hsr 2024
EIGHTH GLOBAL SYMPOSIUM ON HEALTH SYSTEMS RESEARCH
NAGASAKI, JAPAN 長崎

PRE-SIMPOSIO REGIONAL
HEALTH SYSTEMS GLOBAL

MÉXICO

En preparación al VIII Simposio Mundial
Construir sistemas de salud justos y sostenibles centrados en las personas y en la protección del planeta

MINUTA DE LA JORNADA

11 de enero, 2024
Universidad IBERO Santa Fe,
Ciudad de México

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Instituciones convocantes

/

Health Systems Global
https://healthsystemsglobal.org/

EQUIDE, Universidad Iberoamericana
https://equide.org/

Facultad de Medicina UNAM
http://www.facmed.unam.mx/

Facultad de Enfermería y Obstetricia UNAM
https://www.feno.unam.mx/

Presentación

Simposio Global - Health Systems Global 2024 en Nagasaki, Japón

Health Systems Global (HSG) es la sociedad internacional de investigación en sistemas y servicios de salud que convoca cada dos años a referentes académicos, responsables de política sectorial y miembros de la sociedad civil a participar en su Simposio Mundial. Luego de los encuentros de Montreux 2010, Beijing 2012, Cape Town 2014, Vancouver 2016, Liverpool 2018, Dubái 2020/2021 y Bogotá 2022, Nagasaki fue elegida como la próxima sede del encuentro mundial. En esta ocasión, el eje temático principal es **"Construir sistemas de salud justos y sostenibles centrados en las personas y en la protección del planeta".** En este marco, las y los invitamos a formar parte del Pre-Simposio de HSG para la región de las Américas, como una forma de abrir el intercambio regional sobre las temáticas que se abordarán en el Simposio Mundial de Nagasaki.

Las pre-conferencias nacionales

La organización de este cuarto Ciclo de Pre-Conferencias en las Américas tiene como motivación principal la necesidad de potenciar el debate sobre el diseño y la implementación de políticas orientadas a alcanzar sistemas y servicios de salud más equitativos y efectivos, aportando una perspectiva desde Latinoamérica y el Caribe. Ello permitirá enriquecer la discusión global con los debates, la investigación y las experiencias del subcontinente.

El propósito es doble: por una parte, generar espacios de intercambio nacional sobre experiencias y visiones transformadoras que alimenten un debate necesario sobre los sistemas de salud, teniendo en cuenta antiguos y conocidos desafíos de los sistemas sanitarios -como el fomento de la equidad, la inclusión y la pertenencia- y temáticas más recientes, como los retos ecológicos y éticos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios en contextos climáticos, geopolíticos y socioeconómicos en rápida evolución. En segundo lugar, se trata de una oportunidad para fortalecer los trabajos seleccionados con el propósito de aumentar sus posibilidades de aceptación al momento de ser presentados en el llamado global de resúmenes para el VIII Simposio del Health Systems Global, que se llevará a cabo en Nagasaki, Japón del 18 al 22 de noviembre de 2024.

Con el propósito de reunir a investigadoras/es y tomadoras/es de decisiones en salud de América Latina y el Caribe, la propuesta de esta pre-conferencia implica:

- Abrir la convocatoria a un encuentro de investigadoras/es y tomadoras/es de decisiones en salud en torno a mesas de debate interdisciplinario.
- Estimular la presentación de trabajos de autoras/es latinoamericanas/os y del Caribe en la convocatoria del Simposio Mundial en Nagasaki 2024.
- Fortalecer la presencia latinoamericana en el Simposio Global.

Daniel Maceira, PhD
Miembro del Comité Ejecutivo de Health Systems Global
Representante de las Américas

Referente de Health Systems Global

Daniel Maceira es argentino, Ph.D. en Economía Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Es Profesor Titular de la Cátedra de Organización Industrial, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires (UBA), Investigador Independiente de la Carrera de Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), y Directore del Area de Políticas de Salud de la Fundación para el Desarrollo Argentino (FUNDAR). Asimismo, dirige el MBA en Salud de la Universidad de San Andrés, participa como docente de la Maestría en Políticas Públicas de la Universidad Torcuato Di Tella, de la Maestría en Gestión de Políticas Públicas de FLACSO, y en programas de postgrado en varias universidades provinciales en Argentina. Ha colaborado con una amplia gama de organizaciones, entre ellas el Centro Internacional para el Desarrollo de la Investigación (IDRC) de Canadá; UNICEF; la Gates Foundation; la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización Panamericana de la Salud (OPS); el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); el Banco Mundial; la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); la Agencia Estadounidense para el Desarrollo (USAID); la Fundación Interamericana (IAF); el Global Development Network; el Fondo Global para el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis; Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI Alliance), entre otras. Cuenta con numerosas publicaciones en revistas especializadas nacionales e internacionales, y ha tenido extensa participación en numerosos proyectos de investigación y programas de asistencia técnica en varios países en desarrollo, especialmente en América Latina y el Caribe. Desde 2016 es Miembro del Board de Health Systems Global, la sociedad internacional en sistemas y servicios de salud y detenta la Silla de las Américas hasta octubre de 2024.

Referentes de instituciones anfitrionas

Gustavo Nigenda PDH, es actualmente profesor de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO), de la Universidad Nacional Autónoma de México. Tiene el grado de doctor en política social y el grado de maestro en planeación y financiamiento en salud por la Universidad de Londres. Sus campos de interés son las reformas del sector salud, los recursos humanos en salud y la salud sexual y reproductiva. Ha sido consultor de diversas instituciones internacionales y gobiernos. Ha publicado extensivamente en los campos de su interés.

Pablo Gaitán Rossi es director del Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad – EQUIDE– en la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Es jefe de redacción en el “International Journal for Equity in Health”. Es co-coordinador de la Red de Inseguridad en Agua de Latinoamérica y el Caribe – WISE-LAC. Integrante de la Comisión Lancet Américas del Banco Mundial y OPS sobre Atención Primaria de Salud y Resiliencia en LAC.

Clara Juárez Ramírez Es investigadora y profesora de los programas académicos del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) desde 1996. Se doctoró en Antropología Médica. Es Maestra en Antropología Social con especialidad en Antropología Médica; y se licenció en Psicología social. Su producción académica se enfoca en la línea de investigación en Equidad en salud y Migración del INSP, sobre la cual ha desarrollado investigaciones con minorías étnicas. Es autora y coautora de diversas publicaciones, artículos científicos, libros y material de difusión, sobre la determinación social y cultural de la salud. Pertenece al Sistema XNacional de Investigadores de México.

Rafael Lozano Profesor Titular del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM y Profesor Emérito del Departamento de Ciencias de la Medición en Salud de la Universidad de Washington. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México Nivel III; Socio Titular de la Academia de Nacional de Medicina de México y Miembro Regular de la Academia Mexicana de Ciencias.

Brenda Zaira Tapia Hernández, asistente de investigación en el Instituto de Investigación para el Desarrollo con Equidad (EQUIDE) en la Universidad Iberoamericana. Apoya en proyectos de investigación en comportamientos del movimiento en el Centro de Investigación de Nutrición y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. Ha trabajado en capacitación a personal de salud a nivel nacional en México, elaboración, adaptación y diseño de recomendaciones de actividad física para población mexicana.

Equipo HSG-LAC

Noelia Cabrera es socióloga de la Universidad Nacional de la Plata. Coordinadora de la Red de Latinoamérica y el Caribe de Health Systems Global. Es investigadora del Área de Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) e integra el equipo técnico del Área de Monitoreo de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de Argentina. Ha participado en proyectos de UNICEF, OPS/OMS, IDRC, Wellcome Trust, UNAJ, UMET, FUNDAR, CIPPEC, CONICET entre otros.

Carla Valeria Carbonelli Profesora de Educación media y superior en Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del área de Convocatorias a becas de Investigación de la Dirección de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Agradecimientos

