identificación de riesgos, detección de brotes, orientación de estrategias, evaluación de impacto y fortalecimiento de capacidades, es fundamental para reducir la carga de las ETV y proteger la salud de la población. Por ello, es indispensable seguir fortaleciendo y apoyando la labor de los LSP como un componente clave del abordaje integral de estas enfermedades en el país.

## Referencias

1. Arredondo-Jiménez, J. I., Ortega-Morales, A. I., Ávila-Rodríguez, E. H., Lozano-Fuentes, S., & Fernández-Salas, I. (2019). Vigilancia entomológica integral de riesgos para la salud pública y control vectorial. *Gaceta Médica de México*, 155, S83-S92. <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v155s1/0016-3813-gmm-155-s1-83.pdf>
2. Cuéllar-González, G., Correa-Morales, F., Sánchez-Tejeda, G., González-Acosta, C., Pérez-Rentería, C., López-Parra, M., & Valdéz-Tah, A. (2018). Vigilancia entomológica del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vector en Guerrero, México, durante 2013-2016. *Biomédica*, 38, 159-169. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.4010>
3. Fernández-Salas, I., Danis-Lozano, R., Casas-Martínez, M., Ulloa, A., Bond, J. G., Marina, C. F., ... & Díaz-González, E. E. (2015). Historical inability to control *Aedes aegypti* as a main contributor of fast dispersal of chikungunya outbreaks in Latin America. *Antiviral research*, 124, 30-42. <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2015.10.015>
4. González Fernández, M., Ibarra Juárez, L. A., Mancilla Ramírez, J., Sánchez Tejeda, G., & Díaz Quiñonez, J. A. (2019). Evaluación de la eficacia del rociado intradomiciliario con insecticida para el control del vector del dengue. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*, 33(131). <http://www.enfermedadesinfecciosas.com/index.php/eip/article/view/390>
5. Martínez-Ibarra, J. A., Noguera-Torres, B., Montero-Alva, D. M., Canales-Reyes, P. G., Bustos-Bahena, M. L., & Montañez-Valdez, O. D. (2018). El papel del diagnóstico entomológico en las actividades de vigilancia y control de los vectores. *Entomología mexicana*, 5, 10-15. <https://www.socmexent.org/entomologia/revista/2018/EA/EM0502018010-015.pdf>
6. Ordóñez-León, A. K., Guadarrama-Olmos, J. C., Ramírez-Reyes, A. J., Caamal-Ley, A. D., Fernández-Salas, I., & López-Ordóñez, T. (2019). Importancia del diagnóstico entomológico especializado en la vigilancia epidemiológica del dengue en Matamoros, Tamaulipas. *Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, 66(1), 10-16. <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2019/pt191c.pdf>
7. Ortega-Morales, A. I., Siller-Rodríguez, Q. K., Rodríguez-Tovar, M. L., Presa-Rodríguez, J. E., & García-Jiménez, J. (2018). First records of *Aedes albopictus* in Nuevo Leon State, northern Mexico. *Journal of Vector Ecology*, 43(2), 314-317. <https://doi.org/10.1111/jvec.12308>
8. Rodríguez-Castro, V. A., Delgadillo-Ángeles, B., Sánchez-Tejeda, G., Barrientos-Lozano, L., & Correa-Morales, F. (2019). Evaluación del rociado residual intradomiciliario y la aplicación de larvicidas para el control de *Aedes aegypti* en una zona urbana de Veracruz, México. *Revista Biomédica*, 30(2), 16-22. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v30i2.662>
9. Secretaría de Salud. (2022). Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública. <https://www.gob.mx/salud/documentos/red-nacional-de-laboratorios-de-salud-publica>
10. Villacís, A. G., Ramírez-Martínez, J. L., Quiñonez-Díaz, L., Rodríguez-Vargas, M. A., Pineda-Rodríguez, S. A., & Figueroa-Núñez, J. M. (2020). Actualización de la distribución de *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* en México con datos entomológicos generados por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública. *Salud Pública de México*, 62(6), 707-714. <http://dx.doi.org/10.21149/11391>

# Primary Health Care: Ante todo y entre todas y todos Primero la Salud Cuidar. Una traducción que acciona la “Atención Primaria de Salud”

**Dr. Rosbel Toledo Ortiz**

Director de la Sección Técnica de Atención Primaria Salud Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



## Introducción

En el vasto y complejo paisaje de la salud pública, las palabras no son meros contenedores de ideas; son puentes que conectan visiones colectivas con acciones concretas. Desde la Declaración de Alma-Ata en 1978, el concepto de Primary Health Care (PHC) ha sido un faro para la equidad y la integralidad en la salud [1]. Sin embargo, su traducción al español como “Atención Primaria de Salud” (APS) ha generado un velo de confusiones que, tras décadas de análisis, revela una distorsión profunda.

Esta traducción no solo simplifica, sino que su visión holística se ha entendido como una reducción a un mero nivel operativo, priorizando la “atención” entendida como intervención médica reactiva ante la enfermedad, sobre el “cuidado”, que abarca un espectro más amplio de prevención, promoción y empoderamiento comunitario [6][7][8][9].

Paul Hersch, en su exploración de los procesos de atención-desatención en la salud colectiva, nos invita a diferenciar estos términos con precisión. La “atención” se centra en resolver problemas específicos, como diagnosticar y tratar dolencias, pero a menudo descuida las dimensiones éticas, interculturales y sociales que configuran la vulnerabilidad humana. En contraste, el “cuidado” es un proceso integral que abraza la integralidad del ser: no solo cura, sino que protege, nutre y previene, reconociendo que la desatención, esa omisión sutil o estructural, puede ser tan dañina como la enfermedad misma [5].

Esta distinción resuena en las críticas de figuras como el Dr. David Tejada de Rivero que señaló la traducción

actual subvalora el “primary” que es algo “esencial” o “prioritario” reduciéndolo a lo “básico”, y propone como alternativa “El cuidado integral de la salud para todos y por todos” o el Dr. Rafael Lozano quien propone “el cuidado primordial de la salud” [6][7][8][9].

Aunque estas opciones buscan rescatar la amplitud del “care”, no siempre evoca con claridad la urgencia colectiva y multisectorial que demanda el concepto original.

### **Para replantear esta traducción, es esencial aclararla en los componentes de la APS.**

Estos componentes no son compartimentos aislados, sino rubros interconectados que estructuran un enfoque sistémico tomados de su definición renovada en Astaná en 2018: La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad [whole-of-society approach] y que tiene por objeto maximizar el nivel y la distribución de la salud y bienestar mediante tres componentes: a) servicios de salud integrados y centrados en la atención primaria y las funciones esenciales de salud pública; b) la política y la acción multisectoriales; y c) la capacidad de acción y decisión de las personas y las comunidades.

**1.- Sistemas de salud integrados con énfasis en la AP y FESP:** Incluye la coordinación de los tres niveles de atención, con énfasis en la atención primaria y redes integradas que garanticen continuidad y accesibilidad. En este rubro, el cuidado trasciende la atención médica para incorporar innovación digital, resiliencia ante emergencias y una pirámide de impacto que va de la promoción en entornos saludables a intervenciones individuales [3].

**2.- Políticas y acciones multisectoriales:** Este componente abarca la colaboración entre sectores como educación, vivienda, medio ambiente y economía, reconociendo que la salud no se gesta solo en consultorios, sino en entornos cotidianos. Aquí, el cuidado primordial implica políticas que prioricen la equidad y la prevención de determinantes sociales de la enfermedad [2].

**3.- Empoderamiento de poblaciones y comunidades:** Es el componente donde las comunidades se convierten en actores activos. Se enfoca en la participación intercultural, la educación para la salud y el fortalecimiento de capacidades locales, ya que es en estos espacios donde se originan tanto las enfermedades como las soluciones colectivas.

Estos componentes integran dimensiones del bienestar como lo social, ocupacional, intelectual, financiero y físico, ampliando el cuidado más allá de lo biomédico [10].



**Las Esferas de la APS: Atención, Protección, Promoción y Cuidado.**

Las esferas de la Atención Primaria de Salud (APS) que he descrito en otros artículos, son dimensiones interrelacionadas —atención, protección, promoción y cuidado— que expanden sus componentes clave y se alinean con la visión integral de la OPS/OMS [2][10][11].

La atención resuelve necesidades de salud en diversos niveles, priorizando accesibilidad, continuidad, coordinación, integralidad y centralidad en la persona; la protección previene riesgos individuales y colectivos mediante niveles primaria, secundaria y terciaria, miti-

gando determinantes sociales; la promoción fomenta hábitos y entornos saludables vía acciones multisectoriales y “salud en todas las políticas”; y el cuidado trasciende lo reparativo, integrando participación comunitaria y gobernanza para abordar dimensiones holísticas, como detalla “La Acción Comunitaria para Mejorar los Determinantes de la Salud” (2025) [10].

