



SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PÚBLICA

SALUS • VERITAS • LABOR



BOLETÍN ELECTRÓNICO
JUNIO 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. Cuitláhuac Ruiz Matus | Dr. Pablo Kuri Morales
Dra. Elsa Sarti Gutiérrez | Dr. Luis Fernando Antiga Tinoco | Dr. Manuel Urbina Fuentes | Dr. Javier Cabral Soto
Dr. Roberto Tapia Conyer | Dr. José Carrillo Coromina

SECCIONES TÉCNICAS

Dra. Adriana Stanford Camargo • Promoción de la Salud | Dr. Rosbel Toledo Ortiz • 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 Elíer 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 Jalisciense de Salud Pública • Sociedad Proactiva de Salud Pública de Michoacán • Sociedad Nuevoleonesa de Salud Pública • Sociedad Nayarita de Salud Pública • Sociedad Oaxaqueña de Salud Pública • Asociación de Salud Pública de Quintana Roo • Sociedad Sinaloense de Salud Pública • Colegio de Profesionales en Salud Pública del Estado de Sonora • Sociedad Potosina de Salud Pública • Sociedad Tabasqueña de Salud Pública • Sociedad Tamaulipeca de Salud Pública • Sociedad de Salud Pública de Tlaxcala • Sociedad Veracruzana de Salud Pública • Colegio de Salud Pública de Yucatán • Sociedad Zacatecana de Salud Pública

STAFF

E.E.S.P. Thalía J. Toriz Galicia • Dirección Ejecutiva
Lic. Ivonne Rosado Hernández • Administración
Lic. Karina Denisse López García • Administración y Asistencia a Socios
LSP. Mariana Paniagua Zavala • Comunicación y Vinculación
E.E.S.P. Arturo Montaña Duarte • Proyectos
María Dolores Mendoza Torres • Control de Gestión

ÍNDICE

4

Destacada participación de la SMSP en Winect 2025
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

6

Redefiniendo la Enfermería:
Un Nuevo Marco Global para la Salud Pública en México
L.E. Arturo Montaña Duarte

9

La SMSP participa en encuentro sobre salud digital:
Visión, formación y evidencia para una transformación sostenible
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

11

Diario de Enfermería
Participación en el Foro: Rol ampliado de enfermería en el contexto nacional
Mtro. Manuel de Jesús Chávez Chan y E.E.S.P. César Cerqueda Álvarez

14

Desafíos y oportunidades en salud digital:
Innovación al servicio del paciente
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

16

Escuadrón de Inteligencia Preventiva
Inteligencia en salud en cáncer: transformar datos en decisiones
Dr. Diego Alberto Segovia Ascencio, Dr. Juan Francisco Román Pedroza, Dr. Arturo Rubén Miranda Valdés

19

La enfermería alcanza nuevos espacios de liderazgo académico
y científico
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

21

Pinceladas de salud pública
Raíces vivas: arte, salud y comunidad.
LSP. Mariana Paniagua Zavala

28

LXXIX Reunión Anual de Salud Pública
Puerto Vallarta, Jalisco 2025

30

Difusión

34

Inteligencia artificial en salud pública:
oportunidades, límites y desafíos éticos
Dr. Luis Alberto Martínez Juárez

37

Acceso al agua para las infancias, el caso de México y Brasil
L.E. Roxana Gámez Ortiz, Dr. Cristiano Barros de Melo, Dr. Miguel Galarde López

42

Atención primaria de salud, atención primaria y primer nivel de atención.
Diferencias conceptuales por fin.
Dr. Rosbel Toledo Ortiz

46

Impacto del cambio climático en la salud hematológica
PhD.MSP. Juan Carlos Navarro Guerrero

47

Día Mundial Sin Tabaco
Red México Sin Tabaco A.C.

49

Enfermería, pilar fundamental contra la reticencia a la vacunación: Una mirada desde la jornada académica del Colegio Jalisciense de Salud Pública A.C.
E.E.S.P. César Cerqueda Álvarez

52

Conferencia "Atención al Ciudadano en los Servicios de Salud"
Dr. José Noé Rizo Amézquita

Destacada participación de la SMSP en Winect 2025

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. tuvo una participación destacada en Winect 2025, un foro de alto nivel organizado por Werfen, que reunió a actores clave del ecosistema de salud para reflexionar en torno a la innovación clínica, el diagnóstico in vitro y los retos estructurales del sistema sanitario en México.

El evento se llevó a cabo los días 22 y 23 de mayo de 2025 en el Hotel Hilton Mexico City Santa Fe, y se consolidó como un espacio estratégico para el intercambio de ideas, la construcción de alianzas interinstitucionales y la proyección de propuestas orientadas a la mejora de los servicios de salud.

La SMSP fue representada por tres reconocidos especialistas, quienes forman parte de su cuerpo de gobierno:

Mtra. Marcia Leyva Gastélum, Directora de la Sección Técnica de Investigación

Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus, Integrante del Consejo Asesor Permanente y ex Presidente de la SMSP

Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez, Presidente de la SMSP

Su participación se reflejó en diversos espacios del programa, en los que se abordaron temas centrales para el presente y futuro del sistema de salud:

Avances en la operación del laboratorio: procesos, colaboradores y herramientas

Retos para que el **paciente sea el centro y foco** de nuestro sistema de salud

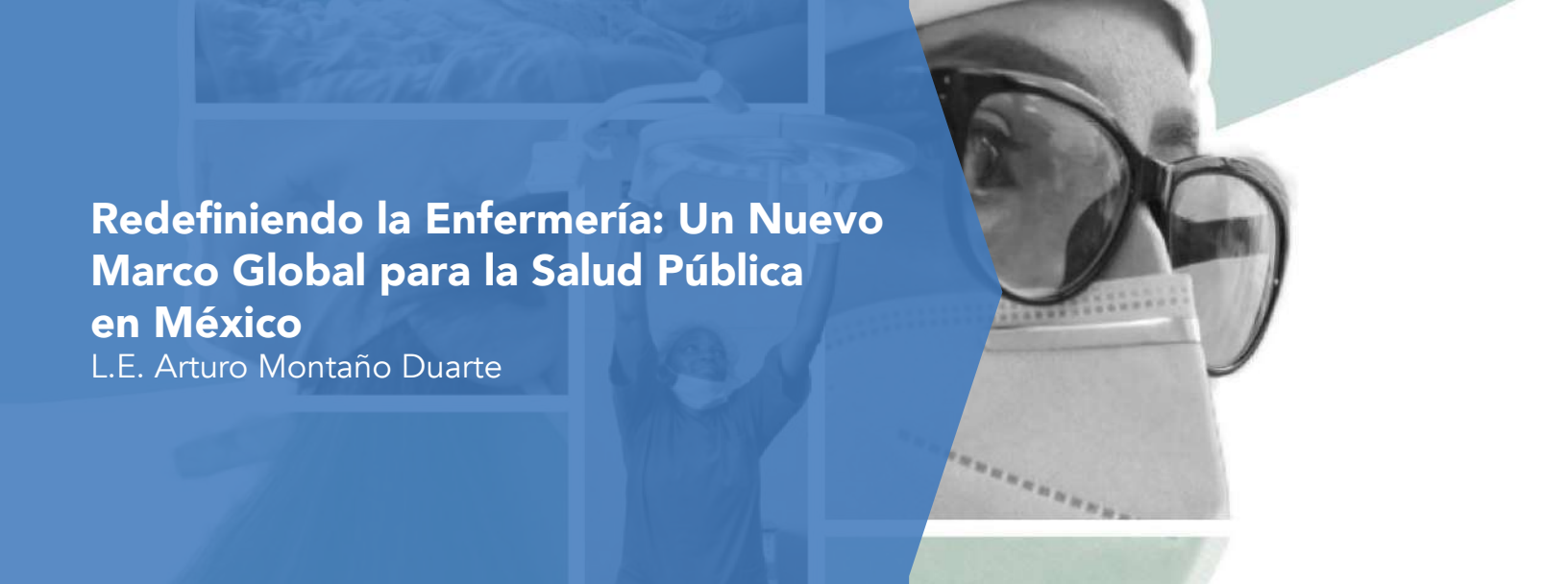
El laboratorio como pilar del sector salud y sus perspectivas actuales

A través de estas intervenciones, la SMSP reafirmó su compromiso con la generación de conocimiento, el fortalecimiento de la salud pública y el impulso de políticas basadas en evidencia científica. La presencia de sus integrantes en Winect 2025 contribuyó al diálogo técnico y estratégico sobre los desafíos que enfrenta el sistema sanitario y el papel que juega el diagnóstico como herramienta para mejorar la atención médica en México.

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. agradece a Werfen México por la invitación y la oportunidad de colaborar en este importante espacio, que promueve la convergencia entre la salud pública y la innovación diagnóstica como motores de transformación del sistema de salud.

Memoria fotográfica





Redefiniendo la Enfermería: Un Nuevo Marco Global para la Salud Pública en México

L.E. Arturo Montaña Duarte

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), durante su Congreso en Helsinki, del 9 al 13 en junio de 2025, presentaron las actualizaciones a las definiciones de “enfermería” y de “enfermera”

Nota terminológica: En el documento original en inglés se utiliza el término nurse, que es inclusivo y abarca tanto a enfermeras como a enfermeros. En la traducción al español, nurse se suele transformar en “enfermera”, por lo que cuando hablamos de “enfermera” aquí, estamos conservando esa neutralidad de género del texto fuente.

La iniciativa de renovación de las definiciones partió de la necesidad de reflejar con mayor fidelidad el alcance actual y futuro de la disciplina. En los últimos veinte años, la práctica de enfermería ha evolucionado en un contexto de crecientes costes sanitarios, innovaciones tecnológicas y poblaciones más informadas sobre su propia salud. Para asegurar que la profesión siga vistiendo un lenguaje común, inclusivo y útil tanto dentro como fuera del colectivo, CIE emprendió un proyecto de un año que combinó revisión bibliográfica, consulta amplia a cientos de profesionales y un grupo experto de 21 miembros representando todas las regiones del mundo, usando un método Delphi modificado para iterar sobre propuestas de término y alcance.

Tras la aprobación del Consejo de Nacional de Asociaciones de Enfermería (CNR) y la Junta de CIE, el documento final presenta:

Definición de “Enfermería”

“La enfermería es una profesión dedicada a garantizar el derecho de todas las personas a disfrutar del nivel de salud más alto alcanzable, mediante un compro-

miso compartido de proporcionar atención y servicios colaborativos, culturalmente seguros y centrados en las personas. La enfermería actúa y aboga por el acceso equitativo a la salud y la atención sanitaria, así como por entornos seguros y sostenibles. La práctica de la enfermería encarna la filosofía y los valores de la profesión al brindar atención profesional en los aspectos más personales relacionados con la salud de las personas. La enfermería promueve la salud, protege la seguridad y la continuidad de la atención, y dirige y gestiona organizaciones y sistemas de atención sanitaria. Su práctica se fundamenta en una combinación única de conocimientos disciplinares basados en la ciencia, capacidad técnica, estándares éticos y relaciones terapéuticas. La enfermería se compromete con la compasión, la justicia social y un futuro mejor para la humanidad.”¹

Definición de “Enfermera”

“Una enfermera es una profesional formada en el conocimiento científico, las habilidades y la filosofía de la enfermería, y regulada para ejercerla conforme a estándares de práctica y códigos éticos establecidos. Las enfermeras promueven la alfabetización en salud, promueven la salud, previenen enfermedades, protegen la seguridad del paciente, alivian el sufrimiento, facilitan la recuperación y adaptación, y defienden la dignidad a lo largo de la vida y al final de la misma. Trabajan de forma autónoma y colaborativa en diversos entornos para mejorar la salud, mediante la defensa de derechos, la toma de decisiones fundamentadas en evidencia y relaciones terapéuticas culturalmente seguras. Proporcionan cuidados clínicos y sociales centrados en las personas, gestionan servicios, fortalecen sistemas de salud, impulsan la salud pública

y poblacional, y promueven entornos seguros y sostenibles. Lideran, educan, investigan, innovan y moldean políticas para mejorar los resultados en salud. Asimismo, desempeñan un papel esencial en la atención de poblaciones de todas las edades y contextos, generan confianza con pacientes, familias y comunidades, y profundizan continuamente sus capacidades mediante la educación continua y la investigación. Su ámbito de práctica se define por su formación, experiencia, competencias y marco regulatorio, y asumen funciones de coordinación, supervisión y delegación. Con frecuencia, están en primera línea ante desastres, conflictos y emergencias, demostrando coraje, dedicación y adaptabilidad.”¹

Estas definiciones, más detalladas que versiones anteriores, ofrecen un lenguaje compartido que fortalece la identidad profesional, apoya la formación académica, guía la regulación y facilita la inclusión de la enfermería en debates de políticas de salud, cambio climático, equidad de género y desarrollo sostenible. Para la Sociedad Mexicana de Salud Pública, su adopción puede traducirse en:

Actualización de programas formativos: incorporar estos términos en planes de estudios y en la capacitación continua de enfermería.

Fortalecimiento del rol regulatorio: alinear normativas nacionales con la definición de enfermera, garantizando estándares de calidad y seguridad.