Hortensia Reyes Morales, Instituto Nacional de Salud Pública

Agenda de la pre-conferencia

08:00-08:30	**Acreditaciones**		
08:30-9:00	**Apertura y bienvenida institucional**		
	Presentación	Responsable	Institución
	Saludo institucional	Pablo Gaitán Rossi	EQUIDE, Universidad Iberoamericana
	Presentación de Health Systems Global y del VIII Simposio Mundial	Daniel Maceira	HSG/UBA/CEDES/ CONICET
09:00-10:30	**Panel I: Dimensiones de equidad en el sistema de salud mexicano** **Modera: Pablo Gaitán Rossi, EQUIDE, Universidad Iberoamericana**		
	Presentación	Autoras/es	Instituciones
	Equity in out-of-pocket health expenditure: Evidence from a health insurance program reform in México	Serván-Mori E; García-Díaz R; Sosa-Rubí SG & Lozano R.	INSP/ Tecnológico de Monterrey/ Universidad de Washington/ Universidad Nacional Autónoma de México
	Desigualdad en hospitalización y mortalidad evitable por DT2 e HTA antes y durante la pandemia de Covid-19 en México	Hoyos Loya E; González-Robledo MC; Gutiérrez JP & Montañez JC.	Escuela de Salud Pública de México/ Instituto Nacional de Salud Pública/ Universidad Nacional Autónoma de México
	Social and economic predictors of under-five stunting in México: A comprehensive approach through the XGB model	García-Martínez A; Fogerty B & Servan-Mori E.	University of Notre Dame/ Instituto Nacional de Salud Pública
	El sistema de salud y la movilidad social: Estudio de Caso Nuevo León	Ortega Díaz A & Gutiérrez Delgado C	EQUIDE Universidad Iberoamericana
10:30-11:00	Receso		
11:00-12:30	**Panel II: Talento humano en salud: perspectivas de análisis** **Modera: Daniel Maceira, HSG/UBA/CEDES/ CONICET**		
	Precariedad laboral en el personal de salud en México 2005-2022: Un fenómeno emergente	Nigenda G; Serván-Mori E; Aristizábal P; Zárate-Grajales RA; Fajardo-Dolci G & Lozano R	Universidad Nacional Autónoma de México/ Instituto Nacional de Salud Pública
	Gender and non-communicable diseases in Mexico: a political mapping and stakeholder analysis	Orozco Núñez E; Ojeda Arroyo E; Cerecer Ortíz NA; Guerrero López CM; Ramírez-Pérez BM; Heredia-Pi I; Allen-Leigh B; Feeny E & Serván-Mori E.	INSP/ CLACSO's Regional Working Group on International Health/ INSP/ The George Institute for Global Health, Sidney
	A long-term and gender-based study of lost productivity caused by noncommunicable diseases in México, 2005-2021	Guerrero López CM	Instituto Nacional de Salud Pública
	Caracterización de violencia obstétrica presentada por personal médico de hospitales de la Ciudad de México: análisis de la incidencia, las violaciones normativas y recomendaciones para la prevención.	Sáenz Jiménez AP; Montes De Oca Mayagoitia SI & Cobo Armijo MF.	Universidad Iberoamericana
12:30-14:00	**Receso y exhibición de pósters**		

Título	Autoras/es	Instituciones
Protección financiera en salud en sistemas de salud fragmentados: el caso de México, 2000-2022	Serván-Mori E; Gómez-Dantés O; Pineda-Antúnez C; Flamand L & Cerecero-García D.	Instituto Nacional de Salud Pública/ El Colegio de México
Participación de organizaciones sin fines de lucro en la atención de la salud reproductiva en México: Retos para su inserción en la política pública.	Aristizabal P & Nigenda G.	Universidad Nacional Autónoma de México
Violencia obstétrica en mujeres indígenas. Pautas para repensar las políticas de salud materna indígena en clave feminista, intercultural y de derechos humanos.	Rangel Flores YY	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Barreras para la promoción de la lactancia materna en el primer nivel de atención en México.	Burrola-Méndez S; Ancira-Moreno M; Hoyos-Loya E; Pérez C; Hernández-Cordero S; Omaña-Guzmán I & Sachse M.	Universidad Iberoamericana/ Observatorio Materno Infantil (OMI-Ibero) / EQUIDE/ UNICEF
Mental Health Care Reforms in Latin America: since Caracas Declaration from Post-Covid Era.	Valdez Santiago R; Marín Mendoza ME& Godínez Alejandre J	Instituto Nacional de Salud Pública
Brecha de género en la atención ambulatoria de enfermedades crónicas no transmisibles en sistemas de salud segmentados: el caso mexicano, 2006-2022.	Heredia-Pi IB & Serván-Mori E.	Instituto Nacional de Salud Pública
Recursos humanos para la salud y mortalidad materna en América Latina y el Caribe en las últimas tres décadas: reflexiones desde una perspectiva sistémica	Serván-Mori E & Nigenda G.	Instituto Nacional de Salud Pública /Universidad Nacional Autónoma de México
Evaluando el diseño de la Atención Integrada para las Personas Mayores con Teoría de Cambio	Gutiérrez-Barreto S & Gutiérrez JP.	Universidad Nacional Autónoma de México
Health system fragmentation and maternal mortality transition in Mexico, 2000-2021	Pineda-Antúnez C; Serván-Mori E; Flamand L; Cerecero-García D & Gómez-Dantés O.	Instituto Nacional de Salud Pública/ Universidad de Washington/ El Colegio de México/ Instituto Nacional de Salud Pública de México/ Imperial College London
Mejora del registro de las defunciones infantiles en México: medición del impacto de la estrategia nacional de búsqueda intencionada de defunciones infantiles.	Castillo I & Lozano R	Universidad Nacional Autónoma de México
Sistema de Salud en México: 20 años de retroceso y financiamiento insuficiente.	Senyacen Méndez Méndez J; Gómez Dantes O; Pineda C; Cerecero García D; Flamand L & Serván-Mori E	CIEP / Tecnológico de Monterrey/ Instituto Nacional de Salud Pública/ Universidad de Washington/ Colmex
Social and economic impacts of non-communicable diseases by gender and its related drivers: a literature review	García-Morales Senyace C; Serván-Mori E; Guerrero-López CM; Orozco-Núñez E; Ojeda-Arroyo E; Heredia-Pi I & Nigenda G	Instituto Nacional de Salud Pública/ Universidad Nacional Autónoma de México

	Barreras y Facilitadores para la Identificación de la Coexistencia de Obesidad y Anemia durante la Atención Prenatal de Primer Nivel: Estudio Cualitativo desde la perspectiva de las mujeres embarazadas.	Rangel-Osuna F; Sánchez-Estrada M; Granich-Armenta A; Ramírez-Silva CI & Cantoral-Preciado A	Instituto Nacional de Salud Pública/ Universidad Iberoamericana
	Cuidando a los cuidadores: Estrategia digital para mejorar la salud mental de profesionales sanitarios en formación en contextos de riesgo pandémico	López Sánchez O; Rojas Lozano VR & Robles Mendoza AL	Universidad Nacional Autónoma de México
14:00-15:30	**Panel III: Calidad de atención en el cuidado de la salud sexual y reproductiva** **Modera: Hortensia Reyes Morales, Instituto Nacional de Salud Pública**		
	Evaluación de la calidad de la atención nutricional materno-infantil en el primer nivel de atención en México: resultados, retos e implicaciones metodológicas	Acosta Ruiz O; Ancira-Moreno M; Omaña-Guzmán I; Hernández Cordero S, Cuahtémoc Bautista Morales A; Acosta Ruiz O; Ancira-Moreno M; et.al.	INSP/ Universidad Iberoamericana/ EQUIDE/ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán/ INCAP Guatemala/ Instituto Nacional de Perinatología / Universidad de la Sierra Sur/ UNICEF
	Desarrollo de una aplicación para mejorar la evaluación y el monitoreo de la calidad de la atención nutricional materno infantil (CANMI) en el primer nivel de atención en México	Ancira-Moreno M; Omaña-Gúzman I; Quiroz-Ibarra JE; Morales Torres F; Hoyos-Loya E, Hernández Cordero S; López Teros M; Muñoz Manrique C; Mazariegos M; Soloaga I; et.al	Universidad Iberoamericana/ Observatorio Materno Infantil (OMI-Ibero) / Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga/ INIAT/ EQUIDE/ Instituto Nacional de Perinatología/ Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala;
	Mapping Potentially Avoidable Premature Mortality in Mexico: Subnational, Sex, and Age Group Trends	Castañeda Prado A; Yaschine Arroyo I; Salinas-Escudero G & Gutiérrez JP	Universidad Nacional Autónoma de México/ Hospital Infantil de México Federico Gómez
	Análisis de costo-efectividad en los servicios públicos de atención al aborto en la Ciudad de México	Chale Pool GW; Aracena Genao BM & Schiavon Ermani R	Instituto Nacional de Salud Pública
15:30-16:00	**Receso**		
16:00-17:30	**Panel IV: Cuidado de grupos prioritarios y minorías** **Modera: Clara Juárez Ramírez, Instituto Nacional de Salud Pública**		
	Telehealth Implementation for Improving Pediatric Cancer Care in Mexico: A Case Study.	García-Martínez A; Marquez-González H; Orozco Nuñez E & Servan-Mori E	University of Notre Dame/ Hospital Infantil de Mexico, Federico Gómez/ Instituto Nacional de Salud Pública
	Acceso a servicios de salud de migrantes en la frontera México-Estados Unidos durante la pandemia de COVID-19 (2020-2021)	Valle VM; Deschak CI & Ruiz Valdes M	Universidad Iberoamericana
	Resistencias y sincretismo indígena de mujeres tének y nahuas en la experiencia del autocuidado durante el embarazo y parto	Rangel Flores YY; López Pérez O & Juárez Moreno M	Universidad Autónoma de San Luis Potosí/ El Colegio de San Luis A.C.
	Gobernanza en la implementación del programa nacional de prevención de suicidio: la experiencia de México	Marín Mendoza E & Valdez Santiago R	Instituto Nacional de Salud Pública
17:30-18:00	**Palabras de cierre**	**Daniel Maceira**	**HSG/UBA/CEDES/ CONICET**

Trabajos presentados

EQUITY IN OUT-OF-POCKET HEALTH EXPENDITURE: EVIDENCE FROM A HEALTH INSURANCE PROGRAM REFORM IN MEXICO

García-Díaz, R.[1]; Serván-Mori, E.[1]; Sosa-Rubí S.G.[1] & Lozano, R. [2,3]
[1]Instituto Nacional de Salud Pública de México
[2]Universidad de Washington
[3]Universidad Nacional Autónoma de México

Introduction The segmentation and fragmentation of health systems in low- and middle-income countries (LMICs) deepens health inequities and shifts the economic burden of health care to families via out-of-pocket spending (OOPHE). This problem has been addressed by introducing public health insurance programs for poor people; however, there is a lack of knowledge about how equitable these programs are. We aimed to analyse the long-term effects of the Seguro Popular (SP) voluntary health insurance program, recently phased out and replaced by the Health Institute for Welfare (Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)), on OOPHE equity in the poor Mexican population.