Estas esferas fortalecen un enfoque sistémico donde el cuidado primordial integra acciones para equidad y resiliencia, recordando que el Primary Health Care (PHC) es una estrategia dinámica que exige traducir principios éticos.

Esto evoca la máxima hipocrática “primum non nocere” (lo primero es no dañar), que prioriza la precaución ética; análogamente, una traducción adecuada de PHC debe invocar prioridad absoluta para evitar daños y cuidar proactivamente la salud integral, reconociendo inequidades sistémicas, desatenciones culturales y omisiones comunitarias.

De manera análoga, una traducción adecuada de Primary Health Care debería invocar esa prioridad absoluta: no solo evitar el daño, sino cuidar proactivamente la salud en todas sus dimensiones. “Lo primero es no dañar” se transforma en un llamado colectivo a anteponer el bienestar integral, reconociendo que el daño no solo proviene de errores médicos, sino de inequidades sistémicas, desatenciones culturales y omisiones comunitarias.



Inspirado en esta reflexión, propongo una traducción que capture la esencia inclusiva, prioritaria y accionable de PHC: “Ante todo y entre todas y todos, Primero la salud cuidar”. Esta frase no es solo un lema; es una invitación a la acción colectiva que resulta origi-

nal, potente y profundamente fiel al espíritu que David Tejada de Rivero defendió hasta el final de su vida (9 días después de la reunión de Astaná).

“Ante todo” enfatiza que, en la economía social, todas las acciones multisectoriales —desde la construcción de infraestructuras como caminos, banquetas, drenaje y alumbrado público, hasta políticas económicas para alimentos, bienes y servicios, políticas educativas, edición de libros, espacios de recreación y deportivos, etc— deben priorizar la protección y cuidado de la salud individual y colectiva. Esto implica aplicar “salud en todas las políticas” con un enfoque ético, evaluando los impactos en salud antes de cualquier decisión gubernamental, privada o cotidiana, para garantizar un enfoque multisectorial integral, evitar riesgos y promover ambientes generadores de salud.

“Entre todas y todos” da en el clavo más profundo: es la esencia participativa de la APS (“para todos y por todos”), haciéndolo inclusivo con lenguaje de género actual, algo que Tejada celebraría al enfatizar la “comunidad” como sujeto activo, no pasivo [1][8], pero también nos recuerda la participación, evoca el enfoque societal y el empoderamiento comunitario reconociendo que la salud es una responsabilidad y un bien compartido.

La palabra “Primero” en la frase captura con precisión la visión de Tejada de Rivero sobre “primary”: no como algo “básico” o “primitivo”, sino primordial, nuclear y prioritario en orden de importancia, ofreciendo la mejor traducción del término que él reivindicó [7][8][9].

Por su parte, “Cuidar” (en lugar de “atención”) se alinea con sus críticas, al rechazar la reducción de “care” a un servicio vertical y restaurar un enfoque horizontal, relacional y compasivo [7]; una forma de entender el Cuidado en español latinoamericano es “Procurar el bien y el bienestar”. La inversión poética en “la salud cuidar” le imprime un ritmo de consigna movilizador, ideal para campañas, talleres o movimientos, más que jerga técnica [7]. En resumen, esta propuesta es más fiel al espíritu genuino de Alma-Ata y a la visión actual de Astaná que la traducción oficial “Atención Primaria de Salud”, y resulta más orientadora que la alternativa de Tejada “Cuidado integral de la salud para todos y por todos” [7][8].



Además, “Primero la salud cuidar” evoca “primum non nocere”, rescatando “primary” como lo esencial y “care” como un cuidado amplio que integra las esferas de la APS: cuidado, promoción, protección y atención (impulsar la salud, prevenir, integrar y empoderar, sin limitarse a intervenciones reactivas).

Esta propuesta nos invita a reflexionar: ¿Y si, al repensar la traducción, transformamos también nuestra práctica? En un mundo post-pandemia, donde las inequidades se han exacerbado, adoptar “Primero la salud cuidar” podría ser el catalizador para sistemas más resilientes y justos [4]. No se trata solo de palabras, sino de un compromiso ético que, como Hipócrates nos enseñó, comienza por no dañar y evoluciona hacia cuidar activamente, juntos.

¿Qué acciones tomaríamos si, en cada paso, priorizáramos este cuidado primordial? Es fresca, potente, inclusiva y honra de verdad el legado de Tejada (mucho más que muchas traducciones académicas serias).

Ante todo y entre todas y todos, primero la salud cuidar, es de esas frases que la gente recuerda y repite, con alma de movimiento y que proyecta en todos los escenarios sociales.

## Referencias

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: WHO; 1978. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf>
2. World Health Organization. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Kazakhstan, 25-26 October 2018. Geneva: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
3. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337641/9789240017832-eng.pdf>
4. World Health Organization. Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c67e7a15-e6e6-487a-8292-8af49d3bd790/content>
5. Hersch-Martínez P, Salamanca-González MG. El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. Rev Fac Nac Salud Pública. 2022;40(1). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/358444521\\_El\\_cuidado\\_y\\_los\\_procesos\\_de\\_atencion-desatencion\\_como\\_referentes\\_analiticos\\_y\\_operativos\\_para\\_la\\_salud\\_colectiva](https://www.researchgate.net/publication/358444521_El_cuidado_y_los_procesos_de_atencion-desatencion_como_referentes_analiticos_y_operativos_para_la_salud_colectiva)
6. Lozano R. Atención o cuidado a la salud. El Economista [Internet]. 2025 Feb 12 [cited 2026 Mar 16]. Disponible en: <https://www.economista.com.mx/opinion/atencion-cuidado-salud-20250212-746030.html>
7. Tejada de Rivero DA. Lo que es la atención primaria de salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013;30(2):283-7. Disponible en: [https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttextCpid=S\\_1726-46342013000200020](https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttextCpid=S_1726-46342013000200020)
8. Tejada de Rivero DA. Alma-Ata: 25 años después. Perspect Salud. 2003;8(2):15-23. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dirca/mat/matbiblio/tejada.pdf>
9. Tejada de Rivero DA, Carbone-Campoverde F. Cuarenta años después de Alma-Ata: la actualidad de sus conceptos fundamentales. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2018;35(4):675-677. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/330768731\\_Cuarenta\\_años\\_después\\_de\\_Alma\\_Atá\\_la\\_actualidad\\_de\\_sus\\_conceptos\\_fundamentales](https://www.researchgate.net/publication/330768731_Cuarenta_años_después_de_Alma_Atá_la_actualidad_de_sus_conceptos_fundamentales)
10. 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. Rev Salud Pública. 2025:66-70. Disponible en: [https://www.smsp.org.mx/docs/revista/de\\_salud\\_publica\\_2025.pdf](https://www.smsp.org.mx/docs/revista/de_salud_publica_2025.pdf)
11. Toledo-Ortiz R. A propósito del "Día Mundial de la Atención Primaria de Salud". LaSalud.mx [Internet]. 2025 Apr 15 [cited 2026 Mar 16]. Disponible en: <https://lasalud.mx/2025/04/15/a-proposito-del-dia-mundial-de-la-atencion-primaria-de-salud>

# Síndrome metabólico (SM) y su transición epidemiológica en México

**MSP Juan Carlos Navarro-Guerrero**

Director de la Sección Técnica de Enfermedades Crónicas  
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

**Dr. Andreu Coma-García**

Director de la Sección Técnica de Genómica en Salud Pública  
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

## Introducción

Desde inicio del siglo XX diferentes expositores de la medicina empezaron a relacionar el hoy conocido Síndrome Metabólico con algunas cualidades clínicas de la época como el Dr. Eskyl Kylyn médico sueco, asociándolo con la hipertensión arterial, hiperglucemia y la gota, aunque fue un estudio observacional y único, en lo subsecuente inmediato no se alcanzó a profundizar su mecanismo (1). En la década de los 40's del siglo pasado, el Dr. Jean Vague médico francés, observó la relación de la obesidad abdominal (obesidad en pera) quienes tenían mayor tendencia a las enfermedades cardiovasculares y particularmente a complicaciones propias de la Diabetes Mellitus. (2).