Comunicación institucional: usar el lenguaje unificado en campañas de promoción de la salud, reforzando el valor social y profesional de la enfermería. Incidencia en políticas de salud: apalancar el nuevo marco conceptual para abogar por mayor inversión y reconocimiento del personal de enfermería en el sistema sanitario mexicano.

Al mirar hacia adelante, resulta evidente que la renovación de las definiciones de “enfermería” y “enfermera” por parte del Consejo Internacional no es un mero ejercicio de palabras, sino una invitación a reimaginar el papel del gremio en el trabajo de la salud en México. En un país donde los retos sanitarios exigen no solo conocimientos técnicos, sino visiones integrales que garanticen equidad y acceso, la enfermería emerge como columna vertebral de los sistemas de atención.

Desde las unidades rurales donde las técnicas escolares dan sus primeros pasos, hasta los laboratorios de investigación doctoral que expanden el horizonte de la disciplina; cada nivel formativo, técnico, licenciatura, especialización, maestría y doctorado se enriquece con un lenguaje y unos objetivos que trascienden la curación para abrazar la promoción, la prevención y la incidencia en políticas de salud.

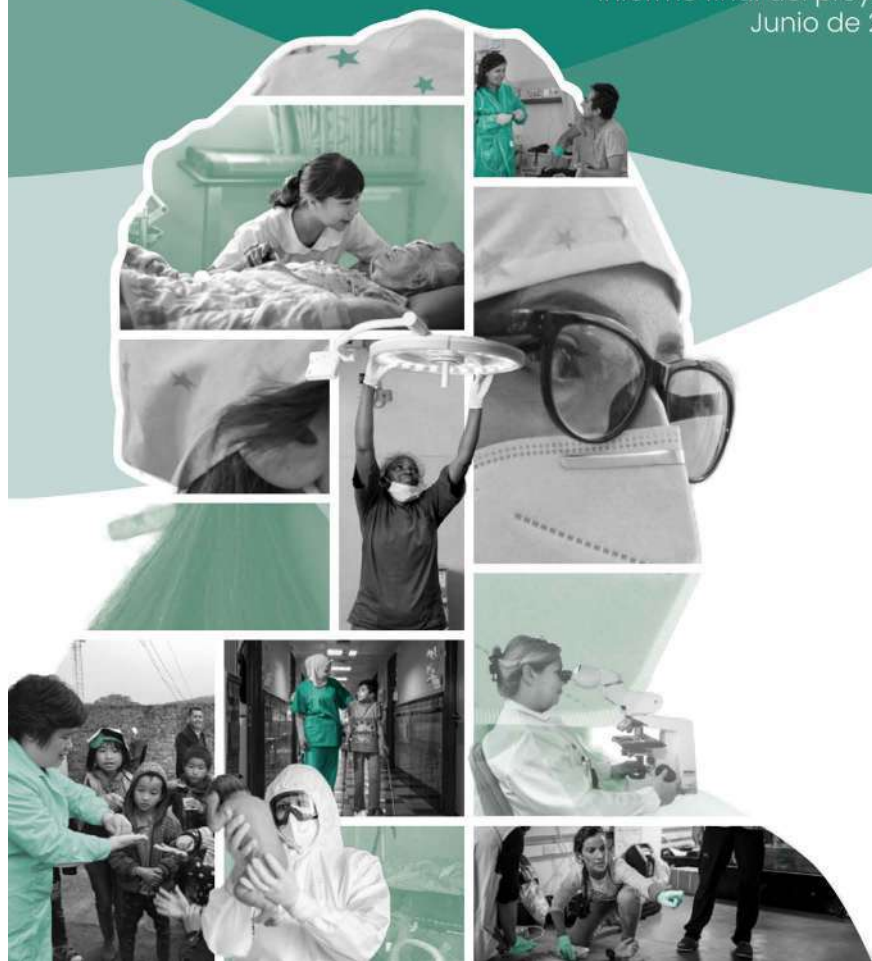
En el ámbito administrativo, tanto público como privado, las enfermeras y los enfermeros han demostrado su capacidad de liderazgo gestionando recursos, diseñando protocolos y coordinando equipos interdisciplinarios. Al adoptar una definición que enfatiza la justicia social, la sostenibilidad y la defensa de los derechos, nuestra profesión adquiere un mandato más amplio: no solo cuidar al individuo, sino transformar entornos y sistemas. Este reto implica que, desde la primera clase técnica hasta la cátedra universitaria de posgrado, se forme al profesional con la convicción de que cada intervención construye puentes entre la comunidad y el sistema de salud, y que cada política operativa es una oportunidad para reivindicar la voz de quienes confían en nosotros.

Así, la Sociedad Mexicana de Salud Pública y el conjunto de instituciones educativas y de salud podemos alinearnos con este impulso global, incorporando estas definiciones en manuales, planes de estudio y reglamentos internos. Al hacerlo, no solo fortalecemos la identidad profesional, sino que también sembramos una cultura institucional que reconoce a la enfermería como fuerza innovadora y transformadora. En definitiva, esta nueva mirada más amplia, inclusiva y estratégica nos convoca a redoblar esfuerzos para lograr un sistema de salud verdaderamente centrado en las personas, donde la enfermería, en todas sus dimensiones y niveles de formación, continúe marcando la pauta de la excelencia y la equidad en México.

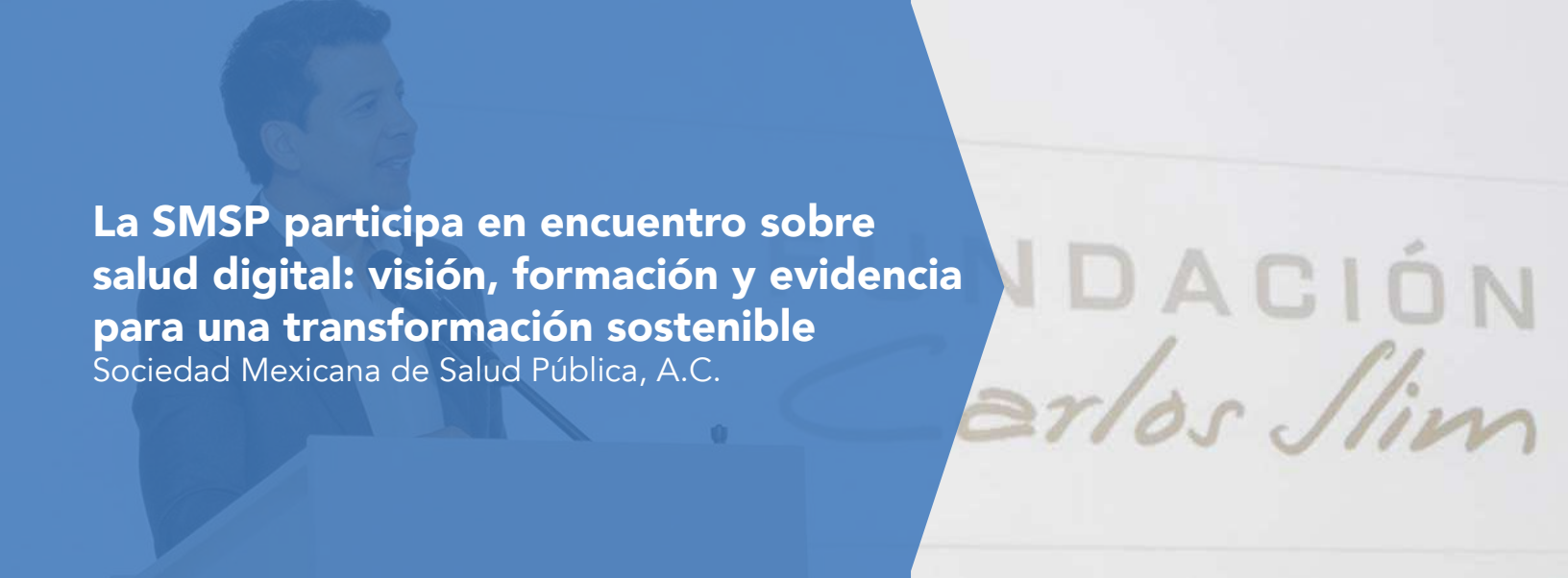
1. Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., Stewart, D., (2025). Actualización de las definiciones de «enfermería» y «enfermera». Informe final del proyecto, junio de 2025. Consejo Internacional de Enfermeras.



Informe final del proyecto
Junio de 2025



Consultar el informe



La SMSP participa en encuentro sobre salud digital: visión, formación y evidencia para una transformación sostenible

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. participó recientemente en un importante espacio de diálogo convocado por **Medikit, en colaboración con la Fundación Carlos Slim**, con sede en el Museo Soumaya. El evento reunió a líderes del sector salud, investigadores y representantes institucionales para analizar los avances, desafíos y oportunidades del ecosistema de salud digital en México.

Uno de los momentos clave del encuentro fue la presentación del estudio sobre la inclusión de la salud digital en los programas académicos. Este análisis representa una línea estratégica fundamental para lograr una transformación del sistema de salud basada en evidencia, con impacto real y sostenible. En este contexto, la SMSP subrayó que la tecnología, por sí sola, no genera cambio: es a través de la formación de recursos humanos, la alfabetización digital y una visión sistémica e integral como los avances tecnológicos pueden traducirse en beneficios tangibles para la población, especialmente en comunidades vulnerables.

La participación de la SMSP en este foro responde a su misión de impulsar políticas públicas sustentadas en evidencia científica, fomentar la equidad en salud y promover la innovación como una herramienta para fortalecer el sistema sanitario.

La institución reconoce el liderazgo colaborativo de los actores que hicieron posible este espacio de reflexión estratégica. En particular, se extiende un reconocimiento a Bruno Valera y su equipo por la organización del evento; así como al Dr. Roberto Tapia Conyer, integrante del Consejo Asesor Permanente de la SMSP, y a Rodrigo Saucedo, por su contribución al desarrollo de evidencia y propuestas en el campo de la salud digital.

La SMSP reitera que la salud pública debe ocupar un lugar central en toda agenda de innovación en salud. Solo a través de una articulación efectiva entre tecnología, formación profesional y políticas públicas inclusivas se logrará un sistema de salud más justo, eficiente y orientado al bienestar de toda la población.

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. agradece a Medikit y a la Fundación Carlos Slim por la invitación y por integrar a la SMSP en esta relevante conversación sobre el presente y el futuro de la salud digital en México.

Memoria fotográfica



Participación en el Foro: Rol ampliado de enfermería en el contexto nacional

Mtro. Manuel de Jesús Chávez Chan
E.E.S.P. César Cerqueda Álvarez



El pasado 29 y 30 de mayo de 2025, se realizó el foro Rol ampliado de enfermería en el contexto nacional, evento en formato híbrido, organizado por la subdirección de Enfermería del Hospital General Doctor Manuel Gea González (sede del evento) y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-Xochimilco).

Con el lema ¿en dónde estamos y hacia dónde vamos para lograr la enfermería de práctica avanzada?, se dieron cita más de 130 asistentes en modalidad presencial, y alrededor de 100 participantes por vía virtual.

El evento en cuestión, contó con la participación del **Mtro. Manuel de Jesús Chávez Chan**, integrante del Consejo Directivo de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C., con la conferencia titulada “Enfermería de Práctica Avanzada: una visión a la Atención Primaria de Salud”, en la cual se abordaron los siguientes subtemas: conceptos básicos de EPA y APS, hitos de la enfermería, las funciones esenciales de la salud pública, una somera revisión del sistema de salud de México, y algunas intervenciones de enfermería de práctica avanzada (EPA) a nivel global.

Se destacó el papel de enfermería en el contexto de la atención primaria de salud (APS), mediante diferentes estudios, tales como la atención domiciliaria, la salud comunitaria, la gestión y seguimiento de enfermedades crónicas, cuidados paliativos, la prescripción de medicamentos, y la

contribución del personal de enfermería para lograr el acceso y cobertura universal en salud, enfermería basada en evidencia, liderazgo, políticas públicas y gerencia de servicios de salud.

Asimismo, como parte de la conferencia, se presentó los principales resultados del proyecto de investigación denominado “Enfermería de Práctica Avanzada: una experiencia en la vigilancia epidemiológica”, estudio liderado por el Mtro. Chávez Chan, en coautoría con la L.E. Morelia Balam Zapata. Los resultados describen “los roles” que el personal de enfermería en salud pública desarrolla en la vigilancia epidemiológica, esto, como parte de las funciones de la EPA. Entre las conclusiones se señala que:

a) el perfil de enfermería en salud pública, con experiencia en APS, cumple con las características de la EPA, según la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud, sobre la ampliación del rol del personal de enfermería en la APS;

b) es necesario integrar mayor evidencia del rol que desempeña la EPA en el marco de la estrategia de APS, además, se requiere establecer los mecanismos regulatorios que protejan el ejercicio profesional de enfermería;

c) la implementación de la EPA en el sistema de salud de México es un imperativo, al tiempo de fortalecer al gremio en sus diferentes aristas.