Methods We conducted a pooled cross-sectional analysis using eleven waves of the National Household Income and Expenditure Survey (2002-2020). We identified the effect of SP by selecting households without social security (with SP or without health insurance (n=169766)) and matched them by propensity score to reduce bias in the decision to enrol in SP. We estimated horizontal and vertical equity metrics and assessed their evolution across subpopulations.

Results The program's entry years (2003-2010) show a positive redistributive effect associated with a focalised stage of the program, while oversaturation could have diluted these effects during 2010-2014, with adverse results in terms of vertical equity and re-ranking among insured families. SP is more horizontally inequitable than for those uninsured. Within SP, the redistributive effect could improve up to 13% if all families with similar expenditures were spending equal OOPHE and horizontal equity was eliminated. Regarding vertical equity, SP outperforms the insured population with middle-range coverage some years after the implementation, but this progress disappears. To achieve universal health coverage, health authorities need to create and execute financial protection mechanisms that effectively address structural inequalities. This involves implementing a more comprehensive risk-pooling mechanism that makes social insurance sustainable in the long-run by increasing the social-economic influx of resources. It is essential to monitor oversaturation and financial sustainability to achieve optimal results. The replacement of the SP with INSABI highlights the complexity of maintaining a social insurance program where the ideology of different governments can influence the program structure, regulation, financing, and even its existence.

DESIGUALDAD EN HOSPITALIZACIÓN Y MORTALIDAD EVITABLE POR DT2 E HTA ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉXICO

Hoyos Loya, E[1]; González-Robledo, MC[2]; Gutiérrez, JP[3]; Montañez, JC[2]
[1]Escuela de Salud Pública de México
[2]Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública
[3]Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción Las complicaciones por diabetes tipo 2 (DT2) e hipertensión arterial (HTA) son las principales causas de ingreso hospitalario en México. Hasta 52% de estos ingresos considerados evitables con atención primaria. Este problema afecta de manera desigual al país. Las emergencias sanitarias comprometen la prestación de servicios de salud, por la necesidad de reorganizarlos, tal como sucedió con la pandemia por COVID-19.

Objetivo Estimar la desigualdad en los indicadores de hospitalización y mortalidad evitable (HE y ME) por DT2 e HTA en adultos sin seguridad social en México antes y durante la pandemia por COVID-19.

Metodología Estudio ecológico, retrospectivo cuya unidad de análisis fue la entidad federativa para 2019 y 2020. Se utilizaron datos del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios de adultos sin seguridad social. Para identificar las HE y ME por DT2 e HTA se utilizó la clasificación de Indicadores de Calidad de la Atención Médica de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Se estimaron las tasas de HE y ME por cada 10,000 adultos sin seguridad social utilizando datos del Censo de Población y Vivienda. Para estimar la desigualdad, utilizamos el índice de concentración (IC) considerando el índice de marginación (IM) como estratificador de equidad.

Resultados A nivel nacional, de 2019 a 2020 la tasa de HE por DT2 e HTA disminuyó 62.64% (13.06 a 8.03 por 10,000) ($p<0.1$), mientras que la de mortalidad evitable, incrementó significativamente en 22.84%. Para ambos años existe un incremento en la desigualdad de la tasa de HE y ME por DT2 e HTA a nivel nacional ($p<0.01$); sin embargo, no es posible observar un patrón claro en las desigualdades por HE, contrario al indicador de ME que, en 2020, se concentró en los estados con alto y muy alto IM. Conclusiones El descenso de la tasa de HE por DT2 e HTA podría estar explicado por el incremento de la tasa de ME debido a la pandemia por COVID-19. Se evidencia que el sistema de salud mexicano no estaba debidamente preparado para hacer frente a la atención de esta población. En situaciones de emergencias sanitarias, es crucial fortalecer la prestación de servicios, particularmente el primer nivel de atención.

SOCIAL AND ECONOMIC PREDICTORS OF UNDER-FIVE STUNTING IN MEXICO: A COMPREHENSIVE APPROACH THROUGH THE XGB MODEL

García-Martínez, A [1]; Fogerty, B[1]; Servan-Mori, E[2]
[1]Lucy Family Institute for Data and Society, University of Notre Dame
[2]Instituto Nacional de Salud Pública

Motivation: This study addresses the urgent public health issue of childhood stunting in LMICs. Utilizing National Health and Nutrition Surveys (ENSANUTs) and machine learning, the research aims to provide a fresh perspective on stunting in Mexico, offering vital insights for health programs and vulnerable communities, including the indigenous population, anticipating a practical solution for mitigating childhood stunting and influencing in public policy and design of interventions focalized in a vulnerable population.

Introduction: The multifaceted issue of childhood stunting in low- and middle-income countries has a profound and enduring impact on children's well-being, cognitive development, and future earning potential. Childhood stunting arises from a complex interplay of genetic, environmental, and socio-cultural factors and requires a comprehensive approach across nutrition, education, healthcare, and poverty reduction sectors to mitigate its prevalence and short- and long-term effects. The Mexican case presents a distinct challenge, as the country has experienced the recent dissolution of social health security programs, rising poverty rates, and reduced government expenditures for childhood well-being.

Methods: We propose a Machine Learning (ML) approach to understand the contribution of social and economic determinants to childhood stunting risk in Mexico. Using data from the 2006 to 2018 Mexican National Health and Nutrition Surveys (ENSANUTs), six different ML classification algorithms were used to model and identify the most important predictors of childhood stunting.

Results: Among the six classification algorithms tested, Extreme Gradient Boosting (XGBOOST) obtained the highest Youden's J value, effectively balancing the correct classification of children with and without stunting. In the XGBOOST model, the most important predictor is the household's socioeconomic status, followed by the state of residence, the child's age, indigenous population status, the household's portion of children under five years old, and the local area's deprivation level. Conclusions The study confirms established causes of childhood stunting in Mexico and reveals new factors like indigenous status and local deprivation index as predictors of stunting, stressing the need for targeted interventions amid reduced health initiatives to prevent a potential rise in childhood stunting in similar contexts.

EL SISTEMA DE SALUD Y LA MOVILIDAD SOCIAL: ESTUDIO DE CASO NUEVA LEÓN

Ortega Díaz, A & Gutiérrez Delgado, C.
Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad -EQUIDE-,
Universidad Iberoamericana

El objetivo es analizar si la infraestructura en salud, considerando distintos niveles de atención, desde el básico hasta el especializado, tiene relación con la movilidad social ascendente de la población.

La metodología consiste en comparar las matrices de movilidad social con y sin infraestructura de salud, así como un modelo multinomial logístico para saber los determinantes de la movilidad social en presencia de distintos niveles de atención a la salud.

Los resultados muestran que la presencia de infraestructura de salud aumenta la movilidad social ascendente desde 6 hasta 37 puntos porcentuales, esto es, 4 personas de cada 10, se asocian hasta a un mejor nivel socioeconómico. Los consultorios adyacentes a farmacia (CAF) se asocian con movilidad ascendente de hasta 21.4% en el segundo quintil, y aumento de persistencia en el quintil más alto en 27.4%. En promedio, toda la población asciende 11 puntos porcentuales con servicios de atención básica (SAB), 5 puntos con servicios de atención intermedia (SIB), 4 puntos con atención especializada (SAE), y 9 puntos con atención intensiva (SIR). La limitante de la ESRU-EMOVI-NL es no contar con la edad de salida del hogar de origen, y años en el hogar actual, para calcular los años de influencia de la infraestructura en salud.

Nuestro estudio es el primero que analiza la relación entre movilidad social y el sistema de salud por nivel de atención. Concluimos que el sistema de salud público de NL no es suficiente en todos los municipios, lo cual crea desigualdades por la falta de oportunidades de acceso a este servicio.

Los resultados de movilidad social ascendente si están relacionados con la presencia de servicios de atención a la salud, en mayor medida a la salud básica. Los costos de ampliar los sistemas de salud en sus municipios son menores que los beneficios que la población tendría a largo plazo.

Por lo anterior, urge la ampliación de servicios de salud desligado del crecimiento poblacional, y más ligado a las necesidades por edad y sexo de la población residente en cada municipio.

