



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretario Adjunto

Responsable de Tesorería

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Presentación de trabajo de ingreso

Análisis de mediación entre el consumo de refrescos, la diabetes tipo 2, el porcentaje de grasa corporal y el riesgo de enfermedad por hígado graso en población mexicana

Dr. Edgar Denova Gutiérrez

Comentarista: Dr. Carlos Alberto Aguilar Salinas

Simposio

Inequidades en acceso y resultados en salud: Un reto central para México

Siendo las 17:00 horas del día 17 de julio de 2024, se da por iniciada la sesión correspondiente en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina.

En el Presidium: Dr. Germán Fajardo Dolci, Presidente; Dr. Raúl Carrillo Esper, Vicepresidente; Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola, Tesorera; Dr. Enrique Graue Hernández, Secretario Adjunto. Coordinador: Dr. Juan Pablo Gutiérrez Reyes

El Dr. Fajardo Dolci da la bienvenida a los asistentes y presenta al Dr. Edgar Denova Gutiérrez.

La enfermedad conocida como hígado graso asociado a disfunción metabólica es una de las principales causas de enfermedad a nivel global y puede complicarse hasta llegar a cirrosis y carcinoma hepato celular. Este padecimiento fluctúa a lo largo del país con una prevalencia promedio del 50%. Como antecedentes, se puede mencionar que 7 de cada 10 mexicanos padecen obesidad, siendo mayor la prevalencia en mujeres que en hombres. Adicionalmente, en 2016 se declaró una emergencia debido a las altas prevalencias de diabetes tipo 2 en México. También se han asociado al hígado graso factores de estilo de vida, particularmente el consumo de refrescos (más de una lata al día), que contiene más del 70% de azúcar añadido.

El presente trabajo tuvo dos objetivos: examinar la asociación entre el consumo de refrescos y el riesgo de hígado graso no alcohólico en población adulta mexicana, y evaluar el papel mediador de la grasa corporal y la diabetes tipo 2 sobre la relación entre el consumo de refrescos y los niveles de enzimas hepáticas en la misma población. Los datos fueron tomados de una cohorte de trabajadores de la salud. Se aplicaron cuestionarios para obtener información sociodemográfica y de dieta, se midió la proporción de grasa corporal y se realizaron análisis de otras concentraciones. Se usaron pruebas estadísticas para correlacionar los datos.

Conclusiones: Este estudio prospectivo proporciona evidencia de que la ingesta de refrescos se relaciona con el riesgo de hígado graso no alcohólico en ambos sexos. Se encontró un papel mediador de la grasa troncal y la glucosa en la relación entre el consumo de refrescos y los niveles elevados de enzimas hepáticas en adultos mexicanos. Se observó que tanto el incremento en grasa troncal como la glucosa, y el mayor consumo de refrescos, se asociaron directamente con un aumento en los niveles de enzimas hepáticas. Sin embargo, el presente trabajo tiene algunas limitaciones. El



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretario Adjunto

Responsable de Tesorería

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

tamaño de la muestra fue aceptable y se utilizaron tres instrumentos validados para la población de estudio, estando en proceso la cuarta medición. Es importante mantener un paquete integral de salud que disminuya el consumo de refrescos, regule la publicidad de estos productos y su oferta.

A continuación, el Dr. Aguilar Salinas comenta el trabajo presentado. Este estudio tiene relevancia epidemiológica y para el desarrollo de políticas públicas. La cantidad de bebidas azucaradas que consume la población hace de este un problema relevante que debe ser abordado con datos locales. Sin embargo, representa un reto metodológico. El escenario ideal sería realizar un estudio clínico controlado, lo cual es poco factible debido a la necesidad de un grupo control y al tiempo de exposición requerido. En el trabajo se ha hecho un esfuerzo metodológico razonable, definiendo las variables de desenlace y respondiendo a la pregunta experimental con calidad. El estudio refleja la problemática de encontrar una causalidad entre una exposición ambiental y una enfermedad, pues existen múltiples causas de confusión que complican el análisis del fenómeno. A pesar de las dificultades para estandarizar la muestra, las conclusiones son razonables y encuentran un efecto pequeño pero significativo de varias variables en los indicadores de esta enfermedad hepática. Se requieren estudios longitudinales con mediciones más frecuentes y tamaños de muestra suficientes. Existen recursos en nuestro medio para generar la evidencia necesaria para crear políticas públicas.