Este evento, congregó al personal de enfermería de nivel local, personal de salud de otras disciplinas, así como diferentes ponentes de la enfermería mexicana y otras panelistas de la región de las Américas, entre las que se destacan: la Mtra. Sandra Moya Sánchez, directora de Enfermería de la Secretaría de Salud Federal; Dra. Beatriz Goncalves de Olivera, Mra. Carolina González, Mtra. Cirlia Álvarez. Por la UAM-Xochimilco, estuvieron la Dra. Margarita Hernández, Dra. Guadalupe Casales, Mtra. Carla Reyes, Dra. Esmeralda Covarrubias, entre otros ponentes de la UNAM y la Universidad de Sonora.

Agradecimientos:

Al Mtro. Adán Medellín Hernández, profesor titular del foro, y al EESP. César Cerqueda Álvarez, director de la Sección de Enfermería de la SMSP por la vinculación a este importante evento, lo cual pone de relieve la participación de sus miembros.



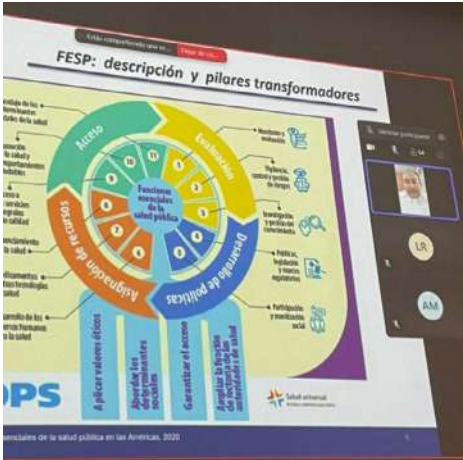
Memoria fotográfica



Metodología: EPA en la vigilancia epidemiológica

ESOS	ACTIVIDADES	NIVEL APLICATIVO
	- Operacionalización de las guías normativas - Detección de casos - Notificación - Clasificación de casos - Validación de los datos	Local (unidades de salud) Local, jurisdiccional, estatal Jurisdiccional, estatal, nacional
ón	- Consolidación de datos - Análisis de variables epidemiológicas básicas	Jurisdiccional, estatal, nacional
	Comparación con datos previos e inclusión de variables locales no consideradas en la recolección de datos	Jurisdiccional, estatal, nacional
ón	Elaboración de materiales de difusión para distintos niveles de decisión	Jurisdiccional, estatal, nacional

epidemiología para el control de enfermedades: vigilancia en salud pública, 2011
© Instituto de Salud Pública de Chile, 2011



4° Forum Salud Digital México

Desafíos y oportunidades en Salud Digital:
Innovación al servicio del paciente
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



El pasado 29 de mayo de 2025, se llevó a cabo en el Hotel Camino Real Polanco el **4° Forum Salud Digital México**, un evento híbrido que inició a las 8:00 a.m. bajo el lema **“Desafíos y oportunidades en Salud Digital: Innovación al servicio del paciente”**. La Sociedad Mexicana de Salud Pública asistió activamente a este foro, reconociendo la relevancia de las temáticas abordadas para impulsar la modernización de los servicios de salud y fortalecer las capacidades de vigilancia, análisis y toma de decisiones basadas en evidencia, pilares fundamentales de su misión en beneficio de la población.

Este foro congregó a más de 200 directivos, gerentes y profesionales de Tecnologías de la Información del sector salud de toda Latinoamérica y Estados Unidos. Su objetivo principal fue explorar las tendencias y soluciones que están transformando la atención médica, poniendo especial énfasis en Inteligencia Artificial y Analítica de Datos, Telemedicina y Monitoreo Remoto, Interoperabilidad de Sistemas de Información en Salud, Ciberseguridad y Protección de Datos, Modelos de Atención Basados en Valor y Experiencia del Paciente. Para la Sociedad Mexicana de Salud Pública estos ejes resultan estratégicos, pues contribuyen a optimizar los procesos de vigilancia epidemiológica, mejorar la calidad de los servicios y garantizar el acceso equitativo a la innovación tecnológica.

Entre los ponentes destacaron líderes de instituciones de talla mundial y directivos de empresas tecnológicas y de salud, tales como:

Alexis Jackson, MSHA (Sr. Director, Mayo Clinic Platform) Luis M. Ahumada, PhD, MSCS
(Executive Director of Advanced Technologies and Data Science, Johns Hopkins University)

Paola Cavazzani (Directora de Unidad de Negocios Cirugía, Johnson & Johnson MedTech México)

Andira Borgo (CIO, Centro Médico ABC)

Issac Jurado Ancona (Director de Sistemas, Hospitales Ángeles)

Carlos Arellano Quintana (Director General, Médica Sur)

Jesús Roberto Aguilera Cruz (Socio Fundador, RALISER)

Entre muchos otros expertos que compartieron casos de éxito y “fast talks” sobre tecnologías emergentes, mostrando cómo estas herramientas pueden integrarse a programas de salud pública para mejorar la vigilancia, prevención y respuesta ante eventos sanitarios.

Asimismo, se organizaron paneles temáticos, entre los cuales destacaron el panel “Salud Basada en Valor” (Johnson & Johnson MedTech), el Panel de Inteligencia Artificial con Alexis Jackson y Dr. Luis Ahumada, y Casos de Interoperabilidad y Seguridad en infraestructura hospitalaria. La participación de la Sociedad Mexicana de Salud Pública en estos espacios refuerza su compromiso con la formación continua de sus miembros y la promoción de políticas públicas que aceleren la adopción de innovaciones digitales en el sistema de salud.

Memoria fotográfica



Inteligencia en salud en cáncer: transformar datos en decisiones

Dr. Diego Alberto Segovia Ascencio, Dr. Juan Francisco Román Pedroza, Dr. Arturo Rubén Miranda Valdés



Introducción

El cáncer representa un reto creciente para los sistemas de salud en todo el mundo. En 2022 se estimaron más de 20 millones de casos nuevos y 10 millones de muertes. Se espera que esta cifra ascienda a 30 millones para 2040, siendo los países de ingresos bajos y medianos los más afectados por el aumento proyectado. (PAHO, 2023)

En este contexto, contar con datos confiables no es solo un ejercicio académico, es un requisito esencial para tomar decisiones efectivas. La inteligencia epidemiológica cuenta con dos elementos importantes para generar información como insumo para la toma de decisiones en materia de prevención, vigilancia y control, así como la capacidad de traducir datos en conocimiento útil para la acción se compone de: a) la vigilancia basada en eventos (VBE) y b) la vigilancia basada en indicadores (VBI).

Desde esta perspectiva, en el caso del cáncer infantil la inteligencia epidemiológica adquiere mayor relevancia dado que la VBI en conjunto con los programas de atención permiten contar con registro de información consolidada que permite detectar desigualdades, organizar recursos especializados y proteger a las poblaciones más vulnerables.

Registros de cáncer: inteligencia que salva vidas

Para transformar la información en decisiones útiles, existen dos tipos de registros que, aunque diferentes, son complementarios:

Registros Hospitalarios de Cáncer (RHC): Capturan datos de pacientes atendidos en un hospital. Son útiles para evaluar calidad de atención, planear tratamientos y calcular supervivencia en centros específicos.

Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP):

Documentan todos los casos nuevos ocurridos en una población geográfica determinada. Su valor reside en que permiten conocer la incidencia real, comparar regiones, identificar factores de riesgo y orientar políticas públicas.

En cáncer infantil, los registros poblacionales son esenciales para medir con precisión la magnitud del problema, ya que muchos pacientes son atendidos en centros especializados fuera de su lugar de residencia. Sin registros poblacionales, la carga de cáncer infantil puede quedar invisibilizada o subestimada.

Inteligencia epidemiológica para proteger a la infancia

Con base a la VBI, la IARC, en 2022 registró 275,000 nuevos casos de cáncer en menores de 20 años y más de 105,000 muertes. La mayoría de estas defunciones ocurrieron en países sin registros formales. Además, menos del 15% de la población infantil mundial está cubierta por registros de cáncer poblacionales. (IARC, 2025)

Esto tiene consecuencias críticas:

- Falta de visibilidad del problema.
- Inadecuada planeación de servicios oncopediátricos.
- Desigualdades en acceso y sobrevida.
- Imposibilidad de evaluar intervenciones

México: áreas de oportunidad y necesidades de fortalecimiento

México ha impulsado diversos esfuerzos para mejorar la vigilancia del cáncer. Uno de los más relevantes ha sido el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA), administrado por el Centro Nacional para la

Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA), que recopila información de niñas, niños y adolescentes con diagnóstico confirmado y en tratamiento, provenientes de unidades médicas acreditadas. De manera paralela, se desarrolló el Registro Nacional de Cáncer, liderado por el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y la Dirección General de Información en Salud (DGIS), con enfoque poblacional. Sin embargo, ambos esfuerzos han sido intermitentes y carecieron de programas de acción específicos, continuidad operativa y financiera derivado de la falta de atribuciones específicas en este rubro para las instituciones, lo que ha limitado su consolidación.

Por su parte, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) únicamente registra de con base a la normatividad vigente y sus atribuciones la incidencia de casos notificados, sin codificación morfológica ni topográfica, lo cual restringe su utilidad analítica, epidemiológica y operativa. En este contexto, la fuente más consistente y estandarizada sigue siendo el Sistema Estadístico de Defunciones, que ofrece un panorama retrospectivo de la carga de la enfermedad.

Entrenamiento de la Inteligencia Artificial como auxiliar de codificación

Uno de los principales desafíos en la operación de los registros oncológicos es la codificación precisa de los casos. Esta tarea, de naturaleza técnica, requiere personal capacitado y experiencia en el uso de clasificaciones especializadas como el CIE-O. La falta de codificadores entrenados ha sido una barrera recurrente para la consolidación de registros, ya que sin una codificación adecuada es imposible analizar patrones de incidencia por edad, tipo histológico o localización anatómica de manera estandarizada y comparable.

En este contexto, la inteligencia artificial (IA) ofrece soluciones prometedoras, entre ellas:

- 1.- Automatizar la codificación oncológica.
- 2.- Detectar errores o inconsistencias en los registros.
- 3.- Identificar duplicados o casos sin seguimiento.
- 4.- Facilitar el análisis ágil de grandes volúmenes de datos.
- 5.- Reconocer patrones clínicos o geográficos atípicos.

Desde la Sociedad Mexicana de Salud Pública a través de la Sección Técnica de Epidemiología se ha impulsado el desarrollo de un prototipo de codificador basado en modelos GPT, con el objetivo de apoyar operativamente a quienes integran o desarrollan registros de cáncer en distintos contextos. Si algún socio o institución tiene interés en explorar su uso, estaremos con gusto disponibles para orientar y compartir esta experiencia.

Percepción del riesgo: un desafío pendiente en la agenda pública

Además de las limitaciones en los sistemas de vigilancia, uno de los retos menos visibilizados en torno al cáncer en México es la percepción del riesgo por parte de la población. Diversos estudios cualitativos y encuestas nacionales han documentado que muchas personas subestiman su vulnerabilidad ante el cáncer, especialmente en grupos con menor nivel educativo, acceso limitado a servicios de salud o escasa exposición a campañas de prevención.

Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), una proporción significativa de adultos no identifica factores de riesgo modificables como el tabaquismo, la dieta inadecuada o la inactividad física como determinantes del cáncer. Esta percepción limitada del riesgo puede traducirse en baja participación en tamizajes, consultas tardías o abandono de tratamiento.

En adición, investigaciones recientes han mostrado que persisten creencias erróneas sobre las causas del cáncer —como asociarlo exclusivamente con la herencia genética o con eventos emocionales— y una desconfianza hacia los tratamientos oncológicos. Estas percepciones influyen en las decisiones individuales y colectivas, y reflejan la necesidad urgente de estrategias de comunicación en salud más empáticas, culturalmente sensibles y basadas en evidencia. Fortalecer la inteligencia epidemiológica requiere también entender cómo percibe la sociedad el cáncer, para anticipar barreras, diseñar intervenciones más eficaces y movilizar a las comunidades en favor de una prevención activa y equitativa.