PRECARIEDAD LABORAL EN EL PERSONAL DE SALUD EN MÉXICO 2005-2022: UN FENÓMENO EMERGENTE

Nigenda, G[1]; Serván-Mori, E[2]; Aristizábal, P[3]; Zárate-Grajales, RA[1]; Fajardo-Dolci, G[4]; Lozano, R[4]
[1]Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México
[2]Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública
[3]Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México
[4]Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción. Aunque la precariedad laboral preocupa a una gran cantidad de países en el mundo, principalmente a los industrializados, su cuantificación entre los trabajadores de la salud en países de ingresos bajos y medios es prácticamente inexistente. De hecho, los modelos analíticos de recursos humanos para la salud no incluyen la precariedad laboral como un fenómeno relevante. Además, las diferencias entre el sector privado y público deben ser entendidas a profundidad. El análisis de la precariedad laboral de los trabajadores de la salud es clave para contribuir a un mejor desempeño de los sistemas de salud.

Objetivo: Analizar la evolución de indicadores de precariedad y sus implicaciones laborales para médicos y enfermeras mexicanas durante el período 2005-2022.

Métodos. Analizamos datos agregados de los levantamientos trimestrales de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo de México para un conjunto de 7.8 médicos y enfermeras entre 2005 y 2022. Usamos una regresión logística múltiple con datos agregados por estado y año de efectos fijos para estimar la probabilidad de tener un empleo precario para cada año de la encuesta en ambos grupos, y de acuerdo al sector público y privado. Realizamos comparaciones post-hoc de los quintiles de cambios (2005-2022) en la prevalencia ajustada de precariedad laboral de acuerdo al sector de empleo y la brecha de precariedad público/privada por estado.

Resultados. Se observó un crecimiento sostenido de la precariedad laboral (de 58.7% a 49.0% en 2005 a 75.5% y 67.3% en 2022 entre médicos y enfermeras respectivamente). En ambos grupos de profesionales la precariedad laboral fue más alta en el sector privado, aunque la brecha privado-público se cerró en gran medida y más aceleradamente entre médicos que entre enfermeras. La reducción de la brecha privado-público en los estados tampoco fue azarosa (rango -39.5% a -46.9%), con niveles más altos de convergencia entre ambos sectores laborales, especialmente en aquellas regiones socioeconómicas más pobres. Las diferencias en la composición de los mercados laborales de medicina y enfermería explican los niveles de precariedad alcanzados por cada uno. Es importante desarrollar políticas regulatorias para reducir la precariedad y sus efectos en el sistema de salud aplicable a ambos sectores.

GENDER AND NON-COMMUNICABLE DISEASES IN MEXICO: A POLITICAL MAPPING AND STAKEHOLDER ANALYSIS

Orozco Núñez, E [1]; Ojeda Arroyo, E[1]; Cerecer Ortíz, NA[1]; Guerrero López, CM[1]; Ramírez-Pérez, BM[2]; Heredia-Pi, I[1]; Allen-Leigh, B [3,4]; Feeny, E [5]; Serván-Mori, E [1]

[1]Center for Health Systems Research, National Institute of Public Health
[2]CLACSO's Regional Working Group on International Health
[3]Center for Population Health Research, National Institute of Public Health
[4]The George Institute for Global Health, Sidney

Background: Mexico and other low- and middle-income countries (LMICs) present a growing burden of non-communicable diseases (NCDs), generating gender-differentiated health impacts in risk factors, prevention, diagnosis, and care on NCDs. However, the political agenda in LMICs as it relates to health and gender is primarily focused on sexual and reproductive health rights and preventing violence against women. This research article analyzes public policies related to gender and NCDs, identifying political challenges in the current response to women health needs, and identifies opportunities to promote interventions that recognize the role of gender in NCDs and NCDs care in Mexico.

Methods: We carried out a political mapping and stakeholder analysis during July-October of 2022, based on structured desk research and interviews with eighteen key stakeholders related to healthcare, gender, and NCDs in Mexico. We used the PolicyMaker V5 software to identify obstacles and opportunities to promote interventions that recognize the role of gender in NCDs and NCDs care, from the perspective of the interviewed political stakeholders.

Results: We found as a political obstacle that policies and stakeholders addressing NCDs do not take a gender perspective, while policies and stakeholders addressing gender equality do not adequately consider NCDs. The gendered social and economic aspects of the NCDs burden are not widely understood, and the multi-sectoral approach needed to address these aspects is lacking. Economic obstacles show that budget cuts exacerbated by the pandemic are a significant obstacle to social protection mechanisms to support those caring for people living with NCDs.

Conclusions: Moving towards an effective, equity-promoting health and social protection system requires the Government to adopt an intersectoral, gender-based approach to the prevention and control of NCDs and the burden of NCDs care. Despite significant resource constraints, policy innovation may be possible given the willingness among some stakeholders to collaborate, particularly in the labor and legal sectors. However, care will be needed to ensure the implementation of new policies has a positive impact on both gender equity and health outcomes. Research on successful approaches in other contexts can help to identify relevant learnings for México.

A LONG-TERM AND GENDER-BASED STUDY OF LOST PRODUCTIVITY CAUSED BY NONCOMMUNICABLE DISEASES IN MEXICO, 2005-2021

Guerrero-López, CM[1]; Serván-Mori, E[1]; Jan, S[2-3-4]; Downey, L[2-3]; Heredia-Pi, I[1]; Orozco-Núñez, E[1]; Muradás-Troitiño, M [5]; Norton, R[2-3]

[1] Center for Health Systems Research, The National Institute of Public Health.

[2] The George Institute for Global Health, UNSW, Sydney, New South Wales, Australia

[3] The George Institute for Global Health, Imperial College London, London, UK

[4] Center for Health Economics and Policy Innovation, Business School, Imperial College London, London

[5] Directorate of Sociodemographic Studies and Prospective. The National Population Council of Mexico

Motivation: Noncommunicable diseases (NCDs) cause long-term impacts on health and can substantially affect people's ability to work. Little is known about how such impacts vary by gender, particularly in low- and middle-income countries where productivity losses may affect economic development.

Objective: To assess the productivity loss caused by major NCDs among adult (20-76 y) women and men in Mexico caused by premature death and hospitalizations between 2005 and 2021.

Methodology: Under the Human Capital Approach, we used the nationally representative National Employment Survey from 2005 to 2021 to estimate the expected productivity according to age and gender using a two-part model. We used the expected productivity based on wage rates to calculate the productivity loss employing Mexican official mortality registries and hospital discharge microdata for the same period and performed sensitivity analyses.

Results: Premature mortality by cancers, diabetes, chronic cardiovascular diseases (CVD), chronic respiratory diseases (CRD) and chronic kidney disease (CKD) caused a productivity loss of 102.6 billion Intl. USD from 2.8 million premature deaths. 73% of this productivity loss was observed among men. Cancers caused 38.3% of the productivity loss (mainly among women), diabetes 38.1%, CVD 15.1%, CRD 3.2%, and CKD 5.3%. Regarding hospitalizations, the estimated productivity loss was 729.7 million Intl. USD from 54.2 million days of hospitalization. Men accounted for 65.4% of these costs, and women accounted for 34.6%. Cancers caused 41.3% of the productivity loss mainly by women, followed by diabetes (22.1%), CKD (20.4%), CVD (13.6%) and CRD (2.6%).

Conclusions: Major NCDs impose substantial costs from lost productivity in Mexico, and these costs tend to be higher among men, while for some diseases, the economic burden is higher for women. This should be considered to inform policymakers to design effective gender-sensitive health and social protection interventions to tackle the burden of NCDs.

CARACTERIZACIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PRESENTADA POR PERSONAL MÉDICO DE HOSPITALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO: ANALISIS DE LA INCIDENCIA, LAS VIOLACIONES NORMATIVAS Y RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN

Sáenz Jiménez, AP; Montes de Oca Mayagoitia, SI & Cobo Armijo, MF.
Universidad Iberoamericana

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género que prevalece en los, hospitales de México y de toda la región latinoamericana. La inclusión del término en las legislaciones nacionales ha sido utilizada como una herramienta para su erradicación; sin embargo, sigue existiendo un índice elevado de conductas que constituyen este tipo de violencia.

El presente estudio levantó información de cuatro hospitales públicos de la Ciudad de México a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a 28 integrantes del personal de salud (enfermería, trabajo social, médicos residentes y ginecólogos/as).

El objetivo fue caracterizar el tipo de conductas, creencias y actitudes del personal de salud que constituyen violencia obstétrica, durante el parto y el puerperio.

Se realizó un análisis temático desde una perspectiva de género de la información con base en categorías de maltrato de Bohren, et.al, (2015) y Bowser & Hill (2010), con el apoyo del software Atlas ti.

Se encontró que existe una violación generalizada de derechos humanos en las unidades de salud visitadas. El personal de salud mantiene la realización de acciones que constituyen violencia obstétrica y las justifican, principalmente, en las condiciones físicas de las unidades, la conducta de las pacientes y el potencial riesgo de complicaciones médicas.

