



SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PÚBLICA
SALUS • VERITAS • LABOR



BOLETÍN ELECTRÓNICO
DICIEMBRE 2025

CONSEJO DIRECTIVO

Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez · Presidente
Dra. María Eugenia Jiménez Corona · Vicepresidenta
Dra. Lorena Suárez Idueta · Secretaria General
Dr. Luis Gustavo Zárate Sánchez · 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. Cuatláhuac Ruiz Matus | Dr. Pablo Kuri Moreales
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

Dra. Adriana Stanford Camargo • Promoción de la Salud | Dr. Rosbel Toledo Ortíz • Atención Primaria en Salud | E.E.S.P.
César Cerqueda Álvarez • Enfermería en Salud Pública | Dr. Diego Alberto Segovia Ascencio • Epidemiología | Dr. Jorge Alejandro Ramírez • Humanidades y Artes en Salud Pública | Dra. Laura Cortés Sanabria • Calidad de la Atención | Dr. Juan Carlos Navarro Guerrero • Enfermedades Crónicas | Dr. Luis Alberto Martínez Juárez • Salud Digital e Inteligencia Artificial enfocada en Salud | Dra. Rocío Sánchez • Salud Materna y Perinatal | Lic. Ángel Dehesa Christlieb • Comunicación Social | Dr. Arturo Camacho Silvas • Sociedades Filiales | Dr. Adolfo Martínez Valle • Sistemas de Salud | Mtro. José Noé Rizo Amézquita • Determinantes Sociales de la Salud | Mtro. Braulio Ortega Plascencia • Salud Mental y Adicciones | Dr. Jan Jacobo Gutiérrez Sereno • Vacunación | Dr. Elí Elier González Sáenz • Salud del Adulto Mayor | L.E. Roxana Gámez Ortiz • Salubristas en Formación | Mtro. Andrés Quintero Leyra • Vinculación y Participación Social | Dr. Miguel Galarde López • Una Salud | Dr. Juan Francisco Román Pedroza • Laboratorios de Salud Pública | Dr. Andreu Comas García • Genómica en Salud Pública | Dr. Salvador González Rodríguez • Enfermedades Emergentes y Re-Emergentes | Mtra. Marcia Leyva Gastélum • Investigación en Salud | Dra. Bárbara Vizmanos Lamotte • Revista de Salud Pública | Dr. Ricardo Antonio Escamilla Santiago • Educación y Talento Humano en Salud Pública | Dr. Arturo Miranda Valdés • Medicina Preventiva y Comunicación Estratégica | Dr. Andrés Castañeda Prado • Políticas Públicas en Salud | Dra. Aída Jiménez Corona • Salud Global | Dr. Fabián Correa Morales • Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicaciones por Artrópodos

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 Jaliscience 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 Tamaulipecana 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
LSP. Mariana Paniagua Zavala • Comunicación y Vinculación
E.E.S.P. Arturo Montaño Duarte • Proyectos
María Dolores Mendoza Torres • Control de Gestión
Mtro. Carlos Javier Jiménez • Tecnologías de la Información

ÍNDICE

5

LXXIX Reunión Anual de Salud Pública
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

26

Estrategia Nacional de Integración de los Protocolos Nacionales de Atención Médica
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

28

Humanismo Mexicano: un enfoque en salud pública
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

30

Voces por la Salud Respiratoria
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

31

Gobierno de México presenta Estrategia Nacional para garantizar atención médica a personas en contexto de movilidad humana
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

34

Cinco conversaciones para pensar la salud global desde México
Dr. Luis Alberto Martínez Juárez

38

Espacio Salud Pública
Mtro. José Noé Rizo Amézquita

44

18 de diciembre, Día Internacional del Migrante: ¿cómo estamos en México?
**Mtro. José Noé Rizo Amézquita, Dr. Giorgio Alberto Franyuti Kelly,
LSP. Mariana Paniagua Zavala**

53

La Inteligencia Artificial en la Vigilancia Basada en Laboratorio con Enfoque de Una Salud
Dr. Juan Francisco Román Pedroza, Mtra. Marcia Leyva Gastélum

61

Participación en el conversatorio: Campañas de vacunación dirigidas a personas adultas mayores
Dr. Jan Jacobo Gutiérrez Sereno

63

01 de diciembre Día Mundial del Vih:
¿Cuál es el impacto de la salud en México?
MSP Juan Carlos Navarro Guerrero, Dr. José Francisco Flores Mora

70

DARIO DE ENFERMERÍA
Inmunización: El compromiso vital del personal de salud
E.E.S.P. César Cerqueda Álvarez, Mtro. Manuel De Jesús Chávez Chan

74

Componentes de la Atención Primaria de Salud y sus “Traslapes” operativos
Dr. Rosbel Toledo Ortiz

80

Entre Líneas y Salud Pública
Dra. Ma. Eugenia Jiménez Corona

81

Mensaje
Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez

82

Mensaje
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

83

Difusión

Conferencias Magistrales

#79RASP

La 79^a Reunión Anual de Salud Pública celebrada en Puerto Vallarta en 2025 presentó seis conferencias magistrales que rindieron homenaje a personalidades cuyo legado ha marcado profundamente la salud pública mexicana. Cada sesión vinculó la trayectoria histórica de estas figuras con reflexiones contemporáneas a cargo de destacados especialistas nacionales, generando un puente entre la tradición sanitaria del país y los desafíos emergentes.

La conferencia "Miguel E. Bustamante" recordó al primer mexicano con doctorado en Salud Pública y figura clave en la fundación de instituciones sanitarias y campañas nacionales contra enfermedades transmisibles. El Dr. Adolfo Martínez Palomo analizó los pilares que permitieron la modernización de la medicina mexicana, destacando la profesionalización académica, la consolidación institucional y la expansión de la cobertura sanitaria como bases para los avances del siglo XX y las transformaciones del presente.

En la conferencia "Manuel Martínez Báez", dedicada al pionero de la medicina tropical y miembro fundador de la Organización Mundial de la Salud; el Dr. Antonio Lazcano examinó la crisis que enfrentan las revistas científicas. Señaló problemas como la proliferación de publicaciones de baja calidad, los modelos restrictivos de acceso y los retos de reproducibilidad, al tiempo que propuso alternativas como los preprints y nuevos sistemas de evaluación que garanticen rigor, transparencia y accesibilidad en la producción del conocimiento.

El homenaje a María Guadalupe Frausto Pérez, referente de la enfermería en salud pública y formadora de generaciones en el INSP, estuvo a cargo del Mtro. Manuel Chávez Chan. Su conferencia subrayó el papel estratégico de la enfermería de práctica avanzada (EPA) en el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud. Explicó cómo la EPA amplía el acceso, mejora la continuidad de la atención y responde a las necesidades de comunidades desatendidas. Señaló que México se encuentra en un momento decisivo para adoptar este modelo, acorde con el legado de liderazgo y visión de la Mtra. Frausto.

La conferencia "Jesús Kumate Rodríguez", en honor al impulsor de los programas de vacunación que transformaron la salud infantil en México, fue impartida por el Dr. Roberto Tapia Conyer. Abordó los desafíos de la salud pública en la era digital, destacando el potencial del big data, la inteligencia artificial, la telemedicina y los sistemas integrados de información para anticipar riesgos, mejorar diagnósticos y ampliar la cobertura. También advirtió sobre brechas digitales, seguridad de datos y la urgencia de capacitar al personal en competencias tecnológicas para asegurar una transición ética y equitativa hacia la salud digital.

La Dra. Laura Cortés Sanabria encabezó la conferencia "Carlos Ortiz Mariotte", dedicada al epidemiólogo más influyente de México durante el siglo XX. En su exposición enfatizó que la formación de recursos humanos en salud es el cimiento sobre el cual descansan la eficiencia, resiliencia y sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Planteó la necesidad de renovar los modelos educativos, fortalecer la educación basada en competencias, incorporar tecnologías y promover el liderazgo clínico y comunitario para responder a las demandas actuales del sistema de salud.

Finalmente, la conferencia "José Narro Robles", presentada por el Dr. Pablo Kuri Morales, expuso el proyecto oriGen, una iniciativa nacional que integra genómica y salud pública mediante la secuenciación del genoma de 100 mil mexicanos. Este esfuerzo permitirá comprender la diversidad genética del país, reducir brechas en la investigación mundial y habilitar estrategias de prevención y atención basadas en evidencia, alineadas con la visión de llevar la ciencia de frontera al beneficio directo de la población.

Las seis conferencias mostraron la continuidad entre el legado de los constructores de la salud pública mexicana y la labor de los expertos actuales, quienes enfrentan retos complejos mediante nuevas aproximaciones científicas, tecnológicas y humanas. La 79^a RASP rindió homenaje a la historia y reafirmó la importancia de mantener una visión innovadora y humanista para fortalecer el sistema de salud y responder a las necesidades de la población en un entorno dinámico y desafiante.

Memoria fotográfica





Ceremonia de Entrega Medallas al Mérito Sanitario 2025

#79RASP

En un acto solemne durante la inauguración de la LXXIX Reunión Anual de Salud Pública, se rinde homenaje a la Dra. Ruth Angélica Landa Rivera y al Dr. Luis Fernando Antiga Tinoco, otorgándoles la máxima distinción en el ámbito de la salud pública, que entrega la Sociedad Mexicana de Salud Pública.

Puerto Vallarta, Jalisco, 12 de noviembre de 2025.— Con la solemnidad que merece su extraordinaria contribución a la nación, la LXXIX Reunión Anual de Salud Pública inició sus actividades con la Ceremonia de Inauguración donde se realizó la entrega de las Medallas al Mérito Sanitario. En esta edición, el reconocimiento fue conferido a dos pilares fundamentales de la sanidad mexicana: la Dra. Ruth Angélica Landa Rivera y el Dr. Luis Fernando Antiga Tinoco.

La Medalla al Mérito Sanitario representa la máxima distinción que se concede a quienes han dedicado su vida profesional al servicio de la salud del pueblo de México, con un impacto profundo y perdurable en las políticas, instituciones y en la formación de profesionales.

Dra. Ruth Angélica Landa Rivera: Reconocida por su liderazgo académico y su incansable labor en la enfermería. Su legado se caracteriza por haber cimentado programas de investigación y capacitación que han salvaguardado la salud de generaciones, integrando siempre el rigor científico con una profunda sensibilidad humana.

Dr. Luis Fernando Antiga Tinoco: Destacado por su visión estratégica y su excepcional contribución al fortalecimiento institucional del sistema de salud pública. Su trayectoria, marcada por la integridad y la innovación administrativa, ha sido crucial para modernizar servicios y asegurar su sostenibilidad, dejando una huella imborrable en la estructura sanitaria del país.

El acto, presidido por autoridades de la salud pública y ante un auditorio repleto de profesionales, investigadores y estudiantes, subrayó que el legado de ambos galardonados trasciende sus logros individuales. Su ejemplo de ética, dedicación y compromiso con la equidad continúa inspirando y guiando el camino de las nuevas generaciones de profesionales de la salud.

La entrega de estas medallas en el marco inaugural de la 79 RASP no solo honra a dos figuras ejemplares, sino que también reafirma los valores fundamentales de la salud pública: servicio, excelencia y un compromiso inquebrantable con el bienestar colectivo.

Con este merecido homenaje, la comunidad de salud pública mexicana inicia sus deliberaciones anuales, reflexionando sobre el pasado que construye su presente y mirando hacia el futuro, inspirada por el ejemplo de quienes, como la Dra. Landa Rivera y el Dr. Antiga Tinoco, han dedicado su vida a hacer de México un país más sano.

Memoria fotográfica



Paneles Especiales

#79RASP

Los Paneles Especiales de la #79RASP articularon una agenda estratégica en torno a temas clave para la salud pública nacional. En materia de autocuidado y políticas públicas, se llevó a cabo el panel “Construyendo una Cultura de Autocuidado: Alianzas para Transformar la Política Pública en Salud”, con la participación del Dr. Daniel Aceves Villagrán, la Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres, el Dr. Andrés Castañeda Prado, el Dr. Miguel Ángel Suárez Ornelas y el Dr. Luis Gustavo Zárate Sánchez, bajo la moderación de la Lic. Tricia Herrera Navas. Este espacio puso énfasis en la necesidad de articular gobierno, academia y sociedad civil para impulsar entornos saludables, estrategias de prevención integral y marcos normativos que favorezcan el autocuidado a lo largo del curso de vida.

En el eje de equidad en salud auditiva, el panel “Hacia un México que Escucha: Construyendo Equidad y Acceso en Salud Auditiva. Experiencias Regionales y Oportunidades para México” reunió al Dr. León Gonzalo Corvera Behar, al Dr. Juan Carlos Cisneros Lesser, al Dr. Felicitos Santos Garza y al Lic. Juan Carlos Cardona Aldave, moderados por el Dr. José Alberto Prieto. Se compartieron experiencias clínicas, modelos de atención con implantes cocleares, retos de financiamiento y oportunidades de colaboración público-privada para reducir brechas en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación auditiva, especialmente en población infantil y grupos en situación de vulnerabilidad.

En la agenda de regulación de productos del tabaco y reducción de riesgos, se abordó el impacto del tabaquismo, el vapeo y el consumo de drogas sintéticas en México. La sesión especial sobre reducción de riesgos incluyó las participaciones de la Dra. Clara Fleiz Bautista, quien presentó “Fentanilo en la frontera norte de México: un nuevo reto para la política de prevención y con-

trol de drogas”, y del Dr. Jesús Felipe González Roldán, con la ponencia “Tabaquismo y vapeo en México”, destacando la urgencia de fortalecer la regulación, la vigilancia sanitaria y las estrategias de prevención dirigidas a jóvenes. De forma complementaria, la plenaria sobre regulación sanitaria de productos del tabaco contó con la intervención de la Mtra. Marcela Madrazo Reynoso y la Ing. Lizeth Pérez Leal, quienes analizaron los desafíos regulatorios frente a los nuevos dispositivos de nicotina y la importancia de alinear la normativa con la evidencia científica más reciente.

El bloque de enfermedades transmitidas por vector (ETV) se consolidó con el panel “El reto de las enfermedades transmitidas por vector”, en el que participaron el Dr. Jesús Felipe González Roldán, el Dr. José Alberto Díaz Quiñonez, el Dr. Fabián Correa Morales y la Dra. María Eugenia Jiménez Corona, bajo la moderación del Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus. Se revisó el panorama global y nacional de las ETV, los componentes de vigilancia virológica y entomológica, la estrategia nacional en curso y el papel de las vacunas como herramienta de salud pública, enfatizando la necesidad de respuestas integrales frente a dengue, chikungunya, zika y otros padecimientos emergentes.

Finalmente, en el ámbito de la prevención del VIH, el panel “Transformando la Respuesta: Un México que previene el VIH” integró la visión de la Dra. Alicia Piñeirúa Menéndez y del Mtro. Hernán Rodrigo Moheno Mendoza, moderados por el Dr. Javier Cabral Soto. Se discutieron los avances y pendientes en prevención combinada, el papel de las organizaciones de la sociedad civil, la importancia del diagnóstico oportuno y el acceso a profilaxis pre y post exposición, así como los retos para disminuir el estigma y garantizar una respuesta sustentada en derechos humanos.

Memoria fotográfica





1º Circuito de Talleres en Salud Pública

#79RASP

Como parte del programa académico de la 79^a Reunión Anual de Salud Pública, se llevó a cabo el Circuito de Talleres en Salud Pública, una propuesta diseñada para fortalecer competencias técnicas, comunitarias e interdisciplinarias del personal de salud, apostando por la innovación social, la acción territorial y el intercambio colaborativo.

Este circuito, desarrollado del 11 al 13 de noviembre en el Salón Pez Vela del Hotel Crown Paradise Golden, reunió a 165 participantes. Las y los asistentes que completaron al menos tres talleres recibieron una constancia adicional de formación, reforzando el compromiso de la SMSP con el desarrollo del talento humano en salud.

El primer taller, "Territorio y salud: geolocalización aplicada al trabajo comunitario", fue impartido por el Mtro. Rogelio Santacruz Benítez, del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina (UNAM), con la coordinación del Dr. Ricardo Antonio Escamilla Santiago. La sesión reforzó capacidades para el uso de herramientas SIG en la planeación y acción territorial en salud.

El segundo taller, "Redtox: una estrategia integral para la atención de accidentes por animales de importancia médica", estuvo a cargo de especialistas de Laboratorios Silanes y la Redtox: Biól. Enrique Sandoval Orozco, Dr. Héctor Cartas Juárez, MVZ Ricardo Hiram Ramírez Celis y Biól. Mariana Castro Ramírez. La coordinación fue del Dr. Juan Carlos Navarro Guerrero. La capacitación permitió fortalecer conocimientos en diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna.

Posteriormente, el taller "Detrás de la notificación de influenza: enfoque Una Salud" fue impartido por el Dr. Miguel Galarde López y la Mtra. Marcia Leyva Gastélum, quienes reforzaron el papel de la vigilancia epidemiológica y la cooperación intersectorial.

El penúltimo taller, "Implementación del PROA y Cálculo de la Dosis Diaria Definida (DDD)", contó como instructores con el MSP José Noé Rizo Amézquita y el Dr. Diego Alberto Segovia Ascencio, quienes acercaron la metodología de la OMS para el uso racional de antimicrobianos.

Finalmente, el circuito concluyó con el taller "Competencias para la empleabilidad en salud pública: estrategias para la inserción y desarrollo profesional", impartido por la Dra. Laura Karina Salas Salazar, la Dra. Cynthia Vanessa Romero Ramírez y la Dra. Berenice Martínez Melendres; coordinado por el Dr. Víctor Horacio Orozco Covarrubias. La sesión fortaleció habilidades para la construcción de trayectorias laborales sólidas en el sector.

Con estas actividades formativas, la SMSP reafirma su compromiso con la educación continua y el impulso a la fuerza laboral en salud pública, promoviendo la participación activa, el intercambio de saberes y la aplicación práctica del conocimiento para mejorar el bienestar poblacional.

Memoria fotográfica





7º Encuentro Nacional de Salubristas en Formación

#79RASP

En el marco de la 79º Reunión Anual de Salud Pública, la Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C. (SMSPI) llevó a cabo con gran éxito el 7º Encuentro Nacional de Salubristas en Formación (ENSAFO), una iniciativa que fortalece la identidad profesional de quienes se están preparando para liderar, repensar y transformar la salud pública en México.

Este encuentro reunió a estudiantes de pregrado y posgrado de diversas instituciones educativas del país, quienes, a través del intercambio de ideas, experiencias y conocimientos, dieron vida a un diálogo vibrante y colaborativo que visibiliza el papel protagónico de las juventudes en el presente y futuro de la salud pública.

La ceremonia de apertura fue encabezada por el Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez, Presidente de la SMSPI, acompañado de autoridades académicas y representantes institucionales.

El Mtro. Bustillo Martínez dio la bienvenida a las y los participantes desde la Universidad INFUS, destacando su compromiso con la formación de profesionales capaces de dar respuesta a los desafíos sanitarios del país.

Posteriormente, el Dr. en C. Díaz Quiñonez exhortó a los salubristas en formación a desempeñar un rol crítico y activo desde la academia, la investigación y el territorio, recordando que la salud pública es un movimiento social sustentado en la ética y la búsqueda constante de la equidad.

A nombre de las instituciones formadoras, la Dra. Ramos Pinzón, Coordinadora de la Licenciatura en Salud Pública de la Universidad de Guadalu-

jara, declaró inaugurado el encuentro, alentando a la comunidad estudiantil a seguir construyendo un liderazgo con impacto social.

El presídium contó además con la presencia de la Dra. Lorena Suárez Idueta, Secretaria General de la SMSPI; del Dr. Luis Arturo Camacho Silvas (UACH), Dr. Francisco Luna Pacheco (UAZ), Mtro. Óscar González Corona (UMSNH) y Dr. Ricardo Escamilla Santiago (UNAM), reafirmando la unidad interinstitucional que impulsa este espacio.

El ENSAFO impulsó el fortalecimiento de las capacidades profesionales de las y los estudiantes mediante actividades de alto valor académico. Durante el encuentro se desarrollaron conferencias y sesiones plenarias que promovieron la reflexión crítica sobre la práctica en salud pública.

El MSP. José Noé Rizo Amézquita presentó la conferencia "Determinantes sociales de la salud y justicia sanitaria", en la que hizo un llamado ético a reconocer y eliminar las inequidades estructurales que afectan el bienestar de la población.

Posteriormente, el Mtro. Oscar Alexis Estrada Gómez impartió "Construyendo una carrera en salud pública: de la teoría a la acción", una guía inspiradora para transitar del salón de clases a escenarios de intervención con impacto global.

Finalmente, el Dr. Rufino Luna Gordillo, Presidente del Consejo Nacional de Salud Pública, ofreció la conferencia "Consejo Nacional de Salud Pública", motivando a las y los estudiantes a certificarse y continuar su profesionalización para fortalecer el campo en México.

Uno de los componentes más enriquecedores fueron los paneles temáticos, los cuales dieron voz a experiencias diversas dentro del ecosistema de la salud pública.

El panel “Dos visiones, un mismo compromiso con la salud pública”, moderado por el Dr. Luis Gustavo Zárate Sánchez, reunió experiencias desde la sociedad civil y el ámbito profesional de la salud. La Lic. Jacqueline Tovar Casas destacó el activismo comunitario como un motor para visibilizar necesidades y promover la participación social. El Dr. Giorgio Franyuti Kelly enfocó su intervención en fortalecer la atención a poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Posteriormente, se desarrolló el panel “Rompiendo brechas, mitos y barreras en oportunidades internacionales”, donde la Dra. Guadalupe Díaz del Castillo Flores guió una conversación sobre aspiraciones profesionales más allá de las fronteras. El MSP Oscar Alexis Estrada Gómez, el E.E.S.P. Arturo Montaño Duarte y el Dr. Juan Manuel Esqueda Sandoval relataron sus experiencias al acceder a posgrados y programas globales. Coincidieron en que el talento mexicano tiene una altísima demanda internacional y alentaron a los estudiantes a perder el miedo, buscar apoyos institucionales y fortalecer sus competencias en idiomas, investigación y trabajo intercultural.

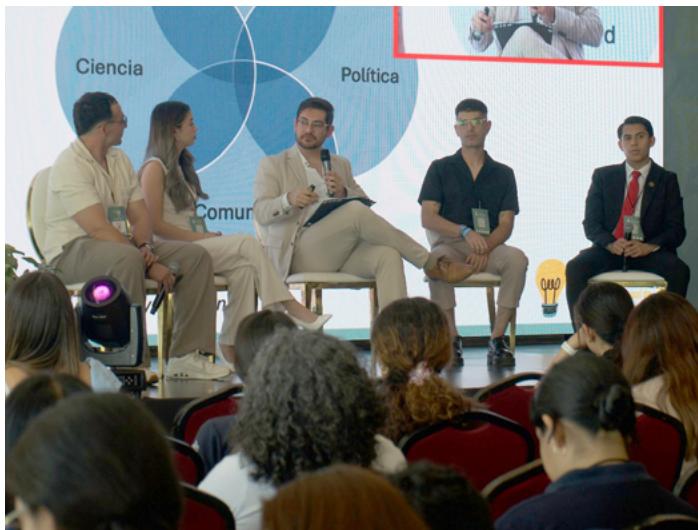
Finalmente, el panel “Licenciatura en Salud Pública: retos y oportunidades”, moderado por el Dr. Luis Arturo Camacho Silvas, reunió a representantes estudiantiles de UACH, UAZ, UMSNH y UdeG para reflexionar sobre su propia experiencia académica. Las juventudes destacaron la pertinencia social de la carrera, la creciente apertura del mercado laboral y la necesidad de fortalecer los vínculos con el territorio, la interdisciplina y la participación comunitaria. Esta conversación dejó ver a una generación crítica, propositiva y decidida a defender el derecho a la salud como fundamento de dignidad humana.