Conclusión

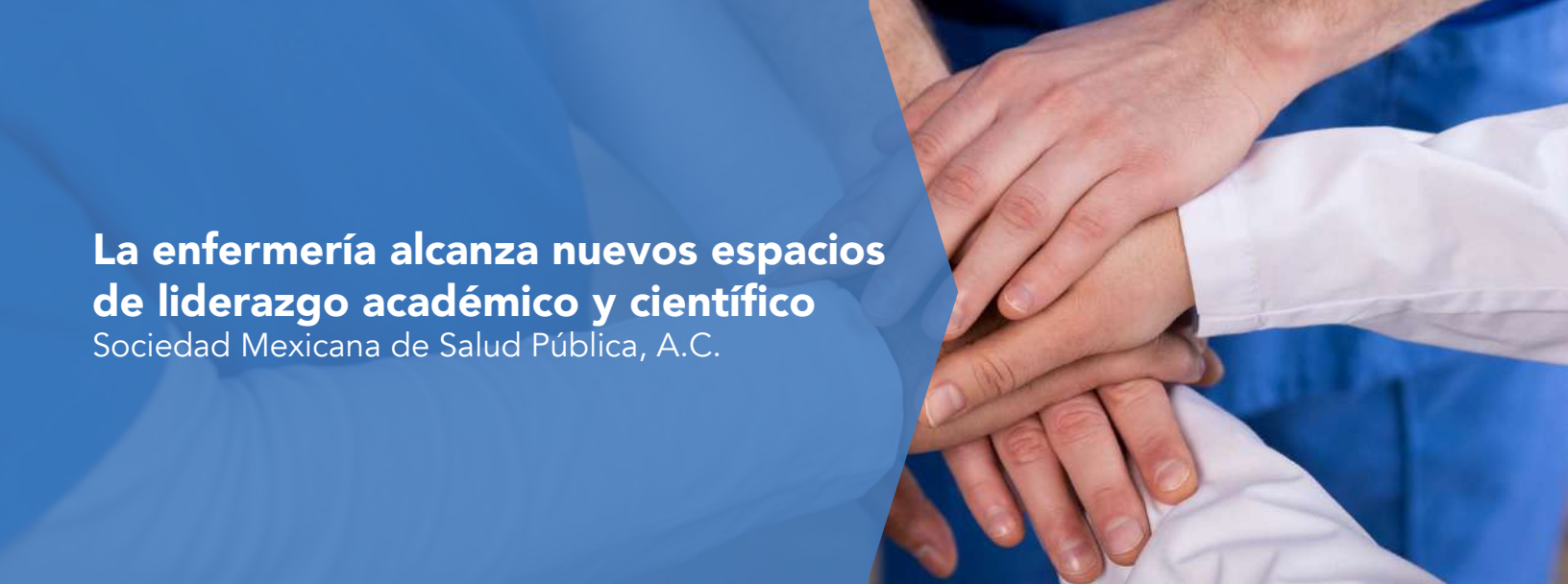
La disponibilidad de datos confiables y estandarizados es un componente esencial para la vigilancia, planeación y evaluación de políticas en cáncer. En México, la ausencia de registros poblacionales consolidados representa una brecha importante para la generación de inteligencia epidemiológica útil para la toma de decisiones.

Esta limitación contrasta con la experiencia de países latinoamericanos como Brasil, Colombia y Uruguay, que han desarrollado y sostenido registros de base poblacional con buenos niveles de cobertura y aprovechamiento operativo.

Avanzar hacia un sistema nacional de información en cáncer que integre registros con codificación estandarizada, interoperabilidad entre sistemas y uso de tecnologías emergentes es una necesidad técnica prioritaria para mejorar el control de la enfermedad en el país. Así mismo distinguir entre registros de cáncer como fuentes de registro par acceso a la información y vigilancia epidemiológica del cáncer debe ser una línea de apertura par la vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Bibliografía

1. IARC. IARC Marks International Childhood Cancer Day 2025. <https://www.iarc.who.int/news-events/iarc-marks-international-childhood-cancer-day-2025/>
2. Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Perspectivas del Cáncer en las Américas. 2023. IARC & IACR. Cancer Incidence in Five Continents – Vol. XI. GICR – Global Initiative for Cancer Registry Development. <https://gicr.iarc.fr> CenSIA. Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA). Secretaría de Salud. NOM-017-SSA2-2012. Instituto Nacional de Cancerología. Historia del Registro de Cáncer en México.
3. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2023. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/>
4. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Aracena B, et al. Percepción del cáncer y sus factores de riesgo en México: resultados de una encuesta nacional. Salud Publica Mex. 2022;64(6):698–706. doi:10.21149/13149
5. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, García L, et al. Creencias sobre cáncer y factores que influyen en la búsqueda de atención oportuna: estudio cualitativo en población mexicana. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2021;59(2):164–171. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/revista-medica>
6. Martínez-Vega IP, Lazcano-Ponce E, González-Robledo MC, et al. Determinantes sociales y culturales de la participación en programas de tamizaje de cáncer en México: revisión sistemática. Salud Publica Mex. 2020;62(4):466–475. doi:10.21149/10878
7. Urzúa A, Vera-Villarreal P, Caqueo-Úrizar A, et al. Creencias erróneas sobre el cáncer: una revisión en poblaciones latinoamericanas. Rev Med Chil. 2021;149(8):1171–1179. doi:10.4067/S0034-98872021000801171



La enfermería alcanza nuevos espacios de liderazgo académico y científico

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

En un momento histórico para la enfermería en México, dos destacadas profesionales han sido reconocidas recientemente por instituciones nacionales e internacionales, consolidando el papel estratégico de la enfermería en la ciencia, la academia y la salud pública.

El pasado 22 de mayo, la Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales, directora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO) de la UNAM, fue aceptada como socia numeraria de la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM). Con este nombramiento, se convierte en la primera profesional de enfermería en integrar esta prestigiada corporación médica, marcando un hito en la historia académica de nuestro país. Este reconocimiento refleja no solo su sobresaliente trayectoria, sino también el creciente reconocimiento del valor científico y ético de la enfermería como disciplina fundamental en la construcción de sistemas de salud más justos y eficaces.

La Mtra. Zárate ha sido una figura clave en la profesionalización de la enfermería universitaria. Su liderazgo ha impulsado reformas profundas en la FENO, como la creación del doctorado en enfermería, la expansión de programas de posgrado y una clara apuesta por la internacionalización, la investigación y la innovación educativa. Su ingreso a la ANMM no solo honra sus logros, sino que abre la puerta para que más enfermeras y enfermeros participen activamente en uno de los foros de salud más importantes de México.

A nivel internacional, otro hecho histórico refuerza el avance de la enfermería mexicana: durante el Congreso Bianual de NANDA International, Inc., celebrado en Lisboa, se anunció el nombramiento de la Dra. Hortensia Castañeda como Presidenta de esta organización global. Con ello, se convierte en la primera enfermera mexicana en liderar una de las entidades más influyentes en el desarrollo de la enfermería y la clasificación diagnóstica basada en evidencia.

Ambos nombramientos, el de la Mtra. Zárate y el de la Dra. Castañeda, reflejan un momento de inflexión: la enfermería ha dejado de ser una profesión auxiliar para ocupar espacios clave en la producción de conocimiento, la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas en salud. Estos logros inspiran a nuevas generaciones de profesionales a seguir construyendo una enfermería fuerte, crítica, científica y humanista.

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C., expresa su más sincera felicitación a la Mtra. Zárate y a la Dra. Castañeda por estos logros trascendentes que dignifican a la enfermería mexicana y consolidan su participación en los espacios de decisión, investigación y liderazgo en salud.

¡Enhorabuena!



La Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C., felicita a la

MTRA. ROSA AMARILIS ZÁRATE GRAJALES

por su ingreso como socia numeraria a la
Academia Nacional de Medicina de México (ANMM).

Este logro constituye un hecho histórico, al ser la primera profesional de enfermería en alcanzar esta alta distinción, lo cual representa un reconocimiento a su compromiso, excelencia académica y su destacada trayectoria en el ámbito de la enfermería en México.

¡Muchas felicidades!



SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PÚBLICA
SALUS • VERITAS • CARUM



#Salud Pública
para todas las voces



Raíces vivas: arte, salud y comunidad.

Mariana Paniagua Zavala



Mariana Paniagua Zavala

Licenciada en Salud Pública

Alfombrista de Tapeteros de Uriangato A.C.

Coordinadora de Comunicación y vinculación
estratégica

de la Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C.

Soy Mariana, nací en Uriangato, Guanajuato, un municipio con aproximadamente 61,000 habitantes, productor textil referente a nivel nacional, una tierra rica en tradiciones y cultura. Una de ellas, por las que más sobresale, es el alfombrismo, para quienes no tengan relación con esta actividad, es una corriente artística que consiste en plasmar sobre el piso imágenes con propósitos devocionales o artísticos, se caracteriza por ser temporal y efímero, es decir, que dura poco tiempo, Se manifiesta a través de la creación de alfombras y tapetes artesanales elaborados con flores, arena, semillas y aserrín, su utilización varía según la técnica y la región donde se desarrolla.

La mayor expresión de este arte, considerada una tradición, se realiza el 6 de octubre; este día, se honra a San Miguel Arcángel, a lo largo de seis kilómetros de alfombras y tapetes, patrono de Uriangato. Más allá del ambiente místico-religioso que forja esta práctica, la tradición permea en todas las edades, se convierte en sinónimo de comunión e identidad colectiva para la comunidad.

A lo largo de más de 15 años como “Maestra Alfombrista”, he llevado en mi corazón este arte para mostrarlo en cada rincón de México y desde

hace 3 años por el mundo, buscando transmitir tranquilidad y satisfacción, que son sentimientos que generan en mí, con esta actividad, capaz de narrar las historias que llevo en mi ser, logro preservar memorias y generar diálogo y vínculos comunitarios.

Recientemente, en mayo de 2025, tuve la oportunidad de llevar esta costumbre mexicana a la Infiorata más grande de Europa: “Pietra Ligure in Fiore” por su nombre en italiano, con sede en la provincia de la Liguria, Italia, como parte del colectivo “Tapeteros de Uriangato A.C.”

Durante este evento, que reunió a más de 800 maestras y maestros alfombristas de 40 ciudades de Italia y diferentes países de la Unión Europea, México fue el invitado especial. Presentamos una pieza titulada “Raíces de México”, haciendo tributo a nuestra identidad, en la que utilizamos flores frescas (claveles, margaritas y rosas), coco rallado y harina de arroz, la cual teñimos a mano. Parece que es algo común, pero utilizar estos materiales para nosotras fue novedoso porque nos llevó a adoptar técnicas propias de la región que no son comunes en América Latina y el Caribe.

Durante mi estancia, entre el aroma que desprendían las flores y experimentar estas texturas entre mis manos, no pude evitar observar con ojos de salubrista el arte como factor protector de la salud. Combinar dos mundos que, para muchos, parecen inconexos: la salud pública y el arte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”, esto incluye factores que no siempre son visibles: la cultura, espacios de expresión y recreación colectiva, además de la conexión con nuestro espíritu.

Esta reflexión, coincide con la visión de las Funciones Esenciales de la Salud Pública Renovadas, que reconocen a la cultura como un componente clave en la calidad de vida, por lo tanto, la salud no se puede separar de los contextos sociales y culturales en los que vivimos. Como profesional de la salud pública, considero que es fundamental contar con este tipo de encuentros interculturales, de creación, de creatividad y de innovación como entornos promotores de salud.

Actividades como el alfombrismo, actúan en beneficio de la salud con efectos protectores sobre la salud mental al reducir el estrés, generar satisfacción, mejorar la comunicación, estimular la creatividad y el trabajo en equipo, mejorando además las relaciones sociales que forman parte de las esferas de la salud y el bienestar.

Esto se ha demostrado con iniciativas como Salud+Arte de la Representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Ecuador, que han identificado cómo el arte contribuye al bienestar mental y físico en grupos prioritarios o históricamente vulnerados. Además, resalta cómo estas prácticas representan una intervención intersectorial esencial en el abordaje de los determinantes sociales de la salud y las normas comunitarias, sin dejar a nadie atrás y a nadie fuera, tomando en cuenta los contextos en los que la población se desarrolla siendo incluyentes y ejerciendo el derecho a la participación: nada sobre nosotros, sin nosotros.

Además, en el informe de la reunión de expertos de la OMS sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aprendizaje a partir de las artes, llevada a cabo en Budapest

(Hungría), en diciembre de 2022, se menciona que: “Las actividades artísticas son multimodales, con efectos psicológicos, conductuales y sociales, pueden implementarse en iniciativas de bajo riesgo y rentables, y pueden mejorar significativamente la salud y el bienestar”, reforzando la aseveración de cómo estas actividades contribuyen al bienestar social, entre ellos, el componente de salud.

En mi experiencia, estos espacios seguros para expresarnos, colaborar y aprender disminuyen la necesidad de evasión o conductas de riesgo. He sentido los efectos benéficos de la salud pública y el arte, por ejemplo, durante mi estancia en Pietra Ligure, me di cuenta de que nuestras raíces y costumbres florecen lejos de casa, que el alfombrismo no solo se trata de identidad, tradición y cultura, sino también de generar bienestar y salud.

Más allá de mi vocación como salubrista, que me acompaña a cada día y a donde vaya, el alfombrismo es para mí un refugio, mi lugar seguro, en él, puedo crear, expresar y conectar conmigo y con otras personas. Participar en este evento internacional no solo fue un logro artístico, sino una reafirmación de que mi arte también es salud pública. Tengo la firme convicción de que cuando hay arte, hay comunidad y cuando hay comunidad, hay salud pública.

Como bien señala el investigador Eduardo Carbone, promotor del Observatorio Global de Alfombrismo y fundador de Infiorata International Network®, esta practica tiene presencia en más de 250 ciudades en el mundo. En su mapa interactivo muestra la diversidad del alfombrismo:

[Ver mapa interactivo](#)

“El arte efímero une territorios, culturas y generaciones en un gesto profundamente humano: el de embellecer lo común y hacerlo sagrado, aunque sea por unas horas”.

El desafío está presente, les invito a mirar más allá de los indicadores biomédicos, de los resultados de laboratorio y de gabinete, a implementar estrategias que integren íntimamente la cultura, los espacios recreativos y la adopción los valores, costumbres y tradiciones comunitarias, en cada contexto, a adaptar el sistema de salud a la comunidad y no al revés, como una forma de proteger la salud colectiva con el más alto respeto a las sociedades. Seguiré siendo una promotora de las expresiones artísticas que por tradición he adoptado y con la seguridad de que aprovecharé cada oportunidad para demostrar que la salud y el arte son más estrechas de lo que aparentan.