Se observó que predominan el abuso verbal y psicológico, el estigma y discriminación, la incapacidad de cumplir con los estándares de cuidado, la inadecuada comunicación entre las mujeres y los proveedores de servicios, las desviaciones estructurales y la realización de intervenciones clínicas perjudiciales para las mujeres. Lo anterior demuestra la necesidad de crear capacitaciones enfocadas en el respeto a los derechos humanos.

Se extienden recomendaciones de corto, mediano y largo plazo para las personas tomadoras de decisiones en el sistema de salud.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN NUTRICIONAL MATERNO-INFANTIL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO: RESULTADOS, RETOS E IMPLICACIONES METODOLÓGICAS

Acosta Ruiz, O[1]; Ancira-Moreno, M[2]; Omaña-Guzmán, I[3]; Hernández Cordero, S[4]; Cuahtémoc Bautista Morales, A[1]; Pérez Navarro, C[2]; Burrola Méndez, S[2]; Monterrubio Flores, E[5]; Trejo, A[2]; Kaufer-Horwitz, M[6]; Cajero, A[2]; Sánchez, B[2]; Bernat, C[2]; Salgado-Amador, E[2]; Hoyos-Loya, E[2]; Mazariegos, M[7]; Muñoz Manrique, C[8]; Pacheco Cruz, R2,[9]; Mendoza, E[2]; Brero, M[10]; Sachse, M[10]; Cobo Armijo, F[10].

[1] Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. [2] Universidad Iberoamericana. [3] Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". [4] EQUIDE, Universidad Iberoamericana. [5] Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. [6] Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. [7] Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Ciudad de Guatemala. [8] Departamento de Nutrición y Bioprogramación, Instituto Nacional de Perinatología, México. [9] Instituto de Nutrición, Universidad de la Sierra Sur, Oaxaca, México. [10] UNICEF, México

Introducción: El primer nivel de atención juega un rol importante en la prevención, detección, tratamiento y seguimiento de las diferentes formas de mala nutrición para las madres y sus hijos, y sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Evaluar la calidad en la prestación de servicios materno-infantiles es necesario para identificar áreas de oportunidad y establecer estrategias efectivas de mejora dentro de los sistemas de salud.

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención nutricional materno-infantil (CANMI) en el primer nivel de atención de seis estados de México entre 2020 y 2021.

Métodos: Estudio transversal, retrospectivo con metodología mixta en 95 centros de salud de la Secretaría de Salud distribuidos entre Chihuahua, Estado de México, Veracruz, Oaxaca, Chiapas y Yucatán. Se diseñaron y validaron 16 indicadores para evaluar la CANMI durante la preconcepción, embarazo, posparto, infancia y etapa preescolar, y posteriormente, se construyó un Índice de Calidad de la Atención Nutricional Materno Infantil (ICANMI), con el porcentaje promedio de cumplimiento de los indicadores de las cinco etapas de vida evaluadas. El cumplimiento por indicador, por etapa de vida y manera global fue categorizado utilizando los siguientes puntos de corte: mala (≤70%), insuficiente (71%-89%) y buena (≥90%). Se realizaron 88 entrevistas semi-estructuradas con el personal de salud, 85 entrevistas con usuarias/os, y 9 grupos focales con el objetivo de identificar las barreras y facilitadores que inciden en la atención nutricional.

Resultados: La atención nutricional durante las cinco etapas de vida fue mala con un cumplimiento global del ICANMI de 8.3%; el puntaje más alto lo obtuvo Yucatán (11.2%) y el más bajo Veracruz (6.7%). La etapa en la que la atención se brindó con menor calidad fue la preescolar (4%). Las principales barreras identificadas para brindar atención nutricional de alta calidad fueron la falta de conocimiento y capacitación de los profesionales de salud, así como la escasez de personal de salud, equipos, suplementos y materiales traducidos a lengua indígena.

Conclusiones: Es urgente implementar políticas públicas que contribuyan a que el sistema público de salud ofrezca servicios nutricionales de calidad en el primer nivel para disminuir las altas tasas de mala nutrición en la población materno-infantil.

DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA MEJORAR LA EVALUACIÓN Y EL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN NUTRICIONAL MATERNO INFANTIL (CANMI) EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO

Ancira-Moreno, M[1,2]; Omaña-Gúzman, I [2,3]; Quiroz-Ibarra, J E[4]; Morales Torres, F[4]; Hoyos-Loya, E[2]; Hernández Cordero, S [2]; López Teros, M [1,2]; Muñoz Manrique, C[6]; Mazariegos, M[7]; Soloaga, I[8]; Reyes Luna, M[8]; Acosta Ruíz, O[9]; Bautista Morales, AC[9]; Burrola-Méndez, S[1,2]; Hernández Solano, A[5]; Monterrubio Flores, E[9]; Mier Cabrera, J[2]

[1]Departamento de Salud, Universidad Iberoamericana; [2] Observatorio Materno Infantil (OMI-Ibero); [3] Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"; [4] Instituto de Investigación Aplicada y Tecnología (InIAT); [5] EQUIDE, Universidad Iberoamericana; [6] Instituto Nacional de Perinatología; [7] Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala; [8] GeoLab, Universidad Iberoamericana; [9] Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos.

Introducción: La evaluación de la calidad de la atención nutricional es crucial para implementar mejoras que impacten la salud materno-infantil, no obstante, en México no existe un sistema de diagnóstico y monitoreo de la calidad de la atención nutricional materno-infantil (CANMI) dentro de los servicios de primer nivel de atención.

Objetivo: Desarrollar una aplicación móvil (App) que permita la evaluación y monitoreo de la CANMI en el primer nivel de atención, con aplicabilidad y escalamiento estatal y nacional en México.

Metodología: El desarrollo de la App consideró como insumo 16 indicadores previamente validados en seis estados del país (Chihuahua, Estado de México, Veracruz, Oaxaca, Chiapas y Yucatán) (Ancira y cols, 2022). Los indicadores fueron construidos con base a recomendaciones derivadas de guías clínicas, normativas y posicionamientos relacionados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la mala nutrición durante la preconcepción, embarazo, posparto, infancia temprana y etapa preescolar. La definición conceptual y el desarrollo de los componentes de la App se basó en el modelo el Program Impact Pathway para identificar la participación de los usuarios desde las etapas iniciales del diseño, la accesibilidad, la privacidad de los datos, la efectividad en la entrega de información y su incorporación dentro de los servicios de salud. El diseño de las interfaces y pantallas de la App se realizó para sistemas operativos iOS y Android.

Resultados: La App-CANMI ya se encuentra disponible para su descarga, esta permite el registro de información de todas las unidades de primer nivel en las 32 entidades del país. La App arroja resultados inmediatos y semaforizados que indican los niveles de calidad por centro de salud, por etapa de vida y por indicador; para su funcionamiento no se requiere el uso de celulares de alto rendimiento, y la recolección de datos puede realizarse sin acceso a internet en zonas alejadas.

Conclusiones: La App-CANMI es la primera en su tipo a nivel nacional y mundial que contribuya al monitoreo y evaluación de la CANMI, lo que posibilita brindar insumos para focalizar acciones de mejora que permitan fortalecer la calidad de la atención en el primer nivel de atención.

MAPPING POTENTIALLY AVOIDABLE PREMATURE MORTALITY IN MEXICO: SUBNATIONAL, SEX, AND AGE GROUP TRENDS

Castañeda Prado, A[1]; Yaschine Arroyo, I[1]; Salinas-Escudero, G[2] & Gutiérrez, JP [1]
[1]Universidad Nacional Autónoma de México
[2]Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Objectives: This study aimed to analyze the trends and disparities in preventable or treatable mortality rates across different age groups, genders, and states in Mexico from 2000 to 2019.

Methods: Using national data from 2000 to 2019, we examined Potentially Avoidable Premature Mortality (PAPM) rates, disaggregating them into preventable deaths and treatable deaths. Trends over time were visualized using the Average Annual Percent Change (AAPC) obtained from JoinPoint Analysis. A subnational analysis was also conducted to identify state-specific trends for each gender and age stage.

Results: The national PAPM rate declined from 297 deaths per 100 000 in 2000 to 281 in 2019. PPPM rates were more pronounced than PTPM, with 170 deaths per 100 000 and 111 per 100 000, respectively. Gender-based disparities were observed, particularly in the working-age demographic. State-wise analysis depicted a mosaic of trends: while states like Mexico City showed a decline, others like Quintana Roo and Tabasco witnessed an increase. Intricacies deepened when examining PAPM components, with states like Chiapas and Guerrero seeing a rise exclusively in PTPM. Analysis further revealed a complex interplay of regional and demographic factors in shaping these rates, resonating with global patterns.

Conclusions: Our study highlights the varied PAPM rates across age stages, sexes, and states in Mexico. Despite a general declining trend, significant disparities exist, particularly among working and preschool age stage. These variations underscore the necessity of using PAPM in conjunction with other health metrics for a holistic health analysis.