El investigador Gerald Reaven fue pionero en describir un conjunto de alteraciones metabólicas interrelacionadas que denominó "Síndrome X", hoy ampliamente reconocido como el núcleo fisiopatológico del síndrome metabólico. En su planteamiento, la resistencia a la insulina se erige como el mecanismo central que vincula diversas anormalidades clínicas, entre ellas la intolerancia a la glucosa, la elevación sostenida de la presión arterial y las alteraciones en el metabolismo de los lípidos, particularmente el aumento de triglicéridos y la disminución de lipoproteínas de alta densidad (HDL). Este enfoque integrador permitió comprender que dichas condiciones no ocurren de manera aislada, sino que comparten una base común que incrementa significativamente el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular, consolidando así un cambio de paradigma en la comprensión de las enfermedades metabólicas (3). En 1998, la Organización Mundial de la Salud mar-

có un hito en la conceptualización del síndrome metabólico al proponer la primera definición operacional de esta entidad, integrándola formalmente como un diagnóstico clínico con criterios específicos. Este planteamiento se centró en la resistencia a la insulina como el elemento fisiopatológico fundamental, considerándola un requisito indispensable para el diagnóstico, ya sea de forma directa o a través de manifestaciones clínicas como la intolerancia a la glucosa o la diabetes mellitus tipo 2. A partir de esta propuesta, la OMS estableció que, además de la evidencia de resistencia a la insulina, debían coexistir al menos dos factores adicionales, entre ellos la hipertensión arterial, la dislipidemia (caracterizada por hipertrigliceridemia y/o niveles bajos de colesterol HDL), la obesidad —especialmente de tipo central— y la microalbuminuria. Este enfoque permitió integrar en un solo constructo clínico diversas alteraciones metabólicas previamente estudiadas de forma aislada, facilitando su identificación temprana y su abordaje integral en la práctica médica (4).

La importancia de esta definición radica en que consolidó el concepto del síndrome metabólico como un conjunto de factores interrelacionados con una base fisiopatológica común, reforzando la hipótesis previamente planteada por Gerald Reaven sobre el papel central de la resistencia a la insulina. Asimismo, sentó las bases para el desarrollo de criterios diagnósticos posteriores, como los del NCEP-ATP III y la Federación Internacional de Diabetes, los cuales buscaron simplificar su aplicación clínica. En 2005, la Federación Internacional de Diabetes (IDF) propuso una nueva definición global del síndrome metabólico con el objetivo de unificar criterios diagnósticos aplicables en la práctica clínica y epidemiológica. En

esta propuesta, la obesidad abdominal fue establecida como un requisito indispensable para el diagnóstico, medida a través de la circunferencia de la cintura. Este enfoque se basó en la evidencia creciente que identifica la adiposidad central como el eje fisiopatológico común que vincula los distintos componentes del síndrome metabólico, incluyendo la resistencia a la insulina, la dislipidemia y la hipertensión. Además, la IDF incorporó puntos de corte específicos según el grupo étnico, reconociendo la variabilidad en el riesgo cardiometabólico entre diferentes poblaciones (5).

### **¿Qué es el síndrome metabólico?**

El síndrome metabólico no se considera una enfermedad única, sino un conjunto de factores de riesgo donde las investigaciones actuales se centran en el papel de la inflamación crónica de bajo grado y el impacto del estilo de vida moderno en su desarrollo; así mismo, el clima industrializado de las Américas ha conllevado la presencia de conductas alimenticias erróneas, así como la presencia del sedentarismo, por mencionar. Hoy en día, el conjunto de trastornos metabólicos que definen el síndrome metabólico incluye obesidad central, resistencia a la insulina, hipertensión arterial y dislipidemia aterogénica con la disminución de colesterol-HDL, y la elevación de colesterol-LDL, así como también la generación de estado protrombótico (elevación en sangre del fibrinógeno o inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1) y estado proinflamatorio (elevación en sangre de la proteína C reactiva) (6).

### **Etiología**

El síndrome metabólico es una entidad de origen multifactorial en la que convergen factores genéticos y ambientales. Entre estos últimos, destacan los hábitos alimentarios inadecuados, caracterizados por dietas hipercalóricas y de baja calidad nutricional, así como el sedentarismo, los cuales favorecen el desarrollo de obesidad, particularmente de distribución central o visceral.

En este contexto, la adiposidad abdominal constituye el eje fisiopatológico del síndrome. El tejido adiposo visceral se comporta como un órgano endocrino y metabólicamente activo, capaz de modular múltiples vías bioquímicas, lo que condiciona el desarrollo de resistencia a la insulina, considerada un mecanismo central en la patogénesis del síndrome metabólico.

A nivel fisiopatológico, la expansión del tejido adiposo se asocia con la liberación de adipocinas y citocinas proinflamatorias, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), leptina, adiponectina, resistina y el inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1 (PAI-1). Estas moléculas inducen un estado de inflamación crónica de bajo grado, que interfiere con la señalización de la insulina a nivel celular, promoviendo la resistencia insulínica y favoreciendo alteraciones metabólicas como hiperglucemia, dislipidemia aterogénica e hipertensión arterial.

La transición hacia el síndrome metabólico comienza con una compleja interacción entre nuestra herencia y nuestro estilo de vida. En el núcleo de este proceso se encuentra la resistencia a la insulina, una condición donde las células dejan de responder adecuadamente a esta hormona debido a defectos en sus receptores o interrupciones en sus vías de señalización química. Aunque existe una predisposición genética innegable, son los factores adquiridos, como una alta ingesta calórica y el sedentarismo, los que suelen activar el problema. El protagonista de esta patología es la grasa visceral, que, a diferencia de la grasa superficial, actúa como un órgano endocrino disfuncional: al expandirse, el tejido adiposo se "estresa" y comienza a liberar un flujo constante de ácidos grasos y citocinas proinflamatorias (como el factor de necrosis tumoral y diversas interleucinas). Esta cascada química no solo bloquea aún más la acción de la insulina, sino que genera un estado de inflamación crónica que daña progresivamente los vasos sanguíneos y el sistema nervioso autónomo. Sorprendentemente, este ciclo puede originarse incluso antes del nacimiento, ya que la nutrición intrauterina y el estilo de vida de los padres programan metabólicamente al individuo, estableciendo una base biológica que determinará su salud cardiovascular y metabólica en la vida adulta.

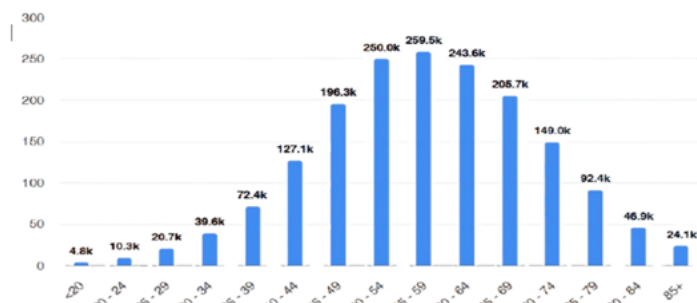
### **Epidemiología del síndrome metabólico**

En las últimas décadas, México ha experimentado una transición epidemiológica acelerada, donde las enfermedades crónicas no transmisibles han pasado a ocupar el centro de la carga de enfermedad nacional. El SM se ha consolidado como un desafío crítico de salud pública, no solo por su alta prevalencia, sino por su papel como el principal precursor de la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares, que representan las primeras causas de mortalidad en el

país. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), se estima que más del 40% de la población adulta en México padece este conjunto de alteraciones metabólicas, una cifra que se correlaciona estrechamente con los índices de sobrepeso y obesidad que afectan a 3 de cada 4 adultos mexicanos. Esta epidemia no es uniforme; presenta matices significativos condicionados por determinantes sociales, donde la adopción de dietas hipercalóricas y el sedentarismo urbano han exacerbado la predisposición genética de la población hispana, creando un escenario de vulnerabilidad metabólica que requiere una intervención institucional urgente y coordinada.

Se realizó una búsqueda en el tablero de control de enfermedades crónicas donde se incluyen las 32 entidades federativas con una muestra de 1,742,618 pacientes en 12,296 centros de salud, donde el 70.6% correspondió al sexo femenino y el 29.4% al sexo masculino; el grupo etario más afectado fue de 55-59 años y en segundo sitio 50-54 años.

Gráfico 1. Distribución de enfermedades crónicas por grupo etario, México, Tablero de Control SINBA 2026.

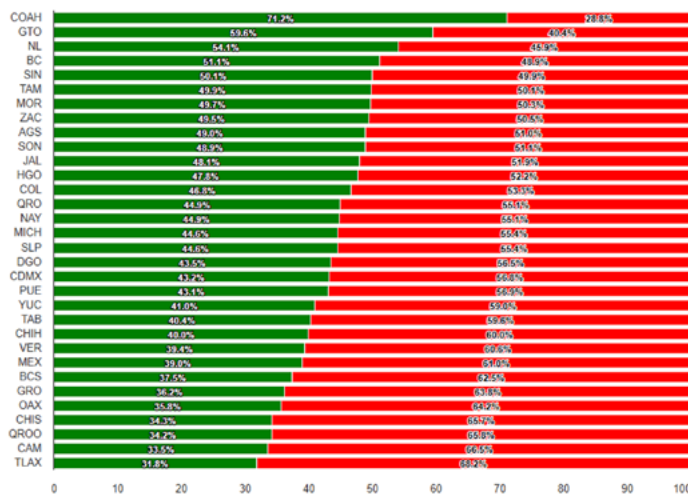


Fuente: Tablero de Control de Enfermedades Crónicas [Internet]. Tablerocronicassic-sinba.com. [citado el 4 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC>

Un ejemplo reciente: y particular se puede observar en una tesis realizada en San Luis Potosí. Esta reportó que el 27% de los estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí entre el 2020-2023 cumplían criterios diagnósticos de síndrome metabólico a su ingreso. En este estudio, los factores de riesgo detectados fueron edad  $\geq 20$  años al ingreso, sexo masculino y ácido úrico anormal. Diabetes

Del total de pacientes con diagnóstico de diabetes (1,098,618) se encontró una medición de hemoglobina glucosilada de 39%, y un 45.8% en la medición de la hemoglobina glucosilada por debajo del 7%. Los estados de la república que tuvieron un mejor resultado en la medición de la A1c fueron Coahuila (71.2%), Guanajuato (59.6%), Nuevo León (54.1%), Baja California (51.1%) y Sinaloa (50.1%).