Quiero agradecer al Presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C. (SMSP), el Dr. José Alberto Díaz Quiñonez y a la directora Ejecutiva E.E.S.P. Thalía Toriz Galicia por permitirme reflexionar en este espacio, sobre los principales intereses de mi vida: la salud pública y el alfombrismo.

Para conocer más sobre esta experiencia, da clic aquí:

https://linktr.ee/marianapaniagua?utm_source=linktree_profile_share&tsid=2a0c8d21-ebc6-43e1-844d-881a569384b8
<https://vt.tiktok.com/ZSkHyWwFV/>

Memoria fotográfica



Delegación mexicana conformada por integrantes de Tapeteros de Uriangato A.C.
en Pietra Ligure, Italia.

De izquierda a derecha: Oscar Paniagua, Roberto Carlos Ruiz, Antonio Mosqueda, Mariana Paniagua, Ubertino Zamunio, Jorge Luis Hernández.



Calle Vía Giacomo Matteotti, Pietra Ligure, Italia.
Alfombras elaboradas por distintos colectivos de la Unión Europea.



Alfombra monumental elaborada por Tapeteros de Uriangato A.C. en las fiestas en Honor a San Miguel Arcángel, 6 de octubre de 2024, Uriangato, Guanajuato.



Una tradición para todas las edades.



Tapete titulado "Raíces de México", elaborado a "mano alzada" con flores frescas (claveles, margaritas y rosas), coco rallado y harina de arroz.



La infiorata se desarrolla entre emblemáticos edificios de la región y comercios locales.



En cada pétalo colocado, se trabaja la paciencia, se intensifican los sentidos y se disfruta con calma.

LXXIX REUNIÓN ANUAL DE SALUD PÚBLICA

¡La 79ª RASP está en marcha!
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.



Con entusiasmo, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. (SMSP) informa que se ha realizado una visita de inspección a Puerto Vallarta, Jalisco, ciudad que albergará la 79ª Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública (79RASP), programada del 11 al 14 de noviembre de 2025.

Durante esta visita, se avanzó significativamente en la planeación logística y operativa del evento, evaluando sedes académicas y hoteleras con el propósito de garantizar un encuentro de alto nivel, que convoque a especialistas, académicos, estudiantes, instituciones y profesionales comprometidos con la salud pública en México.

La 79RASP se perfila como un espacio clave para el intercambio de conocimientos, experiencias y propuestas que contribuyan al fortalecimiento del trabajo en salud pública a nivel nacional, en un contexto de reflexión, innovación y colaboración multisectorial.

La SMSP agradece profundamente el respaldo y acompañamiento de la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, del Gobierno Municipal de Puerto Vallarta y del Centro Universitario de la Costa (CUCosta) de la Universidad de Guadalajara, cuya colaboración será esencial para el éxito de esta edición.

En las próximas semanas se darán a conocer los detalles relacionados con el programa académico, las sedes oficiales, las opciones de hospedaje y el proceso de inscripción. Invitamos a nuestra comunidad a mantenerse atenta a nuestras redes sociales y canales institucionales para no perder ninguna actualización.

Desde ahora, extendemos una cordial invitación a reservar las fechas del 11 al 14 de noviembre de 2025, y a ser parte de esta reunión anual que, año con año, renueva el compromiso colectivo por una salud pública más justa, equitativa y accesible para todas y todos.

¡Nos vemos en Puerto Vallarta!

Memoria fotográfica



LXXIX Reunión Anual de Salud Pública

11 al 14 de noviembre del 2025

Puerto Vallarta, Jalisco



Propuesta para el fortalecimiento de la investigación en enfermería

L.E. Manuel de Jesús Chávez Chan



AMEENF YUCATÁN

NURSES TOGETHER

SESIÓN ACADÉMICA

"PROPUESTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA"

24 de junio del 2025
18:00 PM – 20:00 PM
HORA CENTRO

Zoom
Facebook Live

L.E. MANUEL DE JESÚS CHÁVEZ CHAN

- Licenciado en Enfermería por ICESS Campus Mérida.
- Especialidad en Salud Pública en la INSP-ESPM.
- Adscrito a la Secretaría de Salud de Yucatán (SSY).
- Integrante del Consejo Directivo de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.
- Socio Titular del Colegio de Salud Pública de Yucatán, A.C.
- Certificado por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, AC.

ESCANEA EL QR Y REGÍSTRATE

SÍGUENOS EN NUESTRAS REDES SOCIALES

 **ameenf_yucatan**  **AMEENF-Yucatán**



El curso Nutrición en el Embarazo presenta una visión general de la importancia de la nutrición durante este período, las intervenciones nutricionales clave que se implementarán en la atención prenatal según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las estrategias para su implementación efectiva. El curso contiene 5 módulos y un estudio de caso específico para México.

El curso va dirigido a profesionales de la salud, incluidos médicos, enfermeras, nutricionistas, dietistas y proveedores de salud comunitarios.

El curso fue producido por el Centro de Capacitación y Aprendizaje de la Universidad de Johns Hopkins. Al completar con éxito el curso, los médicos pueden recibir puntos del

Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. El curso y los créditos se ofrecen de forma gratuita.

[Inscribirse al curso](#)

Boletín de Cooperación Técnica México

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en México.



Consultar el boletín

Inteligencia artificial en salud pública: oportunidades, límites y desafíos éticos Preparar a México para una revolución que ya comenzó.

Dr Luis Alberto Martínez Juárez
Director de la Sección Técnica en Salud Digital
e Inteligencia Artificial enfocada en la Salud.

Salud Digital + IA en Salud



La inteligencia artificial ya está aquí. Se usa para rastrear brotes, clasificar riesgos, automatizar tareas, decidir dónde priorizar recursos. Pero en México, mientras crece la expectativa, persisten las brechas. Aún no tenemos claridad sobre cómo vamos a gobernar esta tecnología, ni quién se hará responsable cuando las decisiones salgan mal.

Hay algo que muchas personas fuera del sector salud no alcanzan a ver: en momentos clave, las decisiones se toman con muy poca información, desordenada o incompleta. Detectar un brote puede tardar más de lo que el brote tarda en propagarse. Los registros de mortalidad, en algunos casos, se actualizan con meses de retraso. Las bases de datos, cuando existen, no siempre dialogan entre sí. Esto no es un problema nuevo, pero se vuelve urgente cuando lo que está en juego es la vida de miles de personas.

Durante la pandemia, quedó claro que la lentitud y la fragmentación en el manejo de datos pueden costar caro. En ese vacío, surgió una idea poderosa: usar inteligencia artificial para procesar grandes volúmenes de información en tiempo real, anticipar riesgos y dar respuestas más rápidas. Muchas instituciones lo intentaron. Algunas lo lograron. Y desde entonces, esa promesa se instaló en la conversación pública como si fuera inevitable.

Hoy se repite con fuerza que la inteligencia artificial puede mejorar la vigilancia epidemiológica,

optimizar el uso de recursos o adaptar la comunicación según el contexto. Y no es falso. Hay experiencias concretas en las que estas herramientas han marcado una diferencia. Pero esa utilidad no debería distraernos de una pregunta más profunda: ¿estamos preparados para que la salud pública dependa cada vez más de sistemas que pocos comprenden y aún menos pueden cuestionar?

En papel, todo suena bien. Sistemas que aprenden con miles de datos, que identifican patrones invisibles al ojo humano, que ayudan a priorizar acciones cuando el tiempo escasea. Se habla de algoritmos que pueden predecir zonas con mayor riesgo de enfermedades, interpretar textos médicos sin estructura, sugerir ubicaciones estratégicas para servicios de salud o traducir información técnica a diferentes niveles de comprensión. Son herramientas diseñadas para actuar más rápido que nosotros y, en teoría, con menos margen de error.

No hay duda de que este tipo de tecnología puede apoyar decisiones difíciles. La inteligencia artificial permite, por ejemplo, reconocer señales tempranas de un problema de salud pública, cuando los registros oficiales aún no muestran nada. También puede automatizar tareas que consumen tiempo y energía, como clasificar reportes o analizar bases de datos en lenguaje libre. En muchos lugares, esto ya ocurre. No se trata de ciencia ficción ni de promesas futuras. Es parte de una transformación que avanza en distintos sectores, y la salud pública no es la excepción.

Pero ahí mismo empieza el riesgo. La velocidad con la que estas herramientas se han incorporado a los discursos institucionales contrasta con la falta de discusión sobre sus límites. Se habla poco de cómo se construyen los modelos, de qué datos usan, de qué errores pueden cometer. Se da por hecho que son precisos, pero no siempre se explica qué significa esa precisión, ni a costa de quién. Mientras se celebra su eficiencia, se vuelve más difícil hacer las preguntas incómodas. Y si no se hacen ahora, cuando la adopción apenas comienza, después será más difícil corregir el rumbo.

Cuando una autoridad sanitaria se equivoca, hay instancias para revisar lo que pasó. Puede haber informes, comparecencias, ajustes. Pero cuando una decisión la toma un sistema automatizado, entrenado con datos que no conocemos y diseñado por terceros, ¿a quién se le pide cuentas? ¿Quién se hace responsable cuando un modelo falla o deja fuera a quienes más atención necesitan?

Parte del problema está en asumir que la inteligencia artificial es neutra. Que si algo sale mal, fue un error técnico, no una decisión política. Pero los modelos aprenden con base en lo que se les da. Si los datos son incompletos, si reflejan desigualdades previas, si omiten a ciertos grupos porque no aparecen en las estadísticas, el sistema las va a replicar. Lo más grave es que muchas veces lo hará sin que nadie lo note.

Hay otro riesgo más sutil, pero igual de serio: acostumbrarse a no entender. Confiar en los resultados porque “así lo dijo el algoritmo”, sin capacidad real para revisar cómo llegó a esa conclusión. Esa confianza automática puede erosionar el juicio profesional, debilitar la deliberación pública y dejar fuera a quienes podrían cuestionar el sistema desde la experiencia, no desde la programación.

No se trata de rechazar la tecnología. Se trata de no delegar el criterio sin condiciones. Porque en salud pública, cada decisión tiene consecuencias materiales, sociales y morales. No basta con que

un sistema sea eficiente si no hay claridad sobre cómo decide, a quién prioriza y qué errores está dispuesto a tolerar.

México no está al margen de esta transformación, pero tampoco parece estar conduciéndola con claridad. Mientras en otras regiones se discuten marcos regulatorios específicos, principios de supervisión ética o modelos de gobernanza basados en derechos, aquí todavía no tenemos reglas claras sobre cómo se deben usar estas tecnologías en el ámbito público. En muchos casos, ni siquiera hay protocolos para saber si lo que se está usando cumple con criterios básicos de calidad o justicia.

El rezago no es solo técnico. Tiene raíces políticas, administrativas y culturales. Los sistemas de información en salud siguen siendo fragmentados, con poca interoperabilidad y sin garantías de que los datos se resguarden con responsabilidad. El personal de salud pública hace su trabajo con herramientas limitadas, muchas veces sin formación para dialogar con sistemas automatizados. Y quienes toman decisiones rara vez tienen espacios donde puedan cuestionar los sesgos o límites de los modelos que ya están en uso.

Esto no significa que no haya talento, ni voluntad. Significa que no hay una estrategia clara. No hay una visión compartida sobre qué tipo de inteligencia artificial necesitamos, ni para qué fines la queremos. Sin esa discusión, corremos el riesgo de importar soluciones sin haber definido los problemas, de normalizar sistemas que deciden desde la opacidad, o de dejar en manos privadas lo que debería formar parte del debate público. No decidir es decidir. Y en este caso, implica dejar que las decisiones se tomen en función de lo que ya existe, aunque eso reproduzca exclusión, invisibilidad o desigualdad. Si el país no define principios, criterios y límites ahora, será más difícil reclamarlos después.

Ideas para llevar

Si esta tecnología va a formar parte de las decisiones públicas, hay cosas que no pueden quedar en segundo plano. La primera es garantizar que los datos que se usan sean representativos, confiables y recolectados con criterios éticos. No se puede construir una inteligencia pública sobre datos fragmentados o excluyentes.

También es urgente fortalecer las capacidades técnicas dentro del sector público. No para que todas y todos se vuelvan programadores, sino para que exista criterio, autonomía y capacidad de interlocución. Las instituciones necesitan personas que sepan hacer preguntas, no solo dar clic en los resultados.

Otro paso clave es definir reglas claras: quién diseña, quién supervisa, quién responde cuando algo falla. Esta discusión no puede quedar en manos del sector privado ni limitarse a documentos de buenas intenciones. Requiere liderazgo público, marcos jurídicos y participación social informada.

Y finalmente, hace falta una conversación abierta sobre qué tipo de salud pública queremos construir. Una que use tecnología para reforzar el cuidado colectivo, o una que repita, ahora de forma automatizada, las desigualdades de siempre. La decisión no es técnica. Es profundamente política.