Se da inicio al Simposio "**Inequidades en acceso y resultados en salud: Un reto central para México**", coordinado por el Dr. Gutiérrez Reyes, quien toma la palabra. El reporte del World Inequality Report de 2021 señala a México como uno de los países con mayor inequidad social en el mundo. El indicador principal es que el 10% de la población con mayor ingreso recibe 30 veces más ingreso que el 50% con menor ingreso. La inequidad social se traduce en inequidad en los servicios de salud, lo que representa un reto de alta relevancia para el sistema de salud, ya que el diseño del sistema está generando diferencias en el acceso, en el tipo de intervenciones y en la inversión pública en salud. Nos referimos a este subconjunto de desigualdades evitables e injustas, para las cuales podríamos llevar a cabo acciones para evitarlas. Las desigualdades en salud reflejan las diferencias en la posición social de las personas, y lo vemos claramente en la esperanza de vida en países con alta tecnología como Japón, en contraste con países africanos. Queremos proponer que es importante atender directamente las inequidades y enfocarse en cerrar las brechas.

El primer tema, "**Inequidad en el acceso a los sistemas de salud**," está a cargo de la Dra. Hortensia Reyes Morales. El Dr. Donabedian (1976) define el acceso como el uso de un servicio y puede medirse como el nivel de uso respecto a la necesidad. El término acceso implica disponibilidad, accesibilidad, acomodación y capacidad de pago, según Penchansky (1984). En la década de los noventa, aparece el concepto de uso oportuno de los servicios de salud personales para lograr el mejor resultado posible, según el Institute of Medicine (USA, 1993). En 2008 se habla de la entrada potencial y real al sistema de provisión de atención a la salud (Ronald Andersen). En 2013 se incorpora un marco conceptual de acceso, que hasta la fecha es el más utilizado y está enfocado en la oportunidad de atención completa de las necesidades de salud, incorporando tanto aspectos de los servicios en términos de accesibilidad como la capacidad de las personas de buscar atención de



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretario Adjunto

Responsable de Tesorería

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

calidad pertinente para obtener buenos resultados en salud, considerando el enfoque conceptual integral. La Encuesta Nacional de Salud de 2022 (subsistemas en los servicios públicos de salud en México) muestra los resultados de las respuestas de personas con seguridad social, sin seguridad social y las que acuden a servicios privados de salud. En relación al número de personas atendidas, la facilidad de acceso a la ubicación del servicio y el costo, los servicios de seguridad social captan más pacientes y tienen un mayor número de vacunas aplicadas a recién nacidos; sin embargo, tienen un bajo porcentaje de atención a niños con infección respiratoria aguda. En cuanto a los servicios privados, los tiempos de espera son menores y cuentan con todos los servicios en general. En zonas rurales (Maya, Quintana Roo y Nahua, Guerrero) se han encontrado muchas barreras para el acceso a los servicios de salud, como el lenguaje, la falta de personal de enfermería, la carencia de medicamentos y la falta de personal capacitado, lo que impide el seguimiento de los casos. En la zona Tarahumara no hay centros de salud y se presenta un médico itinerante cada dos semanas; además, también hay dificultades con el lenguaje. Según el CONEVAL, hay carencia de acceso a los sistemas de salud cuando no se cuenta con afiliación o adscripción a las instituciones públicas de seguridad social, a servicios médicos privados, o no se está afiliado o inscrito al Seguro Popular o al INSABI. Para lograr el acceso efectivo universal se necesitará: liderazgos sólidos locales y nacionales (Gobernanza); infraestructura, equipamiento e insumos suficientes (Financiamiento); compromiso del personal de salud de todos los niveles (Rectoría-Calidad); y interconexiones suficientes entre los sectores, incluyendo a la comunidad, para generar redes integradas de servicio horizontales y verticales (Sistemas de Información).

A continuación, se presenta el tema "Inequidades en protección inmunológica", a cargo del Dr. Miguel Ángel Lezama Fernández. La protección del derecho a la salud puede observarse en dos dimensiones: la protección del individuo o de la población cuando se está enfermo, que incluye curación, control y rehabilitación, y la protección del individuo o de la población cuando está sano, que abarca promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, así como protección contra riesgos sanitarios.