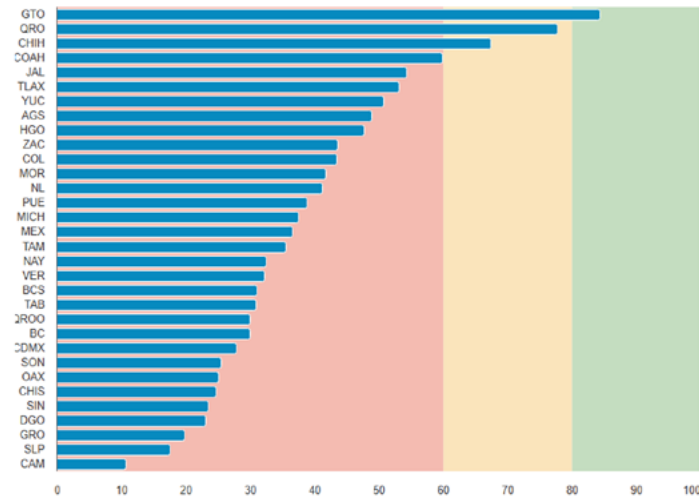
Grafico 2.- Entidades federativas con mejores resultados de hemoglobina glucosilada México Tablero de Control SINBA 2026



Fuente: Tablero de Control de Enfermedades Crónicas [Internet]. Tablerocronicassic-sinba.com. [citado el 4 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC>

Del total de pacientes con DM2, 434,452 (39.3%) cuenta con un registro de medición de A1c en los últimos 12 meses, lo que puede traducir la falta de control de los pacientes y el desconocimiento de llegar a las metas de control; las entidades federativas que contribuyen en este indicador son: Guanajuato (84%), Quintana Roo (77.8%), Chihuahua (67.7%), Coahuila (59.9%) y Jalisco (54.4%).

Grafico 3.- Entidades federativas con registro de al menos una hemoglobina glucosilada México Tablero de Control SINBA 2026

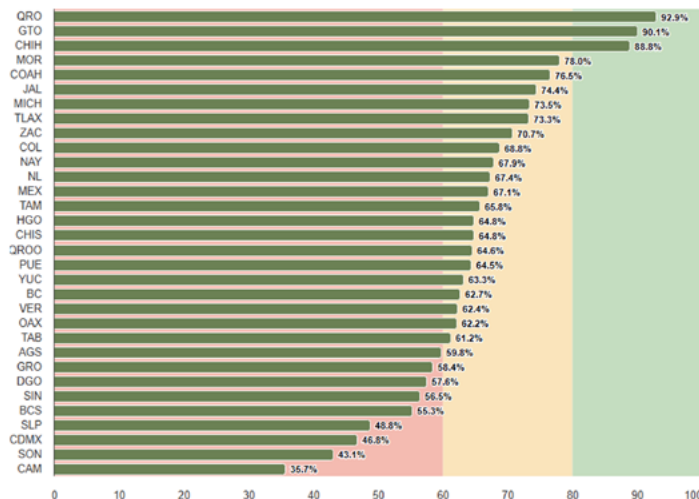


Fuente: Tablero de Control de Enfermedades Crónicas [Internet]. Tablerocronicassic-sinba.com. [citado el 4 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC>

### Hipertensión arterial

Del total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (1,147,957), se encontró un registro de medición de TA, correspondiendo al 66.4%. Los estados de la república que representan este indicador son Quintana Roo, el 92.9%; Guanajuato, 90.1%; Chihuahua, 88.8%; Morelos, 78.8%; y Coahuila, el 76.5%.

Gráfico 4.- Entidades federativas con al menos un registro de tensión arterial México Tablero de Control SINBA 2026



Fuente: Tablero de Control de Enfermedades Crónicas [Internet]. Tablerocronicassic-sinba.com. [citado el 4 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC>

### Análisis de los niveles de tensión arterial en la población registrada

El monitoreo de la tensión arterial (TA) es uno de los indicadores más críticos para la evaluación del riesgo cardiovascular. Sobre un universo total de 762,180 pacientes con registro clínico de presión arterial, se observa la siguiente distribución:

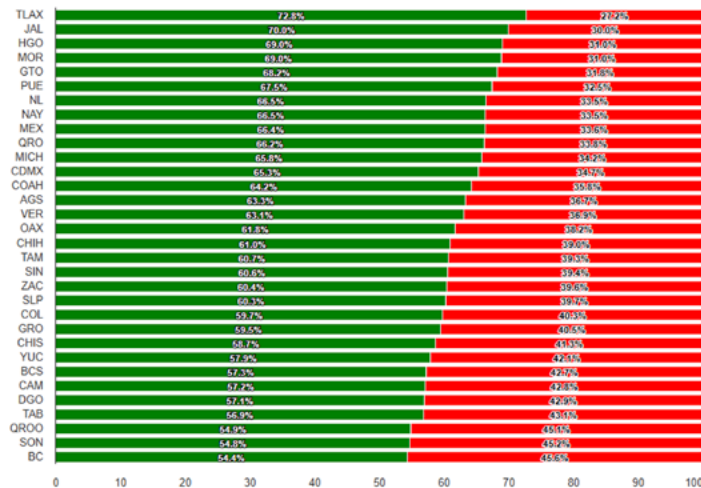
1. Pacientes con control adecuado (TA < 140/90 mmHg) Del total de la muestra, 486,920 pacientes (63.9%) presentan niveles de tensión arterial por debajo del umbral de 140/90 mmHg.
2. Pacientes con descontrol hipertensivo (TA ≥ 140/90 mmHg) Por otro lado, un segmento significativo compuesto por 275,260 pacientes (36.1%) registra cifras iguales o superiores a 140/90 mmHg.

Tabla 1.- Clasificación clínica de estados de control México SINBA 2026

Estado de control	Cantidad de pacientes	Porcentaje (%)	Clasificación clínica
Bajo control	486,920	63.9%	TA Óptima / Normal
Fuera de rango	275,260	36.1%	Hipertensión (Descontrol)
<b>Total</b>	<b>762,180</b>	<b>100%</b>	<b>Población con Registro</b>

Fuente: Tablero de Control de Enfermedades Crónicas [Internet]. Tablerocronicassic-sinba.com. [citado el 4 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC>

Gráfico 5.- Análisis de los Niveles de Tensión Arterial en la Población Registrada



Fuente: Tablero de Control de Enfermedades Crónicas [Internet]. Tablerocronicassinba.com. [citado el 4 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.tablerocronicassinba.com/TableroSIC/SIC>

Dentro del panorama nacional, el comportamiento del indicador de control tensión arterialial (TA < 140/90) muestra variaciones significativas. Un grupo selecto de entidades federativas ha logrado superar la media, estableciendo referentes de éxito en la implementación de programas de salud cardiovascular.

El análisis destaca a cinco estados que encabezan la lista por su eficacia en el control de sus pacientes registrados:

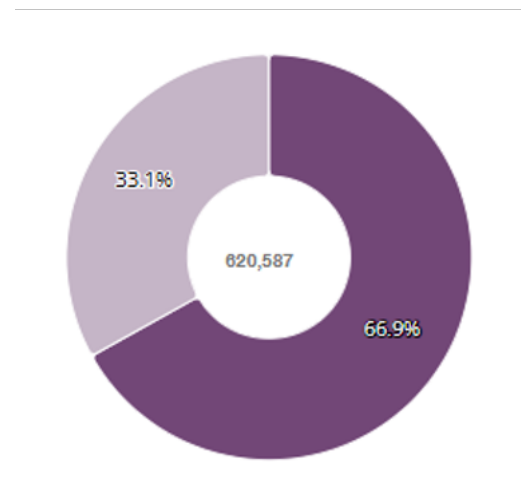
1. Tlaxcala (72.8%): Se posiciona como el líder nacional en este rubro. Lograr que casi 3 de cada 4 pacientes mantengan cifras tensionales óptimas sugiere una estructura sólida en el seguimiento de crónicos y una alta tasa de adherencia terapéutica.
2. Jalisco (70.0%): Con una cifra redonda del 70%, esta entidad demuestra que, incluso en poblaciones con alta densidad demográfica, es posible mantener estándares de control rigurosos mediante estrategias de atención primaria efectivas.
3. Hidalgo (69.0%) y Morelos (69.0%): Ambos estados comparten una posición destacada, situándose muy cerca del umbral del 70%. Este desempeño refleja una consistencia en las políticas de detección y tratamiento oportuno.
4. Guanajuato (68.2%): Completa este grupo de vanguardia, manteniendo un indicador robusto que lo coloca significativamente por encima del promedio de otras regiones del país.