Referencias

1. World Health Organization. Ethics and governance of artificial intelligence for health [Ética y gobernanza de la inteligencia artificial para la salud]. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>
2. World Health Organization. Digital health in the WHO European region: the ongoing journey to commitment and transformation [Salud digital en la Región Europea de la OMS: el camino hacia la transformación]. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060226>
3. European Commission. AI Act: regulatory framework proposal on artificial intelligence [Ley de IA: propuesta de marco regulatorio sobre inteligencia artificial]. Bruselas: Comisión Europea; 2024. Disponible en: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/regulatory-framework-ai>
4. Gavi, the Vaccine Alliance. Artificial intelligence & machine learning for immunisation [Inteligencia artificial y aprendizaje automático para inmunización]. Ginebra: Gavi; 2024. Disponible en: <https://www.gavi.org/sites/default/files/programmes-impact/our-impact/Technical-Brief-AI-Machine-Learning.pdf>
5. Recommendation on the Ethics of Artificial Intelligence [Recomendación sobre la ética de la inteligencia artificial]. París: UNESCO; 2021. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000381137>



Acceso al agua para las infancias, el caso de México y Brasil

L.E. Roxana Gámez Ortiz, Dr. Cristiano Barros de Melo, Dr. Miguel Galarde López

Autores: Roxana Gámez Ortiz⁽¹⁾, Cristiano Barros de Melo⁽²⁾, Miguel Galarde López⁽³⁾

¹ Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Morelos, 62100, México.

Directora de Sección Técnica de Salubridad en Formación de la SMSP

² Laboratorio de Estudios Estratégicos sobre Enfermedades e Ilícitos Transnacionales, Universidad de Brasilia, Brasilia, Brasil.

³ Centro Nacional de Investigación Disciplinaria en Sanidad e Inocuidad Animal, Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias, Ciudad de México, 05110, México. Director de la Sección Técnica de Una Salud de la SMSP

El agua es un elemento natural y esencial para el desarrollo de la vida en el planeta, ya que es imprescindible para la supervivencia de todos los seres vivos.¹ De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en su Objetivo 6: Agua Limpia y Saneamiento que busca Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos, tiene establecida la Meta 6.1 que pretende alcanzar el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio

asequible para todos en el año 2030.²

El seguimiento de la meta 6.1 de los ODS por parte de las Naciones Unidas mostró para el año 2022 que tan solo 5,600 millones de personas se abastecían de agua potable mediante un suministro gestionado de forma segura, es decir, agua segura de una fuente ubicada en el lugar de uso, no contaminada y de disposición gratuita.³

El portal de datos sobre el ODS 6 de ONU-Agua, que reúne la información sobre el agua y el saneamiento en los diferentes países, refiere diversos indicadores que respecto a la gestión hídrica, el grado con el que se implementa la gestión integrada de los recursos hídricos y aguas residuales en cada país, así como las características nacionales de superficie, población y economía de cada país, en este sentido, el Cuadro I refleja las características y el resultado de los indicadores asociados a agua y saneamiento entre México y Brasil.

Cuadro I. Comparación de las características e indicadores del Objetivo del Desarrollo Sostenible 6 de Agua y Saneamiento, para México y Brasil 2020-2023.

	México	Brasil
Región geográfica	América Latina y el Caribe	América Latina y el Caribe
Superficie (Km ²)	1,943,950	8,358,140
Uso de la tierra por sectores	Agricultura 55% Silvicultura 34% Otros 11%	Agricultura 27% Silvicultura 59% Otros 25%
Población total (N° de habitantes)	127,504,125	211,140,729
Urbanización	Urbanas 81% Rurales 19%	Urbanas 88% Rurales 12%
Total de PIB, en dólares por año	2,301,753,888,959	4,015,524,861,483
Agua Potable (%)	43	87
Saneamiento (%)	63	50
Higiene (%)	94	-
Aguas Residuales (%)	64	43
Calidad del Agua (%)	57	68
Eficiencia (\$/m ³)*	12	22
Estrés Hídrico (%)	45	1
Gestión Hídrica (%)	41	51
Agua Transfronteriza (%)	33	56
Ecosistemas (%)	24	21
Cooperación (m\$)*	93	69

\$/m³: Inversión sobre metro cubico

m\$: Volumen de asistencia por metro

Fuente: Organización de las Naciones Unidas. Instantanea del ODS 6

En donde, el termino Agua Potable (%) hace referencia al porcentaje de la población que utiliza agua potable gestionada sin riesgo. El Saneamiento (%), se refiere al porcentaje de la población que utiliza un servicio de saneamiento gestionado sin riesgo. Por su parte, Higiene (%) es el porcentaje de la población que dispone de instalaciones para el lavado de manos con agua y jabón en el hogar. Cuando se observamos el indicador de Aguas Residuales (%), este hace referencia al tratamiento de aguas residuales domesticas que son procesadas de manera adecuada. El indicador de Calidad del Agua (%), hace referencia a ala calidad de las masas de agua monitoreadas del país que tienen buena calidad. La Eficiencia ((\$/m³) representa el valor que se añade por el uso del agua por las personas a escala mundial en cada país. El Estrés Hídrico (%), corresponde al porcentaje de los recursos hídricos renovables que está siendo extraído después de tener en cuenta las necesidades del caudal ambiental.

La Gestión Hídrica (%), se refiere al grado de implementación de la gestión integrada de los recursos hídricos del país evaluado. En el caso del Agua Transfronteriza (%), mide el porcentaje de la superficie de las cuencas transfronterizas que está sujeta a arreglos operacionales para la cooperación en materia de aguas. El indicador de Ecosistemas (%), hace referencia al porcentaje de las cuencas hidrográficas del país que experimentan cambios rápidos en la masa de aguas superficiales. Mientras que el indicador de Cooperación (m\$), se referirá al volumen de asistencia oficial para el desarrollo recibida, destinada al agua y saneamiento del país.

Como se pudo observar en el cuadro anterior, México y Brasil aún cuentan con áreas de oportunidad en materia de cobertura nacional de agua potable, saneamiento e higiene. En 2023, la Comisión Nacional del Agua de México (CONAGUA) informó que había una cobertura nacional de agua potable del 94.4%, con variaciones en los porcentajes, según las zonas geográficas del país. Por otra parte, de acuerdo con el Sistema Nacional de Información sobre Saneamiento (SNIS) de Brasil, para el año 2023 el 97.9% de su población tenía abastecimiento de agua.⁴

Por otro lado, la estrategia “Agua, Saneamiento e Higiene para todos” (WASH, por sus siglas en inglés), desarrollada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), contribuye a que todos los seres humanos, en especial las infancias obtengan un pleno desarrollo y resultados sanitarios positivos, mediante la definición de los principios, métodos y esferas que han de ejecutarse, haciendo hincapié en la exigencia de la protección y gestión eficiente de los recursos hídricos que se ajusten al contexto de cada país.⁵

En los niños, las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) son las principales enfermedades asociadas al acceso y calidad del agua, causadas principalmente por los microorganismos como: *Vibrio cholerae*, *Shigella* spp, *Salmonella* spp y Rotavirus.⁶ Este último causa el 40% de las hospitalizaciones por EDA en menores de cinco años, cuyo principal mecanismo de transmisión es la vía oral-fecal, que se ve favorecida por la deficiente situación de higiene y saneamiento en los hogares, principalmente a causa de la falta de agua.^{7,8} De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), las EDAs son la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años a nivel mundial, ocasionando 525,000 muertes cada año, siendo la deshidratación grave por sí sola la principal causa de muerte por diarrea.⁹

A través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de México, hasta la semana epidemiológica 51 del año 2024, se registraron 637,241 casos de EDAs en niños menores de cinco años, identificando una tasa de 51 niños con EDA por cada 1000 niños menores de cinco años.^{10,11} Mientras que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Diarreicas Agudas (VE-DDA) de Brasil reportó un total de 7,448 de casos de EDAS en niños menores de cinco años durante el mismo 2024, con una tasa de 5 niños con EDA por cada 1000 niños menores de cinco años.^{12,13} Aunque estos eventos diarreicos pudieron estar asociados a diversos factores, el acceso a agua, higiene y saneamiento fueron algunos de ellos.

Estos indicadores sobre agua, saneamiento e higiene asociado a la salud e las infancias reflejan en un contexto ecológico las características de ambos países, aunque con sus respectivas limi-

taciones para el contexto nacional y regional de cada país. Sin embargo, el portal de datos sobre el ODS 6 de ONU-Agua está diseñado para los tomadores de decisiones, asesores de políticas, profesionales técnicos, investigadores y estudiantes. Además de contener herramientas de visualización que facilitan el análisis de la información sobre el progreso hacia la consecución de las diversas metas del ODS 6.

Es relevante señalar que la legislatura sobre agua y su gestión efectiva en Brasil ocupan un lugar destacado en la agenda política. Como ejemplo, la creación de la Agencia Nacional de Agua y Saneamiento Básico (ANA) en 1997, que orienta y establece normativa nacional, dicha agencia se encuentra bajo la tutela del Consejo Nacional de Recursos Hídricos con el objetivo de brindar orientación política externa, consultoría que en México aún no se desempeña.¹⁴

El no tener acceso a agua segura condiciona los procesos de salud- enfermedad de las personas, específicamente en los menores de cinco años.

En México coexisten diversos problemas relacionados con la gestión del agua, como lo es la sobre concesión de agua potable para diversos usos, por ejemplo, México destina un 76.3% del total de concesiones de agua a la agricultura, mientras que Brasil busca ser más sustentable a pesar de ser uno de los mayores productores agrícolas e industriales de todo el mundo, destinando aproximadamente el 62% de las concesiones totales de agua.¹⁵

En ambos países lograr el acceso a agua y saneamiento en zonas rurales aún es un desafío, sin embargo, el monitoreo de la contaminación de los cuerpos de agua es importante, donde solo el 57% de las masas de agua monitoreadas tienen buena calidad, mientras que en Brasil el porcentaje de cuerpos con agua de buena calidad es de 68%.¹⁶ A medida que estos problemas van en aumento, también lo hacen las inequidades en materia de acceso, que se convierten en un factor de riesgo para la realización de medidas de prevención para la EDA en niños menores de cinco años, como lo son la higiene de manos.

Referencias

1. Fundación Aquae. La importancia del agua en los seres vivos [Internet]. 2020 [Citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.fundacionaquae.org/wiki/importancia-del-agua/>
2. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 6 - Hacer frente al reto: posibilitar el acceso al agua limpia y potable en todo el mundo [Internet]. 2015. [Citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/es/chronicle/article/objetivo-6-hacer-frente-al-reto-posibilitar-el-acceso-al-agua-limpia-y-potable-en-todo-el-mundo>.
3. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 6 - Hacer frente al reto: posibilitar el acceso al agua limpia y potable en todo el mundo [Internet]. 2015. [Citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/es/chronicle/article/objetivo-6-hacer-frente-al-reto-posibilitar-el-acceso-al-agua-limpia-y-potable-en-todo-el-mundo>.
- Comisión Nacional del Agua. Situación del Subsector Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento [Internet]. 2024 [Citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conagua/documentos/situacion-del-subsector-agua-potable-drenaje-y-saneamiento>.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estrategia de Agua, Saneamiento e Higiene 2016 - 2030 [Internet]. 2017 [Citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/media/3701/file/Ecuador_UNICEFWASHStrategy2016-2030.pdf.
5. Jepson WE, Wutich A, Collins SM, Boateng GO, Young SL. Progreso en las métricas de Inseguridad hídrica doméstica: un enfoque interdisciplinario. WIREs WATER [Internet]. 2017 [Citado 12 de junio de 2025]; 4(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/wat2.1214>.
6. Díaz JJ, Echezuria L, Petit de Molero N, Cardozo MA, Arias A, Rísquez A. Diarrea aguda: Epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus. Arch Venez Puer Ped. [Internet]. 2014; 2017 [Citado 12 de junio de 2025] 77(1):29-40. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000100007
7. Tamayo L, Moreno B. Tratado de pediatría. Rotavirus [Internet]. México. Mc Graw-Hill. 2020. [Citado 12 de junio de 2025]; Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v52n1/v52n1a17.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Protocolo de atención a niños y niñas con enfermedad diarreica aguda. [Internet]. [Citado 12 de junio de 2025]; Disponible en: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/DOM-CH-23-01-OPERATIONAL-GUIDANCE-2016-esp-Protocolo-de-diarreica-aguda.pdf>.
9. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Informe Semanal Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) < 5 años. 2025 [Internet]. [Citado 12 de junio de 2025]; Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/984000/EDA_2025_SE09.pdf.
10. Consejo Nacional de Población. Día de la niña y el niño. [Internet] [Citado 12 de junio de 2025]; Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/dia-de-la-nina-y-el-nino-300594>.
11. Gobierno Federal de Brasil. Situación epidemiológica. [Internet] [Citado 12 de junio de 2025]; Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dda/situacao-epidemiologica>.
12. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria. [Internet]. 2024. [Citado 12 de junio de 2025]; Disponible en: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/BOLETIM+DTHA+2024+final.pdf/93686e07-6ba9-a297-ffb2-590275c65caf?t=1746640319928#:~:text=No%20Distrito%20Federal%2C%20no%20ano,de%20cinco%20anos%2C%20figura%201.&text=Fonte:%20Sistema%20de%20Informação%20de,Dados%20sujeitos%20a%20alterações>.
12. Presidencia de la República. LEI N°14.026. . [Internet]. 2020. [Citado 12 de junio de 2025]; Disponible en: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l14026.htm.
13. Gobierno de México. Informe de Medio Ambiente. [Internet] 2017. [Citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://apps1.semarnat.gob.mx:8443/dgeia/informe18/tema/cap6.html>.
14. Organización de las Naciones Unidas. Instantánea del ODS 6 en México. [Internet]. [Citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.sdg6data.org/es/country-or-area/Mexico>.