El ENSAFO también incorporó un espacio de desarrollo práctico con el taller “Liderazgo y comunicación efectiva para salubristas”, impartido por la MSP. Valeria Monserrat Trejo García, enfocado en fortalecer habilidades para incidir y movilizar equipos multidisciplinarios en entornos de salud pública.

Esta edición también estuvo marcada por dos momentos destacados: el Primer Debate Académico en Salud Pública, coordinado por la Dra. Lorena Suárez Idueta, donde el equipo Tuzos UAZ se alzó con la victoria gracias a su sólida argumentación y dominio de la evidencia científica; y el Torneo de Fútbol “Salud Pública en Movimiento”, una actividad que cerró la jornada resaltando el valor del deporte, la convivencia y el trabajo en equipo para una vida activa y saludable.

El 7º ENSAFO reafirmó que las juventudes en salud pública están listas para asumir un papel transformador en México y el mundo. Con este encuentro, la SMSP fortalece su misión de impulsar una formación de excelencia, colaborativa y con profundo sentido social, consolidándose como referente nacional en el desarrollo de líderes comprometidos con la justicia sanitaria.

Memoria fotográfica



Reconocimiento “Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus”

#79RASP

En el marco de la LXXIX Reunión Anual de Salud Pública, se entrega el Reconocimiento “Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus” a la destacada enfermera oaxaqueña, **Mtra. Magaly Sánchez Jiménez**

En una ceremonia solemne celebrada este viernes 14 de noviembre de 2025, en el marco de la LXXIX Reunión Anual de Salud Pública (RASP), la Maestra Magaly Sánchez Jiménez, enfermera del estado de Oaxaca, fue galardonada con el Reconocimiento “Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus”.

Este premio, que lleva el nombre de un eminente epidemiólogo y líder sanitario mexicano, distingue anualmente a profesionales cuya labor ha contribuido de manera excepcional al avance y la excelencia de la salud pública en el país.

La Mtra. Sánchez Jiménez fue reconocida por su trayectoria ejemplar y su entrega inquebrantable a favor de las comunidades, particularmente en regiones de alta vulnerabilidad en Oaxaca. Su trabajo, caracterizado por un profundo compromiso humano, innovación en el primer nivel de atención y un liderazgo inspirador, ha impactado positivamente en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y el fortalecimiento de los servicios locales.

El jurado destacó su rol fundamental en la capacitación de nuevas generaciones de enfermeras y promotores de salud, así como su incansable labor para acercar los servicios sanitarios a poblaciones históricamente desatendidas, siempre con un enfoque de respeto a la cultura y las tradiciones locales.

La entrega del reconocimiento se realizó ante la comunidad de salud pública reunida en Puerto Vallarta, constituyendo un emotivo momento que celebró no solo los logros individuales de la galardonada, sino también el valor esencial del trabajo de enfermería como pilar del sistema de salud.

La LXXIX Reunión Anual de Salud Pública, sirvió una vez más como el escenario idóneo para honrar a quienes, como la Mtra. Magaly Sánchez Jiménez, dedican su vida profesional a construir una sociedad más justa y saludable para todos los mexicanos.



Pre-registro y Stand

#79RASP

Cada año, la Reunión Anual de Salud Pública reúne a profesionales, estudiantes, académicos y socios provenientes de todos los rincones del país. Entre los espacios más visitados y apreciados se encuentra el stand de souvenirs de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C., que se ha convertido en un punto emblemático dentro de nuestras actividades. Más que un área de venta, es un lugar donde convergen la identidad institucional, el orgullo de pertenencia y la cercanía con nuestra comunidad.

Durante esta 79^a edición, celebrada en Puerto Vallarta, el stand volvió a destacar por su ambiente acogedor y su oferta renovada. Este año incorporamos nuevos productos que reflejan la esencia de la Sociedad y que, al mismo tiempo, responden al interés de quienes nos visitan. Desde artículos tradicionales hasta novedades con diseños contemporáneos, cada pieza buscó fortalecer el sentido de pertenencia y ser un recordatorio afectivo del encuentro anual. Además, mantuvimos nuestro compromiso de ofrecer precios accesibles, permitiendo que más personas pudieran llevarse un recuerdo de este importante evento.

Durante la organización del registro para la 79 Reunión Anual de Salud Pública (RASP), se coordinó integralmente todas las etapas del proceso de inscripción, con el objetivo prioritario de garantizar una experiencia ágil, clara y ordenada para los Socios. Este año destacó por la innovación en el proceso, al implementarse un sistema de pre-registro completo, lo que representó una mejora significativa en la eficiencia inicial.

La coordinación involucró una planificación previa, la revisión y depuración de la base de datos de Socios inscritos, la automatización en la elaboración de facturas y la preparación detallada de los módulos de atención.

El día del evento, la supervisión se centró en la recepción ágil de los Socios asistentes, la verificación automatizada de pagos y la entrega de materiales, manteniendo una comunicación proactiva para resolver cualquier imprevisto de inmediato.

La experiencia permitió robustecer las capacidades de coordinación y la gestión de situaciones bajo presión, siempre priorizando el servicio y el buen trato al Socio. El proceso renovado de registro se gestionó con la constante perspectiva de que la eficiencia operativa y la innovación se tradujeran directamente en una experiencia de mayor calidad para cada participante.

¡Hasta la próxima en el 2026!

Cena Baile de Clausura

#79RASP

Como parte del programa de cierre de la 79^a Reunión Anual de Salud Pública (RASP), la Cena Baile de Clausura se consolidó como uno de los momentos más significativos y esperados del encuentro anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, al fungir como el espacio social por excelencia donde convergieron la celebración, la convivencia y el fortalecimiento de los lazos entre la comunidad salubrista del país.

Este evento representó mucho más que un acto protocolario de cierre. Fue un punto de encuentro que permitió a las y los asistentes, socias y socios, ponentes, autoridades, invitados especiales y colaboradores, compartir un momento de cercanía y distensión tras varios días de intensa actividad académica, intercambio de conocimientos y reflexión sobre los principales retos de la salud pública en México. En este contexto, la cena baile se vivió como un espacio de integración que reafirma el sentido de pertenencia institucional y la identidad colectiva que distingue a la SMSP.

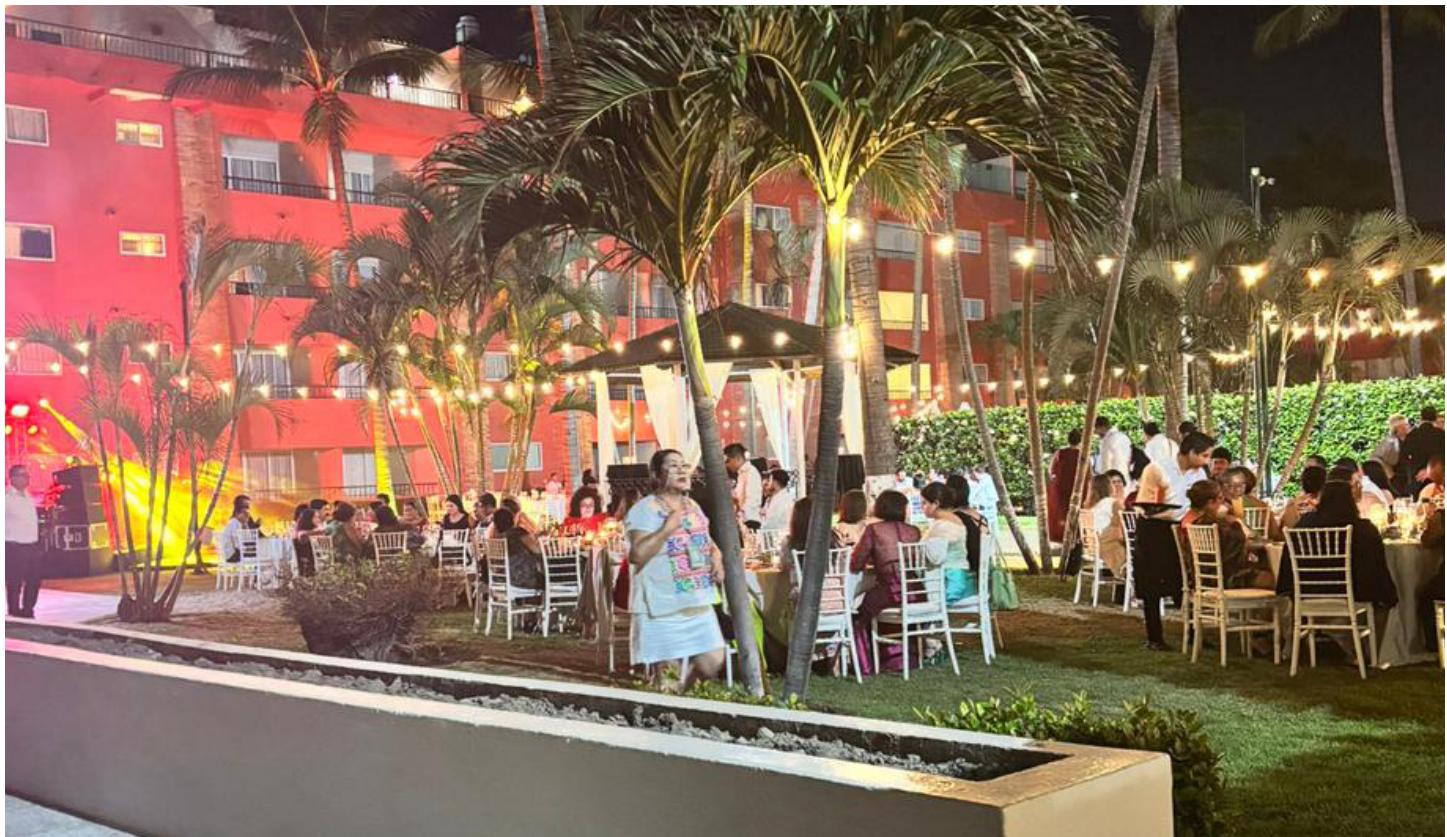
Uno de los elementos que otorgó especial relevancia a esta edición fue la sede del evento, al realizarse en los jardines del hotel sede de la 79^a RASP, un entorno cuidadosamente seleccionado para mantener y reforzar el ambiente de playa característico del destino anfitrión. El montaje al aire libre permitió a las y los asistentes disfrutar de una atmósfera cálida y relajada, en armonía con el paisaje y el clima, generando un escenario ideal para la convivencia social y la celebración del cierre del programa académico.

La experiencia gastronómica fue otro de los aspectos destacados de la velada. La cena de tres tiempos, diseñada especialmente para la ocasión, ofreció una propuesta culinaria que acompañó de manera elegante y equilibrada el desarrollo del evento. Cada tiempo fue servido en un ambiente de cordialidad y conversación, contribuyendo a que el espacio se percibiera no solo como un acto formal, sino como una experiencia integral pensada para el disfrute de las y los participantes.

Posterior a la cena, la música y el baile marcaron el ritmo de la noche, transformando el jardín en un punto de encuentro dinámico y festivo. Este componente lúdico reforzó el carácter social del evento, permitiendo una interacción más cercana entre generaciones de salubristas, así como entre representantes de distintos sectores e instituciones, favoreciendo la inclusión y el diálogo en un ambiente distinto al académico, pero igualmente significativo.

La Cena Baile de Clausura se reafirmó así como un evento clave dentro de la RASP, no solo por su valor simbólico como cierre del programa, sino por su capacidad para fortalecer los vínculos entre las y los integrantes de la SMSP, promover la convivencia respetuosa y celebrar el trabajo colectivo en favor de la salud pública.

Memoria fotográfica



Gracias al Aval Académico a:



Gracias a nuestros patrocinadores

#79RASP



Le invitamos a visitar el sitio web de la Sociedad Mexicana de Salud Pública para acceder a los contenidos de la LXXIX Reunión Anual. Encontrará disponibles **las presentaciones, los carteles de investigación y la galería fotográfica** del evento.

Agradecemos profundamente a todos los participantes y expositores.
¡Con entusiasmo los esperamos en la #80RASP en el 2026!



NOSOTROS ▾ SOCIOS ▾ REUNIÓN ANUAL ▾ CAPACITACIÓN ▾ PROYECTOS ▾ MULTIMEDIA ▾ CONTACTO ▾



79 Reunión Anual de Salud Pública

Inicio / Reunión Anual / 79 Reunión Anual de Salud Pública



PRESENTACIONES #79RASP

Presentaciones

[Ver presentaciones →](#)

CARTELES #79RASP

Trabajos de Investigación 2025

[Ver carteles →](#)

GALERÍA #79RASP

Galería de fotos

[Ver galería →](#)

GRACIAS

Estrategia Nacional de Integración de los Protocolos Nacionales de Atención Médica

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Los PRONAM...

Realizados por un grupo interinstitucional de especialistas.

Proporcionan una base sólida para los diagnósticos y terapéuticos incluidos en la Salud.

Aplicados por las instituciones públicas y privadas en ambiente clínico.



Estrategia Nacional de Integración de los PRONAM

Hacia una Atención Unificada

Ciudad de México, 3 de diciembre de 2013

En el marco del lanzamiento de la Estrategia Nacional de Integración de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (#PRONAM), autoridades del sector salud destacaron el carácter estructural y transformador de esta iniciativa, diseñada para fortalecer el primer nivel de atención, homogeneizar la práctica clínica en el país y avanzar hacia un modelo de salud más equitativo, oportuno y centrado en el bienestar de la población.

Durante la presentación, la secretaria del Consejo de Salubridad General, Patricia Clark, subrayó que los #PRONAM constituyen una política nacional estratégica que permitirá estandarizar la atención médica entre instituciones, facilitando el diagnóstico temprano de enfermedades crónicas no transmisibles y asegurando un manejo clínico basado en evidencia científica y mejores prácticas. Señaló además que la integración de estos protocolos busca garantizar que la calidad y seguridad de la atención no dependa del lugar donde se reciba el servicio, sino de criterios homogéneos sustentados en lineamientos clínicos claros, actualizados y replicables.

Entre los asistentes destacó la representación de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSP), a cargo del Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñónez, Presidente de nuestra Sociedad, y del Dr. Javier Cabral Soto, integrante del Consejo Asesor Permanente, quienes participaron en el acto como muestra del firme compromiso institucional con el fortalecimiento de los servicios de salud pública en el país. Su presencia refrenda el papel de la SMSP como actor técnico y académico en la construcción de políticas públicas basadas en evidencia y orientadas al mejoramiento del Sistema Nacional de Salud.

La Estrategia Nacional #PRONAM representa un paso relevante hacia la consolidación de un modelo de atención integral, preventivo y con estándares clínicos homogéneos para toda la población. Para la SMSP, su integración y adopción nacional constituye una oportunidad para impulsar una atención más eficiente, responsable y centrada en el paciente, con enfoque de equidad, calidad y continuidad del cuidado.

Memoria fotográfica



Humanismo Mexicano: un enfoque en salud pública

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



El Senado de la República fue sede del foro legislativo "Humanismo Mexicano: un enfoque en salud pública", encabezado por el presidente de la Comisión de Salud, senador José Manuel Cruz Castellanos, donde senadores, academia y estudiantes de ciencias de la salud dialogaron sobre la construcción de un sistema de salud más humano, preventivo e inclusivo.

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMS) estuvo presente, representada por su Vicepresidenta, la Dra. María Eugenia Jiménez Corona, reafirmando el compromiso de la Sociedad con una salud pública.

Asimismo, participó la Dra. Adriana Stanford Camargo, Directora de Evidencia en Salud de la Dirección General de Políticas en Salud Pública de la Secretaría de Salud federal, quien remarcó la importancia de que las decisiones en salud se tomen basadas en evidencia y manteniendo cercanía con las comunidades, de modo que la calidez y la dignidad sean el eje de la atención que reciben las personas usuarias de los servicios.

Durante el foro se subrayó que la calidad de los servicios debe ir siempre acompañada de empatía, trato digno y enfoque preventivo, y que un sistema de salud justo debe ser inclusivo, accesible y orientado al bienestar integral de todas y todos.



Memoria fotográfica



Voces por la Salud Respiratoria

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



El martes 2 de diciembre de 2025, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. participó en "Voces por la Salud Respiratoria", un foro convocado por #SanofiMéxico que reunió a especialistas, organizaciones de la sociedad civil y asociaciones de pacientes para colocar en la agenda pública la alta carga de las enfermedades respiratorias en el país, que siguen siendo una causa relevante de morbilidad y mortalidad.

Durante el encuentro se dialogó sobre diagnóstico oportuno, calidad de vida en enfermedades respiratorias crónicas, coberturas de vacunación, así como sobre el impacto del virus sincicial respiratorio, hoy reconocido como una de las principales causas de hospitalización por infecciones de vías respiratorias bajas en niñas y niños pequeños.

Al sumarse a este espacio, la SMSP refrenda su compromiso de impulsar políticas públicas basadas en evidencia, acompañar iniciativas que promuevan la protección respiratoria a lo largo del curso de vida y consolidar alianzas intersectoriales que contribuyan a mejorar la salud de la población en México, en estrecha colaboración con actores clave como Sanofi y diversas ONG dedicadas a la salud respiratoria.



Gobierno de México presenta Estrategia Nacional para garantizar atención médica a personas en contexto de movilidad humana

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



Ciudad de México, 18 de diciembre de 2025. En el marco del Día Internacional de las Personas Migrantes, autoridades federales presentaron la Estrategia Nacional para la Atención a la Salud de Personas en Contexto de Movilidad Humana, una hoja de ruta orientada a robustecer la respuesta del sistema de salud ante un fenómeno que posiciona a México como país de origen, tránsito, destino y retorno, con necesidades sanitarias diferenciadas por territorio, etapa del trayecto, edad y género.

Durante el acto, el Secretario de Salud, David Kershenobich, enfatizó que esta política pública se sustenta en un enfoque humanista, en el que la salud se reconoce como un derecho constitucional y no como un privilegio, garantizando atención con calidad, trato digno, no discriminación y pertinencia cultural. En su intervención subrayó que, al proteger la salud de quienes cruzan fronteras, el Estado mexicano honra el principio de reciprocidad y reafirma su compromiso con los derechos humanos y la justicia social.

De acuerdo con lo expuesto, la estrategia busca cerrar brechas históricas que limitan el acceso oportuno a servicios, particularmente por falta de seguridad social, ausencia de documentación y desvinculación institucional, factores que incrementan la vulnerabilidad sanitaria de la población en movilidad.

Prioridades estratégicas y foco en grupos vulnerables

Uno de los mensajes centrales fue la priorización de niñas, niños, adolescentes y mujeres, así como la necesidad de brindar atención con perspectiva de género, eliminando barreras de estigma y discriminación, incluyendo la atención a violencia sexual y la consejería en planificación familiar.

Asimismo, se resaltó el fortalecimiento de los albergues como entornos promotores de la salud, incorporando herramientas de autocuidado, información sobre derechos y conocimientos preventivos. En este punto se advirtió que solo 18% de los albergues contaría con servicios de salud permanentes, lo que demanda una intervención coordinada y sostenida.

Seis líneas de acción para una atención integral

En la presentación se informó que la Estrategia se organiza en seis líneas de acción:

1. garantizar el acceso a servicios de salud;
2. fortalecer educación y promoción;
3. prevenir enfermedades;
4. mejorar salud sexual y reproductiva;
5. atender salud mental;
6. dar seguimiento integral a la población en movilidad.

Estas líneas se articulan con ejes transversales como gobernanza efectiva, atención primaria cercana, enfoque en determinantes sociales y curso de vida, para mejorar la toma de decisiones y la continuidad de la atención.

Coordinación interinstitucional y avances reportados

En el evento participaron, entre otras autoridades, la Secretaria de Gobernación Rosa Icela Rodríguez, así como titulares y representantes del sector salud y de la agenda de derechos humanos, destacando la relevancia de la coordinación entre instituciones para asegurar que ninguna persona quede excluida de la atención médica.

En ese contexto, se reportó que, del 20 de enero a la fecha, se ha recibido a aproximadamente 145,537 connacionales, a quienes se han brindado miles de atenciones médicas dentro de la estrategia de repatriación asociada.

Presencia de la SMSP

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSP) acompañó este ejercicio institucional a través de la presencia de su Presidente, el Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez, refrendando su compromiso de impulsar políticas públicas basadas en evidencia, con enfoque de derechos y con visión de salud pública para poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.

La implementación efectiva de esta Estrategia representa una oportunidad para consolidar un modelo de atención más integrado, humanista y resolutivo, capaz de responder con oportunidad a los riesgos sanitarios —infecciosos, crónicos, de salud mental y de salud sexual y reproductiva— que se intensifican durante los procesos de movilidad humana, al tiempo que fortalece la capacidad instalada y la coordinación territorial del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, la SMSP expresa su agradecimiento al Dr. Daniel Aceves Villagrán, Director General de Políticas en Salud Pública, por la atenta invitación a este evento estratégico. Este tipo de espacios de alto nivel fortalecen el alineamiento sectorial, favorecen sinergias con actores académicos y profesionales, y consolidan una implementación más cohesionada, medible y sostenible de las intervenciones destinadas a la población en contexto de movilidad humana.

Memoria fotográfica



Cinco conversaciones para pensar la salud global desde México

Lecciones de Pláticas con Líderes en Salud Global para quienes hoy estudian y ejercen la salud pública.

Dr. Luis Alberto Martínez Juárez

Director de la Sección Técnica de Salud Digital e Inteligencia Artificial Enfocada en Salud

Pláticas con Líderes en Salud Global nació con una intención sencilla: abrir un espacio donde escuchar, con calma, a personas que han marcado la salud en el mundo y hacerles dos preguntas muy directas. Primero, quiénes son, más allá de sus cargos. Después, qué mensaje quieren dejar a quienes están empezando su camino en salud pública.

En este ciclo conversamos con el Dr. Anthony Fauci, el profesor Arthur Kleinman, la Dra. Rita Charon, el profesor Paul Gilbert y la profesora Devi Sridhar. Cada diálogo dejó ideas que tocan temas que rara vez tenemos tiempo de explorar en la rutina: servicio público, cuidado en la vida cotidiana, historias de pacientes, salud mental del personal y decisiones técnicas en contextos complejos.

Lo que sigue es una lectura pensada para salubristas que trabajan en secretarías, servicios de salud, academia, organizaciones civiles y primer nivel de atención. No es un resumen literal de las entrevistas, sino una invitación a tomar de cada conversación algo útil para nuestra práctica en México.