ANÁLISIS DE COSTO – EFECTIVIDAD EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE ATENCIÓN AL ABORTO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Williams Chale Pool, G[1]; Belkis, MA[2]; Schiavon Ermani, R[3]
[1]Escuela de Salud Pública de México
[2]Instituto Nacional de Salud Pública
[3]Consultora independiente

Introducción: El ejercicio de la libertad reproductiva de las mujeres, continúa siendo un desafío global, que se expresa, en las dificultades que enfrentan las que eligen no continuar un embarazo. Este menoscabo, es atribuible a las restricciones jurídico–normativas vigentes en la mayoría de los países. En el caso particular de la Ciudad de México, primera entidad en aprobar el aborto a voluntad, coexiste el uso de técnicas efectivas y del legrado, a pesar de las recomendaciones de la OMS.

Objetivo: Evaluar el costo – efectividad del manejo del aborto, con medicamentos, aspiración endouterina y legrado instrumentado en la Ciudad de México.

Métodos: Evaluación económica con caracterización sociodemográfica y clínica de la población que recibió atención del aborto en unidades de la Secretaría de Salud de la Ciudad, usando registros obtenidos del Instituto Nacional de Transparencia y Acceso a la Información. Se compararon cuatro técnicas para la atención del aborto (aspiración endouterina, misoprostol sólo, mifepristona + misoprostol y legrado uterino). Los costos directos se estimaron a partir de las cantidades requeridas por técnica y el precio de los insumos del proceso de atención, estos se subclasificaron en costos de inversión, del recurso humano, medicamentos e insumos recurrentes, mismos que se expresan en dólares estadounidenses. La medida de efectividad empleada fue la tasa de éxito del aborto entendida como -evacuación uterina completa-. El horizonte temporal fue de un año (2022), y los resultados se expresaron mediante la razón costo–efectividad incremental. La perspectiva fue desde los servicios de salud.

Resultados: Las usuarias eran, mayormente, adultas jóvenes (□=26.22 y DE= 6.48 años), la mayor proporción (52.74%) solteras. La mayoría (60.09%) fueron atendidas en centros de salud. De los 14,860 abortos atendidos en CDMX, en 2022, 41% fueron del régimen de mifepristona+misoprostol, y una baja proporción (12.64%) con aspiración endouterina. El costo del legrado fue de $489.98 USD y la aspiración endouterina tuvo la mayor efectividad (99%).

El régimen combinado de mifepristona+misoprostol fue la intervención menos costosa y la más efectiva. La razón costo-efectividad incremental evidenció que, existe un ahorro de $138.52 USD cuando se elige la aspiración endouterina en vez del legrado.

TELEHEALTH IMPLEMENTATION FOR IMPROVING PEDIATRIC CANCER CARE IN MEXICO: A CASE STUDY.

García-Martínez, A[1]; Márquez-González, H [2]; Orozco Núñez, E[3]; Servan-Mori, E[3]
[1]Lucy Family Institute for Data and Society, University of Notre Dame
[2]Hospital Infantil de México, Federico Gómez
[3]Instituto Nacional de Salud Pública

Motivation: Complications in children with cancer during their treatment pose a severe challenge to both healthcare services and families. This situation worsens when fragmented healthcare systems and social health programs are lacking. In this context, the development of telehealth technologies offers an alternative to enhance the quality of care and provide timely information for decision-making. The case of the Children's Hospital of Mexico, Federico Gómez, National Institute of Health in Mexico City, exemplifies how social, cultural, and economic factors play a crucial role in addressing the absence of social security programs.

Aims

1. Document the implementation processes of telehealth in the continuous improvement of the quality of care in children with cancer, considering the social and economic determinants of healthcare access.

2. Built prediction risk models for complications arising from chemotherapy in pediatric oncologic cases, considering individual, familial, and community determinants of healthcare access.

Methods: Mixed methods were used. Qualitative analysis was conducted to identify the social and economic determinants of healthcare access. Through observation and interviews, the health providers' and parents' needs for children with cancer were identified. This information was crucial for designing the telehealth, HealthApp-MD, enabling real-time information generation to estimate risk prediction models for complications such as sepsis, septic shock, neutropenic enterocolitis, bleeding, persistent neutropenia, nosocomial infections, and death.

Results: During the pandemic, the Children's Hospital of Mexico, Federico Gómez, underwent significant changes in its health access processes in response to the heightened demand caused by COVID-19. This led to a notable reduction in the number of treated cancer cases and the frequency of their treatments. The adoption of the tool, developed by the University of Notre Dame, facilitated the integration of a database to inform healthcare providers about critical actions for emergency response times. This included implementing screening measures, modifying care processes in infectiology and oncology services, and highlighting highly vulnerable cases. For the first time, risk prediction models incorporated social and economic factors specific to the Mexican population lacking health security, ensuring the accurate classification of pediatric oncology patients based on individual, family, and community risk factors.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE MIGRANTES EN LA FRONTERA MÉXICO-ESTADOS UNIDOS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 (2020-2021)

Valle, VM; Deschak, CI & Ruiz Valdés, M.
Universidad Iberoamericana Ciudad de México

La pandemia de COVID-19 causó que personas migrantes desplazadas en México hacia Estados Unidos permanecieran vulnerables y hayan visto limitado su acceso a derechos básicos, como servicios de salud. Este paper tiene en cuenta la administración transnacional, la Gobernanza Multinivel para la seguridad sanitaria durante la pandemia de COVID-19 y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 (A2030) para explorar el acceso de migrantes a servicios de salud entre Tijuana y San Diego.

A través de entrevistas con actores clave y análisis de fuentes secundarias, los objetivos son:

1) analizar el acceso a la atención médica de migrantes durante la pandemia;

2) identificar servicios de atención médica contra el COVID-19 y

3) estudiar mecanismos de acceso a la salud y factores que han incidido en la reducción de las desigualdades, el papel de las alianzas y las principales barreras que han influido en el logro de los ODS 3, 10 y 17.

Los resultados arrojan que la pandemia de COVID-19 ha acentuado las desigualdades. Las personas migrantes constituyen uno de los grupos más desfavorecidos por su falta de acceso a medidas de sanidad y por haber sufrido las consecuencias de políticas, como el PPM y el Título 42.

Otra barrera destacada en México para el acceso a las vacunas ha sido la identificación personal, en particular la solicitud de presentación de CURP. La "covidización" ha limitado la garantía de los derechos y la atención de otras enfermedades, como las no transmisibles.

La provisión de servicios y productos de salud ha dependido de relaciones entre múltiples actores. La A2030 y en particular el ODS 17 brindan un enfoque diferenciado, interseccional, intercultural, de ciclo de vida y de género útil para analizar diferentes contextos migratorios en el acceso al derecho a la salud. Sin embargo, la meta 10.7 puede ser manipulada a favor de los intereses de los Estados, porque hace referencia a la migración ordenada, segura y regular, en detrimento de la gobernanza de la migración irregular.

Este enfoque puede incentivar la securitización de las fronteras, sin incluir perspectivas basadas en la seguridad humana.

RESISTENCIAS Y SINCRETISMO INDÍGENA DE MUJERES TÉNEK Y NAHUAS EN LA EXPERIENCIA DEL AUTOCUIDADO DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO

Rangel Flores, YY[1]; López Pérez, O [2] & Juárez Moreno, M [2]
[1]Universidad Autónoma de San Luis Potosí
[2]El Colegio de San Luis A.C.

La literatura continúa mostrando una tendencia a destacar un mayor riesgo obstétrico como resultado de las elecciones que las indígenas hacen desde su agencia reproductiva, pretendiendo desconocer las desventajas estructurales que afrontan en el ejercicio de esta, tendríamos que cuestionar que no es suficiente la existencia de infraestructura para que las mujeres se acerquen a los servicios, porque el concepto de accesibilidad no se limita a lo material, sino se extiende a lo simbólico, en este tenor, es importante reconocer que para estas mujeres aden-trarse en los servicios de salud resulta complejo porque los imaginarios y prácticas que sostienen el modelo de atención dentro de estas instituciones resultan incompatibles y hasta inaceptables con sus formas de entender sus cuerpos y experiencias reproductivas.

El objetivo fue visibilizar las experiencias de autocuidado que han vivido durante el embarazo y el parto y sus percepciones sobre la atención institucionalizada. Se emplearon metodologías mixtas y los datos se recolectaron mediante encuestas y entrevistas grupales.

Documentamos actos de resistencia, desacato y desencuentro, por supuesto, en condiciones de desigualdad para las indígenas.

Es necesario construir un conocimiento intercultural con perspectivas, rituales y vocabularios compartidos que nombren y aborden las experiencias de forma más cercana a la vivencia de las mujeres. Sugerimos apostar por el diálogo intercultural de saberes y por las estrategias reales para la atención del parto humanizado, toda vez que es evidente que las pretensiones de colonizar las experiencias y las vidas, desde un paradigma único, no solo no aporta, sino que constituye una forma más de las violencias que viven.

Dejamos memoria de la falta de diálogo intercultural entre el personal que aplica políticas médicas hegemónicas y las mujeres que perciben el trato de este personal como una forma más de violencia y discriminación de sus costumbres. Insistimos en que no se puede ni debe continuar ignorando la voz de las mujeres cuyos cuerpos han sido objeto de prácticas médicas que ignoran sus historias y percepciones, sustentadas en discursos institucionales. Sin comunicarles en sus idiomas, estas prácticas se han realizado en sus cuerpos. Así, la legitimidad de la práctica sanitaria requiere consenso.