Atención primaria de salud, atención primaria y primer nivel de atención. Diferencias conceptuales por fin

Dr. Rosbel Toledo Ortiz

Introducción

Los sistemas de salud han buscado que la Atención Primaria de Salud (APS) se erija como el pilar fundamental en su organización y operación. Desde la histórica Declaración de Alma-Ata en 1978 la traducción de Primary Health Care como Atención Primaria de Salud ha sido criticada, tanto por el sentido y alcance de las palabras, como por la confusión con el proceso de “Atención Primaria” o la equivocada sinonimia con “Primer nivel de atención”. Este artículo explora el concepto de APS, diferenciándolo de la atención primaria y el primer nivel de atención, y concluye realizando una propuesta de integración conceptual funcional para su operacionalización.

Conceptos Fundamentales

Primer Nivel de Atención (PNA)

El primer nivel de atención, según el glosario del Marco Operacional para la Atención Primaria de Salud de la OMS y UNICEF, es el punto de acceso al sistema de atención de salud en la interfaz entre los servicios y la comunidad. Este nivel incluye centros de salud, clínicas comunitarias y consultorios médicos, caracterizados por su proximidad geográfica y cultural a las comunidades. Cuando el primer nivel de atención cumple varios criterios de calidad puede denominarse atención primaria.

Atención Primaria (AP)

La atención primaria, según el mismo marco operacional², es un proceso fundamental en el sistema de salud que favorece los servicios de contacto inicial, accesibles, integrales y coordinados que proporcionan una continuidad asistencial y están centrados en el paciente. Incluyen las 5“C” de Barbara Starfield : accesibilidad de primer Contacto, Continuidad de la atención, Coordinación de la atención, Integral (Comprehensiveness), y Centrada en las necesidades y características de las personas.

La Atención Primaria como proceso que sucede en el primer nivel de atención se centra en la provisión directa de servicios clínicos, siendo un componente operativo dentro del marco más amplio de la APS.

Atención Primaria de Salud (APS)

La APS es un abordaje de toda la sociedad para la salud que busca maximizar el nivel y la distribución de la salud y el bienestar a través de tres componentes: a) la atención primaria (AP) y las funciones esenciales de salud pública (FESP) como el núcleo de los servicios de salud integrados; b) políticas y acciones multisectoriales; y c) personas y comunidades empoderadas.²



Trasciende la simple provisión de servicios médicos, ya que busca reducir las inequidades y fomentar la solidaridad humana. Tejada de Rivero enfatizó que la APS no es solo un nivel de atención, sino un enfoque filosófico y operativo que prioriza la justicia social sugiriendo una mejor traducción como el “Cuidado integral de la salud para todos y por todos”, entre otras explicaciones la menciona como “...una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano, pues sus grandes principios no son exclusivos para el campo de la salud” (sic). Esta perspectiva es rescatada también por el Dr. Rafael Lozano quien la menciona como un enfoque integral que va más allá de la mera atención médica, retoma el componente del “cuidado” que implica continuidad en contraste con la atención que implica interrupciones sujetas a la demanda. El cuidado promueve relaciones horizontales y participativas; la atención suele ser vertical y asimétrica, mientras que el cuidado es intersectorial, la atención tiende a ser sectorial e institucional.

Sistema de Salud Orientado a la APS

Un sistema de salud orientado a la APS es organizado y operado para garantizar el derecho al nivel de salud más alto posible como objetivo principal. Se compone de un conjunto básico de elementos estructurales y funcionales que contribuyen a la consecución de la cobertura universal de servicios y el acceso universal a esos servicios, que son aceptables para la población y promueven la equidad.² Fortalecen la capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la población, integrando equipos multidisciplinarios y promoviendo la coordinación entre niveles de atención.

Modelo de Atención Basado en APS

El modelo de atención se refiere a la conceptualización de cómo deben prestarse los servicios de salud, incluyendo los procesos de atención, la organización de los prestadores y la gestión operativa. Es un marco que guía la manera en que se articulan los servicios para alcanzar los objetivos de salud poblacional, priorizando la calidad, continuidad e integralidad de la atención. El modelo de provisión de servicios, en cambio, se centra en quién presta los servicios, cómo se organizan los recursos y bajo qué esquemas operan. Incluye decisiones sobre el financiamiento (modelo financiero), la gestión (modelo de gestión), la infraestructura, y la integración o fragmentación de redes de atención. Por último, el modo de producción en salud alude a las relaciones que determinan la forma en que se produce, distribuye y reproduce la atención médica en los establecimientos de salud.

Integración conceptual funcional

Para comprender un proceso es necesario entender sus elementos, componentes, la relación e interacción entre ellos. Por ello la necesidad de clarificar conceptualmente los elementos que incluyen a la APS que a lo largo del tiempo han sido confundidos y como hemos visto no son lo mismo, pero si se relacionan íntimamente.

Recapitulando, el primer nivel de atención es el lugar, el sitio, el espacio donde sucede más frecuentemente el primer contacto con la población y desde donde pueden realizarse acciones individuales y coordinar las colectivas en territorio. En el PNA puede suceder el proceso de la Atención primaria si alcanza los criterios de calidad de las 5C y si el acceso es efectivo. Este PNA donde sucede el proceso de la AP puede integrarse en un Sistema de Salud con enfoque en APS, que opera bajo un Modelo basado en los principios de la APS y que a su vez cuenta con modelos de provisión y modos de producción específicos que garantizan la calidad de la atención.

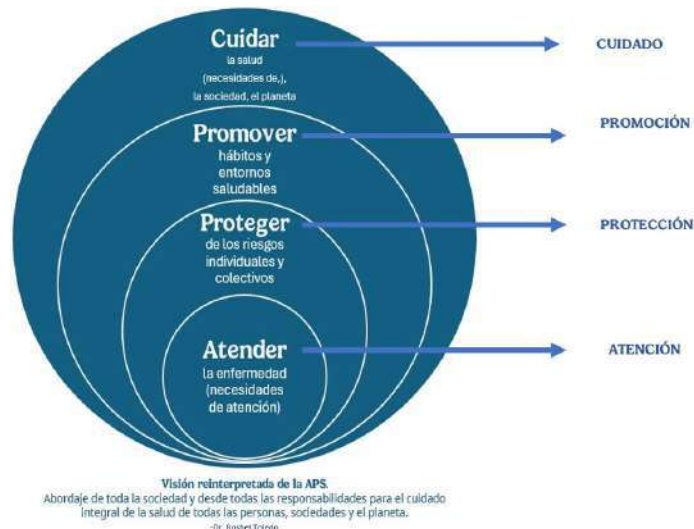
Hasta esta parte del documento, el enfoque ha sido hacia la fase de "Atención" de la enfermedad con el proceso de AP en el PNA y que también sucede en los otros niveles, pero la atención se necesita cuando "todo lo demás ha fallado" particularmente la prevención, protección, promoción de la salud y el cuidado (por el descuido).

Varias propuestas metodológicas como el Marco conceptual de la APS han sido cuestionadas por concentrar la mayoría de sus esfuerzos en la organización y operación de los servicios de salud para la atención limitando un poco el abordaje de Cuidado -fuera de la atención- de la APS).

La APS va más allá de atender la enfermedad, como mencionamos, es una estrategia global que puede entenderse mejor al traducir Care como Cuidado.

El Dr. Paul Hersch y la Dra. Oliva López describieron en su documento "Cartilla del Cuidado Colectivo" un abordaje didáctico para comprender este enfoque ecosistémico, social y participativo.

El siguiente esquema busca explicar que APS o va más allá de la atención de la enfermedad (las necesidades de atención), procura la protección de riesgos (en el curso de vida), incorpora la promoción de la salud (individual, colectiva, de entornos, de determinantes y de determinación social) y fundamentalmente se basa en el Cuidado en todos los niveles y en todas las etapas del proceso.



La esfera de la atención se enfocará en su mayoría en los Servicios de salud, en los tres niveles que atienden la enfermedad para restituir la salud. Al estar inmersa dentro de las otras esferas puede realizar acciones de protección, promoción y cuidado también.

La esfera de la protección de los riesgos (PR) sucede en los servicios, pero no es exclusiva de ellos. Por supuesto que las atenciones deben mitigar riesgos de la misma atención con calidad y seguridad, y de acuerdo con la prevención primaria evitar la aparición de enfermedades mediante acciones sobre los factores de riesgo como se haría con la vacunación y la educación para la salud. Busca también proteger a las personas de los riesgos a los que se exponen en su vida cotidiana fuera de los servicios de salud con medidas ambientales o legislativas preventivas con políticas de salud como los sellos frontales en los alimentos.

Sobre la esfera de la promoción de la salud (PS), casi siempre se piensa que son solo charlas y educación para la salud que sucede en las clínicas para modificación de hábitos alimenticios y actividad física, pero no es solo esto. La PS no se centra en enfermedades específicas, sino en potenciar capacidades individuales y colectivas, incidir sobre los determinantes sociales de la salud y fomentar entornos saludables. Se basa en principios como participación, intersectorialidad y equidad

Estas acciones pueden suceder desde los servicios, pero es en esta esfera donde se hace más evidente la intersectorialidad y la participación comunitaria fuera de los servicios, ya que aborda principalmente la determinación social, los entornos, y la participación de otras Secretarías de estado distintas a la Secretaría de Salud (aunque articuladas por ella). Se incluye el concepto de Salud en Todas las Políticas donde todos los sectores pueden aportar positivamente en la modificación de determinantes sociales generando entornos más saludables para la población y participando de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los comités de salud locales, los servicios de salud pública territoriales y los gobiernos municipales vuelven una realidad en territorio la tan mencionada intersectorialidad y la participación comunitaria.

La esfera del Cuidado (la de “Care” de Primary Health Care), es la más global e integral, que incluye e integra a todas las previas, y que llega a considerar, no solo las necesidades de atención, sino las necesidades de salud, que busca cuidar a la sociedad con la sociedad y al planeta.

Es la que nos hace entender más fácilmente la parte de la definición de APS que dice “es un abordaje de toda la sociedad para la salud que busca maximizar el nivel y la distribución de la salud y el bienestar”, o la mención del Dr. Tejada “...una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano, pues sus grandes principios no son exclusivos para el campo de la salud”, o la reflexión a la que invita el Dr. Lozano en visualizar la APS como “el Cuidado Primordial de la Salud por Todos y para Todos”.

Al incluir a todas las demás esferas, el Cuidado fomenta la multi e intersectorialidad importantemente en lo macro, pero también el cuidado a nivel de la atención de la enfermedad en los servicios (p.ej. cuidados de enfermería, interés en la evolución, etc) en lo meso, y el interés de mantenerse saludable individualmente en lo micro.

Siendo así y parafraseando a los maestros, a la APS yo me atrevo a entenderla -y no a definirla- de la siguiente manera: “Es el abordaje de toda la sociedad y desde todas las responsabilidades [sectores gubernamentales, institucionales e individualidades] para el cuidado integral de la salud de todas las personas, sociedades y el planeta”.

Referencias

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
2. World Health Organization, UNICEF. Marco Operacional para la Atención Primaria de Salud: Transformar la Visión en Acción. Serie Técnica de Atención Primaria de Salud. Geneva: OMS; 2021.
3. Starfield B. Primary care: Concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
4. Tejada de Rivero DA. Lo que es la Atención Primaria de Salud: Algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(2):283-7.
5. Lozano R. Atención o cuidado a la salud. El Economista [Internet]. 2025 Feb 12 [citado 2025 Jun 11]; Columna invitada. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/Atencion-o-cuidado-a-la-salud-20250212-0123.html>
6. Pan American Health Organization. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2007
7. Organización Mundial de la Salud; UNICEF. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Ginebra: OMS/UNICEF; 2021.
8. Laurell AC. El modelo de atención médica: su evolución histórica. In: Laurell AC, editor. El modelo neoliberal y la salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 1992. p. 47-66.
9. Britton A, Ratcliffe HL, Vellard J, Kruk ME, Federico S, Wong H, Bassy L, Taylor C, Jaime B, Wang H, Lagomasino G, Hirschhorn LR. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries.
10. Hersch Martínez P, López Arellano O, Orozco Navarro A, Reza Casahonda J, Benítez Valladares D, González Domínguez Á, et al. Cartilla del Cuidado Colectivo. Ciudad de México: Secretaría de Salud de la Ciudad de México; 2024. Proyecto CONAHCYT Clave 319781. ISBN en trámite.
11. Toledo-Ortiz R. A propósito del “Día Mundial de la Atención Primaria de Salud”. LaSalud.mx. 2025 Apr 15 [cited 2025 Jun 10]. Available from: <https://lasalud.mx/2025/04/15/a-proposito-del-dia-mundial-de-la-atencion-primaria-de-salud/>
12. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986.