## Obesidad:

El punto de partida son 620,587 pacientes diagnosticados con obesidad y bajo tratamiento en las 32 entidades federativas. Esta cifra representa una pequeña ciudad dedicada enteramente al manejo del peso. El hecho de que se encuentren "en tratamiento" sugiere que ya han dado el primer paso: entrar al sistema de salud para buscar una mejora en su condición.

La Población con Seguimiento (66.9%): Son 415,289 pacientes que no solo tienen el diagnóstico, sino que cuentan con una medición reciente de su Índice de Masa Corporal (IMC). Para estos dos tercios de la población, el médico tiene una "brújula" clara para saber si el tratamiento funciona. (33.1%):

Gráfico 6.- Pacientes con medición de IMC SINBA 2026 Crónica México

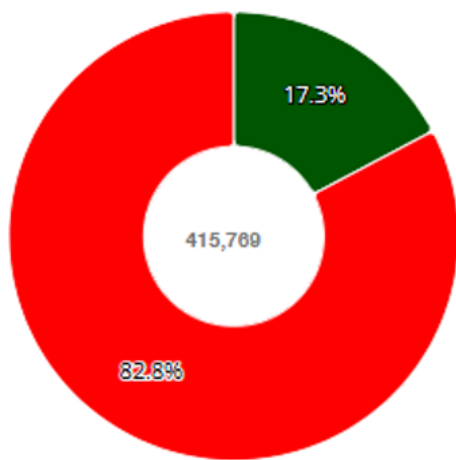


Existen aproximadamente 205,298 pacientes que, aunque están en tratamiento, no cuentan con un registro de (IMC). Esto describe una zona de incertidumbre donde el paciente está en el sistema, pero su progreso físico no está siendo documentado o modificado cuantitativamente.

Al observar exclusivamente a los 415,289 pacientes que sí tienen mediciones, la descripción de su estado de salud es impactante: La minoría en control (17.3%): Solo 71,730 personas han logrado situar su (IMC) en los niveles objetivo. Este grupo representa el éxito terapéutico; son individuos que han logrado una reducción significativa de peso o que se mantienen en rangos que disminuyen drásticamente su riesgo de diabetes o hipertensión. En una fila de 10

personas, menos de 2 estarían en esta situación de éxito. El Grupo en Resistencia (82.8%): De hecho, la gran mayoría, 344,039 pacientes, se encuentran con un (IMC) no controlado. Esto describe un escenario donde el tratamiento actual no está logrando revertir la obesidad de manera efectiva. Son cientos de miles de personas que, a pesar de estar bajo atención médica, siguen conviviendo con los riesgos metabólicos, mecánicos y vasculares que implica un (IMC) elevado.

Gráfico 7.- Pacientes con Medición de IMC en control SINBA 2026 Crónicas México



### Dislipidemias

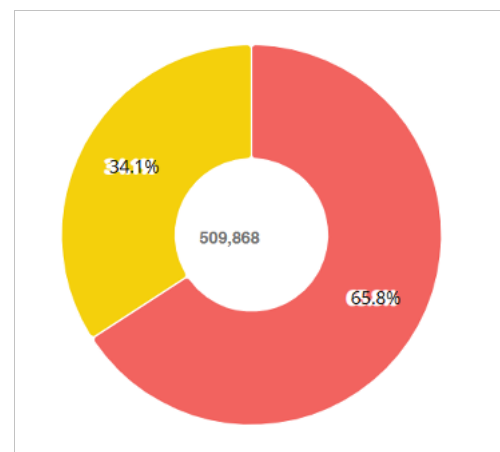
A nivel nacional, se tiene un registro de 509,868 pacientes que se encuentran bajo manejo médico por alteraciones en los niveles de lípidos. Esta cifra representa el universo de personas que ya han sido captadas por los servicios de salud y que reciben intervenciones para reducir su riesgo cardiovascular. Un componente esencial del tratamiento es la medición del éxito a través de análisis de sangre. En este sentido, la situación se divide de la siguiente manera:

- Pacientes con monitoreo (65.9%): Un total de 335,763 personas cuentan con un registro actualizado de su colesterol total. Esto indica que en casi 7 de cada 10 pacientes existe un seguimiento clínico objetivo.
- Brecha de información (34.1%): Restan 174,105 pacientes en tratamiento que no cuentan con un registro de laboratorio reciente, lo que representa una oportunidad de mejora en la estandarización del seguimiento periódico.

Al observar exclusivamente a los pacientes que cuentan con resultados de laboratorio que corresponden a 335,763 individuos (65.9%), los datos arrojan una distribución que refleja el nivel de efectividad de las terapias y los cambios en el estilo de vida; lo preocupante es que existe un 34.1% que no cuenta con mediciones de colesterol total.

Se identificaron 197,608 pacientes con cifras de colesterol total inferiores a 200 mg/dL, este grupo ha logrado situarse en el rango de menor riesgo, lo que sugiere una buena respuesta al tratamiento farmacológico (como las estatinas) o una adecuada adherencia a las recomendaciones nutricionales. Por otro lado, se identifican también 138,155 individuos que mantienen niveles de colesterol total iguales o superiores a 200 mg/dL. A pesar de estar bajo tratamiento médico, este grupo persiste en un rango de riesgo, lo que los hace más vulnerables a la formación de placa aterosclerótica y eventos cardiovasculares.

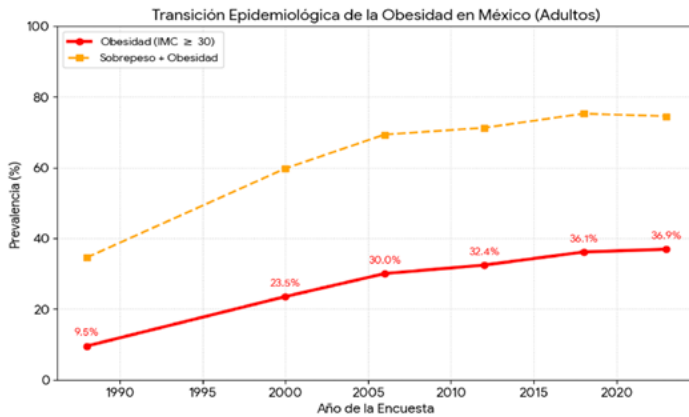
Gráfico 8.- Pacientes con medición de Colesterol total SINBA 2026 Crónicas México



### Transición epidemiológica

La historia reciente de la salud pública en México se define por un cambio drástico en su perfil de enfermedades, transitando de las deficiencias nutricionales hacia los excesos. Este proceso inició formalmente en 1988, un punto de partida donde el país aún lidiaba con patologías infecciosas. Sin embargo, entre ese año y el 2006, se vivió una fase de aceleración en la que la obesidad en adultos se triplicó, pasando del 9.5% al 30%. Este fenómeno se vincula directamente con cambios estructurales como la firma del TLCAN en 1994 y la disponibilidad masiva de alimentos ultra-procesados.

Gráfico 9.- Transición epidemiológica de la obesidad en México



Barquera S, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Rodríguez-Ramírez S, Monterrubio-Flores E, Trejo-Valdivia B, et al. 414-424 10.21149/15863

Para el 2006, la obesidad ya se había consolidado como la principal epidemia nacional. Actualmente, nos encontramos en una fase de meseta elevada; aunque el crecimiento se ha desacelerado ligeramente respecto a los años 90, las cifras se mantienen en niveles críticos. Para el año 2023, la obesidad alcanzó al 36.9% de los adultos, y si se suma el sobrepeso, la cifra escala al 74.5% de la población.

Este panorama representa no solo un desafío clínico por su relación directa con la diabetes y enfermedades cardiovasculares, sino también una crisis económica, con un costo estimado equivalente al 6% del Producto Interno Bruto (PIB). En conclusión, México ha completado una transición donde el exceso de peso se ha convertido en el eje central de la mortalidad nacional.