Dr. Anthony Fauci: servicio público y proyectos de largo aliento

Con el Dr. Fauci, lo primero que aparece es la idea de servicio. Él se describe como alguien que pasó más de medio siglo en los National Institutes of Health y casi cuarenta años al frente del mismo instituto. Habla de los años iniciales del VIH como una etapa muy dura, atendiendo a personas jóvenes que casi siempre fallecían, y de la decisión de permanecer en ese lugar mientras se

desarrollaban tratamientos eficaces. También recuerda la pandemia de COVID, el esfuerzo científico para contar con vacunas seguras en tiempo récord y, al mismo tiempo, el desafío de lograr que esas herramientas llegaran a las poblaciones que las necesitaban.

Escuchar esta trayectoria desde México invita a hacer una pausa. Nos ayuda a pensar qué entendemos por éxito en salud pública. No se trata solo de generar una solución técnica, sino también de sostenerla, adaptarla, acercarla a las comunidades y trabajar con otros niveles de gobierno y de atención. Para quienes están en programas de VIH, vacunación, enfermedades crónicas o salud comunitaria, la experiencia del Dr. Fauci muestra el valor de construir proyectos de largo aliento, con continuidad, paciencia y equipos estables, más allá de ciclos administrativos o iniciativas aisladas.

Profesor Arthur Kleinman: el sistema de salud que comienza en casa

El profesor Arthur Kleinman inicia su presentación de una forma poco habitual en espacios de salud global: se nombra a sí mismo como cuidador, además de profesor y psiquiatra. Habla del cuidado a su familia y de la relación con pacientes a lo largo de su vida profesional. Su punto central es que la mayoría de las experiencias de enfermedad se viven y se resuelven, en buena medida, en el ámbito familiar y comunitario, muchas veces sin contacto directo con el sistema formal.

Pensar la salud desde esta perspectiva abre posibilidades interesantes para nuestro tra-

jo. Nos recuerda que las decisiones sobre alimentación, medicamentos, reposo, búsqueda de ayuda y acompañamiento se toman en la cocina, en el transporte, en el lugar de trabajo, en la escuela, y no solo en el consultorio. Para quienes diseñan o gestionan programas en México, esta mirada permite reforzar algo que ya se intuye desde hace tiempo: que las políticas más efectivas son las que reconocen y fortalecen las redes de cuidado existentes, en lugar de ignorarlas.

Cuando se trabaja en determinantes sociales, salud mental, crónicas, adicciones o violencia, el mensaje del profesor Kleinman puede convertirse en una guía práctica: mirar no solo los servicios, sino también la vida diaria de las personas, las condiciones materiales y los vínculos que sostienen el cuidado.

Dra. Rita Charon historias completas en sistemas saturados

La Dra. Rita Charon es reconocida por su trabajo en medicina narrativa. En la conversación, ese concepto se vuelve muy concreto. Ella propone entender la consulta como un encuentro donde se construye un relato. En lugar de ir de inmediato a "dónde le duele", sugiere preguntas como "qué necesita que yo sepa sobre usted para poder atenderle bien". No se trata de pedir historias extensas de manera rutinaria, sino de identificar qué parte de la vida de esa persona es clave para que el plan de atención sea razonable y posible.

La Dra. Charon conoce bien la presión por ver a muchas personas en poco tiempo. Por eso, sus propuestas son pequeñas y realistas: incluir uno o dos elementos significativos de la historia de vida en la nota clínica, leer con atención lo que las y los pacientes escriben sobre su experiencia, y formar a estudiantes y residentes para escuchar antes de clasificar.

Para la salud pública, esto abre un campo de reflexión importante. Trabajamos con formularios, indicadores y categorías que ayudan a organizar la información, pero a veces dejan fuera los aspectos que determinan si una persona podrá seguir un tratamiento o participar en un programa. Recuperar algo de la lógica narrativa en el diseño

de intervenciones puede ayudar a explicar por qué ciertas iniciativas funcionan mejor cuando se adaptan a las historias y contextos locales.

Profesor Paul Gilbert: la mente de quienes cuidan

El profesor Paul Gilbert centra la charla en el mundo interno de quienes cuidan. Habla de la compasión como una motivación: notar el sufrimiento, sentir preocupación y comprometerse a hacer algo para aliviarlo. Uno de los momentos más claros de la conversación es cuando describe a una paciente que trata de hablarse "con amabilidad", pero al escucharse en voz alta se da cuenta de que el tono sigue siendo duro y crítico. No basta con cambiar las palabras si la actitud hacia uno mismo sigue marcada por el desprecio o la culpa.

El profesor Gilbert explica que, cuando ha habido experiencias de trauma, el sistema interno de cuidado puede quedar muy dañado. En esos casos, los ejercicios de compasión al inicio pueden resultar incómodos o incluso dolorosos. Si pensamos en quienes trabajan en salud pública, enfermería, medicina, trabajo social o salud comunitaria, esta idea da claves para entender parte del desgaste. Muchas personas trabajan entre duelos, recortes, decisiones difíciles y presión constante, y aun así se les pide seguir adelante sin espacios reales para procesar lo vivido.

Su propuesta es tomar en serio el cuidado de la mente de quienes cuidan, no como un lujo, sino como una condición para sostener a largo plazo proyectos, servicios y equipos. Esto puede traducirse en espacios de reflexión en los servicios, acompañamiento entre pares, supervisión más cercana o actividades estructuradas que permitan hablar de lo que se siente, no solo de lo que se hace.

Profesora Devi Sridhar: decisiones técnicas en contextos complejos

La profesora Devi Sridhar vive en la intersección entre universidad, gobiernos y medios de comunicación. Durante la pandemia, pasó de los modelos epidemiológicos a las entrevistas en televisión, a escribir columnas para público general, y de ahí a reuniones técnicas con autoridades. En

la conversación, describe la salud global como un campo donde las decisiones nunca son solo técnicas. Están cruzadas por intereses, miedos colectivos, presiones políticas y debates públicos. Cuando habla de gobernanza global, señala que muchos mecanismos dependen de un número limitado de actores y financiadores, lo que vuelve frágil el equilibrio entre países. Frente a ese escenario, subraya la importancia de la humildad epistémica. Para ella, un buen experto no es quien nunca cambia de opinión, sino quien puede explicar de forma transparente por qué una recomendación debe modificarse cuando cambia la evidencia.

Este enfoque ofrece pistas muy útiles para quienes participan en comités, direcciones, vocerías o equipos de vigilancia en México. Aceptar la incertidumbre, explicar los cambios de postura y comunicar decisiones difíciles con claridad son habilidades tan importantes como dominar un modelo estadístico. La experiencia de la profesora Sridhar muestra que es posible buscar este equilibrio entre rigor técnico y comunicación honesta, aun en contextos polarizados.

Un hilo común entre cinco conversaciones

Vistas en conjunto, estas cinco entrevistas dejan una imagen compartida. El Dr. Fauci y la profesora Sridhar muestran la dimensión del servicio público y de las decisiones técnicas en escenarios de alta presión. El profesor Kleinman y la Dra. Charon recuerdan que la salud se juega en la vida cotidiana, en las familias y en las historias de las personas, no solo en los servicios. El profesor Gilbert pone sobre la mesa el estado emocional y mental de quienes sostienen los sistemas.

De este conjunto de voces sale un mensaje sencillo y exigente para la salud pública. No es posible separar el trabajo técnico de la vida diaria de las comunidades y del cuidado de quienes están en la primera línea. Cuando atendemos solo a los datos, perdemos parte del sentido. Cuando miramos solo las historias sin estructura, aparece la sensación de que nada se puede cambiar. Cuando hablamos de compasión sin cuidar al equipo, el trabajo se vuelve insostenible. El reto es mantener estas tres dimensiones presentes al planear, decidir y evaluar.

Ideas para llevar

La experiencia del Dr. Fauci recuerda el valor de pensar la salud pública como un trabajo de largo plazo, que requiere continuidad, paciencia y equipos estables.

El profesor Kleinman invita a mirar con más atención las redes de cuidado en hogares y comunidades, y a considerar que ahí comienza, en gran medida, el “sistema de salud real”.

La Dra. Charon muestra que escuchar mejor las historias de las personas puede hacer más efectivos los programas, al permitir ajustar recomendaciones a contextos concretos.

El profesor Gilbert ayuda a reconocer que la salud mental de quienes trabajan en salud es parte del trabajo, no un tema secundario. Cuidar al equipo mejora también la calidad del servicio.

La profesora Sridhar ofrece un modelo de liderazgo técnico que combina evidencia, comunicación clara y humildad para reconocer la incertidumbre y explicar los cambios de rumbo.

Ver y comentar estas conversaciones en equipo puede ser un ejercicio formativo tan valioso como un curso formal, sobre todo si se vincula con casos reales, decisiones recientes y experiencias de campo.

Para seguir la conversación

Todas estas entrevistas están disponibles en la sección de Salud Global de la Sociedad Mexicana de Salud Pública.

Puedes verlas en el siguiente enlace:
<https://smssp.org.mx/salud-global.html>

En esa misma página encontrarás otras charlas con el profesor Peter Piot, el Dr. Eric Topol, el profesor Vikram Patel, el profesor Sir Andrew Haines, el Dr. Paul Spiegel, el Dr. Gene Bukhman, la periodista Kate Kelland, la Dra. María Elena Bottazzi, el Dr. Héctor Bonilla y la Dra. Joia Mukherjee, entre otras personas que han dedicado su trabajo a distintos frentes de la salud global.

La invitación es sencilla: ver los episodios que falten, usarlos en clases, sesiones clínicas o reuniones de equipo, compartirlos con estudiantes y colegas, y proponer nuevas voces para las próximas conversaciones. Desde estos diálogos, la salud global se puede seguir pensando también desde México, con la experiencia y el trabajo cotidiano de todos nosotros.



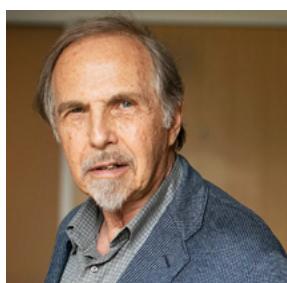
Lecciones de una vida
en salud pública

Dr Anthony Fauci



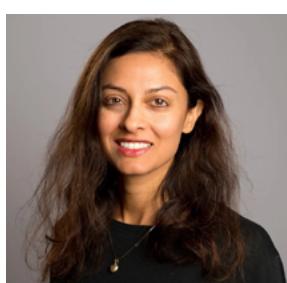
La importancia de la
compasión en la práctica
médica

Dr Paul Gilbert



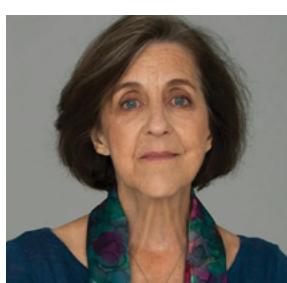
De la enfermedad al sentido
humano

Dr. Arthur Kleinman



Gobernanza de la salud
global y lecciones de la
pandemia

Dra. Devi Sridhar



Medicina narrativa y el
poder de las historias en la
clínica

Dra. Rita Charon



Espacio Salud Pública

La voz salubrista

La Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C. (SMSP) lanzó en febrero de 2025 el proyecto "**Espacio Salud Pública: La Voz Salubrista**". Este espacio no solo difunde información, sino que invita a la reflexión, la conciencia y la acción en favor de la salud pública.

Desde su lanzamiento, el proyecto ha abordado más de **25 temas cruciales** para un público amplio y diverso. Entre ellos se encuentran la salud materna y neonatal, salud mental, dengue, enfermedades emergentes, seguridad del paciente, medio ambiente y las transformaciones digitales en los sistemas de salud. Estas publicaciones no solo exponen problemas urgentes, sino que también presentan soluciones posibles y las voces impulsoras del cambio.

El éxito de "La Voz Salubrista" se basa en **alianzas estratégicas**, como la colaboración con **Carlos Henze y LaSalud.Mx**. Esto ha permitido llevar el conocimiento más allá de los ámbitos académicos o gubernamentales, alcanzando a profesionales, estudiantes y a la ciudadanía en general. De esta forma, se contribuye a reconocer a los **Determinantes Sociales de la Salud** como factores decisivos para el bienestar.

Extiendo un sincero reconocimiento al trabajo y compromiso de las Secciones Técnicas, las Sociedades Filiales, el Cuerpo Directivo de la SMSP y a todas las personas invitadas a este espacio y que materializaron la misión colectiva: **incidir, informar y transformar la Salud Pública de México**.

Hoy, **La Voz Salubrista se escucha con más fuerza**. El compromiso es seguir ampliando este puente entre la ciencia y la sociedad para asegurar que la salud pública mantenga un lugar de respeto y prioridad en la agenda nacional.

Cuando el conocimiento se comparte, la salud se fortalece, y cuando la salud pública se atiende, la justicia social se consolida.



Con gratitud y compromiso,
**Mtro. José Noé Rizo
Amézquita**



SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PÚBLICA
SALUS • VERITAS • LABOR

Una colaboración de:

¿Qué temas marcaron la salud pública este año? Encuéntralos todos aquí

Este año llevamos la **voz salubrista** a múltiples temas que importan.
Te invitamos a revisar **todos los artículos** que difundimos en 2025.

CLIC AQUÍ



La atención a la salud en la era de la Inteligencia Artificial: aplicaciones para la mejor calidad y gestión en los sistemas de salud.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dra. Laura Cortés Sanabria, Directora de la Sección Técnica de Calidad de la Atención.

CLIC AQUÍ



Muerte materna y de recién nacidos en México de 2012 a 2023: Tendencias y efectos de la crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dra. María del Rocío Sánchez Díaz, Directora de la Sección Técnica de Salud Materna y Perinatal

Dra. María Eugenia Jiménez Corona Vicepresidenta de la SMSP

CLIC AQUÍ



Día Mundial de la Enfermedad de Chagas: visibilizando la epidemia oculta de México, América Latina y el Caribe.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dr. Fabián Correa Morales Director de la Sección Técnica de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicaciones por Artrópodos de la SMSP.

Mtra. Marcia Leyva Gastelum Directora de la Sección Técnica de Investigación en Salud

CLIC AQUÍ



Inteligencia Artificial y Seguridad en el Trabajo: Hacia un Futuro más Seguro de los Trabajadores en México

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dr. Ricardo Escamilla Santiago Director de la Sección Técnica de Educación y Talento Humano en Salud Pública.

CLIC AQUÍ



Prácticas de higiene de manos en el área de la salud en México: resultados de un instrumento de evaluación

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.
Dr. Gustavo Zárate Sánchez, Secretario de Actas de la SMSP.

CLIC AQUÍ



Cuidar a quienes nos cuidan: una inversión estratégica para la salud y la economía.

Por: E.E.S.P. César Cerqueda Álvarez, Director de la Sección Técnica de Enfermería en Salud Pública.
Mtra. Cynthia Vanessa Romero Ramírez, Encargada Estatal del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH, Muerte Materna, Morbilidad Materna Extremadamente Grave, Diabetes Hospitalaria, Secretaría de Salud Jalisco.
E.E.S.P. Thalía Jazmín Toriz Galicia, Directora Ejecutiva de la SMSP.

CLIC AQUÍ



Salud mental y tabaquismo: pensamiento suicida entre fumadores mexicanos.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.
Lic. Braulio Ortega Plascencia. Director de la Sección Técnica de Salud Mental y Adicciones

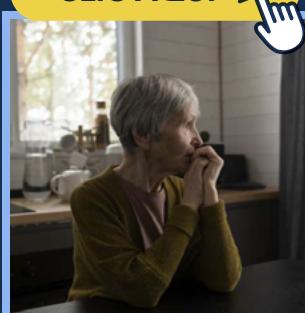
CLIC AQUÍ



Día Mundial del Medio Ambiente.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

CLIC AQUÍ



Conmemoración del 15 de junio: Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.
MSP Elí Elier González Sáenz. Director de la Sección Técnica de Salud de la Persona Mayor.

CLIC AQUÍ 



¿Cuál es el estado actual en México sobre la Donación de Sangre?

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de

Determinantes Sociales de la Salud.

MSP Juan Carlos Navarro Guerrero. Director de la Sección Técnica de

Enfermedades Crónicas

CLIC AQUÍ 



Día Mundial de las Zoonosis: Logros y retos en México.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de

Determinantes Sociales de la Salud.

Dr. Miguel Galarde López. Director de la Sección Técnica de Una Salud.

CLIC AQUÍ 



Determinantes Sociales de la Salud en México.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de

Determinantes Sociales de la Salud.

Dr. Rodolfo Sousa Hernández, Presidente de la Sociedad Veracruzana de
Salud Pública A.C.

CLIC AQUÍ 



Méjico en el contexto del Día Internacional contra el Dengue: Prevención, Desafíos y Tendencias.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dr. Omar Gómez Cruz. Secretario de Salud y Director del Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Dr. Diego Alberto Segovia Ascencio. Director de la Sección Técnica de Epidemiología

CLIC AQUÍ 



Actúa por la Humanidad: Panorama de la Violencia en América Latina y el Caribe de 2017 a 2025

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de
Determinantes Sociales de la Salud.

MSP Celia Oralía Castañeda Hernández, Presidenta de la Asociación de
Profesionales de Salud Pública del Estado de México

CLIC AQUÍ



Suicidios de mujeres y hombres en México de 1990 a 2023.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dra. Alejandra Guerrero Farfán. Presidenta del Colegio de Epidemiólogos del Estado de Guanajuato.

CLIC AQUÍ



Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2025.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dra. Marina González Zihel. Presidenta de la Asociación de Salud Pública de Quintana Roo

CLIC AQUÍ



28 de septiembre Día Mundial contra la Rabia

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dr. Carlos Fernando Gómez Rodríguez. Presidente de la Sociedad Zacatecana de Salud Pública.

CLIC AQUÍ



10 de octubre Día Mundial de la Salud Mental.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán. Coordinador de Enlace Institucional de la Secretaría de Gobernación. Ex Titular de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).

CLIC AQUÍ



Día Mundial del Lavado de Manos: Un Hábito que Salva Vidas.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dra. Lorena Suárez Idueta, Secretaria General de la SMSP

Lic. Mariana Paniagua Zavala, Coordinación de Comunicación y Vinculación Estratégica SMSP

CLIC AQUÍ 



24 de octubre, Día Mundial de la Polio. Avances y desafíos de 1980 a 2023

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dr. Andreu Comas García. Director de la Sección Técnica de Genómica.

CLIC AQUÍ 



Día Mundial de la Diabetes: Recorrido histórico en México de 2000 a 2021.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dr. Jorge Sebastián Hernández Rodríguez. Presidente de la Sociedad Tamaulipecana de Salud Pública A.C.

CLIC AQUÍ 



Día Mundial del Prematuro: Desafíos persistentes en la salud neonatal global.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dr. Luis Arturo Camacho Silvas. Director de la Sección Técnica de Sociedades Filiales (SMSP).

CLIC AQUÍ 



Día Mundial del Sida: Avances técnicos y brechas pendientes hacia el 2030.

Por: MSP José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Salud.

Dra. Georgina Selene Morales González. Presidenta de la Asociación Médica Mexicana de VIH (AMMVIH)

#Salud Pública para todas las voces



Una colaboración de:

SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PÚBLICA
SALUS • VERITAS • LABOR

 LaSalud.mx

18 de diciembre, Día Internacional del Migrante: ¿cómo estamos en México?

MSP José Noé Rizo Amézquita

Director de la Sección Técnica de Determinantes Sociales de la Sociedad Mexicana de Salud Pública (SMSP)
Investigador en Salud y Seguridad Social de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Dr. Giorgio Alberto Franyuti Kelly

Director Ejecutivo de Medical Impact

LSP. Mariana Paniagua Zavala

Coordinadora de Comunicación y Vinculación en la SMSP



Introducción

En el año 2000 mediante la resolución A/RES/55/93 la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció el 18 de diciembre como el día internacional del migrante. Esta fecha se estableció para conmemorar la aprobación de Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familias, misma que fue adoptada por la Organización de las Naciones Unidas en 1990. En el día internacional del migrante se llevan a cabo conferencias, seminarios y diversos eventos con los cuales se busca visibilizar y concientizar acerca de los retos y desafíos a los que se enfrentan los migrantes. Tal es el caso de la explotación laboral, la vulnerabilidad frente a diversos conflictos políticos y sociales, así como la exposición a desastres naturales. También se busca promover entre los gobiernos la realización de políticas que garanticen su integración y bienestar (Naciones Unidas, 2000; Naciones Unidas, s.f.).

En México, la dinámica de la migración implica analizar diversos aspectos como la entrada al país, el tránsito a través de él, su salida y, en algunos casos, el establecimiento de migrantes extranjeros. Incluso al interior del país, los flujos migratorios de connacionales mismos se han mantenido de manera significativa (Pimienta-Lastra, 2023). No obstante, en este estudio nos concentraremos en la migración de extranjeros a México.

En las últimas décadas México ha pasado de ser un país predominantemente de emigrantes a un país de tránsito, particularmente para migrantes centroamericanos y sudamericanos, particularmente en su ruta hacia Estados Unidos. Igualmente, un número importante de migrantes ven a México ya como su país de destino definitivo. Esto se aprecia por el aumento en los permisos de residencia, migración laboral y humanitaria, así como de solicitud de asilo en México (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2025). En este contexto, México ha adoptado una política orientada a proteger los derechos de los migrantes y facilitar su integración legal. Un hecho consistente con esto es la suscripción del Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular realizada por el gobierno de México, con la cual se busca dejar atrás políticas masivas de deportación y sustituirlas por la regularización y acceso legal para migrantes centroamericanos (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2019). También, México ha puesto en marcha programas de asilo y refugio a través de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR). Con ello se amplió su capacidad para recibir a personas que huyen de la violencia, conflictos o crisis humanitarias que ocurren en su país de origen (Seelke, 2025). Para reducir la vulnerabilidad que genera una estancia irregular en México, se han establecido también mecanismos útiles para integrar a los migrantes en el mercado laboral formal, con lo cual adquiere desechos laborales y la seguridad social necesaria para los migrantes en la sociedad mexicana (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2025).

El Instituto Nacional de Migración (INM) es la dependencia de la Secretaría de Gobernación de México que es la responsable de regular, supervisar y vigilar los flujos migratorios en el país. Igualmente, una de sus responsabilidades es garantizar que la migración se realice de manera ordenada, segura y apegada a derecho, acción necesaria para garantizar la seguridad nacional y la protección de las personas migrantes. Para poder realizar estas acciones, el INM se encarga de emitir diversos documentos migratorios, como lo son visas, permisos, regularizaciones; supervisar la entrada y salida al territorio nacional en puntos fronterizos y aeropuertos; así como coordinar programas de asistencia humanitaria y prevenir delitos relacionados con la migración irregular, como es el caso de la trata de personas y el tráfico de migrantes (Gobierno de México, 2023a). Relacionado con esto último, en 1990 el INM creó el Grupo Beta, que se trata de un grupo útil para brindar acompañamiento y protección humanitaria a personas migrantes en tránsito. Esto sin importar su nacionalidad o situación migratoria, regular o irregular. Cuando es necesario, el Grupo Beta realiza rescates en zonas de riesgo, proporciona alimentos, agua y atención médica básica, además de orientar sobre los procedimientos migratorios, derechos a las personas migrantes y apoyo legal cuando se detecta abuso, explotación o violencia (Gobierno de México, 2023b).