La protección inmunológica es la capacidad del organismo para defenderse contra agentes infecciosos. Existen distintos tipos de protección inmunológica: la adquirida, adaptativa o específica, que reconoce elementos ajenos, es específica, tiene diversidad y memoria. Los componentes importantes son los linfocitos, fagocitos y anticuerpos. Los sistemas de protección inmunológica incluyen barreras (como la piel), la inmunidad innata, la inmunidad pasiva (anticuerpos transplacentarios, inmunoglobulinas hiperinmunes) y la inmunidad activa (natural y adquirida). La duración de la protección puede ser a largo, mediano o corto plazo. El número reproductivo básico se refiere al número esperado de nuevos casos durante el período de contagio. La protección inmunológica se logra a través de esquemas de vacunación. Para alcanzar la equidad en protección inmunológica, es necesario considerar las condiciones biológicas, ecológicas, sociales, culturales y económicas de la población a vacunar. Se propone crear un Centro Nacional de Vacunología, desconcentrado y autónomo de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica y capacidad de gestión y administración.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Secretario Adjunto

Responsable de Tesorería

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

A continuación, la Dra. María del Carmen García Peña presenta el tema "Inequidades en resultados en salud entre adultos mayores". Existen barreras de acceso a la salud para las personas adultas mayores, como la falta de atención centrada en sus necesidades, movilidad limitada, infraestructura insuficiente en zonas rurales, discriminación por edad y estigmatización. Las inequidades se interceptan con determinantes sociales como género, etnicidad, nivel educativo, pobreza, lugar de residencia y seguridad social. En cuanto a las condiciones laborales y económicas, se encontró que en México las personas adultas mayores, especialmente mujeres, siguen trabajando hasta los 70 años, aunque la mayoría lo hace en la economía informal a partir de los 55 años. Hasta 2018, se observó un aumento en la multimorbilidad en personas adultas mayores, siendo mayor en mujeres que en hombres. Se presentan varias gráficas que muestran, por ejemplo, un descenso en las hospitalizaciones evitables en personas mayores de 50 años en 2020, lo que podría considerarse una mejora en la atención primaria. En cuanto a gastos catastróficos, México es el país con la mayor estadística en este rubro. La prevalencia de la demencia en adultos mayores es del 1 %, lo que indica que los médicos no la consideran suficientemente para ofrecer tratamiento. Aunque se habla mucho del envejecimiento saludable, es importante recordar que no es un asunto de responsabilidad individual; en el caso de las personas mayores, las condiciones estructurales y la dimensión política influyen significativamente, resultando en una vejez poco saludable en los últimos años de vida. Algunas acciones para mejorar incluyen fortalecer la atención primaria a la salud, organizar un sistema nacional de cuidados, combatir la discriminación y otros factores sociales, y actuar más allá de la salud (como transporte, vivienda, educación y trabajo).

Por último, la Dra. Oliva López Arellano aborda el tema "Estrategias para reducir las inequidades socio-sanitarias en la Ciudad de México". El derecho a la salud es un tema complejo y requiere políticas económicas y sociales que garanticen una serie de satisfactores en políticas sociales universalistas, así como políticas sectoriales que transformen el sistema y permitan avanzar hacia un sistema unificado de salud. En el país y en la Ciudad de México, existen propuestas de políticas económicas y sociales que han reducido la desigualdad según el CONEVAL y la pobreza laboral. En la CDMX, se ha reducido la brecha salarial entre hombres y mujeres, y se ha garantizado una pensión universal para las personas adultas mayores. Desde la Secretaría de Salud de la Ciudad, se planteó mejorar la salud de toda la población mediante la reducción de brechas socio-sanitarias entre grupos sociales y territorios, la garantía de salud en la ciudad, y la disminución de inequidades en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. Se busca reconocer la capacidad de las personas y colectivos para promover salud y la diversidad de prácticas terapéuticas y cuidados. Se propone un modelo de salud basado en la estrategia integral de atención primaria a la salud universal, gratuita, equitativa y resolutoria, denominado "Salud en tu Vida + Bienestar". Actualmente, hay 230 centros de salud, 35 hospitales y diversas estrategias de atención médica para 4 millones de personas sin seguridad social, incluyendo redes integrales de servicio, regionalización, utilización intensiva de recursos, mejora laboral, fortalecimiento de equipos y nuevas unidades de atención. Se pretende generalizar conductas solidarias y responsables de protección y cuidado, desplegar intervenciones poblacionales y de atención colectiva, y asegurar servicios esenciales de salud pública.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

**Secretario Adjunto
Responsable de Tesorería**

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Una vez terminadas las exposiciones, se procedió a la sesión de preguntas y comentarios.