### Conclusiones:

Mientras que el 17% de los mexicanos presentan obesidad, al menos tres de cada cuatro mexicanos presentan síndrome metabólico, y cifra similar se registra en el caso de la diabetes. En el caso de la hipertensión pulmonar, estas cifras son mayores, ya que alcanzan casi a dos de cada tres mexicanos.

Todo lo anterior es un reflejo del impacto del síndrome metabólico y la transición epidemiológica en México; fue el exceso de muertes durante la pandemia de COVID-19. Por ejemplo, de acuerdo con la Comisión Independiente de Investigación sobre la Pandemia de COVID-19, el 63% del exceso de muertes (aprox.

511,4659) fueron atribuibles tanto a las condiciones estructurales del país como a la presencia de comorbilidades en nuestra población. Esto es relevante, la obesidad, hipertensión y diabetes son factores de riesgo para severidad en COVID-19. Otro ejemplo similar se observó durante la pandemia del 2009 y en el brote de influenza en 2013-2014, donde la obesidad fue el principal factor de riesgo para mortalidad. De hecho, también se sabe que el síndrome metabólico actualmente se asocia con el incremento de casos de cirrosis y cáncer.

El costo de la transición epidemiológica en México representa casi el 6% del producto interno bruto. Además, el gasto de bolsillo mensual por estas enfermedades ronda los 2,300 pesos, en un país donde el ingreso promedio del mexicano es de 7,674 pesos al mes (en el caso de la clase media ronda los 23 mil pesos al mes).

Por lo tanto, en nuestro país urge realizar una intervención integral para disminuir la incidencia de fenómenos como la resistencia a la insulina, hígado graso, obesidad visceral y todas las consecuencias que esto genera en la salud.

### Referencias:

Cortés Morales Benjamín. Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2011 Jun [citado 2026 Abr 14]; 31(2): 303-320. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000200009&lng=es). <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200009>.

Vague J. La différenciation sexuelle, facteur déterminant des formes de l'obésité. *Presse Med.* 1947;55:339-340.

Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes.* 1988;37(12):1595-1607.

Navarro J. Enfoque cardiometabólico del paciente con DM2. Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS); [citado 2026 Abr 14]. Disponible en: <https://www.redgdps.org/cuadernos/enfoque-cardio-metabolico-del-paciente-dm2/art-2.pdf>

Zimmet P, Alberti KGMM, Shaw J. A new International Diabetes Federation worldwide definition of the metabolic syndrome: the rationale and the results. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58(12):1371-1376.

Serrano Ríos M. El síndrome metabólico: ¿una versión moderna de la enfermedad ligada al estrés? *Revista Española de Cardiología* 2005

Tablero de Control de Enfermedades Crónicas [Internet]. *Tablerocronicassic-sinba.com*. [citado el 4 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.tablerocronicassic-sinba.com/TableroSIC/SIC>

# Enterococcus faecium: “el primer miembro” silencioso de la resistencia antimicrobiana del grupo ESKAPE

**Dr. en C. Juan Manuel Bello López**

Investigador en Ciencias Médicas División de Investigación.  
Hospital Juárez de México

**Dra. Claudia Camelia Calzada Mendoza**

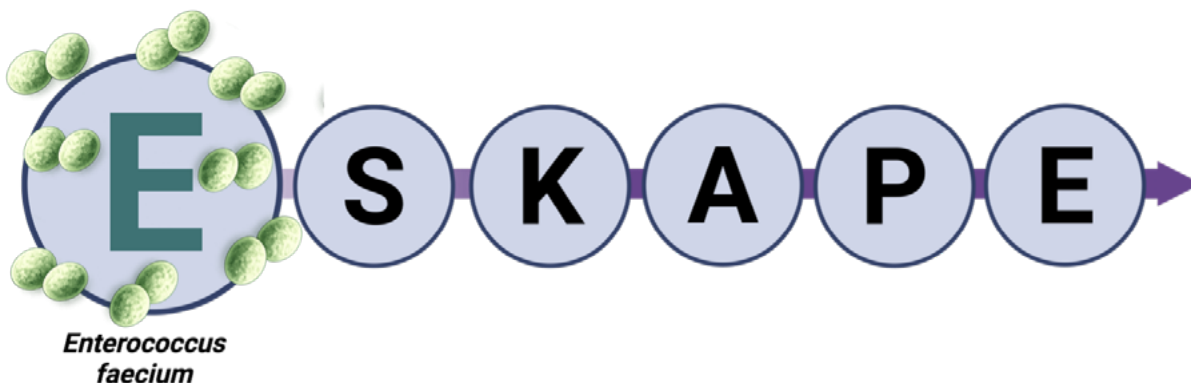
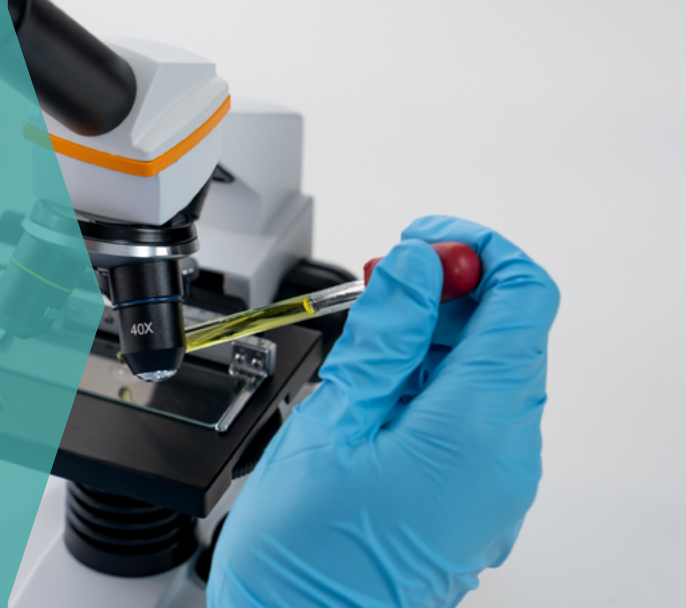
Profesora Investigadora Escuela Superior de Medicina.  
Instituto Politécnico Nacional

**Ing. Adriana Lisbeth López Ávila**

Estudiante de Maestría en Ciencias de la Salud  
Escuela Superior de Medicina. Instituto Politécnico Nacional

**Dr. Luis Gustavo Zárate Sánchez**

Director de Investigación Operativa Epidemiológica  
Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud



## El primer miembro ESKAPE *Enterococcus faecium*

Si algo caracteriza a las bacterias del grupo ESKAPE es su capacidad de adaptarse, persistir en ambientes adversos y finalmente resistir las terapéuticas antimicrobianas. Dentro de este grupo bacteriano, el primer miembro bacteriano del acrónimo es *Enterococcus faecium*, el cual representa paradójicamente, uno de los patógenos más subestimados dentro de este grupo y, al mismo tiempo, uno de los más estratégicos en sus mecanismos de la resistencia a los antibióticos dentro del entorno hospitalario. A diferencia de otros integrantes del acrónimo ESKAPE, *E. faecium* no suele asociarse con cuadros clínicos complejos o brotes masivos, sino con una capacidad mucho más sofisticada: sobrevivir a ambientes adversos, adaptarse y acumular resistencia antimicrobiana de manera progresiva. Posee resistencia intrínseca a múltiples antibióticos, incluyendo cefalosporinas y aminoglucósidos a

bajo nivel, lo que le otorga una ventaja selectiva inicial frente a otros microorganismos del grupo ESKAPE. A esto se suma su capacidad de adquirir determinantes de resistencia antimicrobiana, como los genes *vanA* y *vanB*, responsables de la resistencia a glicopéptidos como la vancomicina, de ahí el término microbiológico hospitalario de “enterococos VancOR”.

La emergencia de cepas resistentes a vancomicina (VRE) no solo representa un problema por la falla terapéutica, sino también un indicador de presión antibiótica dentro de los hospitales. Desde el punto de vista genético, *E. faecium* presenta una notable plasticidad, con genomas altamente dinámicos que facilitan la incorporación y transferencia de elementos genéticos móviles, particularmente plásmidos, transposones y secuencias de inserción, favoreciendo así la adquisición y diseminación de determinantes de resistencia antimicrobiana. Esta característica lo coloca como un

reservorio activo de genes de resistencia, capaz de interactuar con otras bacterias y participar en la evolución del resistoma hospitalario.

*Enterococcus faecium* en el entorno hospitalario  
*Enterococcus faecium* tiene todas las condiciones ideales para su persistencia en el entorno hospitalario, por ejemplo pacientes con estancias prolongadas, tratamientos empíricos con diversos antimicrobianos, alteraciones del microbioma intestinal, sistemas inmunológicos deprimidos y uso frecuente de dispositivos invasivos como catéteres urinarios, catéteres venosos, incluso soporte ventilatorio mediante el uso de ventiladores mecánicos. Su capacidad de colonizar el tracto gastrointestinal lo convierte en una fuente microbiológica importante de diseminación, muchas veces sin generar enfermedad clínica evidente en los pacientes que las padecen.