Impacto del cambio climático en la salud hematológica

PhD.MSP. Juan Carlos Navarro Guerrero
Anelys García Salgado, Nelson Álvarez- Capote,
Anadely Gámez Perez, Juan Carlos Navarro Guerrero



Este artículo explora cómo los cambios ambientales causados por la actividad humana están afectando nuestra salud, especialmente la relacionada con la sangre. Desde la Revolución Industrial, el crecimiento económico, la expansión de las ciudades, el auge de la industria y el uso excesivo de los recursos naturales han transformado los ecosistemas de manera profunda, trayendo consigo efectos negativos para la salud. Aunque ha habido avances en salud pública y cuidado del medio ambiente, todavía hay una falta de conciencia en el ámbito de la salud sobre cómo los factores físicos, químicos y biológicos del entorno influyen en nuestro bienestar.

A partir de la revisión de 15 artículos científicos, se analiza cómo el cambio climático —incluyendo el aumento de las temperaturas, los fenómenos climáticos extremos y la contaminación— impacta directamente al sistema hematológico. En particular, se subraya la relación entre la exposición a pesticidas, metales pesados, contaminantes del aire y radiación, con enfermedades graves de la sangre como leucemias, linfomas y síndromes mielodisplásicos.

El artículo también aborda cómo el cambio climático favorece la propagación de enfermedades infec-

ciosas como el dengue, la malaria, la fiebre amarilla, la leptospirosis y la tuberculosis, todas ellas con manifestaciones hematológicas importantes como anemia, trombocitopenia y leucopenia.

Además, se examina cómo otros problemas relacionados con el clima, como la deshidratación, la desnutrición y el cáncer, pueden alterar el equilibrio de líquidos y electrolitos en el cuerpo, aumentar el hematocrito, espesar la sangre y aumentar el riesgo de coágulos. Incluso se plantea una posible conexión entre los cambios en el clima y la trombosis venosa profunda, lo que sugiere la necesidad de una vigilancia especial durante ciertos periodos del año.

En conclusión, los autores hacen un llamado urgente a fortalecer el vínculo entre el medio ambiente y la salud hematológica. Adoptar una visión más integrada no solo mejorará la atención médica, sino que también permitirá anticipar riesgos, reducir desigualdades y crear políticas públicas más efectivas. El sector salud debe asumir un rol más activo ante los retos ambientales, incorporando una perspectiva ecológica en sus estrategias de prevención y respuesta frente a nuevas amenazas sanitarias.

Descargar artículo



Día Mundial Sin Tabaco

Red México Sin Tabaco A.C.

Con motivo del Día Mundial Sin Tabaco, la Red México Sin Tabaco A.C., en colaboración con la Sociedad Mexicana de Salud Pública, convocó el lunes 26 de mayo de 2025 a un desayuno de prensa que se llevó a cabo en el Hotel Novit, en la Ciudad de México. El evento arrancó con el encuentro, que reunió a destacados representantes de medios de comunicación, como La Jornada y El Heraldó, interesados en impulsar políticas y acciones de prevención del tabaquismo.

La Dra. Clara Fleiz Bautista abrió la sesión con la ponencia “El futuro del fentanilo en México: retos y perspectivas en la prevención y la atención”, en la que subrayó la urgencia de fortalecer los mecanismos de vigilancia epidemiológica, mejorar la capacitación de los equipos de salud y promover la colaboración interinstitucional para enfrentar el creciente consumo de este potente opioide.

En su intervención, el Dr. Jesús Felipe González Roldán, expresidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, destacó la evolución de la legislación sobre el tabaco en México, desde las primeras normativas de espacios 100 % libres de humo hasta las más recientes disposiciones sobre empaques neutrales y advertencias sanitarias. Para cerrar el desayuno, el Dr. González Roldán sostuvo una sesión de preguntas y respuestas

con los medios de comunicación, en la que aclaró dudas sobre la aplicación de la ley y los desafíos de su fiscalización. Además, anunció que aproximadamente en dos meses se llevará a cabo un segundo desayuno de prensa, en el cual se presentarán los resultados de las acciones e investigaciones en curso.

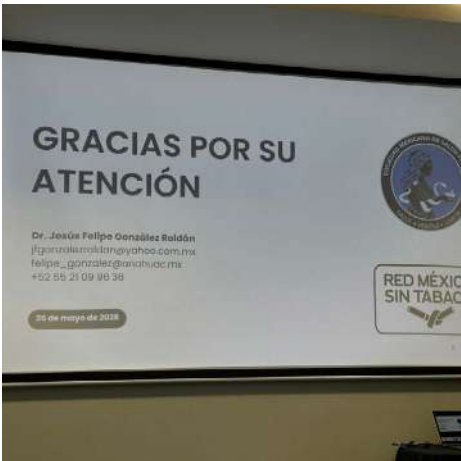
Con este tipo de encuentros, la Red México Sin Tabaco A.C. y la Sociedad Mexicana de Salud Pública reafirman su compromiso de mantener un diálogo continuo con los medios y la sociedad, con el fin de generar conciencia y ofrecer herramientas efectivas para la reducción del consumo de tabaco y otras sustancias de alto riesgo.

Memoria fotográfica



COMPARACIÓN INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL CONTROL DE TABACO

País	Estrategia frente al vapor	Resultados clave
Suecia	Regulación y acceso controlado	• Su tasa de cáncer de pulmón es 42% menor que la del resto • En 2004, solo 5.6% de su población usaba tabaco. • Serán el primer país libre de humo del mundo.
Reino Unido	Promoción de vapeadores para dejar de fumar. Prohibición de vapeadores desechables	• Reducción sostenida de las tasas de tabaquismo. • Protección a los menores de edad al prohibir su acceso a los desechables.
Nuevo Zelanda	Regulación específica para vapeadores	• Reducción sostenida de las tasas de tabaquismo. • Normas estrictas para la manufactura de vapeadores y sus puntos de venta. • Trazabilidad de ingredientes de líquidos de vapor.
México	Prohibición constitucional	• Mercado negro en manos del crimen organizado. • Consumo de productos sin control sanitario. • Productos disponibles para menores de edad.



Enfermería, pilar fundamental contra la reticencia a la vacunación: una mirada desde la jornada académica del Colegio Jalisciense de Salud Pública A.C.

E.E.S.P. César Cerqueda Álvarez

"Enfermería como piedra angular en las estrategias para vencer la reticencia en la vacunación"

EESP. César Cerqueda Álvarez

Licenciado en Enfermería con Especialidad en Enfermería en Salud Pública

19:15 a 19:35 hrs.



El pasado 5 de junio de 2025, el Colegio Jalisciense de Salud Pública A.C. llevó a cabo la jornada académica titulada "Visión multidisciplinaria de salud pública: estrategia fundamental para vencer la reticencia a la vacunación", un espacio de reflexión y análisis con la participación de profesionales de distintas disciplinas. La jornada contó con intervenciones desde la sociología y la comunicación; sin embargo, fue el abordaje desde el campo de la enfermería el que puso sobre la mesa una realidad ineludible: en las estrategias para combatir la reticencia a la vacunación, enfermería no es solo un actor clave, es la piedra angular.

Durante la presentación "Enfermería como piedra angular en las estrategias para vencer la reticencia en la vacunación", se abordaron los retos actuales que enfrenta la vacunación a nivel nacional y global. La reticencia, reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las principales amenazas a la salud pública, tiene raíces complejas que van más allá de la falta de información. Aquí es donde el enfoque de enfermería cobra un valor estratégico.

Uno de los ejes del análisis fue el modelo de los Tres C propuesto por la OMS: confianza, complacencia y conveniencia. Este modelo permite comprender cómo la desconfianza en la eficacia o seguridad de las vacunas, la percepción de que las enfermedades prevenibles no representan una amenaza, y las dificultades de acceso afectan directamente la cobertura vacunal.

Enfermería, por su cercanía con las comunidades, es el primer frente de acción para desactivar estos tres factores. No solo informa y educa: construye confianza, genera empatía, traduce el lenguaje técnico en mensajes culturalmente adecuados, y lo más importante, lleva la vacuna a donde nadie más llega.

La participación de enfermería en la vacunación no se limita a la aplicación de biológicos. Es el motor operativo, humano y territorial de las campañas de inmunización. Rompe barreras geográficas, financieras, lingüísticas y administrativas que históricamente han limitado el acceso, y lo hace desde la acción cotidiana. Estas acciones no son esporádicas ni asistenciales: son parte de una práctica profesional basada en principios de equidad, justicia social y salud pública.

Durante la jornada también se abordaron estrategias para generar confianza en la vacunación. Se destacó el papel de enfermería como vocero legítimo frente a la comunidad. Su credibilidad se construye con base en la relación de años, en la atención directa y continua, y en el acompañamiento que brinda en todo el ciclo de vida.

Sin enfermería, no hay vacunación efectiva. Es claro que la reticencia a la vacunación no puede combatirse desde un solo frente. Se requiere una visión multidisciplinaria, en donde podamos articular esfuerzos desde la salud pública, la sociología, la comunicación, la medicina y la enfermería, entendiendo que cada disciplina aporta una mirada única y complementaria.

No basta con tener vacunas: hay que lograr que lleguen a cada persona, sin discriminación, sin miedo y con plena confianza. En ese camino, enfermería seguirá siendo el puente entre la ciencia y la gente, entre la política de salud y el derecho a la salud.

EL COLEGIO JALISCIENSE DE SALUD PÚBLICA

CONSEJO DIRECTIVO 2023-2025

**Jornada académica: Visión multidisciplinaria de salud pública:
Estrategia fundamental para vencer la reticencia a la
vacunación.**



“Enfermería como piedra angular en las estrategias para vencer la reticencia en la vacunación”

EESP. César Cerqueda Álvarez

Licenciado en Enfermería con Especialidad en Enfermería en Salud Pública
19:15 a 19:35 hrs.

“¿Por que los ciudadanos no quieren vacunarse? una visión desde la sociología”

DCSP. Dania Elisa de la Lata Gómez
Socióloga, Maestra en Comunicación Social,
Doctora en Ciencias de la Salud Pública
19:35 a 19:55 hrs.



“Redes Sociales, infodemia y reticencia a la vacunación”

Lic. Rocio López Fonseca

Licenciada en Ciencias de la Comunicación con especialización en
periodismo en Salud Pública.
19:55 a 20:15 hrs.

Moderadores: EESP. Thalía J. Toriz Galicia

DCSP. Berenice Martínez Melendres

Jueves 5 de junio de 2025 de 19:00 a 21:00 hrs.

Link de Inscripción:

<https://forms.gle/cCd2jiBLBhsefCyW7>



Modalidad virtual - ZOOM



Conferencia “Atención al Ciudadano en los Servicios de Salud”

Dr. José Noé Rizo Amézquita

En el marco del 24 aniversario de la Gerencia Central de Atención al Asegurado de EsSalud en Perú, el Magíster en Salud Pública (MSP) José Noé Rizo Amézquita, Director de la Sección Técnica de Determinantes de la Salud de la SMSP, ofreció una conferencia magistral que resonó en las redes sociales y los círculos de la salud pública a nivel regional. Su participación, centrada en la “Atención al Ciudadano en los Servicios de Salud”, se erigió como un llamado a la reflexión sobre la humanización y la mejora continua en la experiencia del paciente dentro de los sistemas de salud.

Desde la tribuna virtual, el MSP Rizo, enfatizó la necesidad de colocar al ciudadano en el epicentro de los modelos de atención. A través de diversas plataformas digitales, tanto de EsSalud como de organizaciones vinculadas a la CISS, se difundieron extractos de su ponencia, destacando la urgencia de transitar hacia servicios más empáticos, accesibles y resolutivos. Las redes sociales se inundaron de comentarios y reacciones a las palabras de Rizo Amézquita. Profesionales de la salud, gestores de servicios sanitarios y usuarios compartieron la importancia de sus planteamientos. Se hizo eco de la necesidad de fortalecer los mecanismos de escucha activa, de simplificar los procesos burocráticos y de garantizar una comunicación clara y oportuna entre el personal de salud y los asegurados.

En Perú, la celebración del aniversario de la Gerencia Central de Atención al Asegurado se convirtió en una plataforma clave para reafirmar el compromiso de EsSalud con la mejora de la calidad en la atención. La participación del investigador de la CISS aportó una perspectiva internacional valiosa, enriqueciendo el debate sobre las mejores prácticas y los desafíos pendientes en la región.

La conferencia del Maestro Rizo no solo conmemoró un aniversario importante para la Gerencia, sino que también sirvió como un catalizador para renovar el enfoque en el ciudadano como eje central de los servicios de salud. Su análisis, difundido ampliamente a través de redes sociales y noticias, deja una huella significativa en la búsqueda de sistemas de salud más humanos, eficientes y centrados en las necesidades de las personas. La reflexión sobre la calidad y la calidez en la atención continúa siendo un desafío primordial para las instituciones de salud en toda América Latina.

Atención al Asegurado
24°
ANIVERSARIO

10:00
a. m.

8
mayo 2025

José Noé
Rizo Amézquita
Investigador - México

YouTube
Canal EsSalud

Conferencia internacional

zoom

Atención al Ciudadano en los Servicios de Salud

EsSalud

Gerencia Central de
Atención al
Asegurado
siempre a tu
servicio

Donde
PUNSCHE
y gana cada
PERÚ



SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PÚBLICA

SALUS • VERITAS • LABOR