GOBERNANZA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO: LA EXPERIENCIA DE MÉXICO

Marín Mendoza, E. & Valdez Santiago, R.
Instituto Nacional de Salud Pública

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública, a pesar de eso pocos países en la región de las américas han implementado programas específicos para su prevención. La gobernanza es fundamental para el desarrollo de políticas públicas y ha sido muy poco estudiada en el campo de la salud mental.

Objetivo: Analizar la gobernanza en salud mental en el proceso de diseño e implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PRONAPS) en México, desde la perspectiva de los actores clave.

Metodología: Estudio cualitativo exploratorio. La recolección de información se realizó en dos etapas. Inicialmente fueron consultados documentos oficiales relacionados con el PRONAPS. En una segunda etapa se realizaron entrevistas semi-estructuradas a partir de una guía de preguntas diseñada ad-hoc, incluyendo informantes de nivel federal y estatal en dos entidades federativas. Las entrevistas fueron transcritas y codificadas en el programa Atlas.ti V9.

Resultados: Se identificaron 11 documentos de acceso público que sustentan del desarrollo del PRONAPS. Se entrevistaron 16 informantes clave, 5(31%) a nivel federal y 11 a nivel estatal (69%). De acuerdo con los actores clave,

El PRONAPS surge en un proceso enmarcado por la reestructura de sistema de salud y por la pandemia por COVID-19 que visibilizó la importancia de la salud mental. Se han generado puntos nodales de interacción que han sido cruciales para el diseño e implementación del programa. Se identifica un cambio en la parte normativa y rectora, y aunque todavía se percibe como débil, a nivel estatal se reconoce como un acierto para marcar la directriz en la atención a la conducta suicida. Por otra parte, se señala como limitante la falta de financiamiento.

Discusión y conclusión: México ha realizado cambios relevantes en la gobernanza a partir de reestructuración del sistema de salud mental, lo cual es identificado por los actores involucrados en la implementación del PRONAPS como favorable y que ha incidido en una mejor comunicación y coordinación entre el nivel federal y estatal. Sin embargo, después de años de una ausencia de liderazgo y rectoría que permeara al nivel estatal, es un proceso que inicia y requiere tiempo para consolidarse.

Palabras clave: gobernanza, salud mental; prevención del suicidio; políticas públicas; México

Trabajos presentados como posters

PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD EN SISTEMAS DE SALUD FRAGMENTADOS: EL CASO DE MÉXICO, 2000-2022

Serván-Mori, E[1]; Gómez-Dantés, O[1]; Pineda-Antúnez, C[1,2]; Flamand, L[3]; Cerecero-García, D[1,4]
[1] Instituto Nacional de Salud Pública
[2] Universidad de Washington, EUA
[3] El Colegio de México A.C.
[4] Universidad Imperial de Londres, RU

Introducción: La arquitectura fragmentada dl sistema mexicano de salud, su debilitamiento financiero, técnico y organizacional -iniciado antes del COVID-19-, los cambios emprendidos desde 2018 por la actual administración, y la pandemia, anticipan el deterioro de las capacidades estatales de protección social, limitando los efectos positivos del aseguramiento a la salud sobre la protección financiera en salud.

Objetivo: Ofrecemos un análisis de largo plazo de los niveles, evolución y disparidades en los gastos catastróficos (GCS) y empobrecedores (GES) y gasto excesivo (GExS) en salud en hogares mexicanos de acuerdo con el aseguramiento a la salud como proxy de FSS.

Métodos: Realizamos un análisis transversal agrupado para 2000-2022 utilizando datos recolectados en más de 470 mil hogares mediante la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. Los análisis se realizaron para los años 2000-06, 2008-12, 2014-18 y 2020-22. Se describieron covariables sociodemográficas de los hogares, así como la distribución de los rubros de gasto en salud de acuerdo con el aseguramiento a la salud y cada período de tiempo. Estimamos brechas globales y territoriales en GCS, GES y GExS usando modelos en dos etapas que corrigieron por sesgos de selección en el gasto positivo en salud.

Resultados: Si bien se observó la expansión significativa de la seguridad social; la desaparición, en 2018, del Seguro Popular, creado en 2003, desplazó el aseguramiento de la salud a esquemas mixtos o privados. Observamos también un deterioro generalizado de la capacidad de pago de los hogares mexicanos, con implicaciones sobre la vulnerabilidad financiera por motivos de salud, en particular en aquellos hogares sin seguro de salud, seguridad social o con aseguramiento mixto o privado. Los logros observados durante 2000-2012 en la reducción de GCS y GES, se estancaron durante 2014-2016, para luego revertirse, a niveles comparables a los registrados dos décadas antes. En los hogares sin seguro de salud, con seguridad social o con algún esquema de aseguramiento mixto/privado, se registraron los mayores cambios en la razón gasto en salud / capacidad de pago y mayores incrementos en GES (principalmente).

Los resultados apuntan a la profundización del deterioro de las capacidades del estado mexicano de proteger efectivamente a su población independientemente de su aseguramiento a la salud.

PARTICIPACIÓN DE ORGANIZACIONES SIN FINES DE LUCRO EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO: RETOS PARA SU INSERCIÓN EN LA POLÍTICA PÚBLICA.

Aristizabal, P[1]; Nigenda, G[2]

[1]**Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM**
[2]**Facultad de Enfermería y Obstetricia UNAM**

Introducción: Desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la salud materna ha sido declarada como una prioridad en salud. Sin embargo, su atención continúa reflejando importantes rezagos. Posterior a la pandemia, en América Latina se evidenció un retroceso de 20 años en el progreso alcanzado en la disminución de muertes maternas. Por otro lado, los servicios de salud sexual y reproductiva no fueron ofrecidos o fueron desplazados a prestadores alternativos por la prioridad otorgada a la emergencia. La participación de organizaciones civiles en la atención de servicios sexuales y reproductivos es cada vez más protagónica y relevante, sobre todo, para poblaciones marginadas que presentan barreras de acceso a la salud.

Objetivo: analizar las estrategias de participación de organizaciones civiles sin fines de lucro que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva a poblaciones vulnerables de México.

Metodología: Estudio de casos múltiples. El estudio se llevó a cabo en tres fases. 1) se realizó una búsqueda de organizaciones de la sociedad civil que ofrecieran servicios de salud sexual y reproductiva a poblaciones vulnerables de México. 2) se seleccionaron 3 organizaciones sin fines de lucro, conantigüedad mayor a 10 años desde su conformación y que combinaran algunas de las actividades con el gobierno. 3) Se llevaron a cabo 12 entrevistas a personal administrativo y operativo de las organizaciones seleccionadas.

Hallazgos: Las organizaciones civiles llenan espacios de atención que las instituciones públicas de salud han dejado descubiertos. Las organizaciones realizan diversas actividades incluidas la atención directa, educación y consejería, financiamiento e investigación; algunas de ellas realizan incidencia política. Las organizaciones seleccionadas conservan formas de colaboración con el sistema público como estrategia para fortalecer esfuerzos y ofrecer servicios oportunos. Las estrategias operativas de estas organizaciones han disminuido la burocracia y favorecido la eficiencia en los servicios.

Conclusión La participación de las organizaciones en la atención sexual y reproductiva en México, ha jugado un papel importante no solo en la prestación de los servicios sino también en las alianzas con el sistema público, como una alternativa para disminuir barreras de acceso y lograr mejores resultados.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES INDÍGENAS. PAUTAS PARA REPENSAR LAS POLÍTICAS DE SALUD MATERNA INDÍGENA EN CLAVE FEMINISTA, INTERCULTURAL Y DE DERECHOS HUMANOS

Rangel Flores, YY
Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción. La mayoría de las políticas de salud en mundo, continúan sostenidas prácticamente de forma exclusiva en el Modelo Médico Hegemónico, un modelo que, para dialogar con la realidad, la patologiza e hipermedicaliza, hacer esto con los procesos reproductivos, ha derivado en lo que hoy nombramos violencia obstétrica. Si bien la violencia obstétrica no es privativa de un grupo específico de mujeres, las indígenas enfrentan mayor vulnerabilidad, primero porque históricamente han sido objeto de discriminación, maltrato, inacceso a la salud y la justicia; segundo, porque sus cosmovisiones respecto a la reproducción les complejizan identificar las prácticas violentas durante la atención institucionalizada del parto.

Objetivo. Analizar desde los aportes del feminismo decolonial, las experiencias de violencia obstétrica y las condiciones que potenciaron la vulneración frente a este tipo de violencia en mujeres huastecas, nahuas y pames que habitan el territorio potosino en México.

Metodología. Investigaciones realizadas en el periodo 2016-2022, a partir de metodologías mixtas con mujeres indígenas de las tres etnias.