Este fenómeno de colonización es clave para este patógeno, ya que permite la acumulación progresiva de resistencia a través de eventos de transferencia horizontal de genes y su capacidad de infección en condiciones de vulnerabilidad del huésped, como lo es la disbiosis intestinal. Además, su capacidad de tolerar condiciones ambientales adversas, incluso el empleo de desinfectantes le permite sobrevivir en superficies hospitalarias como el acero, contribuyendo a la contaminación cruzada y a la transmisión indirecta entre pacientes. A diferencia de otros patógenos ESKAPE que se asocian a eventos agudos, *E. faecium* participa en procesos más sutiles y en ocasiones invisibles, pero igualmente relevantes.

Experiencia desde el Hospital Juárez de México  
Desde nuestra experiencia en el Hospital Juárez de México, donde la vigilancia microbiológica ha evolucionado hacia un enfoque que integra el análisis clínico y ambiental, *E. faecium* ha sido reconocido como un microorganismo con poca frecuencia en su aislamiento como agente causal de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS). Pero cuando este ha sido detectado en muestras biológicas de pacientes hospitalizados con sospecha de una IAAS, han mostrado patrones de resistencia antimicrobiana importantes,

donde la vancomicina resulta ser el de los marcadores de alerta. En unidades de cuidados intensivos donde existe elevada presión de selección, su detección en cultivos clínicos y su papel como colonizador intestinal en pacientes hospitalizados sugieren que no actúa de forma aislada, sino como parte de eventos de coinfección con otros microorganismos.

Este comportamiento es consistente con lo observado en otras líneas de investigación desarrolladas en el HJM, donde se ha documentado la interacción entre reservorios humanos, dispositivos médicos y ambientes hospitalarios en la persistencia de bacterias resistentes. Aunque no siempre se posiciona como el principal agente etiológico en infecciones hospitalarias, su presencia constante sugiere un papel más profundo: el de mantener y amplificar la presión selectiva y contribuyendo indirectamente a la emergencia de otros patógenos ESKAPE con mayor impacto clínico.

### **Implicaciones en salud pública**

Desde una perspectiva de salud pública, *E. faecium* debe entenderse como un nodo dentro de una red de transmisión de resistencia antimicrobiana. Su capacidad de actuar como intercambiador de material genético de resistencia antimicrobiana lo convierte en un elemento clave en la diseminación de determinantes de resistencia dentro del hospital y potencialmente hacia el medio ambiente, incluyendo reservorios como aguas residuales hospitalarias. Esto significa que su control no puede limitarse al tratamiento de infecciones con tratamientos antimicrobianos específicos, sino que requiere estrategias integrales que aborden la vigilancia microbiológica, el uso racional de antibióticos y la identificación de reservorios. En este contexto, *E. faecium* es un desafío silencioso, pero muy importante dentro de la resistencia antimicrobiana a nivel mundial.

## Referencias

- Lopes J, de Lencastre H and Conceição T (2024) Genomic analysis of *Enterococcus faecium* from non-clinical settings: antimicrobial resistance, virulence, and clonal population in livestock and the urban environment. *Front. Microbiol.* 15:1466990. <http://doi.org/10.3389/fmicb.2024.1466990>
- Arias, C., Murray, B. The rise of the *Enterococcus*: beyond vancomycin resistance. *Nat Rev Microbiol* 10, 266–278 (2012). <https://doi.org/10.1038/nrmicro2761>
- Geraldes, C., Araújo, C., Fonseca, S., Pinheiro, A. C., Guerreiro, J. F., Silva, C., Pereira, G., Gomes, D., Cunha, E., Tavares, L., Costa, S. S., Gil, S., & Oliveira, M. (2026). Susceptibility of *Enterococcus* spp. to chlorhexidine and Virkon® S: Effect of environmental factors, adaptation and implications for antimicrobial resistance. *Veterinary microbiology*, 315, 110952. <https://doi.org/10.1016/j.vetmic.2026.110952>
- Li, L., Higgs, C., Turner, A. M., Nong, Y., Gorrie, C. L., Sherry, N. L., Dyet, K. H., Seemann, T., Williamson, D. A., Stinear, T. P., Howden, B. P., & Carter, G. P. (2021). Daptomycin Resistance Occurs Predominantly in vanA-Type Vancomycin-Resistant *Enterococcus faecium* in Australasia and Is Associated With Heterogeneous and Novel Mutations. *Frontiers in microbiology*, 12, 749935. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2021.749935>
- Palmer, K. L., Kos, V. N., & Gilmore, M. S. (2010). Horizontal gene transfer and the genomics of enterococcal antibiotic resistance. *Current opinion in microbiology*, 13(5), 632–639. <https://doi.org/10.1016/j.mib.2010.08.004>
- García-Solache, M., & Rice, L. B. (2019). The *Enterococcus*: a Model of Adaptability to Its Environment. *Clinical microbiology reviews*, 32(2), e00058-18. <https://doi.org/10.1128/CMR.00058-18>
- Zhou, X., Willems, R. J. L., Friedrich, A. W., Rossen, J. W. A., & Bathoorn, E. (2020). *Enterococcus faecium*: from microbiological insights to practical recommendations for infection control and diagnostics. *Antimicrobial resistance and infection control*, 9(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00770-1>

# Precisión clínica y fiscal: evitar discrepancias en ISR e IVA para prevenir revisiones del SAT

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



## Introducción

En el ámbito profesional, tanto la medicina como la contabilidad comparten un principio inquebrantable: la precisión. Un diagnóstico equivocado puede comprometer la salud de un paciente; un cálculo fiscal incorrecto puede activar revisiones del SAT (Servicio de Administración Tributaria) y poner en riesgo la estabilidad financiera de un profesional o institución. Este artículo explora los paralelismos entre las distintas ramas de la salud y la práctica contable, subrayando la importancia de calcular y presentar pagos mensuales de ISR (Impuesto Sobre la Renta) e IVA (Impuesto al Valor Agregado) sin errores ni omisiones.

Presentamos un cuadro comparativo entre ramas de la salud y la contabilidad fiscal

Perspectivas	Médicos Generales	Especialistas (Cardiólogos, pediatras, etc.)	Contadores/Fiscalistas
<b>Diagnóstico Inicial</b>	Historia clínica básica	Estudios especializados, pruebas de laboratorio	Análisis de ingresos, gastos, CFDI (Comprobante Fiscal Digital por Internet), conciliación bancaria
<b>Tratamiento / Plan de acción</b>	Medicación estándar	Protocolos específicos según disciplina	Cálculo de ISR e IVA, determinación de pagos provisionales
<b>Seguimiento</b>	Revisiones periódicas	Monitoreo intensivo, ajustes de tratamiento	Declaraciones mensuales, corrección de discrepancias
<b>Errores Críticos</b>	Omisión de síntomas	Interpretación errónea de resultados	Omisión de ingresos, errores en cálculo de impuestos
<b>Consecuencias</b>	Riesgo moderado para el paciente	Riesgo alto para la vida	Multas, recargos, auditorías, revisión profunda del SAT

## ISR e IVA: puntos críticos de precisión

La generación de impuestos en México presenta particularidades relevantes cuando se comparan las actividades de los profesionales de la salud frente a las de quienes ejercen en el ámbito de la contabilidad y servicios administrativos. Dos figuras fiscales centrales —el Impuesto Sobre la Renta (ISR) y el Impuesto al Valor Agregado (IVA)— constituyen el eje de análisis, ya que determinan tanto la carga tributaria como las obligaciones de cumplimiento.

En el caso del ISR, el punto crítico radica en la precisión de la deducción de gastos estrictamente indispensables, así como en la correcta clasificación de ingresos bajo el régimen de actividades profesionales. Para el IVA, la diferencia es aún más marcada: los servicios médicos de carácter independiente se encuentran exentos, mientras que los servicios de consultoría y contabilidad generan la obligación de trasladar y enterar el impuesto.

Este comparativo busca resaltar cómo la naturaleza del servicio condiciona la estructura fiscal, y cómo la interpretación técnica de los artículos aplicables en la Ley del ISR y la Ley del IVA exige un manejo cuidadoso para evitar errores de cálculo, omisiones en declaraciones y riesgos de sanciones. Algunos puntos importantes a considerar son:

- ISR mensual: requiere identificar correctamente ingresos acumulables (Incluye todo lo que cobras: honorarios, servicios médicos, pagos en efectivo, transferencias o depósitos, no importando la forma de pago), y deducciones autorizadas (Son gastos indispensables: compra de material médico, renta de consultorio, pago de servicios básicos, sueldos de asistentes, etc.).
- IVA mensual: depende de clasificar con rigor actos gravados, exentos y acreditamientos.
- Errores frecuentes:
  - CFDI mal emitidos o no timbrados.
  - Omisión de ingresos en efectivo.
  - Diferencias entre contabilidad interna y declaraciones electrónicas.