En el contexto del día internacional de migrante, en este estudio se investigó la cantidad de personas migrantes que realizan algún tipo de trámite en el INM de México, el tipo de trámite a realizar, así como el país de procedencia de los flujos migratorios. Se investigó también la cantidad de víctimas de algún delito y que lo reportaron ante el INM, lo que supone su calidad de migrantes; y finalmente, se contabilizó la cantidad de migrantes auxiliados por el Grupo Beta. Para ello se recurrió a datos abiertos del Gobierno de México, el cual cuenta con registros en diversos períodos.

Método

Se trató de un estudio descriptivo, observacional no experimental. Se consultó la página de datos abiertos del Instituto Nacional de Migración para recuperar los siguientes conjuntos de datos: Estadísticas de regulación migratoria, Personas extranjeras víctimas de delito y Migrantes atendidos por los Grupos Beta de Protección a Migrantes (Instituto Nacional de Migración, 2022). De estos conjuntos se seleccionó el registro de Documentos migratorios ($n = 160396$) de julio 2024 a junio 2025; Extranjeros víctimas de delitos ($n = 4026$) y Migrantes atendidos por los Grupos Beta de Protección a Migrantes ($n = 1135$) de 2015 a 2025 agrupados mensual. El análisis de datos comprendió la descripción de frecuencias, visualización de mapas de calor y series temporales.

Resultados

Documentos migratorios

La Figura 1 muestra en un mapa de calor el total de trámites de documentos realizados ante el Instituto Nacional de Migración por habitantes de diversos países. El país que mayormente realiza este tipo de trámites es Guatemala, seguido de Estados Unidos y Colombia. Resulta notable el hecho de que China sea también un país con una cantidad importante de trámites realizados ante este instituto. En la Figura 2 se muestran las entidades donde se realizan estos trámites migratorios en México. La entidad con mayor registro de trámites es Chiapas, quizás debido a que es la entidad que posee la frontera que da paso a México desde la región de Latinoamérica; en segundo lugar, se encuentra Ciudad de México, en donde se centralizan una gran cantidad de instancias gubernamentales, como lo es el Instituto Nacional de Migración. Quintana Roo se ubica en tercer lugar y esto puede ser por el acceso que ofrece a países del Caribe y otros países de los 4 continentes. Aunque en menor medida, destacan también Nuevo León y Jalisco, esto por ser estados considerados con un alto desarrollo económico e industrial en México.

El tipo de trámite que se realiza y su frecuencia se muestra en la Figura 3. Los 6 trámites más solicitados son la tarjeta de residente temporal, permanente y de visitante regional, para ambos sexos. Sin embargo, es importante añadir que de julio de 2014 a marzo de 2025 hubo un decremento pronunciado en el número de trámites realizados, este valor reducido se mantuvo hasta junio del mismo año (Figura 4). Finalmente, en la figura 5 se muestra que, para cada uno de estos seis trámites más frecuentes, son mayormente realizados por personas de ambos性os en rangos de edad de 25 a 34 y 45 a 69 años. La población de 24 años o menos muestran la menor frecuencia para éstos. Es también importante señalar la presencia de datos perdidos (NAs), esto puede ser debido a dificultades para el registro. No obstante, su frecuencia es baja por lo que no presentan mayor dificultad para los registros efectivos.

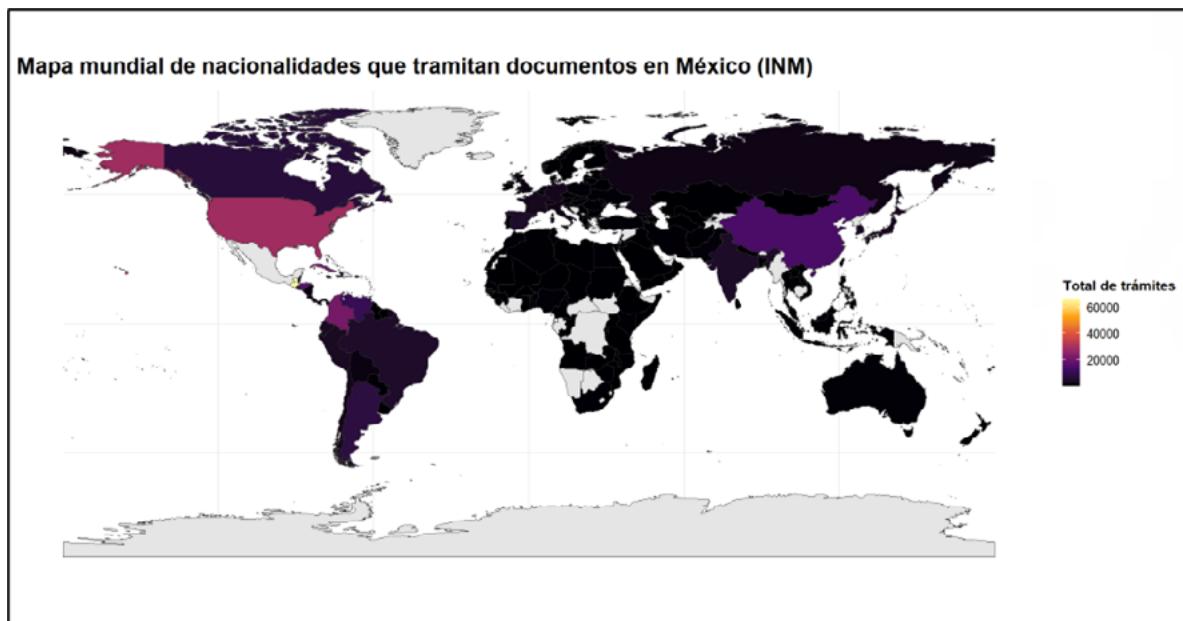


Figura 1. Mapa mundial de nacionalidades que tramitan documentos ante el Instituto Nacional de Migración en México.

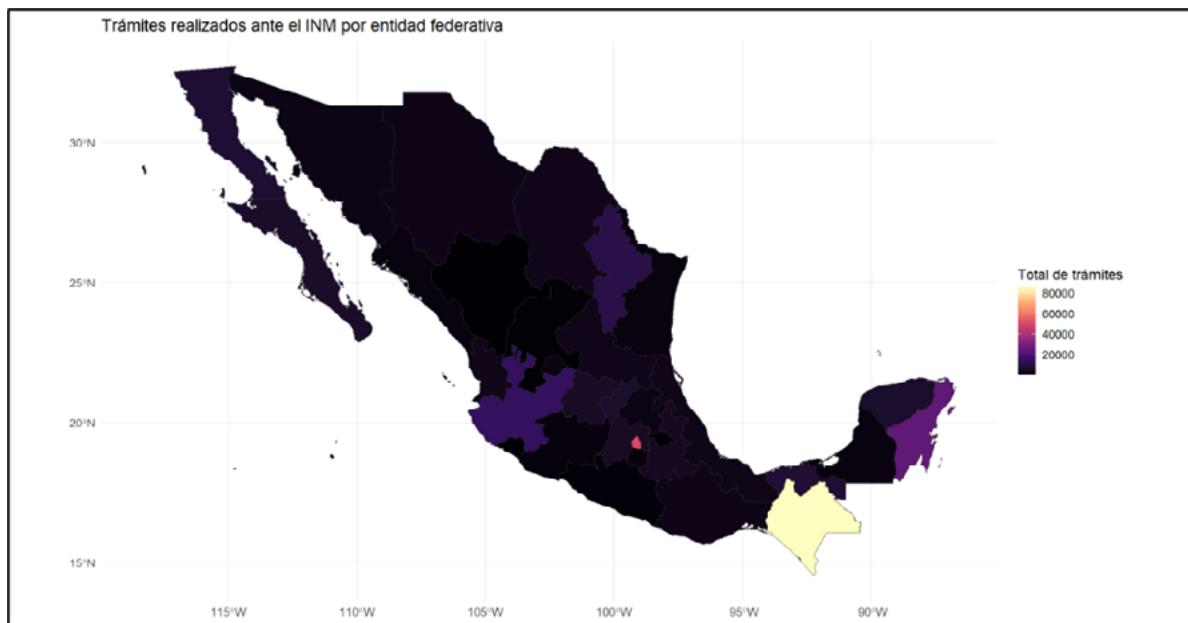


Figura 2. Concentración por entidad de México para trámites el Instituto Nacional de Migración.

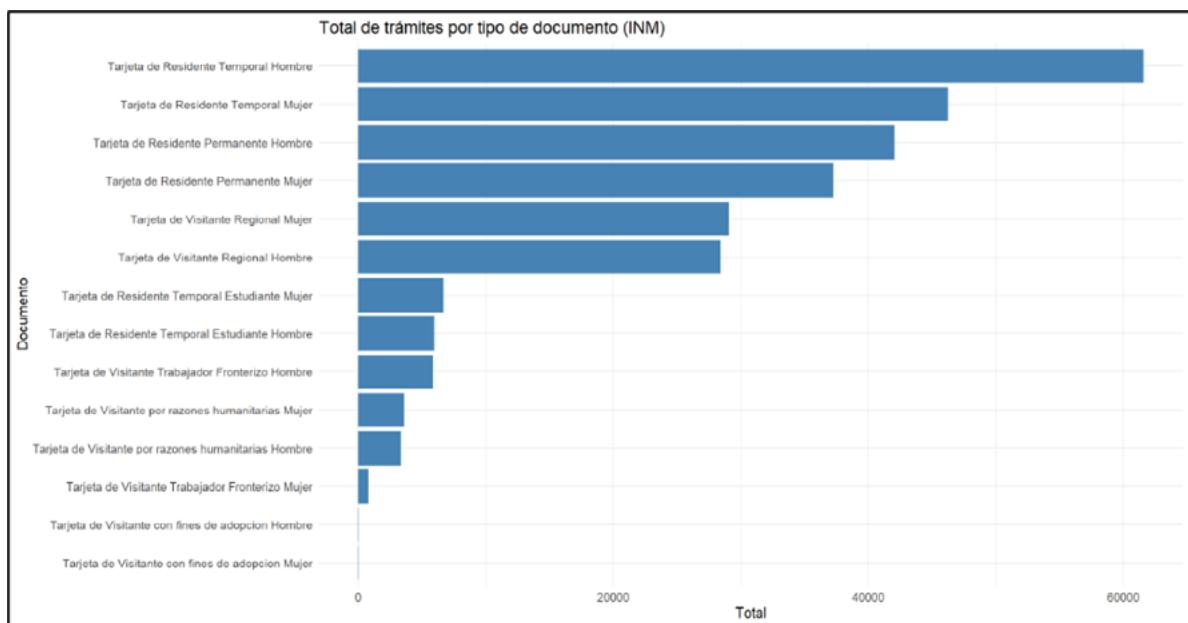


Figura 3. Tipo y total de trámites realizados ante el Instituto Nacional de Migración.

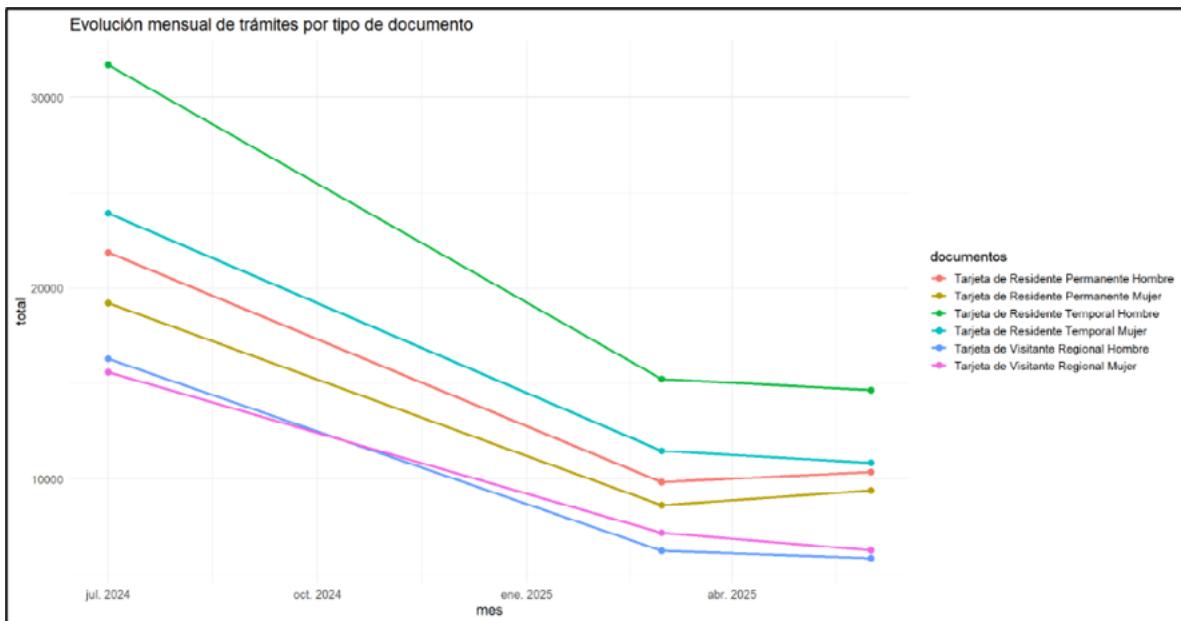


Figura 4. Evolución del número de trámites más comunes ante el Instituto Nacional de Migración de julio 2024 a junio 2025.

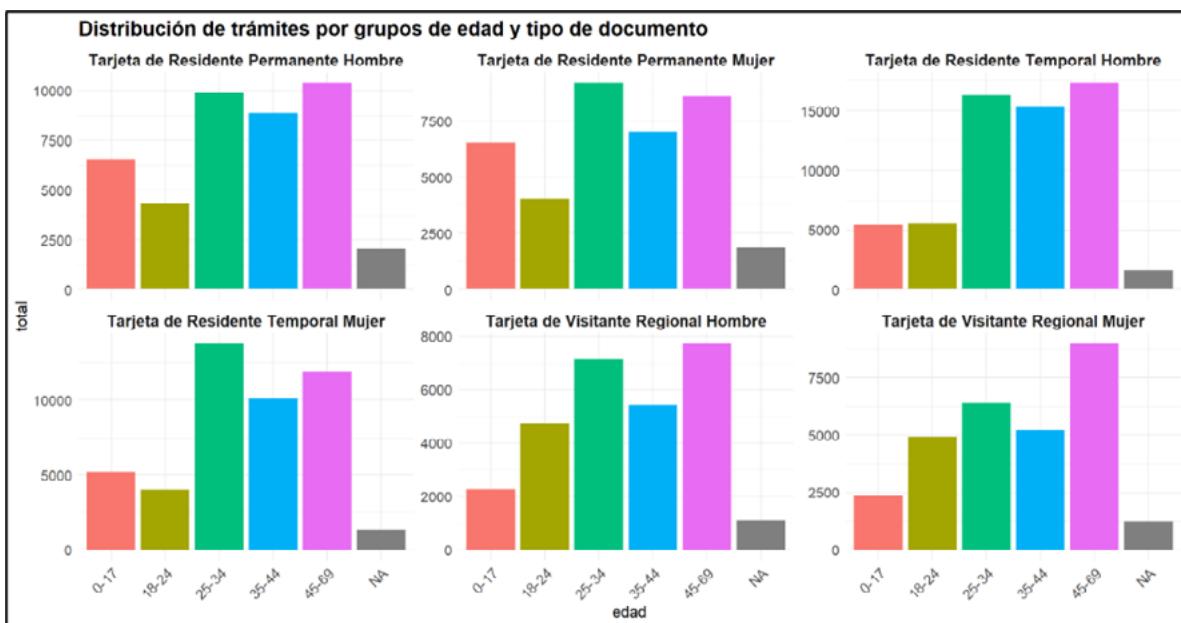


Figura 5. Distribución del tipo de trámites por grupo de edad.

Extranjeros víctimas de delitos

La Figura 6 se muestra el mapa de calor que registra el número de extranjeros víctimas de algún delito, no especificado en las fuentes consultadas, para los años 2015 (inicio del registro), 2020 (año de pandemia por COVID-19), 2023 (primer año postpandemia) y 2025 (último año del cual se disponen datos). Se aprecia que en el primer año de registro Chiapas y Nuevo León presentaron el mayor número de víctimas reportadas. Tal como era de esperarse, durante la pandemia, este número se mantuvo bajo. Sin embargo, en el año posterior a la pandemia, el total de víctimas aumento de forma importante alcanzando un máximo de más de 250 reportes registrados en Sonora, aunque Chiapas y Oaxaca también registran un número de reportes superior a 100. Esto puede explicarse por la reapertura de fronteras y el renovado tránsito de migrantes en México. Para 2025, el número de reportes disminuyó drásticamente en todo el país. En la Figura 7 se muestra completa la serie temporal de extranjeros víctimas de delitos en México de 2015 a 2025. Cabe resaltar que los picos de delitos registrados se presentaron en febrero de 2020 (283), agosto de 2018 (276), enero de 2017 (175), diciembre de 2016 (172) y julio de 2023 (169).

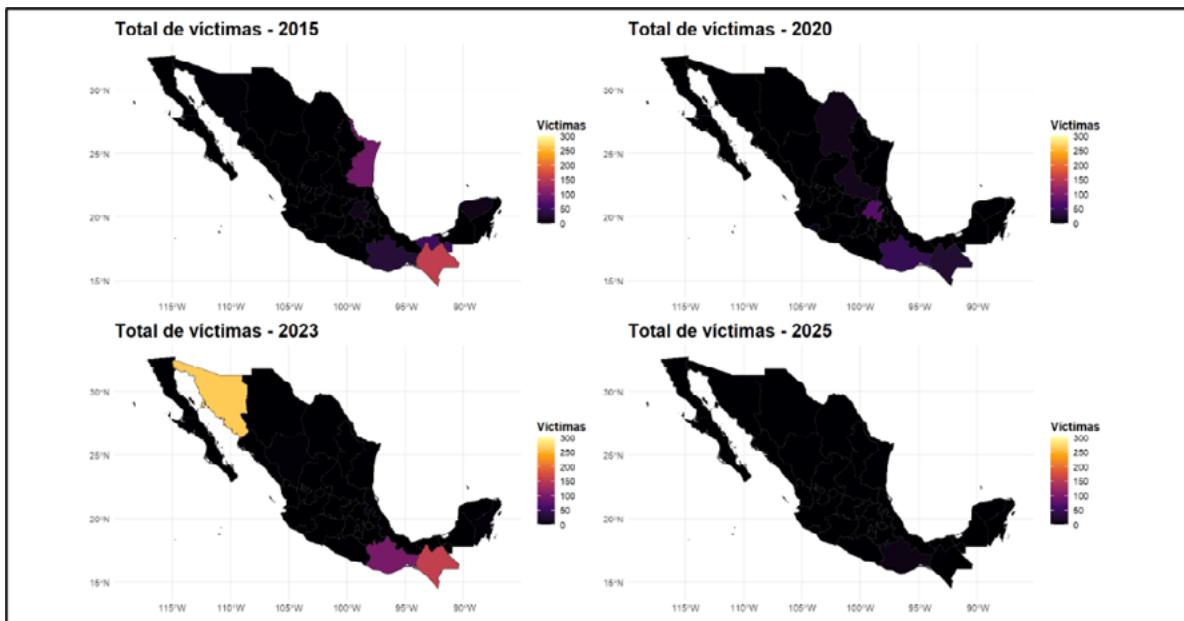


Figura 6. Mapa de calor de extranjeros víctima de delitos en México.

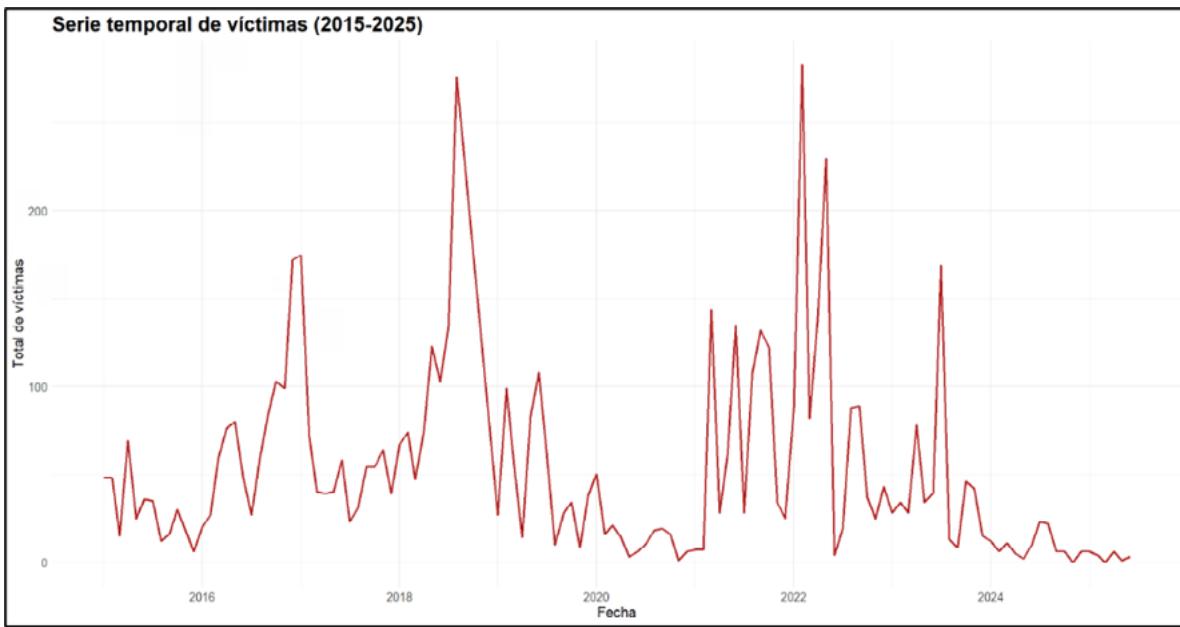


Figura 7. Serie temporal de extranjeros víctimas de delitos en México de 2015 a 2025.

Migrantes atendidos por los Grupos Beta de Protección a Migrantes

Finalmente, el análisis de la actuación de los Grupos Beta en apoyo a los migrantes muestra que 4 de las 5 mayores intervenciones ocurrieron entre julio y octubre de 2023 y en marzo de 2024. Para detallar más este comportamiento, el número de migrantes atendidos de 2015 a 2025 se muestra en la Figura 8 y en la Figura 9 se muestra un mapa de calor que identifica la cantidad de migrantes auxiliados por entidad en México. En esta figura las entidades en blanco no cuentan con reporte de auxilio, lo cual no debe considerarse la ausencia de ello, es posible que los casos no pudieran ser registrados o que no se reflejaran en el conjunto de datos.

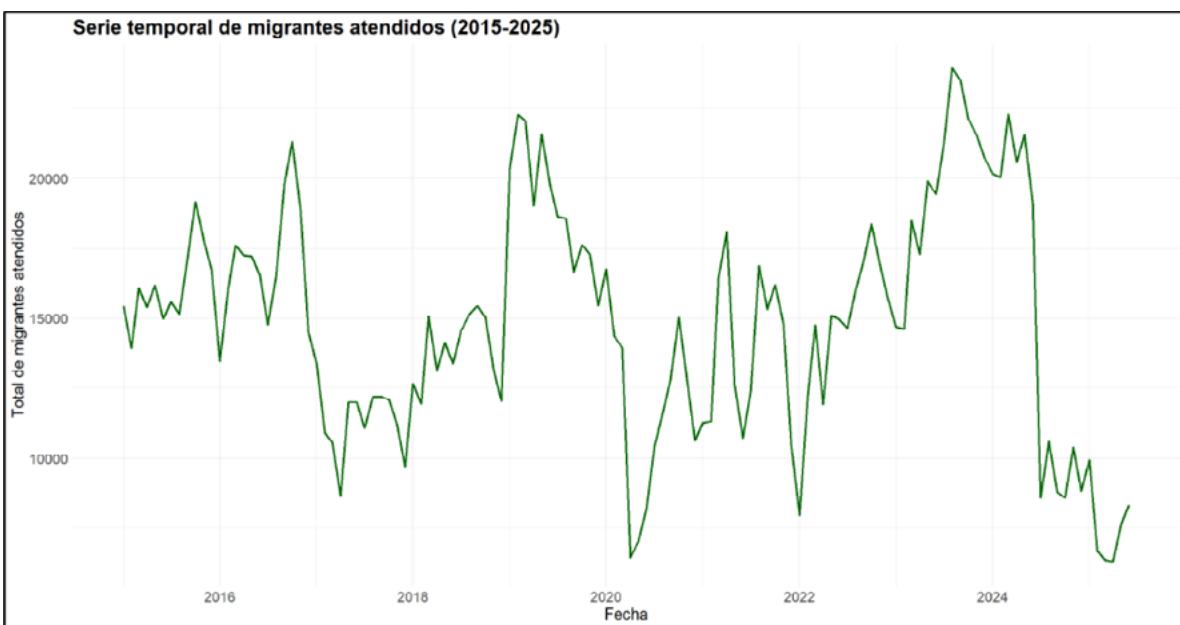


Figura 8. Número de migrantes atendidos de 2015 a 2025.

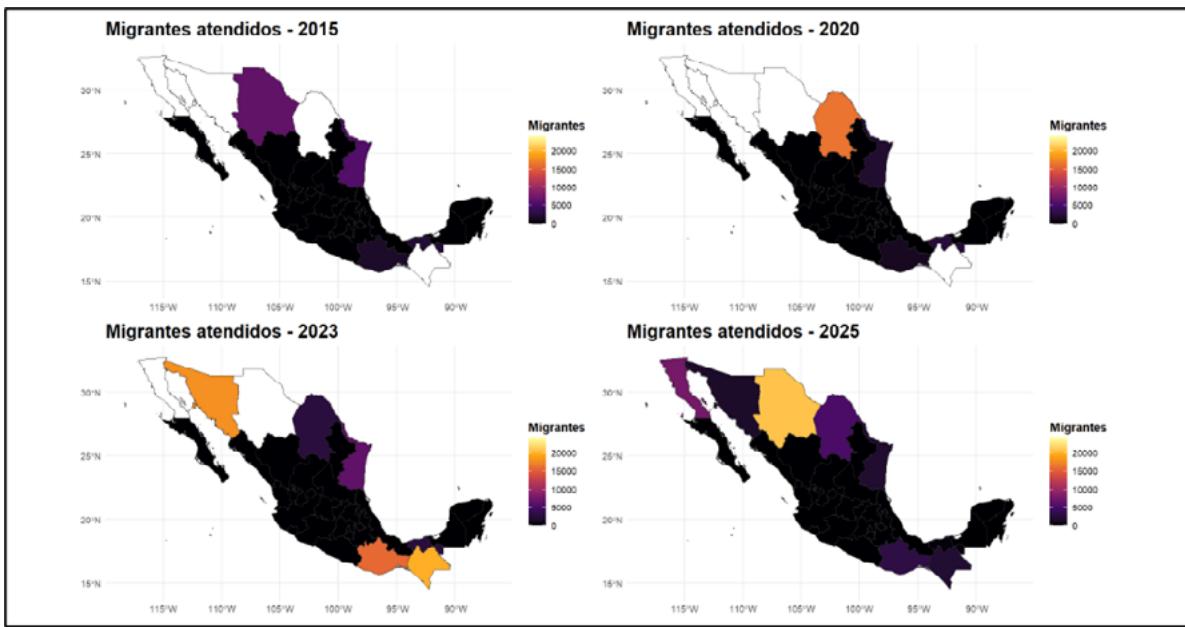


Figura 9. Frecuencia de atención a migrantes por el Grupo Beta en las entidades de México en cuatro años diferentes.

En la figura previa se aprecia que la mayor cantidad de migrantes auxiliados por el Grupo Beta se encuentra en entidades fronterizas. Lo que respecta a las entidades del norte del país, es consistente con la noción de que una cantidad de migrantes en México se encuentran en tránsito para dirigirse a Estados Unidos; para el caso de las entidades en la frontera sur, puede ser debido a que son el acceso a México de migrantes provenientes de centro y Latinoamérica.

Discusión y llamado a la acción

Los resultados obtenidos en este estudio nos permiten verificar que los objetivos fueron alcanzados. Respecto del primero, es viable señalar que entre julio de 2024 y junio de 2025 ingresaron a México en calidad de migrantes, poco más de 300000 personas, las cuales mayormente provenían de Guatemala, Estados Unidos, Colombia y China. Además, el tipo de documento más solicitado son las tarjetas de residencia temporal/permanente/regional para ambos sexos de edades que oscilan entre 25 y 34 y entre 45 y 59. Menores de 24 años representan la población más pequeña de migrantes en territorio nacional. Es importante señalar que de julio de 2024 hasta junio de 2025

hubo una reducción sostenida en la solicitud de este tipo de documentos. Es posible que factores socioeconómicos, la presencia de grupos criminales y las condiciones actuales de violencia en el país desalientan la migración a México.

En cuanto al segundo objetivo, la cantidad de víctimas de algún delito reportado ante el INM. Si bien se mostraron puntualmente solo cuatro años por entidad, en dicho resultado se aprecia que estados en la frontera sur y norte del país en donde mayormente se reporta este tipo de incidentes. Además, a partir de la serie temporal se averiguó que en meses puntuales entre 2016 y 2023 fueron los que reportaron mayor número de incidentes.

El cumplimiento del último objetivo reveló que las 5 mayores intervenciones del Grupo Beta en auxilio de migrantes ocurrieron entre julio y octubre de 2023 y en marzo de 2024. Además, de que en 4 años analizados para las entidades de México mostraron nuevamente que su mayor participación sucede en estados fronterizos. Esto sugiere su participación para brindar auxilio a migrantes centro y latinoamericanos durante su ingreso a México y a migrantes de diversos países de origen que tienen como destino definitivo Estados Unidos.

El conjunto de estos resultados brinda un retrato, al menos parcial, de las necesidades de migrantes en su paso por México. Señala la importancia del INM en su función para realizar trámites y brindar los documentos solicitados por los migrantes. También apunta a necesidades de seguridad y auxilio geográficamente localizadas. Es importante señalar que 2023 fue un año particularmente complicado para el Grupo Beta, por lo que un análisis más exhaustivo de la información brindada por el INM será de utilidad para identificar aspectos necesarios a reforzar tanto en seguridad como en el entrenamiento y acción de este grupo.

Finalmente, considerando la importancia de México en el flujo migratorio actual, es importante señalar la necesidad de mantener fuertes los avances alcanzados e identificar aspectos que puedan ser mejorados, esto para brindar mayores garantías de seguridad y legalidad a los migrantes que atraviesan el territorio nacional.

Referencias

- Cornelius, W. (2018). Mexico: From country of mass emigration to transit state. Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0001415>
- Gobierno de México. (2023a). Instituto Nacional de Migración: Funciones y objetivos. Secretaría de Gobernación. <https://www.gob.mx/imm>
- Gobierno de México. (2023b). Grupos Beta de Protección a Migrantes. Instituto Nacional de Migración. <https://www.gob.mx/imm/acciones-y-programas/grupos-beta-de-proteccion-a-migrantes>
- Instituto Nacional de Migración. (2022, junio 22). Datos Abiertos. <https://www.inm.gob.mx/gobmx/word/index.php/datos-abiertos/>
- Naciones Unidas. (2000). Resolution A/RES/55/93: International Day of the Migrant. <https://docs.un.org/es/A/RES/55/93>
- Naciones Unidas. (s.f.). International Migrants Day. <https://www.un.org/en/observances/migrants-day>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2025). International Migration Outlook 2025. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/international-migration-outlook-2025_ae26c893-en.html
- Pimienta-Lastra, R. (2023). Tres décadas de la dinámica migratoria interna en México. En K. Rodríguez, M. A. Mora Cante-llano (Coords.), Migración, mercados de trabajo y educación. Inclusión social en la gestión territorial (pp. 81–94). UNAM-AMECIDER. Disponible en: <https://ru.iiec.unam.mx/6153/>
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2019). Mexico's migration policy is sovereign, seeks to protect migrants' rights [Comunicado de prensa]. <https://www.gob.mx/sre/prensa/mexico-s-migration-policy-is-sovereign-seeks-to-protect-migrants-rights>
- Seelke, C. R. (2025). Mexico's migration control efforts (CRS Report No. IF10215). Congressional Research Service. <https://www.congress.gov/crs-product/IF10215>

La Inteligencia Artificial en la Vigilancia Basada en Laboratorio con Enfoque de Una Salud

Dr. Juan Francisco Román Pedroza

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

Mtra. Marcia Leyva Gastélum

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



Introducción: Un Nuevo Paradigma para la Salud Pública Global

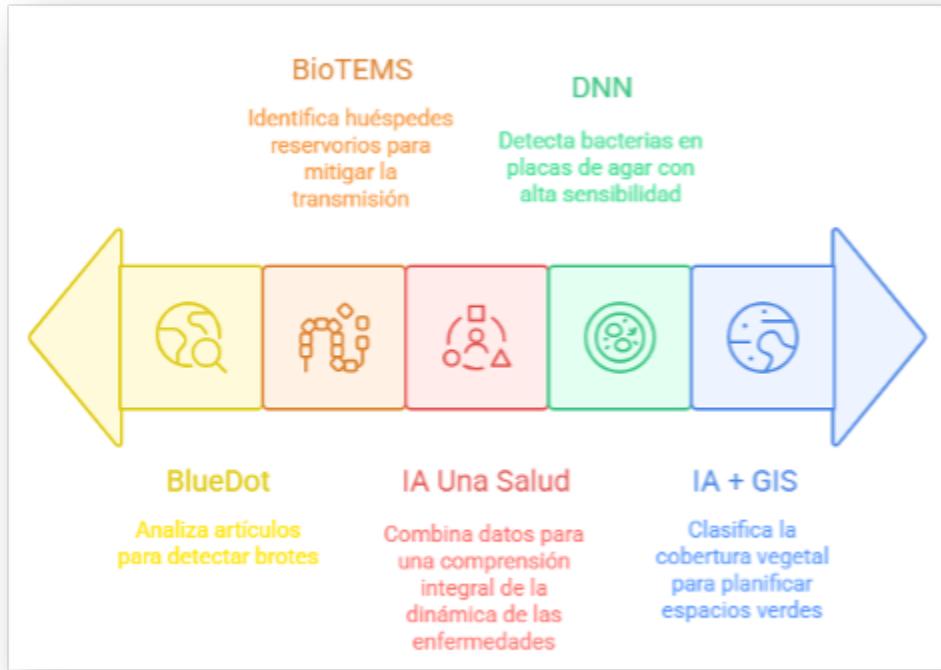
El enfoque “Una Salud” (One Health) se define como una estrategia integral y colaborativa que opera a niveles locales, nacionales y globales para alcanzar resultados óptimos en salud pública, reconociendo la profunda interconexión entre la salud humana, animal y ambiental. Este concepto se ha vuelto indispensable para abordar desafíos complejos como las enfermedades zoonóticas, la resistencia a los antimicrobianos y los efectos del cambio climático, con un enfoque colaborativo, multisectorial y transdisciplinario que reconoce que la salud de las personas, los animales y los ecosistemas están interconectadas.

Dentro de este marco, la vigilancia basada en laboratorio emerge como un componente esencial y objetivo de la vigilancia epidemiológica, proporcionando los datos necesarios para la toma de decisiones. El laboratorio confirma diagnósticos, identifica agentes etiológicos y proporciona evidencia crucial sobre los eventos de salud que afectan a las poblaciones. Su papel ha evolucionado de ser solo un apoyo, a convertirse en un pilar transversal en la evaluación de las acciones de los programas de prevención, vigilancia epidemiológica y control.

En este contexto, la Inteligencia Artificial (IA) se presenta como una tecnología disruptiva con el potencial de transformar radicalmente la vigilancia sanitaria. La capacidad de la IA para analizar grandes y complejos volúmenes de datos en tiempo real permite identificar patrones no visibles a simple vista, contar con información para modelar las potenciales amenazas emergentes y optimizar las respuestas de salud pública con una precisión y velocidad sin precedentes. La integración de la IA en la vigilancia de laboratorio bajo el enfoque de Una Salud está sentando las bases para un sistema de salud pública más proactivo, predictivo y resiliente.

Contribuciones de la IA en la Investigación y Análisis de Información

La aplicación de la Inteligencia Artificial está redefiniendo las capacidades de investigación y análisis en la salud pública, permitiendo un procesamiento de información que antes era inalcanzable. Sus contribuciones abarcan desde la detección temprana de brotes hasta la integración de datos multisectoriales, fortaleciendo la vigilancia en todos los frentes del enfoque Una Salud.



Potenciando la Vigilancia Epidemiológica y la Detección Temprana

Los algoritmos de IA, como el aprendizaje automático (machine learning) y el aprendizaje profundo (deep learning), son capaces de procesar vastas cantidades de datos —incluyendo resultados de pruebas de laboratorio, secuencias genómicas e información epidemiológica— con una velocidad y precisión extraordinarias. Esto permite identificar patrones inusuales que pueden indicar el inicio de un brote, posibilitando una respuesta rápida por parte de las autoridades de salud pública.

Sistemas pioneros como **BlueDot** y **HealthMap** ejemplifican esta capacidad. BlueDot, que analiza más de 100,000 artículos en 65 idiomas diariamente. De manera similar, HealthMap integra datos de redes sociales, blogs médicos e informes oficiales para visualizar brotes globales en tiempo real, habiendo sido fundamental en el seguimiento de enfermedades como el Zika y el Ébola.

Vigilancia Genómica y Monitoreo de Amenazas Zoonóticas

Una de las aplicaciones más importantes de la IA es en la vigilancia genómica. Los algoritmos avanzados pueden analizar secuencias genéticas para detectar mutaciones, rastrear la evolución de patógenos y evaluar su potencial para causar enfermedades. Esta capacidad es particularmente valiosa para monitorear riesgos zoonóticos que podrían originarse en reservorios animales y representar una amenaza para la salud humana. Durante la pandemia de COVID-19, la vigilancia genómica impulsada por IA fue instrumental para rastrear las variantes del SARS-CoV-2 y comprender su impacto en la transmisión y la eficacia de las vacunas, con el apoyo también de plataformas de acceso público como GISAID.

En el caso de enfermedades como el Ébola, se han desarrollado modelos de IA como **BioTEMS** (una Red Neural Aditiva General o GANN) para identificar potenciales huéspedes reservorios y analizar sus patrones de distribución, proporcionando información crucial para mitigar la transmisión del virus.

Integración de Datos bajo el Enfoque “Una Salud”

La IA facilita la integración de datos heterogéneos provenientes de fuentes humanas, animales y ambientales, lo que constituye el núcleo del enfoque Una Salud. Al combinar datos de diversas áreas con fuentes dispares, la IA permite obtener una comprensión más completa de la dinámica de las enfermedades e identificar riesgos potenciales antes de que escalen, como los Modelos de redes neuronales para prever expansión geoespacial de enfermedades. Los Dashboards inteligentes que integran capas de información de salud, clima y comportamiento animal

Aplicaciones en Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental

El alcance de la IA se extiende a otros pilares de Una Salud, como la seguridad alimentaria y la salud ambiental.

- **Seguridad Alimentaria:** Se están utilizando Redes Neuronales Profundas (DNN) para analizar imágenes de placas de agar y detectar bacterias como E. coli y coliformes con alta sensibilidad, alcanzando un límite de detección de una sola unidad formadora de colonias (UFC) en menos de 9 horas. Esto permite identificar colonias antes de que sean visibles al ojo humano. IA y Espectroscopía para identificar residuos de pesticidas, metales pesados o antibióticos en alimentos. Algoritmos de IA para mejorar logística alimentaria, reduciendo el desperdicio y mejorando la trazabilidad desde la granja hasta la mesa. Sistemas inteligentes para detectar cuellos de botella o riesgo de contaminación en transporte y almacenamiento.
- **Salud Ambiental:** La IA, combinada con Sistemas de Información Geográfica (GIS), revoluciona el análisis de la infraestructura verde. Arquitecturas de aprendizaje profundo como U-Net y ResNet procesan imágenes satelitales para clasificar la cobertura vegetal, ayudando a planificar espacios verdes que actúan como determinantes de la salud pública. Uso de sensores IoT conectados a algoritmos de IA, para detectar niveles anormales de contaminantes e aire y agua ($PM_{2.5}$, ozono, nitratos, metales pesados). Modelos de predicción de contaminación basados en datos meteorológicos, tráfico, uso de suelos y emisiones industriales. Detección automática de áreas de riesgo para enfermedades como dengue, malaria o leptospirosis (relacionadas con cambios ambientales).

Generación de Informes para la Toma de Decisiones Estratégicas

La IA no solo mejora el análisis de datos, sino que también es fundamental para transformar esa información en conocimiento para fundamentar la toma de decisiones estratégicas, la formulación de políticas y la asignación de recursos.

Del Dato Crudo a la Inteligencia Accionable: El Ciclo de Inteligencia en Salud

El concepto de Inteligencia en Salud se basa en un proceso organizado conocido como el “Ciclo de Inteligencia”, que consiste en etapas de planeación, recolección, procesamiento, análisis y difusión para convertir información en bruto en conocimiento útil para los líderes. La IA potencia y automatiza la fase de procesamiento y análisis de este ciclo, permitiendo procesar información incompleta, ambigua y a veces engañosa de manera sistemática.

Al aplicar técnicas analíticas estructuradas, se generan informes, líneas de acción y estrategias para satisfacer las necesidades de los tomadores de decisiones en todos los niveles del sistema de salud.

Modelos Predictivos y Asignación Optimizada de Recursos

La capacidad predictiva de la IA es una de sus contribuciones más valiosas para la gestión de la salud pública. Al aprovechar datos históricos y modelos de aprendizaje automático, la IA puede:

- **Generar pronósticos** de tendencias de enfermedades y evaluar el impacto potencial de diversas intervenciones.
- **Optimizar la asignación de recursos** durante emergencias sanitarias. Por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19, se utilizaron modelos predictivos para estimar la demanda de camas de hospital, ventiladores y vacunas, contribuyendo a una gestión pandémica más efectiva.
- **Priorizar intervenciones preventivas**, como la planificación de campañas de vacunación, dirigiendo los recursos a las regiones con mayor vulnerabilidad para maximizar el impacto.

Mejora de la Accesibilidad y Usabilidad de la Información

La IA también mejora la forma en que los datos de laboratorio se presentan a los responsables de la salud pública. A través de herramientas de visualización avanzadas como mapas de calor, tableros interactivos y gráficos dinámicos, la IA puede presentar datos complejos de una manera intuitiva y fácil de interpretar. Esto facilita que los funcionarios actúen sobre la información de manera más rápida y coordinada, fomentando la colaboración entre diferentes partes interesadas y mejorando la respuesta general a las amenazas para la salud.

Prospectiva: El Futuro de la IA en la Vigilancia Sanitaria

El futuro de la IA en la vigilancia de laboratorio y la salud pública es prometedor, con avances continuos que ampliarán aún más su impacto. Sin embargo, para realizar todo su potencial, es crucial abordar una serie de desafíos técnicos, éticos y regulatorios que acompañan su implementación.

Integración con Big Data y Monitoreo en Tiempo Real

Un área de gran potencial es la integración de la IA con el análisis de big data proveniente de una gama aún más amplia de fuentes. Esto incluye:

- **Registros Médicos Electrónicos (EMR)** y computación en la nube para agregar y analizar datos de múltiples unidades médicas del sector público, privado y asistencial, proporcionando una perspectiva global sobre la dinámica de las enfermedades de manera más oportuna que los procesos administrativos de la notificación.
- **Dispositivos portátiles (wearables)**, sensores y tecnologías de salud móvil, que generan un flujo constante de datos en tiempo real sobre la salud individual y poblacional. La IA puede analizar estos datos para detectar signos tempranos de enfermedad y monitorear los resultados de las intervenciones de salud pública.
- **Resultados de laboratorios clínicos**, la integración de los registros de la demanda de servicios de laboratorio de los diagnósticos de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y los resultados de estas para monitorear la dinámica de transmisión de los agentes infecciosos.
- **Vigilancia del ausentismo**, el monitoreo continuo del ausentismo escolar y las incapacidades laborales con la causa de este, son una herramienta de vigilancia oportuna para el monitoreo de las causas que pueden generar la solicitud de atención médica.

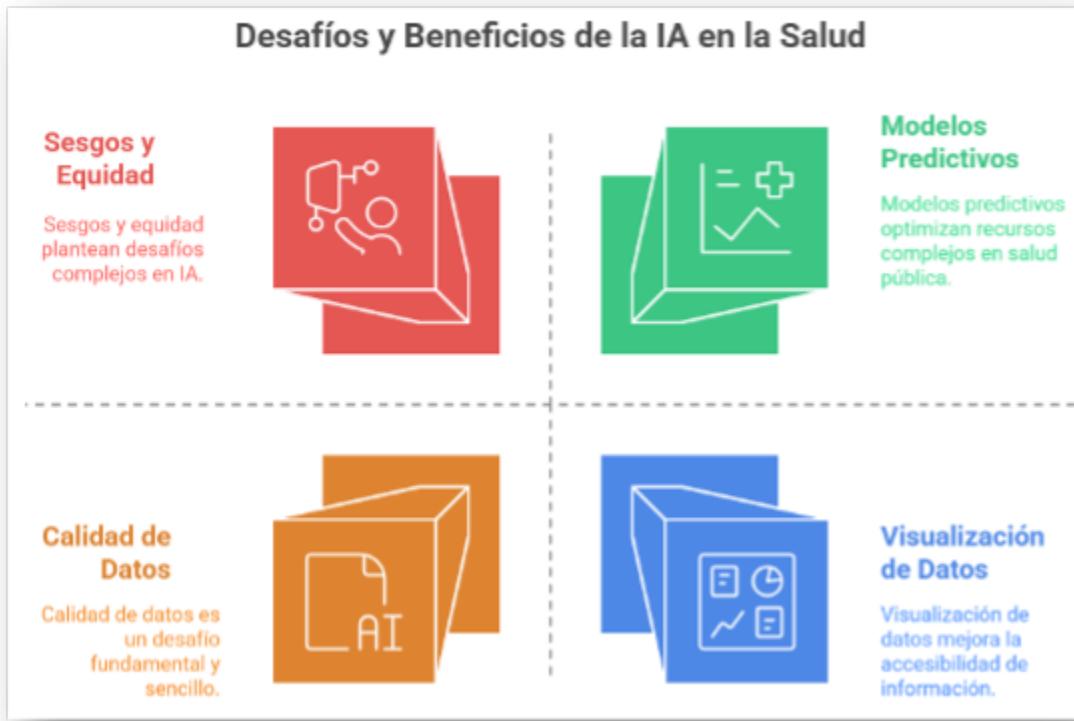
Desafíos Éticos, Regulatorios y Operativos

A pesar de su potencial, la implementación de la IA enfrenta desafíos significativos que deben ser gestionados de manera proactiva:

Desafío	Descripción
Calidad y Estandarización de Datos	La eficacia de la IA depende de datos de alta calidad. La variabilidad en formatos, estructuras e integridad de los datos entre diferentes sistemas sigue siendo una barrera importante.
Sesgos y Equidad	Los algoritmos de IA entrenados con conjuntos de datos no representativos pueden perpetuar o incluso amplificar las desigualdades en salud existentes, discriminando a poblaciones marginadas.
Transparencia y "Caja Negra"	La complejidad de muchos modelos de IA dificulta la comprensión de cómo llegan a sus conclusiones. Esta falta de transparencia puede minar la confianza de los profesionales y del público.
Privacidad y Seguridad de Datos	El uso de datos de salud sensibles exige marcos robustos para proteger la privacidad y garantizar la seguridad contra accesos no autorizados.
Infraestructura y Capacitación	La adopción de la IA requiere inversiones significativas en infraestructura tecnológica y, de manera crucial, en la capacitación de los profesionales de la salud pública para que puedan interpretar y utilizar estas herramientas de manera responsable.
Gobernanza y Regulación	El rápido avance tecnológico ha superado a los marcos regulatorios. Es fundamental desarrollar políticas y leyes que garanticen un uso ético, transparente y responsable de la IA en la salud.