Estrategias preventivas (paralelismo con protocolos médicos)

- Checklists fiscales: como listas de verificación clínicas para no omitir pasos.
- Segunda revisión: equivalente a una interconsulta médica, validando cálculos con otro especialista.
- Sistemas electrónicos confiables: semejantes a equipos de diagnóstico de alta precisión.
- Capacitación continua: igual que la actualización médica, indispensable para enfrentar cambios normativos.

## Conclusión

La práctica médica y la contabilidad tributaria convergen en un principio: la precisión salva. En salud, salva vidas; en fiscalidad, salva patrimonios. Evitar discrepancias en ISR e IVA no es solo un deber técnico, sino un compromiso ético con la estabilidad de las instituciones y la confianza de la sociedad.

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

The background is a solid teal color with a faint, stylized illustration of a woman's profile in profile, facing right. She has long, wavy hair and is wearing a garment with vertical stripes. In her right hand, she holds a mortar and pestle. The illustration is rendered in a lighter shade of teal, creating a subtle watermark effect.

Difusión

**Eventos, Congresos y Espacios Digitales**

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. expresa su más amplia felicitación a la Dra. María del Rocío Sánchez Díaz, Directora de la Sección Técnica de Salud Materna y Perinatal de nuestra Sociedad, por su nombramiento como Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles; así como al Dr. Luis Gustavo Zárate Sánchez, distinguido salubrista y apreciado socio de nuestra Sociedad, por su nombramiento como Director de Investigación Operativa Epidemiológica, ambos en la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud del Gobierno de México.

Estas designaciones constituyen un merecido reconocimiento a sus trayectorias, a su compromiso institucional y a su valiosa contribución al fortalecimiento de la salud pública en nuestro país. La SMSP les expresa su reconocimiento y sus mejores deseos de éxito en esta nueva encomienda, con la certeza de que su labor habrá de contribuir de manera significativa al desarrollo de la epidemiología y al bienestar de México.



Desde la Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C., felicitamos a nuestra Directora de la Sección Técnica de Salud Materna y Perinatal:

**DRA. MARÍA DEL ROCÍO SÁNCHEZ DÍAZ**

Por su designación como Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal de México

*¡Muchas felicidades!*



SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PÚBLICA  
SALUS • VERITAS • LABOR

# Salud Pública para todas las voces



Desde la Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C., felicitamos al distinguido salubrista y apreciado integrante de nuestra Sociedad:

**DR. LUIS GUSTAVO ZÁRATE SÁNCHEZ**

Por su nombramiento como Director de Investigación Operativa Epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal de México

*¡Muchas felicidades!*



SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PÚBLICA  
SALUS • VERITAS • LABOR

# Salud Pública para todas las voces

La Sociedad Mexicana de Salud Pública extiende una afectuosa felicitación al Dr. Fabián Correa Morales y al Dr. Luis Ernesto Caballero Torres, en ocasión de sus cumpleaños.



  
SOCIEDAD MEXICANA  
DE SALUD PÚBLICA  
SALLUS • VERITAS • LABOR

La Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C., felicita por motivo de su cumpleaños al

**DR. FABIÁN  
CORREA MORALES**

Director de la Sección Técnica de **Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicaciones por Artrópodos**

Reciba nuestros mejores deseos

*¡Felicidades!*

# Salud Pública para todas las voces



  
SOCIEDAD MEXICANA  
DE SALUD PÚBLICA  
SALLUS • VERITAS • LABOR

La Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C., felicita por motivo de su cumpleaños al

**DR. LUIS ERNESTO  
CABALLERO TORRES**

Director de la Sección Técnica de **Educación y Talento Humano en Salud Pública**

Reciba nuestros mejores deseos

*¡Felicidades!*

# Salud Pública para todas las voces

# 80 Reunión Anual de Salud Pública

10 al 13  
**noviembre**  
2026

## Poliforum León

Bld. Adolfo López Mateos esquina  
Boulevard Francisco Villa s/n, Oriental  
37510 León de los Aldama, Gto.

# 80

*Reunión Anual de  
Salud Pública*  
León, Guanajuato 2026

**Informes**  
reunionanual@smasp.org.mx  
+52 (55) 5203 4592/4535/4291

  
[www.80rasp.mx](http://www.80rasp.mx)

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO  
GOBIERNO DEL ESTADO

  
**GUANAJUATO**  
GOBIERNO DEL ESTADO

  
SOCIEDAD MEXICANA  
DE SALUD PÚBLICA  
SALUS • VERITAS • LABOR

  
**LEÓN 450**  
DEJANDO HUELLA EN LA HISTORIA

  
**POLIFORUM LEÓN**

# PRIMER SIMULACRO NACIONAL 2026 POR SISMO

6 de mayo  
11:00 horas

¡Participa!

#LaPrevenciónEsNuestraFuerza

Registra tu inmueble: <https://simulacronacional.sspc.gob.mx/simulacromayo2026/>

X SGIRPC\_CDMX

f SGIRPCCDMX

@sgirpc\_cdmx

sgirpc\_cdmx

sgirpc.cdmx

proteccioncivil.cdmx.gob.mx



**GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO**  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



**SECRETARÍA DE GESTIÓN INTEGRAL  
DE RIESGOS Y PROTECCIÓN CIVIL**



# PROCINORTE

## Grupo de trabajo en salud animal

Congreso internacional  
híbrido sobre

**INFLUENZA AVIAR  
EN LA INTERFAZ  
ENTRE HUMANOS Y  
ANIMALES:  
VIGILANCIA,  
CONTROL Y RETOS**

En asociación con



26 y 27 de mayo de 2026



7:00 a 15:00, centro de México



Interpretación disponible  
en inglés, español y francés



ESCANEA Y REGÍSTRATE  
para asistencia en línea



SOCIEDAD MEXICANA  
DE SALUD PÚBLICA  
SALUS • VERITAS • LABOR

# Salud Pública  
para todas las voces

# ¡Bienvenida la Primavera!

No pierdas esta oportunidad de **regularizar** tu membresía, durante los meses de marzo, abril y mayo:



Cubre tu anualidad  
2025-2026 por

**\$500.00**



2 anualidades:

**\$800.00**



3 anualidades:

**\$1,200.00**



4 anualidades:

**\$1,500.00**



5 o más anualidades:

**\$2,000.00**

## ¡CONTÁCTANOS!



Atención a socios:

WhatsApp +52 1 55 4446 6748



**IX Congreso Internacional en Educación Médica  
VII Congreso Internacional y III Congreso Nacional  
de Simulación**



**IX CONGRESO INTERNACIONAL  
EN EDUCACIÓN MÉDICA  
VIII CONGRESO INTERNACIONAL Y  
III CONGRESO NACIONAL DE SIMULACIÓN**

**20 AL 23 DE MAYO 2026  
Mérida, Yucatán, México**

Visita el sitio y conoce el programa  
diseñado para ti en **[amfem.edu.mx](http://amfem.edu.mx)**



**AMFEM**  
Asociación Mexicana de Facultades  
y Escuelas de Medicina, A.C.



**SOMESICS**  
Sociedad Mexicana de Simulación en Ciencias de la Salud

# XXX Congreso Internacional de la AMEIN



## XXX Congreso Internacional de la AMEIN Prevención de infecciones, mayor calidad y seguridad hospitalaria



Un espacio dedicado al intercambio de conocimientos, experiencias y avances científicos en prevención, control y manejo de las infecciones asociadas a la atención de la salud.

**¡Este congreso es para ti!**

### Áreas del congreso

- Conferencias magistrales
- Conferencias de simposios
- Talleres prácticos
- Zona comercial y Networking

### Convocatorias

- Trabajos libres
- Concurso Programa de Innovación e Implementación en Enfermería
- Concurso Programa Sostenible para Prevención y Control de IAAS
- Concurso Convence a tu CODECIAAS

### Inscripciones abiertas

Costos del 16 de enero al 28 de febrero

	ANUALIDAD AL CORRIENTE	NO SÓCIO O SIN PAGO DE ANUALIDAD
Médic@s y otros	\$ 2,200.00	\$ 2,750.00
Enfermería	\$ 1,700.00	\$ 2,200.00
Químic@s	\$ 1700.00	\$ 2,200.00
Estudiantes y Residentes	\$ 920.00	\$ 1,430.00

**Sede: Centro de Convenciones Tuzoforum**

Calle Parque David Ben Gurión S/N , Zona Plateada, Pachuca de Soto, Hidalgo

**Congreso: 21 al 23 de mayo de 2026**

¡Regístrate y forma parte del principal evento de control de infecciones en México!

Registro





SOCIEDAD MEXICANA  
DE SALUD PÚBLICA

---

SALUS • VERITAS • LABOR