La OMS ha propuesto seis principios rectores para la IA en salud, que enfatizan la preservación de la autonomía humana, la promoción del bienestar, la garantía de transparencia, la responsabilidad, la inclusividad y la sostenibilidad. Instituciones como la OPS/OMS están desarrollando herramientas para ayudar a los países a evaluar su nivel de preparación para implementar la IA de manera efectiva y equitativa.

Desafíos y Beneficios de la IA en la Salud



Conclusión: Hacia un Sistema de Salud Pública Proactivo y Resiliente

La inteligencia artificial está catalizando una profunda transformación en la Salud Pública, actuando no solo como una herramienta técnica, sino como un elemento disruptivo que redefine la vigilancia sanitaria bajo el enfoque integral de Una Salud. Su capacidad para analizar datos complejos de los ámbitos humano, animal y ambiental ofrece oportunidades sin precedentes para anticipar brotes, optimizar la asignación de recursos y diseñar intervenciones preventivas personalizadas.

Los avances en vigilancia genómica, detección temprana de patógenos y modelado predictivo están demostrando ser cruciales para salvar vidas y mejorar la eficiencia de los sistemas de salud. Sin embargo, el éxito a largo plazo de la IA dependerá de un enfoque equilibrado que integre la innovación con una sólida reflexión ética. La colaboración interdisciplinaria, el desarrollo de marcos regulatorios robustos y un compromiso continuo con la capacitación profesional son indispensables para superar desafíos como los sesgos algorítmicos, la protección de datos y la equidad en el acceso.

Si se implementa de manera responsable y sostenible, la IA tiene el potencial de fortalecer los sistemas de salud a nivel global, haciéndolos más resilientes, proactivos y equitativos, y sentando las bases para un futuro más saludable para todos.

Transformando la Salud Pública con IA



Referencias

1. (2023). Global public health intelligence: World Health Organization operational practices. *Global Public Health*.
2. Adefemi, A., Adikwu Ukpoju, E., Adekoya, O., Abatan, A., & Oluwatoyin Adegbite, A. (2023). Artificial intelligence in environmental health and public safety: A comprehensive review of USA strategies. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 20(03), 1420–1434.
3. Adekoya, A., Okezue, M., & Menon, K. (2025). Medical laboratories in healthcare delivery: A systematic review of their roles and impact. *Laboratories*.
4. Agarwal, A., Henkel, R., Huang, C. C., & Lee, M. S. (2019). Automation of human semen analysis using a novel artificial intelligence optical microscopic technology. *Andrologia*, 51(11). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31583732/>.
5. Aguilar-Gallegos, N., Martínez-González, E. G., & Aguilar-Ávila, J. (2017). Análisis de redes sociales: Conceptos clave y cálculo de indicadores (Volumen 5). Universidad Autónoma Chapingo (UACH), Centro de Investigaciones Económicas, Sociales y Tecnológicas de la Agroindustria y la Agricultura Mundial (CIESTAAM). Serie: Metodologías y herramientas para la investigación. https://www.researchgate.net/publication/322962570_Analisis_de_redes_sociales_Conceptos_clave_y_calculo_de_indicadores.
6. Albetkova, A., & Isadore, J. (2017). Critical gaps in laboratory leadership to meet global health security goals. *of the World Health*.
7. Al Kuwaiti, A., Nazer, K., Al-Reedy, A., et al. (2023). A review of the role of artificial intelligence in healthcare. *J Pers Med*, 13(6), 951. <https://doi.org/10.3390/jpm13060951>.
8. Alpizar Muni, J., & Palma Villavicencio, M. (2024). Percepción sobre el uso de la inteligencia artificial en los docentes de una universidad ecuatoriana. *Atenas*, 64.
9. Arsevska, E., Valentin, S., Rabatel, J., de GoeE'r de HerveA^ J, Falala, S., Lancelot, R., et al. (2018). Web monitoring of emerging animal infectious diseases integrated in the French Animal Health Epidemic Intelligence System. *PLoS ONE*, 13(8), 1-25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6075742/>.
10. Balajee, S., Arthur, R., & Mounts, A. (2016). Global health security: building capacities for early event detection, epidemiologic workforce, and laboratory response. *Health security*.
11. Barboza, P., Vaillant, L., Strat, Y. L., Hartley, D., Nelson, N., Mawudeku, A., et al. (2014). Factors influencing performance of internet-based biosurveillance systems used in epidemic intelligence for early detection of infectious diseases outbreaks. *PLOS ONE*, 9(3), 1-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3944226/>.
12. Beam, A. L., & Kohane, I. S. (2018). Big Data and Machine Learning in Health Care. *JAMA*, 319(13), 1317-1318. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.18391>.
13. Beck, U. (2011). La sociedad del riesgo mundial. Paidós.
14. Bernard, R., Bowsher, G., Milner, C., Boyke, P., Patel, P., & Sullivan, R. (2018). Intelligence and global health: assessing the role of open source and social media intelligence analysis in infectious disease outbreaks. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 26(3), 509-514. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-018-0899-3>.
15. Berisha, V., Krantsevich, C., Hahn, P. R., Hahn, S., Dasarathy, G., Turaga, P., et al. (2021). Digital medicine and the curse of dimensionality. *NPJ Digit Med*, 4(1).

Participación en el conversatorio: Campañas de vacunación dirigidas a personas adultas mayores

Dr. Jan Jacobo Gutiérrez Sereno

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

En el marco del ciclo “Enfermedades respiratorias en las personas adultas mayores”, organizado por el INAPAM, se llevó a cabo un conversatorio orientado a analizar las estrategias y retos en la vacunación de este grupo poblacional. En dicho evento participó el Dr. Jan Jacobo Gutiérrez Sereno, Director de la Sección Técnica de Vacunación, junto con el Dr. Juan Francisco Torres Pérez (UANL) y la Mtra. María del Carmen Salazar Jiménez (INAPAM). Durante la sesión se presentó un panorama integral sobre la planeación y ejecución de campañas para proteger a las personas adultas mayores contra enfermedades prevenibles por vacunación, que representan un impacto significativo en este grupo etario.

El conversatorio subrayó la importancia de la vacunación como herramienta fundamental para reducir la morbilidad y mortalidad en adultos mayores, especialmente frente a enfermedades respiratorias como influenza y neumonía. Los ponentes coincidieron en que la prevención es la base para garantizar una mejor calidad de vida en esta etapa.

Entre los puntos más relevantes se destacó la aplicación de vacunas prioritarias, como las dirigidas contra influenza estacional, COVID-19 y neumococo, así como la necesidad de mantener los esquemas actualizados. Estas acciones contribuyen a disminuir la carga de enfermedad, mejorar la calidad de vida y evitar gastos en atención médica, elementos esenciales para un envejecimiento saludable.

Durante su intervención, el Dr. Gutiérrez Sereno se centró en tres ejes fundamentales:

1. Planeación estratégica: Explicó cómo se diseñan las campañas considerando factores demográficos, accesibilidad y vulnerabilidad, enfatizando la coordinación interinstitucional y con gobiernos locales.
2. Cobertura y equidad: Señaló que la meta no es solo alcanzar altos porcentajes de vacunación, sino garantizar el acceso en poblaciones marginadas, tanto rurales como urbanas.
3. Comunicación social: Abordó el reto de combatir mitos y desinformación, proponiendo fortalecer la capacitación de promotores de salud y utilizar mensajes claros para generar confianza.

Finalmente, la visión conjunta de los ponentes permitió ofrecer información accesible y pertinente para adultos mayores, cuidadores y personal de salud. El conversatorio reafirmó que la vacunación en este grupo es una estrategia costo-efectiva y esencial para la salud pública. La participación del Dr. Gutiérrez Sereno fue clave al enfatizar la necesidad de campañas inclusivas, bien comunicadas y con enfoque preventivo, garantizando que ningún adulto mayor quede fuera del sistema de protección.

Memoria fotográfica



INTRODUCCIÓN

- La población adulta mayor (60+) está en crecimiento acelerado en México.
- Enfrentan mayor riesgo de enfermedades prevenibles por vacunación.
- La vacunación es una estrategia costo-efectiva para proteger su salud y autonomía.

La vacunación en adultos mayores es un pilar de la prevención. Reduce la incidencia de enfermedades infecciosas, evita complicaciones y fortalece la autonomía.

- Prevención de influenza, neumonía y herpes zóster.
- Disminución de hospitalizaciones y mortalidad.
- Contribución a un envejecimiento activo.

Fuente:
Organización Panamericana de la Salud. Vacunación en adultos mayores: guía técnica. Washington DC, 2022.
Organización Mundial de la Salud. Global report on ageing and health. Ginebra; 2015.

Estadística 2. Población de personas de 60 años y más

País	Varones	Mujeres
Méjico	30.000.000	30.000.000
EE.UU.	40.000.000	40.000.000
Brasil	20.000.000	20.000.000
Argentina	10.000.000	10.000.000

Norte América del Sur y Centroamérica. Organización Panamericana de la Salud. Estadística demográfica 2015. DOI:10.15945/9789290615205_002

01 de diciembre Día Mundial del Vih: ¿Cuál es el impacto de la salud en México?

MSP Juan Carlos Navarro Guerrero

Director de la Sección Técnica de Enfermedades Crónicas

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Presidente de la Sociedad Sinaloense de Salud Pública A.C.

Profesor de la Academia de Sociomédica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Durango Campus Culiacán (UAD)

Epidemiólogo de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital General de Culiacán IMSS Bienestar

Dr. José Francisco Flores Mora

Presidente

Sociedad Proactiva de Salud Pública de Michoacán



Transmisión de Vih en México, actualidad.

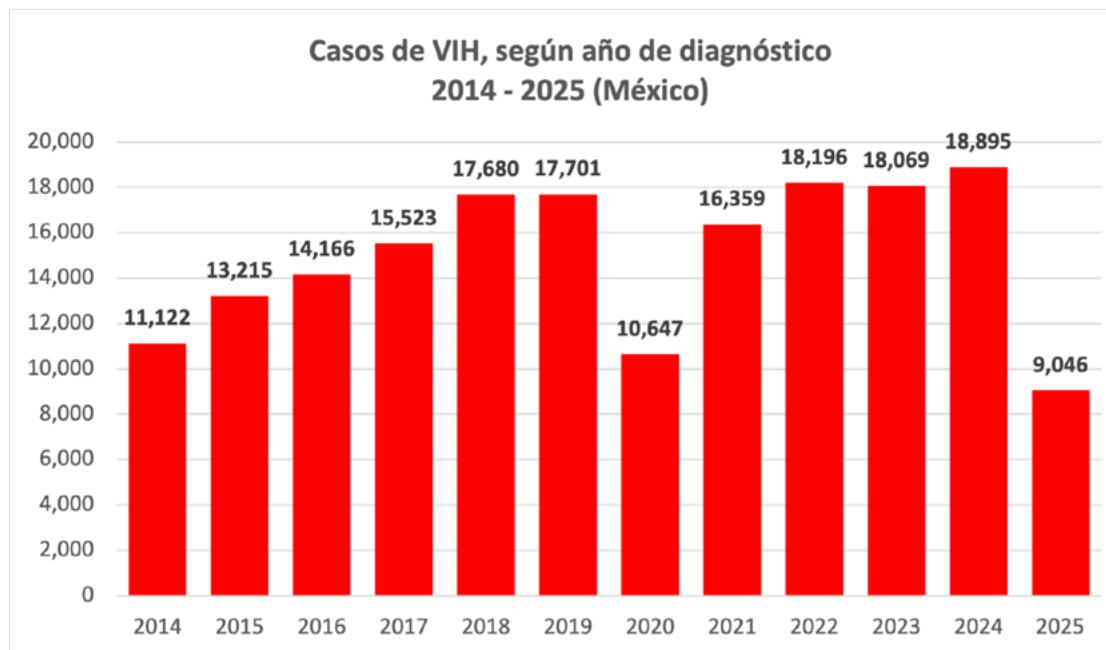
El primer caso documentado de VIH en el mundo se remonta al 5 de junio de 1981, cuando los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América reportaron una serie de infecciones oportunistas inusuales en hombres jóvenes previamente sanos, marcando el inicio de la vigilancia epidemiológica del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)¹. En México, el primer caso fue diagnosticado en 1983 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán². Este hito dio paso a una creciente preocupación sanitaria que impulsó la creación de mecanismos de vigilancia, atención especializada y políticas públicas orientadas a contener la propagación del virus. Desde entonces, se ha observado una escala progresiva de casos a lo largo del país, reflejada en registros clínicos y epidemiológicos que permiten dimensionar el impacto del VIH en diversas regiones. Esta evolución ha sido clave para reformar la Ley General de Salud, incorporando medidas específicas para prevenir la transmisión del VIH, mediante campañas de educación sexual, promoción del uso del preservativo y acceso a pruebas de detección, el regular la venta y donación de hemoderivados, asegurando que todos los productos sanguíneos sean sometidos a pruebas rigurosas de tamizaje garantizando el acceso universal a pruebas de diagnóstico oportuno, especialmente en poblaciones vulnerables y zonas con alta incidencia.

Desde el año 2014, México ha experimentado un incremento constante en el número de casos diagnosticados de VIH. En 2014 se registraron 11,122 casos, cifra que aumentó progresivamente hasta alcanzar 17,680 casos en 2018, lo que representa un crecimiento del 59% en solo cuatro años. Este aumento puede atribuirse a una mayor cobertura de pruebas, campañas de concientización y mejoras en los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Sin embargo, la pandemia por SARS-CoV-2 en 2020 provocó una disrupción significativa en los servicios de salud, especialmente en aquellos relacionados con la prevención y diagnóstico de enfermedades no respiratorias. Como resultado, el número de casos diagnosticados de VIH cayó a 10,647 en 2020, reflejando no una disminución real en la transmisión, sino una reducción en las oportunidades de detección.

Con la reactivación de los servicios de salud en 2021, los diagnósticos volvieron a incrementarse, alcanzando 18,895 casos en 2024, lo que sugiere una recuperación en la capacidad de tamizaje y una posible acumulación de casos no detectados durante la contingencia.

Gráfico 1. Casos de Vih, según año de diagnóstico 2014 – 2025 (México)



Fuente: Informe histórico Vih DVEET 2do trimestre 2025 (CENSIDA).

México ha acumulado 180,319 casos de VIH entre 2014 y el segundo trimestre de 2025, reflejando una tendencia sostenida en la transmisión del virus. Este comportamiento epidemiológico permite identificar patrones clave en cuanto a edad, vías de transmisión y grupos vulnerables. El análisis histórico revela que el grupo de edad más afectado en el acumulado es el de 25 a 29 años, una población socioeconómicamente activa que se encuentra en una etapa de consolidación laboral, social y sexual.

Este grupo concentra:

- Alta movilidad geográfica y ocupacional
- Mayor número de relaciones interpersonales y sexuales
- Posible exposición a prácticas sexuales sin protección
- Acceso limitado o tardío a servicios de salud sexual

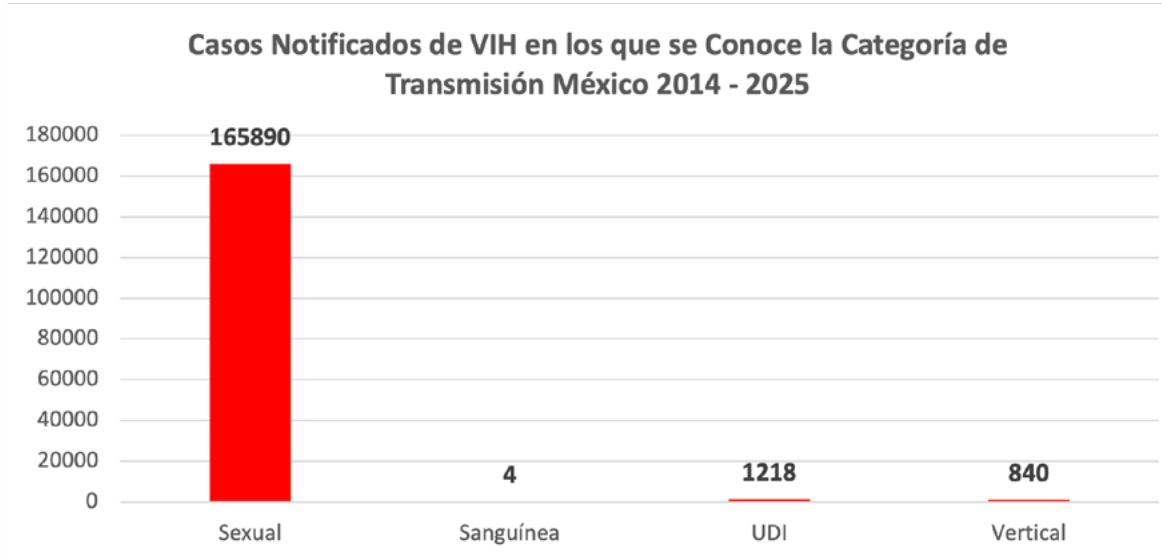
La persistencia de esta tendencia sugiere que la adquisición del VIH ocurre predominantemente en adultos jóvenes, lo que refuerza la necesidad de estrategias preventivas focalizadas en este segmento. Para el año 2025, se observa un desplazamiento en la incidencia anual hacia el grupo de 30 a 34 años, con 1,782 casos diagnosticados, lo que podría explicarse por:

- Diagnóstico tardío en cohortes previamente expuestas
- Cambios en los patrones de riesgo sexual
- Subdiagnóstico en edades más tempranas
- Mayor acceso a pruebas en etapas posteriores

Las principales vías de transmisión identificadas en el periodo incluyen:

- Transmisión sexual: continúa siendo la vía predominante, especialmente entre adultos jóvenes.
- Transmisión sanguínea: con solo 1 caso registrado en 2025 en el grupo de 50 a 59 años, esta vía representa una proporción mínima. En contextos ocupacionales, como en profesionales de la salud, la probabilidad de transmisión es de 0.001 por cada 10,000 eventos, lo que la convierte en una vía de bajo riesgo comparativo.
- Uso de drogas inyectables: se mantiene como una vía relevante, con casos en el grupo de 30 a 34 años, asociado a prácticas de riesgo y exclusión social.
- Transmisión vertical (madre a hijo): se reportaron 16 casos en menores de 1 a 4 años en 2025, lo que evidencia que esta vía sigue siendo un desafío crítico en salud pública. La falta de tamizaje oportuno durante el embarazo contribuye a complicaciones como aborto, muerte fetal y parto prematuro.
- Categoría no especificada: se concentra en el grupo de 35 a 39 años, lo que puede reflejar deficiencias en el registro o en la identificación de la vía de transmisión.

Gráfico 2. Casos de Vih, según según vía de transmisión 2014 – 2025 (México)



Fuente: Informe histórico Vih DVEET 2do trimestre 2025 (CENSIDA).

Aplicando Chi cuadrado para la correlación de las edades y las vías de transmisión se presenta una correlación fuerte, la forma en que se distribuyen los casos de VIH por edad depende directamente de la vía de transmisión (lo demuestra la V de Cramer = 0.5380), sin embargo es de observación la mayor incidencia por vía vertical, las edades de mayor incidencia que explican esta correlación son los grupos pediátricos (menores de 15 años). Esto se debe a que la vía vertical (transmisión de madre a hijo) está casi exclusivamente confinada a estos grupos, resultando en una desviación masiva de la independencia estadística.

En los grupos de edad de la vida adulta, si se excluyen los casos verticales para enfocarse en la población adulta (donde sexual y usuarios de drogas son dominantes), las mayores incidencias (aunque con valores de contribución mucho menores) se concentrarían en:

- Sexual: Grupos de 20 a 40 años (donde se concentra la mayoría de los casos) con leves desviaciones esperadas.
- UDI (Uso de Drogas Intravenosas): Grupos de 25 a 49 años, que muestran una concentración de casos más alta de lo esperado estadísticamente.

La OMS utiliza una clasificación de cuatro estadios clínicos secuenciales para adultos, donde el Estadio 1 corresponde a la fase asintomática y el Estadio 4 al diagnóstico de SIDA. La clasificación es jerárquica y se determina por la manifestación de una condición clínica definitoria de esa etapa. Es importante destacar que el paciente retiene su clasificación más alta (el estadio máximo alcanzado) a lo largo del tiempo, incluso si la condición que motivó esa clasificación se resuelve³.

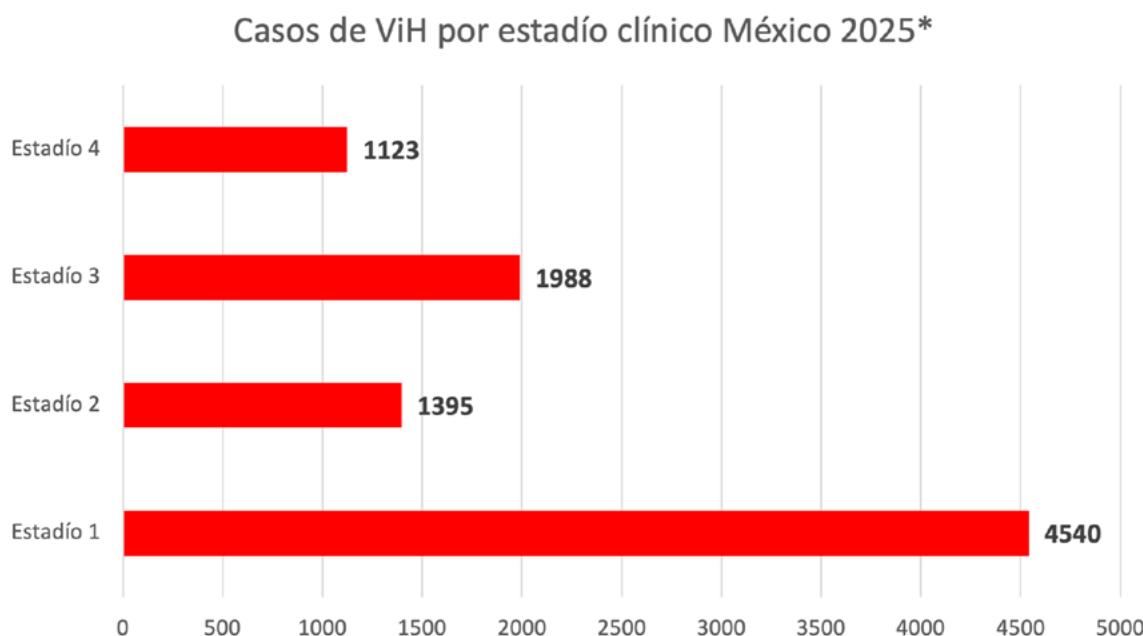
Estadio 1. Los pacientes asintomáticos o que tienen linfadenopatía generalizada persistente (linfadenopatía de al menos dos sitios [sin incluir la inguinal] durante más de 6 meses) se clasifican en estadio 1, donde pueden permanecer durante varios años⁴.

Estadio 2. Incluso en las primeras etapas de la infección por VIH, los pacientes pueden presentar diversas manifestaciones clínicas. Los hallazgos clínicos del estadio 2 (estadio levemente sintomático) incluyen pérdida de peso inexplicable de menos del 10 % del peso corporal total e infecciones respiratorias recurrentes (como sinusitis, bronquitis, otitis media y faringitis), así como diversas afecciones dermatológicas, como brotes de herpes zóster, queilitis angular, ulceraciones orales recurrentes, erupciones papulares pruriginosas, dermatitis seborreica e infecciones fúngicas de las uñas⁵.

Estadio 3. A medida que la enfermedad progresiona, pueden aparecer manifestaciones clínicas adicionales. Las que se engloban en el estadio clínico 3 de la OMS (estadio moderadamente sintomático) son pérdida de peso superior al 10 % del peso corporal total, diarrea prolongada (más de un mes) sin causa aparente, tuberculosis pulmonar e infecciones bacterianas sistémicas graves, como neumonía, pielonefritis, empiema, piomiositis, meningitis, infecciones óseas y articulares, y bacteriemia. En este estadio también pueden presentarse afecciones mucocutáneas, como candidiasis oral recurrente, leucoplasia pilosa oral y estomatitis ulcerativa necrosante aguda, gingivitis o periodontitis⁵.

Estadio 4. La designación de la OMS para el estadio clínico 4 (estadio gravemente sintomático) incluye todas las enfermedades definitorias del SIDA. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad en estadio 4 que permiten realizar un diagnóstico presuntivo de SIDA basándose únicamente en los hallazgos clínicos son el síndrome de emaciación por VIH, la neumonía por Pneumocystis (PCP), la neumonía bacteriana grave o radiológica recurrente, la tuberculosis extrapulmonar, la encefalopatía por VIH, la toxoplasmosis del sistema nervioso central (SNC), la infección crónica (más de un mes) u orolabial por herpes simple, la candidiasis esofágica y el sarcoma de Kaposi⁵.

Gráfico 3. Casos de Vih, por estadio clínico 2025 (México)



Fuente: Informe histórico Vih DVEET 2do trimestre 2025 (CENSIDA).

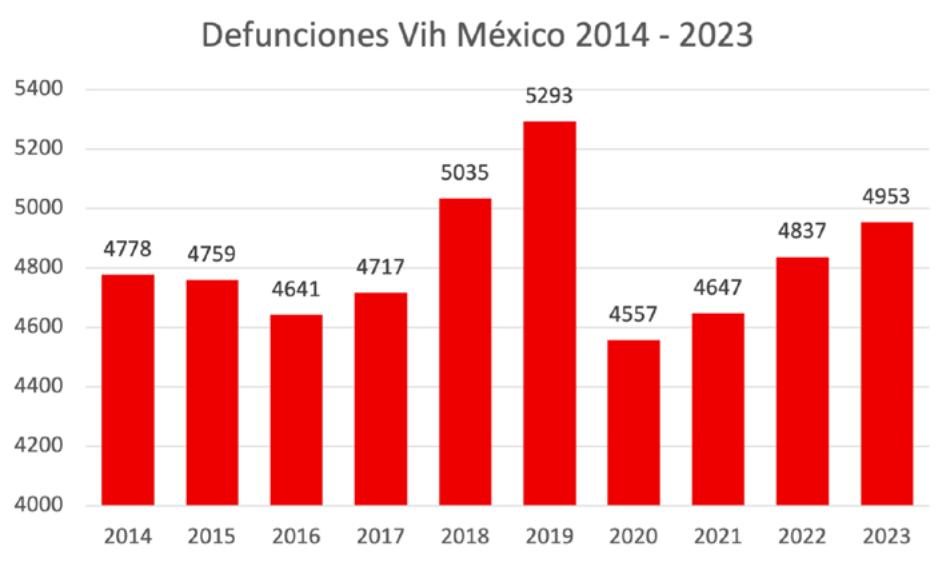
De acuerdo al boletín de vigilancia epidemiológica del CENSIDA con corte al 14 de julio el análisis epidemiológico de los estadios clínicos de VIH en México para 2025, revela que la mayoría de los casos diagnosticados se encuentran en la etapa temprana de la infección. La suma de casos asciende a 9,046, una cifra que coincide con los reportes parciales del año 2025, que indican un repunte en los diagnósticos en México, superando los 12,000 casos en los primeros nueve meses del año.

Detección Temprana (Estadio 1): La concentración más alta de casos en el Estadio 1 (infección asintomática o aguda, con recuento de células CD4 típicamente alto) es un indicador positivo. Sugiere que los esfuerzos de detección y tamizaje en México están identificando a las personas antes de que la enfermedad progrese, lo cual es crucial para iniciar el tratamiento antirretroviral (TAR) temprano. El inicio oportuno del TAR permite a los pacientes alcanzar la supresión viral (carga viral indetectable) y vivir vidas saludables, además de prevenir la transmisión.

• **Casos Avanzados (Estadios 3 y 4):** A pesar del éxito en la detección temprana, la presencia significativa de casos en estadios avanzados (Estadio 3 y Estadio 4 o SIDA, donde aparecen infecciones oportunistas graves) indica desafíos continuos. El Estadio 4 se define por la aparición de enfermedades oportunistas o un recuento muy bajo de CD4. Estos casos avanzados resaltan la necesidad de fortalecer el acceso universal a las pruebas de detección y vincular a las personas diagnosticadas a los servicios de salud de manera inmediata y sostenida.

Los datos de 2025 muestran un repunte histórico en los diagnósticos de VIH en el país, lo que ha activado alertas epidemiológicas. Esto puede deberse a una combinación de una mayor búsqueda activa de casos y una transmisión continua del virus gracias a las diferentes campañas de prevención así como los diferentes grupos de activismo y comunidades. El análisis ilustra un sistema de salud que está logrando identificar la mayoría de los casos en etapas manejables, pero que aún enfrenta el desafío de reducir los diagnósticos tardíos y contener la expansión general de la epidemia.

Gráfico 4. Casos de Vih, por estadío clínico 2025 (México)



Fuente: Informe histórico Vih DVEET 2do trimestre 2025 (CENSIDA).

Como toda enfermedad infecciosa y crónica tal como lo plasma el Vih, se busca a través de la preventión y control de enfermedades evitar el progreso a estadíos mayores y a su vez evitar las muertes, sin embargo la falta de diagnóstico oportuno y la falta de adhesión a los TARV son inevitables para fases de terminales de la enfermedad, sin embargo el año 2019 es el año con el mayor número de defunciones asociados a Vih, con una tasa de 4.20 por cada 100,000 habs. Se aprecia un año 2020 con una disminución absoluta de 4557 defunciones con ciertos grados de confusión ante de la pandemia del SARS CoV2 pudieron haber hecho estas diferenciaciones y la falta de adjudicación a nuestro diagnóstico en estudio.

Conclusiones

El comportamiento reciente de la epidemia de VIH en México evidencia una recuperación de los diagnósticos tras la pandemia, lo cual refleja una mayor búsqueda y oferta de pruebas; sin embargo, persiste transmisión sostenida en adultos jóvenes (25–34 años) y brechas de acceso en poblaciones clave que requieren acciones focalizadas e intensivas. El sistema de salud vinculado con las organizaciones claves de la sociedad civil tiene el reto constante de consolidar acciones estratégicas para contener esta creciente epidemia y en un futuro cercano lograr mitigarla. Detectando oportunidades de mejora que eliminan las brechas existentes entre en los grupos etarios con mayor incidencia, acercándoles a los servicios preventivos y de tratamiento, sin descuidar las acciones en el resto de la población.

La proporción de casos detectados en estadios tempranos (OMS Estadio 1) ha aumentado, lo cual sugiere mejoras en la oportunidad diagnóstica; no obstante, la coexistencia de diagnósticos tardíos (estadios 3–4) indica fallas en tamizaje, vinculación y continuidad de la atención, especialmente en regiones con menor capacidad instalada. Así mismo fortalecer las acciones preventivas que sumen a la disminución real de la incidencia acumulada.

La transmisión materno-infantil (TMI) continúa siendo prevenible y prioritaria, por lo que resulta indispensable fortalecer el tamizaje prenatal universal, el inicio inmediato de tratamiento antirretroviral en embarazadas VIH-positivas y el diagnóstico oportuno del recién nacido. Alcanzar la eliminación de la TMI exige consolidar la vigilancia y reducir disparidades entre entidades federativas.

El avance hacia las metas 95–95–95 depende del fortalecimiento de la cascada de atención, incluyendo el seguimiento sistemático de la vinculación al tratamiento antirretroviral, la retención a 12 meses y la supresión viral. Para ello se requiere un sistema de información más oportuno, interoperable y con datos desagregados por población y territorio.

La prevención combinada debe escalarse de manera urgente, integrando PrEP, auto-pruebas, intervenciones comunitarias, reducción de daño y servicios diferenciados para poblaciones clave. La evidencia internacional demuestra que estas estrategias reducen significativamente la incidencia cuando se implementan con cobertura suficiente y continuidad programática.

Garantizar la disponibilidad de insumos (ARV, pruebas, PrEP) y blindar el financiamiento es un componente crítico del éxito programático, ya que interrupciones en el suministro impactan de manera inmediata en la supresión viral y elevan el riesgo de transmisión.

Finalmente, la reducción del estigma y la discriminación continúa siendo una de las barreras más importantes para el diagnóstico temprano y el acceso a servicios. La capacitación del personal de salud, la certificación de unidades libres de estigma y la comunicación social basada en evidencia son esenciales para sostener los avances logrados.

Bibliografia

- 1.- (S/f). Sidalava.org. Recuperado el 28 de noviembre de 2025, de <https://sidalava.org/la-historia-del-vih-en-una-linea-de-tiempo-hitos-que-marcaron-la-evolucion-de-la-enfermedad/#:~:text=1981%20primera%20alerta,SIDA%20S%C3%ADndrome%20de%20Inmunodeficiencia%20Adquirida>.
- 2.- Portal INSP. (s/f). Insp.mx. Recuperado el 28 de noviembre de 2025, de <https://www.insp.mx/avisos/el-inicio-de-la-epidemia-de-sida-en-mexico>
- 3.- Weinberg, J. L., & Kovarik, C. L. (2010). The WHO clinical staging system for HIV/AIDS. *AMA Journal of Ethics*, 12(3), 202–206. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2010.12.3.cprl1-1003>
- 4.- Departamento de Salud de Sudáfrica. Evolución natural de la enfermedad por VIH y estadificación clínica de la OMS en adultos. Pretoria, Sudáfrica: Departamento de Salud de Sudáfrica.
- 5.- World Health Organization. (2005). Interim WHO clinical staging of HVI/AIDS and HIV/AIDS case definitions for surveillance: African Region. In *Interim WHO clinical staging of HVI/AIDS and HIV/AIDS case definitions for surveillance: African Region*.
- 6.- de Vih IH. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIH [Internet]. Gob.mx. [citado el 10 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1023130/DVEET_Informe-Historico_VIH_2025_2DOTRIM.pdf

Inmunización: El compromiso vital del personal de salud

E.E.S.P. César Cerqueda Álvarez

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

Mtro. Manuel De Jesús Chávez Chan

Tesorero
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



En esta entrega tenemos la participación del EESP. César Cerqueda Álvarez, cuenta con licenciatura en Enfermería y especialización en Salud Pública, por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente, se desempeña como responsable del Programa de Vacunación Universal y de la Unidad de Vacunación Intrahospitalaria del Hospital General Dr. Manuel Gea González, perteneciente a la Secretaría de Salud federal en la Ciudad de México. Es socio, y actual director de la Sección Técnica de Enfermería en Salud Pública de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. Dada la experiencia del salubrista Cerqueda, en esta ocasión hablaremos de la importancia de la vacunación en el personal de salud.

La vacunación es un tema de vital importancia en el ámbito de la salud pública, especialmente para quienes están en la primera línea de la atención sanitaria. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la inmunización es el proceso por el que una persona se hace resistente a una enfermedad, tanto por el contacto con ciertas enfermedades, o mediante la administración de una vacuna".¹ Este proceso no solo protege a los individuos, sino que también previene enfermedades, discapacidades y defunciones por condiciones fácilmente prevenibles mediante vacunación. El EESP. Cerqueda menciona: "La vacunación ha permitido que muchos de nosotros vivamos en un entorno donde las enfermedades prevenibles parecen pertenecer a un pasado distante. Las vacunas han reducido drásticamente la incidencia de enfermedades como el sarampión, la rubéola

y la poliomielitis. Este éxito ha traído consigo una desconexión con la realidad de la amenaza que estas enfermedades representan. Paradoja de la vacunación: la percepción de seguridad puede llevar a la complacencia. Al ver menos casos de enfermedades, un número importante de profesionales de la salud tienden a subestimar la importancia de la vacunación en su propia práctica y bienestar".

Es esencial que el personal de salud esté adecuadamente vacunado, dado que las personas que trabajan en la atención de pacientes se hallan habitualmente expuestas a múltiples agentes infecciosos, cuyas complicaciones son, en gran parte de los casos, prevenibles mediante vacunación.² La disminución del riesgo de adquirir enfermedades es crucial no solo para la propia salud de los trabajadores, sino también para la seguridad de las personas de cuidado a quienes atienden. En este contexto, el EESP. Cerqueda Álvarez enfatiza: "Es necesario contar con un plan de vacunación institucional bien estructurado, que incluya la creación de bases de datos actualizadas sobre las inmunizaciones de cada funcionario... Esto es fundamental para garantizar que todo el personal esté en condiciones óptimas para desempeñar su trabajo.

La OMS clasifica a los trabajadores de la salud como todas las personas involucradas en acciones laborales, cuya intención principal es mejorar y/o restaurar la salud. Esto abarca no solo a médicos y enfermeras, sino también a profesionales de salud pública, técnicos de laboratorio y otros.

Es importante reconocer que los trabajadores de la salud son la columna vertebral de cualquier sistema de atención de la salud que funcione y sea resiliente. Sin ellos, los servicios de salud simplemente no pueden prestarse.³ Así, el número y la calidad de los trabajadores de la salud se asocian positivamente con la cobertura de vacunación, la extensión de la atención primaria de salud y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres.

La vacunación de los trabajadores de la salud no solo mejora su propia seguridad, sino que también fortalece el sistema de salud en su conjunto. La vacunación de los trabajadores de la salud agrega resiliencia a los sistemas de salud al proteger a la fuerza laboral, en especial en el contexto de brotes o epidemias. Además, representa un aporte fundamental para la prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud, y los trabajadores de la salud vacunados están protegidos contra la exposición ocupacional a las enfermedades prevenibles.³

Por lo anterior, es fundamental establecer un programa que ofrezca la vacunación de “recuperación” a los trabajadores de la salud durante su capacitación o al ingresar a la fuerza laboral; esto se refiere a la actualización del “estado vacunal” del personal de salud. Asimismo, a medida que se integran nuevos estudiantes, rotantes, residentes, pasantes que año tras año transita en las instituciones de salud. Si seguimos esta lógica, la cobertura de vacunación aumentará progresivamente, y a su vez, contribuirá al cumplimiento de los esquemas de vacunación del personal de salud y, eventualmente, de la población en general. De igual manera, es recomendable que cada país implemente políticas públicas para hacer de la vacunación un requisito previo para actividades prácticas en la formación de estudiantes del área de la salud. Además, la capacitación en inmunología, los esquemas de vacunación, el papel de las vacunas en la prevención de enfermedades, y las estrategias en la salud ocupacional deben ser parte de la formación inicial de todo estudiante de ciencias de la salud, además de contar con programas de educación continua en la materia.³

Por último el EESP. Cerqueda reafirma que: “La vacunación es una herramienta poderosa, pero su efectividad depende de la participación activa de todos. En lugar de esperar a que surjan brotes para recordar la relevancia de lo que una vez se dio por hecho, debemos cultivar un compromiso continuo con la inmunización, según el riesgo de cada individuo y grupo poblacional. Solo con un enfoque proactivo podemos continuar disfrutando de las ventajas que la vacunación ha traído a la salud pública a nivel global.

La vacunación no es solo un acto personal; es un compromiso ético y con la salud colectiva. Los logros alcanzados son significativos, pero los retos persisten. La vacunación es nuestra primera línea de defensa, y es fundamental que comprendamos su importancia y la compartamos con entusiasmo y convicción.

Esquema de inmunización para trabajadores de la salud.			
Vacuna	Enfermedad que previene	Dosis/esquema	Frecuencia
Anti-influenza	Casos graves y defunciones por influenza	Una dosis de 0.5 mL.	En cada temporada invernal
Contra COVID 19	Casos graves y defunciones por el virus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19	Una dosis de 0.5 mL*	Con base en las guías técnicas específicas y/o políticas que determine la Secretaría de Salud
Anti hepatitis B	Hepatitis B	2 dosis de 20 µg cada una, con intervalo de 1 mes (0, 1 mes). 3 dosis* de 10 µg cada una (0, 1, 6 meses)	El personal de laboratorio clínico requiere refuerzo con la vacuna contra HB, si la titulación de anticuerpos de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAb o anti-HBs) es menor de 10 mUI/mL
SR**	Sarampión, Rubéola	Una dosis de 0.5 mL.	Única
Td	Tétanos, Difteria	Personas con esquema completo***: Aplicar a partir de los 15 años de edad, con refuerzo cada 10 años. Personas con esquema incompleto o no documentado: Aplicar 3 dosis con intervalos 0,1,12 meses, con refuerzo cada 10 años	Cada 10 años

*Sujeto a la vacuna disponible en el país.

**Aplicar en caso de no tener en existencia en la unidad de salud, vacuna de 20 µg

***El personal de salud menor de 40 años, que no demuestre evidencia de haberse aplicado al menos 2 dosis de vacunas que contengan los componentes S y R, se les administra: 2 dosis de 0.5 mL cada una con 4 semanas de separación.

****Se entiende como esquema completo al antecedente de contar con 5 dosis del esquema primario (4 dosis de hexavalente acelular + una dosis de DPT) o 3 dosis de Td con intervalos de 0,1 y 12 meses).

Fuente: Secretaría de Salud (Méjico). Programa de Vacunación Universal. Lineamientos Generales 2025.

Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Inmunización. [Internet]. 2025 [consultado en 01 dic 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion>
- Espinoza-Mora MR, Lazo-Páez G, Schauer C. Inmunización en personal de salud. Acta Méd Costarric [Internet]. 2019 [consultado 02 dic 2025]; 61 (1): 6-12. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100006
- Organización Mundial de la Salud. Guía de implementación para la vacunación de los trabajadores de la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [consultado 03 de dic 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052154>

Memoria fotográfica



Componentes de la Atención Primaria de Salud y sus “Traslapes” operativos

Dr. Rosbel Toledo Ortiz

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



Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) es un pilar fundamental en la transformación de los sistemas de salud actuales, pasando de un enfoque asistencial a una estrategia integral que abarca toda la sociedad.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la APS supera el concepto de un simple nivel de atención, actuando como enfoque estratégico para el desarrollo, organización y financiamiento de sistemas y servicios de salud equitativos, centrados en la persona, su familia y comunidad.

Este enfoque implica un compromiso social profundo, realizando el derecho a la salud y fortaleciendo capacidades en el primer nivel de atención dentro de redes integradas. Promueve acción intersectorial para abordar determinantes sociales de la salud y fomenta participación social, requiriendo gobernanza, voluntad política, recursos humanos capacitados y equitativos, financiamiento solidario y justo, sistemas de información sanitaria, y acceso a medicamentos y tecnologías eficaces, seguras y asequibles.

Para diferenciar términos clave, se aclaran definiciones del marco operacional de la APS. El “primer nivel de atención” (PNA) es el sitio físico de acceso al sistema en la interfaz servicios-comunidad; cuando cumple criterios de calidad, se llama “atención primaria” (AP). La “atención primaria”

entonces, no es sinónimo de Atención Primaria de Salud, si forma parte de esta y debe estar fortalecida, pero la AP es un proceso clave e integral del primer nivel de atención que incluye las “5C”: Contacto accesible, Coordinación y Continuidad asistencial, Centrados en personas e integralidad (Comprehensiveness).

La “Atención Primaria de Salud” (APS) por otro lado, es un enfoque societal que maximiza el nivel y distribución de la salud y bienestar mediante tres componentes: A) servicios integrados centrados en atención primaria y funciones esenciales de salud pública; B) política y acción multisectoriales; y C) empoderamiento de personas y comunidades.

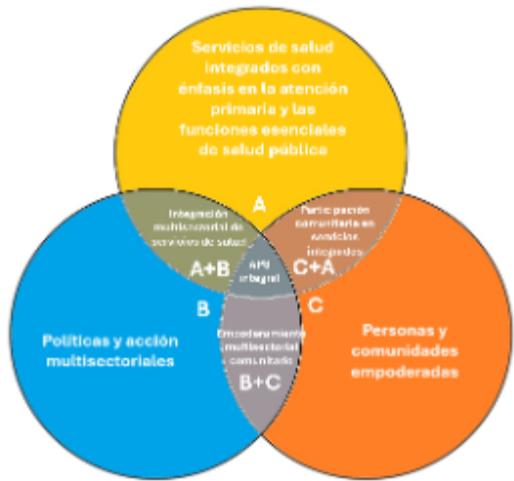
La OMS esquematiza estos componentes de la APS en una esfera con orillas traslapadas.ⁱⁱⁱ



En este artículo hemos magnificado esos traslapés para comprenderlos y generar recursos para su operacionalización.

El énfasis principal estará en los traslapés bilaterales (A+B, B+C, C+A) y el centro (A+B+C), destaca cómo estas intersecciones generan sinergias que potencian la APS como un sistema holístico.

Haremos énfasis en el rol dinámico de la atención primaria (entendida como el proceso de calidad que sucede en primer nivel de atención [5Cs¹]) como puente expansivo desde la esfera A hacia los traslapés, ilustrando procesos clave, responsables, ejemplos prácticos y potenciales impactos. Esta aproximación no solo resalta la interconexión inherente a la APS, sino que también proporciona herramientas conceptuales para su implementación.



Componentes Principales del Marco de APS

Antes de profundizar en los traslapés, es oportuno delinear suavemente los tres globos para contextualizar su integración.

Globo A: Servicios integrados de salud con énfasis en la atención primaria (del primer nivel) y funciones esenciales de salud pública. Este representa el núcleo operativo de la APS, donde la atención primaria actúa como punto de entrada inicial. Incluye servicios accesibles, continuos, coordinados e integrales, centrados en la persona, que abarcan promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Las funciones esenciales de salud pública, como vigilancia epidemiológica, preparación para emergencias y promoción de estilos de vida saludables, se integran para asegurar una respuesta sistémica.ⁱⁱ Responsables principales: Sector salud público y privado, incluyendo secretarías de salud, autoridades sanitarias locales y prestadores como médicos, enfermeras y técnicos.

Globo B: Políticas y acción multisectorial. Este componente abarca intervenciones que trascienden el sector salud, involucrando áreas como educación, medio ambiente, economía y vivienda para abordar los determinantes sociales de la salud (DSS). Se enfoca en políticas que promueven equidad, sostenibilidad y resiliencia. Responsables principales: Gobiernos federales, estatales y locales, organismos intersectoriales, sector privado y ONGs, con apoyo de entidades internacionales.

A nivel comunidad, la traducción de sectores públicos recae en el gobierno municipal, con alianzas posibles con atención primaria y comunidad.ⁱⁱⁱ

Globo C: Personas y comunidades empoderadas. Aquí se enfatiza la participación activa de individuos, familias y comunidades en decisiones sobre su salud, fomentando empoderamiento mediante educación, liderazgo local y mecanismos de retroalimentación. Responsables principales: Comunidades locales, organizaciones comunitarias de salud, líderes, organizaciones de base y promotores de salud.^{vi}

Estos componentes no operan en aislamiento; su potencia radica en traslapés y convergencias, donde emergen procesos sinérgicos que amplifican la efectividad de la APS.ⁱⁱⁱ

Traslapes Bilaterales: Sinergias Específicas y el Rol Expansivo de la Atención Primaria

Los traslapés bilaterales representan intersecciones donde dos esferas se fusionan, generando procesos híbridos que potencian la APS. En cada uno, la atención primaria se posiciona como eje dinámico que se extiende desde A, actuando como catalizador proactivo.

1.- Traslape A + B: Integración Multisectorial de Servicios de Salud

Este traslape fusiona servicios integrados de salud (A) con políticas multisectoriales (B), transformando la atención primaria en conector para acciones intersectoriales. Permite que el primer nivel actúe como catalizador para políticas que abordan raíces sociales de la salud, alineado con la definición de APS de la OPS que enfatiza acción intersectorial para equidad en servicios y DSS.ⁱⁱⁱ Desde la atención primaria, se inicia colaboración con multisectoriales, activando sectores locales para mejorar entornos saludables. Eleva el primer nivel de rol reactivo a proactivo, integrando funciones de salud pública con intervenciones en DSS como pobreza o desigualdad ambiental.

Procesos clave desde el primer nivel:

1. Coordinación de intervenciones multisectoriales: Alianzas con educación para programas escolares, detectando malnutrición y enlazando con políticas alimentarias, o con transporte para acceso rural.
2. Abogacía desde el terreno: Recopilación de datos epidemiológicos para influir en regulaciones ambientales o integración con políticas laborales para salud mental ocupacional.
3. Implementación de programas integrales: Uso de vigilancia para campañas de vacunación en pandemias o control de crónicos vinculado a nutrición y urbanismo.
4. Monitoreo y evaluación conjunta: Indicadores compartidos para ajustar políticas en tiempo real.

Responsables principales: Sector salud (profesionales del primer nivel) en alianza con tomadores de decisiones multisectoriales (secretarías de agricultura, urbanismo, municipios). ONGs facilitan logística. El primer nivel es “enlace operativo” para propuestas de políticas.

Potencial: Amplía alcance de atención individual a poblacional, fortaleciendo resiliencia. Ejemplo: Programa Vive saludable vive feliz (revisión preventiva de escolares en sus escuelas).

2.- Traslape B + C: Empoderamiento Multisec-

torial Comunitario

Este traslape une políticas multisectoriales (B) con empoderamiento comunitario (C), donde atención primaria media indirectamente. Convierte políticas abstractas en acciones concretas, fomentando gobernanza participativa.

La atención primaria usa la proximidad comunitaria para mediar en políticas participativas, transformando top-down en bottom-up, abordando los DSS como acceso a recursos.

Procesos clave desde el primer nivel:

1. Formación de redes comunitarias multisectoriales: Talleres para cocrear políticas, como respuesta a desastres o equidad de género.
2. Monitoreo participativo: Herramientas digitales para reportes que influyen en políticas, priorizando áreas vulnerables.
3. Abogacía comunitaria: Capacitación de líderes para políticas como agua potable o empleo juvenil preventivo.
4. Construcción de capacidades: Alianzas para fondos multisectoriales, con comunidades liderando iniciativas.

Responsables principales: Comunidades (líderes, asociaciones, organización comunitaria de salud) con formuladores de políticas (gobiernos locales). Sector salud media vía promotores; ONGs facilitan inclusión.

Potencial: Eleva la APS a gobernanza compartida, con indicadores de participación mostrando mejoras en equidad.

3.- Traslape C + A: Participación Comunitaria en Servicios Integrados

Este traslape integra empoderamiento comunitario (C) en servicios de salud (A), transformando primer nivel en espacio cogestionado. Alineado con atención primaria accesible, maximiza inclusión y adaptabilidad.

La atención primaria se convierte en modelo cogestionado, integrando voces comunitarias para reducir brechas y culturalizar intervenciones.

Procesos clave desde el primer nivel:

1. Codiseño de servicios: Involucramiento en planificación, como horarios flexibles o prácticas tradicionales en atención materna.
2. Promoción y prevención comunitaria: Capacitación de voluntarios para campañas de higiene o apoyo a crónicos.
3. Retroalimentación continua: Encuestas y foros para ajustar protocolos a necesidades locales.
4. Integración cultural: Adaptación a contextos como migrantes.

Responsables principales: Prestadores de servicios del primer nivel (enfermeras, médicos) con organización comunitaria de salud, o comités de salud comunitarios (voluntarios). Las autoridades locales pueden supervisar; ONGs capacitan para corresponsabilidad.

Potencial: Fortalece la APS de abajo para arriba (bottom-up), con indicadores de satisfacción reduciendo brechas y aumentando equidad. Ejemplo: Programa La Clínica es nuestra.

4.- El Centro: APS Integral (A + B + C)

El centro representa sinergia plena, logrando cobertura universal equitativa. Procesos clave incluyen modelos centrados en persona, familias y comunidades, y Redes integrales de servicios (RIS). Responsables: Coalición liderada por salud, con comités intersectoriales y organización comunitaria. Atención primaria activa flujos hacia integralidad.^{vi}

Procesos clave:

1. Integración total para modificar DSS, como RIS combinando prevención con soporte multisectorial.

Potencial: Efectos multiplicadores alineados con ODS 3 de salud y bienestar. Ejemplo: Etiquetado frontal de alimentos.

Conclusiones e Implicaciones Prácticas

Los traslapes subrayan que APS es ecosistema dinámico; para implementación, recomiendan capacitaciones intersectoriales y monitoreo con

indicadores APS. Este marco guía políticas hacia salud universal.^{vii}

Ejemplo de aplicación de los Traslapes de APS en Ley General de la Alimentación Adecuada y Sostenible (LGAAS).

Promulgada en México en 2024, la LGAAS fortalece mecanismos como el Sistema Intersectorial Nacional de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad (SINSAMAC), consejos intersectoriales y comités alimentarios, integrándolos con APS para ejecución territorial efectiva:

1. Desde traslape A+B (Atención primaria + Políticas multisectoriales): APS como motor ejecutor de LGAAS

Genera obligatoriedad de "Equipo Promotor de Alimentación Adecuada" en cada centro de primer nivel (médico/enfermera + nutricionista + promotor), alineado con Artículo 57 para coordinar con SINSAMAC.

Tamizaje nutricional universal (IMC, anemia, ultraprocesados) en consultas (niños, adultos, embarazadas), conforme a Artículo 19 sobre información nutricional.

Centros de salud como nodo local: entregan vales/canastas a personas vulnerables, con presupuesto multisectorial (Salud + Agricultura + Bienestar), apoyando Artículo 7 sobre alimentos mínimos.

"Observatorio Local de Entornos Alimentarios" liderado por primer nivel: mapea tienditas/escuelas/publicidad chatarra en 500 m y reporta anualmente al municipio, fortaleciendo Artículo 30 sobre entornos sostenibles.

2. Desde traslape B+C (Políticas multisectoriales + Comunidades empoderadas): Gobernanza participativa

Fortalecimiento de Comités Alimentarios (Artículo 75) con 50% organizaciones comunitarias y 50% autoridades (municipio, salud, educación, rural), para participación en SINSAMAC.

Presupuesto participativo: mínimo 3% municipal para proyectos comunitarios (huertos, cocinas, ferias locales), en línea con Artículo 78 sobre planificación.

"Consejos Comunitarios de Soberanía Alimentaria" en reglamentos locales, con voto ciudadano a cadenas de comida rápida en vulnerables, apoyando Artículo 42 sobre producción alimentaria.

3. Desde traslape C+A (Comunidades + Servicios integrados): Cogestión en primer nivel

Comunidades codiseñan canastas regionales (Artículo 23) y menús escolares, integrando prácticas culturales.

Promotores comunitarios capacitados por salud para visitas domiciliarias de educación alimentaria y seguimiento obesidad/diabetes, conforme a Artículo 18.

Centros con "consultorio nutrición comunitaria" tres tardes a la semana, gestión compartida (salud + líderes), alineado con Artículo 16 sobre alimentación en escuelas/comunidades.

4. Desde centro (A+B+C): Disposiciones clave para reglamentar LGAAS

Prohibición de venta/publicidad azucarados/ultraprocesados en 500 m de escuelas/centros salud (reportes a autoridad municipal), fortaleciendo Artículo 21 sobre etiquetado/nutrientes.

Impuesto 20% a azucaradas para fondo huertos escolares/comunitarios, apoyando Artículo 45 sobre producción familiar.

Productoras/procesadoras para ventas gubernamentales (DIF, hospitales, etc.) deben cumplir "Sello Adecuado y Sostenible LGAAS" certificado por Comités, conforme a Artículo 37 sobre compras públicas.

Indicadores monitoreo (integrados a sistema salud, Artículo 88):

- % centros primer nivel con tamizaje universal
- % municipios con Comité activo
- Reducción anual obesidad infantil en intervenciones

"La implementación de esta ley garantizará el derecho a alimentación adecuada y sostenible mediante integración sinérgica de servicios APS, acción multisectorial y empoderamiento comunitario, posicionando centros salud y comunidades como protagonistas de transformación entornos alimentarios, en armonía con principios salud, sostenibilidad y soberanía de la norma."

Con esto se demuestra que la LGAAS y otras iniciativas pueden convertirse en instrumentos vivo de la APS territorial con comunidad y resultados medibles.

Referencias

- i.- Organización Panamericana de la Salud. Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Atención primaria de salud: ha llegado el momento [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018. Documento No.: CD56/3. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59809>
- ii.- World Health Organization. Declaration of Astana [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
- iii.- World Health Organization. Operational framework for primary health care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
- iv.- World Health Organization. PHC: definitions, terminology and frameworks. In: Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Dec 8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK618531/>
- v.- Toledo Ortiz R. Atención primaria de salud, atención primaria y primer nivel de atención. Diferencias conceptuales por fin. Boletín Electrónico de la Sociedad Mexicana de Salud Pública [Internet]. 2025 Jun [citado 2025 Dic 10];(junio):43. Disponible en: <https://www.smsp.org.mx/docs/boletin/SMSM-boleto-junio-2025.pdf>
- vi.- Ponka D, Pinto LF. The Declaration of Astana and what it means for the global role of NAPCRG and WONCA. Ann Fam Med. 2020;18(2):97-9. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7062475/>
- vii.- World Health Organization. Primary care [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>
- viii.- The Lancet Regional Health–Americas. PAHO Lancet regional health Americas commission on primary health care and resilience in Latin America and the Caribbean [Internet]. 2023;28:100622 [cited 2025 Dec 8]. Available from: <https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X%2823%2900217-X/fulltext>
- ix.- Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J, Kringos D, Jakab M, Khalid F, editores. Implementing the primary health care approach: a primer [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024. (Global report on primary health care). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090583>
- x.- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de la Alimentación Adecuada y Sostenible [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2024 [cited 2025 Dec 8]. Available from: <https://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/pdf/LGAAS.pdf>



La Dra. Ma. Eugenia Jiménez Corona, actual Vicepresidenta de la SMSP, es la autora de este proyecto. El sitio se presenta como un espacio de análisis que va “entre líneas” de los datos y las noticias oficiales, buscando ofrecer una comprensión más profunda de los temas de salud en el país. Su objetivo es fomentar el pensamiento crítico y el debate informado.

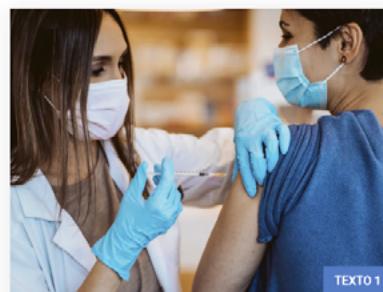
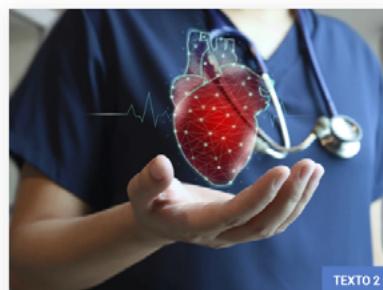
Visitala la sección en la página web de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.
<https://www.smsp.org.mx/entre-lineas.html>



doi: 10.24875/GMM.M25000971

RESUMEN

Estudios realizados principalmente en Estados Unidos, han señalado que la alta prevalencia de obesidad en las poblaciones mexicoamericanas que radican en ese país podría estar relacionada con la diferente composición genética y relacionarse con la alta prevalencia de obesidad en México. Recientemente, se exploró el genoma de 140,000 individuos en la cohorte Estudio Prospectivo de la Ciudad de México (MCP, Mexico City Prospective Study) y se encontró que el promedio de ancestría amerindia (AMR) fue de 66.2 %, seguida de las ancestrías europea (29.2 %), africana (3.7 %) y asiática (0.8 %). Sin embargo, las proporciones de ancestría varían según la región geográfica del país, observándose un gradiente creciente de AMR de norte a sur. A pesar de la importancia de esta relación, existen pocos estudios que han analizado la relación entre obesidad y AMR; además, los resultados son controversiales. La relación entre AMR y obesidad central ha sido más consistente, especialmente en mujeres. Se han encontrado pocas variantes genéticas asociadas a la obesidad en México, debido principalmente al reducido número de individuos estudiados. Se requieren análisis futuros que permitan esclarecer la relación entre AMR y obesidad, e identificar variaciones genéticas y genes específicos del genoma amerindio asociados a la obesidad y a otras enfermedades metabólicas.



TEXTO 3

TEXTO 2

TEXTO 1

La compleja relación entre la ancestría amerindia y la obesidad en la población mexicana

Baca P, Barrera E, Kuri P, Torres J, González-Carballo C, et al. Complex relationship between Amerindian ancestry and obesity in the Mexican population. *Gac Med Mex*. 2025;161(1):41-47.

[Ver texto →](#)

Sex Disparities in Cardiogenic Shock: Risk Factors, Treatment Intensity, and Mortality in a Single Latin American Country

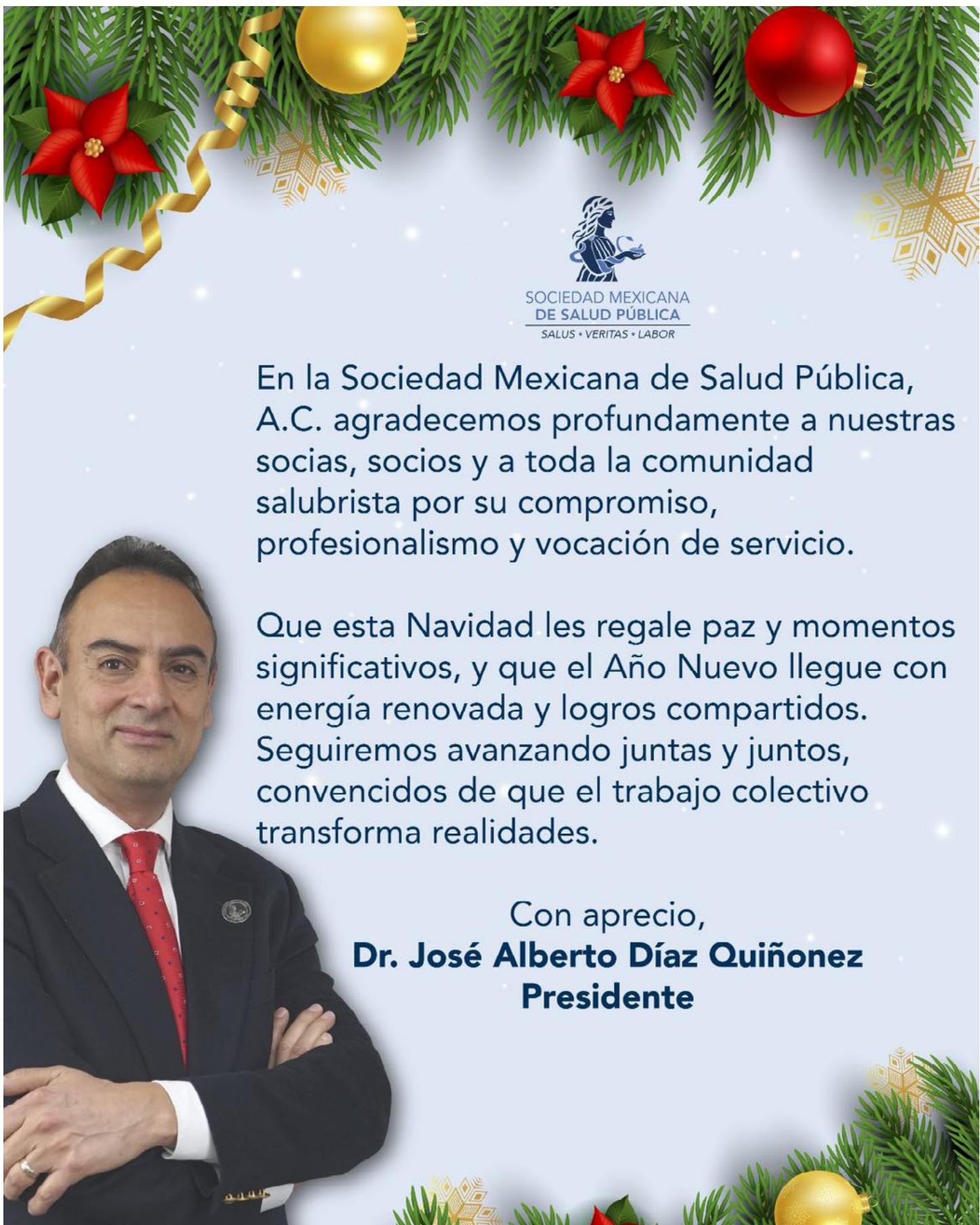
Arias-Mendoza A, González-Pacheco H, Álvarez-Sangabriel A, Araiza-Garaygordobil D., Ramírez-Rangel, P. et al. (2025). *Global heart*, 20(1), 78.

[Ver video →](#)

Aceptación y efectividad de la vacunación contra COVID-19 en personal de salud en un hospital de tercer nivel

Autores: Jiménez-Corona ME, Cruz-Hervert LP, Sánchez-Díaz MDR, Chavira-Trujillo G, Jiménez-Corona A, Vázquez-Larios MDR. *Vaccines* (Basel). 2025;13(2):147. Published 2025 Jan 31.

[Ver texto →](#)





Estimados socios y comunidad salubrista:

A nombre de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C., agradecemos sinceramente su acompañamiento y confianza a lo largo de este año, que fortalecen nuestro compromiso con la salud pública de México.

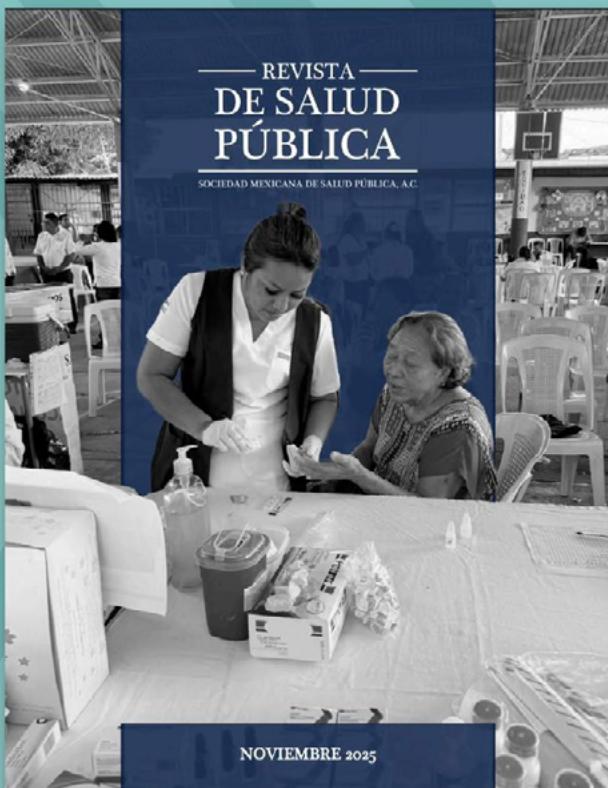
Con motivo del periodo vacacional decembrino, les informamos que **las oficinas de la Casa del Salubrista permanecerán cerradas del 22 de diciembre al 6 de enero.**

Les deseamos felices fiestas y un próspero Año Nuevo 2026. Los invitamos a mantenerse atentos a nuestras redes y canales de difusión para conocer más sobre la 80RASP en León, Guanajuato.

Con aprecio,
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

¡Ya está disponible la
nueva edición de la revista

De Salud Pública 2025!



Encuentra:
*Análisis, investigaciones,
reflexiones sobre los
desafíos de la salud pública*

Descárgala aquí:



Lee, comparte y opina
sobre el futuro de la **salud pública**



SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PÚBLICA
SALUS • VERITAS • LABOR



#Salud Pública
para todas las voces

Dr. Gustavo Esteban Lugo Zamudio



La Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C., felicita al

**DR. GUSTAVO ESTEBAN
LUGO ZAMUDIO**

Por su designación por la Junta de Gobierno como
Director General del Hospital Juárez de México
para un segundo periodo

¡Muchas felicidades!



SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PÚBLICA
SALUS • VERITAS • LABOR



Salud Pública
para todas las voces



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**



AMFEM

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



SOMESICS

Sociedad Mexicana de Simulación en Ciencias de la Salud



SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PÚBLICA
SALUS • VERITAS • LABOR