Resultados: Se identificó que la violencia obstétrica se configura en este grupo, principalmente a través de la negación de la atención, el abandono, la descalificación de la experiencia, la invalidación del dolor, represión y sometimiento, así como condicionamiento de la atención mediante amenazas y coerción. Se narró la imposición de aislamiento como castigo, regaños y reprimendas morales; la pobreza es el determinante estructural en el que se sostiene el discurso de la planificación y la esterilización. Prevalece un imaginario etnocentrista que les niega la posibilidad de agencia sexual y reproductiva, no se conoce la cosmovisión reproductiva, por lo que no se hacen adaptaciones al modelo de atención del parto, lo que termina redoblando las relaciones de poder (profesión, raza y clase), la forma de organización de los servicios no es comprendida por las mujeres, en tanto, las instituciones sanitarias y sus actores criminalizan el acceso a la parteria tradicional. Todo lo anterior hace necesario cuestionar las actuales políticas y la forma en que operan dentro de contextos en los que se continúa formando a los y las actores sanitarias alejadas de una perspectiva intercultural, de género y de derechos humanos.

BARRERAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO

Burrola-Méndez, S[1]; Ancira-Moreno, M[1,2]; Hoyos-Loya, E[1]; Pérez, C[1,2]; Hernández-Cordero, S [1,2]; Omaña-Guzmán, I [2,3]; Sachse, M[4]

[1] Universidad Iberoamericana

[2] Observatorio Materno Infantil (OMI-Ibero)

[3] Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

[4] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), México

Introducción Múltiples organizaciones nacionales e internacionales recomiendan una lactancia materna exclusiva (LME) los primeros 6 meses de vida, no obstante, en México, pese al aumento en la prevalencia de LME mostrado en los últimos años, esta continúa por debajo de la meta establecida para el 2025 por la Organización Mundial de la Salud. En respuesta a esto, el sistema nacional de salud mexicano ha designado a la lactancia materna (LM) como una prioridad en la política nacional, promoviendo e implementado estrategias y acciones específicas para mejorar los servicios de salud. En este sentido, es esencial que todas las personas en etapa de lactancia reciban una atención de calidad.

Objetivo Identificar las principales barreras relacionadas con la promoción y consejería de la LM en el primer nivel de atención en salud en México.

Metodología Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico realizado en 88 centros de salud de la Secretaría de Salud en seis estados de México, entre septiembre a noviembre de 2021. Se realizaron 88 entrevistas semiestructuradas a proveedores de salud, y 80 entrevistas y 10 grupos focales a madres y padres de niños menores de 5 años. Los datos obtenidos fueron triangulados con información de grupos focales y las entrevistas.

Resultados Del total de entrevistados, 43.2% (n=38) son personal de enfermería, 29.5% (n=26) de medicina, 19,3% (n=17) de nutrición y el resto otros proveedores de salud. En el grupo de madres y padres de familia, 97.6% (n=121) eran mujeres. Se identificaron barreras contextuales, como la falta de proveedores de salud capacitados, escasez de profesionales de nutrición y de recursos materiales en los centros de salud, y una baja asistencia de las usuarias a sus consultas de control. Las barreras relacionadas con la promoción y consejería de la LM incluyen: (i) falta de estrategias específicas; (ii) comunicación ineficaz entre personal y usuarias; y (iii) la recomendación de fórmulas comerciales de leche. Conclusiones En centros de salud de México persisten barreras que impiden la promoción y consejería de la LM. Esta realidad demuestra que es urgente tomar acciones inmediatas que mejoren la calidad de la atención relacionada a esta práctica.

MENTAL HEALTH CARE REFORMS IN LATIN AMERICA: SINCE CARACAS DECLARATION FROM POST-COVID ERA

Valdez Santiago, R; Marín Mendoza, E; Godínez Alejandre, J

Instituto Nacional de Salud Pública

Introducción. La salud mental es un componente esencial de la salud y el bienestar, se ha reconocido que los problemas de salud mental contribuyen significativamente a la carga mundial de morbilidad de las enfermedades no transmisibles. A nivel global las enfermedades no transmisibles representaron en 2019, el 63.82% del total de años de vida saludables perdidos de los cuales 11.49% correspondieron a los trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias y suicidio. Mientras que, en la región de las Américas, representan un 77.2% y 16.73% respectivamente . 1 Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas considerados prioritarios, involucran a una multiplicidad de actores, sectores o niveles de gobierno. 2 La Organización Mundial de la Salud, marca la directriz de política pública a nivel global y, la Organización Panamericana de la Salud lo hace en la región de las Américas.

Metodología Scoping review utilizando tres motores de búsqueda mediante las palabras clave: políticas públicas, salud mental y América Latina, se consideraron documentos en inglés, portugués y español enfocados al contexto latinoamericano, que abordaran información sobre diseño, implementación y/o evaluación de políticas públicas a nivel nacional desde la declaración de Caracas hasta la actualidad. Se incluyó la literatura gris.

Resultados: Los documentos fueron agrupados para su análisis en dos bloques identificados de la política regional en salud mental: a) el enfoque de atención psiquiátrica asistencial y b) la idea de la reincorporación social. El desarrollo en la investigación en salud mental, el diseño e instrumentación de las políticas de salud mental en AL son diferenciadas en cada país, sin embargo, la región comparte algunas características: falta de financiamiento para la salud mental, falta de legislaciones actuales en salud mental, y limitado acceso de la población a servicios de salud mental de calidad.

Discusión y conclusión. La atención en salud mental se ha centrado en el ámbito especializado, asumiendo como su principal campo de acción a la enfermedad. La atención psiquiátrica ha prevalecido como eje rector de la política pública, se requiere implementar un enfoque de atención primaria en salud.

BRECHA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN SISTEMAS DE SALUD SEGMENTADOS: EL CASO MEXICANO, 2006-2022

Heredia-Pi, I & Serván-Mori, E

Instituto Nacional de Salud Pública

Introducción: El uso efectivo de servicios de salud es clave para el desempeño óptimo de los sistemas de salud, y un mecanismo central para lograr la Cobertura Universal de Salud. Aunque la utilización de servicios de salud se da de forma diferencial entre hombres y mujeres, mostrando las influencias de roles de género en la búsqueda y obtención de cuidados para la salud, la evidencia disponible, generalmente presenta diferencias por sexo, sin profundizar en su comprehensión desde una perspectiva de género, ni su relación con la segmentación del sistema de salud.

Objetivo: Analizar la cuantía y evolución de la brecha de género en el uso de servicios ambulatorios de salud calificados en adultos mexicanos con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), durante 2006-2022.

Métodos: Análisis poblacional transversal conjunto de datos provenientes de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006, 2011-12, 2020, 2021 y 2022. Se distinguen cuatro categorías para la variable de uso de servicios ambulatorios: no uso, uso correspondiente con el aseguramiento de la salud, uso público distinto al correspondiente con el aseguramiento, y uso privado. Se calculó la brecha de género en el uso de servicios de salud, a partir de márgenes predictivos por género, tipo de enfermedad y año de encuesta, ajustados por un modelo de regresión multinomial logística.

Resultados: Comparados con las mujeres, los hombres tienen 8.1% menos probabilidad de no utilizar servicios de salud ($P < 0.001$); 12% más probabilidades de utilizar servicios correspondientes con su aseguramiento a la salud ($P < 0.001$), 15% más probabilidades de usar servicios públicos no correspondientes con su aseguramiento a la salud ($P < 0.001$); y 14% menos probabilidad de utilizar servicios privados ($P < 0.001$). Salvo en el caso de la brecha en el uso de servicios privados, que muestra tendencia a disminuir, las demás fueron estables a lo largo del período. Se evidencia que, ante la presencia de una ECNT, los hombres enfrentan con mayor éxito que las mujeres las barreras para la utilización de servicios ambulatorios y que la segmentación del sistema de salud amplifica las disparidades de género experimentadas por las mujeres en el uso de estos servicios.

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD Y MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN LAS ÚLTIMAS TRES DÉCADAS: REFLEXIONES DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA

Serván-Mori, E.[1] & Nigenda, G.[2]
[1]Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública
[2]Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: El papel de los recursos humanos para la salud en la operación de los sistemas de salud es crucial. Sin embargo, entrenarlos e incorporarlos a las instituciones es un proceso complejo por la continua desalineación entre la oferta y la demanda de recursos humanos para la salud (RHS).

Objetivo: Discutir, desde una perspectiva sistémica, la evolución de la razón de mortalidad materna (RMM), su relación con la dotación de RHS; y las implicaciones de esta relación para los sistemas de salud de América Latina y el Caribe (ALC) y de otras regiones del mundo. Todo ello como base para proponer estrategias que busquen cerrar las brechas existentes, identificadas a partir de los ODM, los ODS, y el COVID-19.

Métodos: Realizamos un análisis multi país utilizando datos para el período 1990-2021, actualizados recientemente por el estudio de la Carga Global de Enfermedad. Presentamos las estimaciones de RMM y de dotación de RHS, y describimos su dinámica temporal mediante tasas de cambio porcentual y de crecimiento promedio anual, así como los cambios en las brechas regionales. Presentamos también la razón médicos/enfermeras y parteras de las métricas mencionadas. Finalmente, relacionamos los cambios en la RMM y en RHS.

Resultados: Documentamos una enorme heterogeneidad de la respuesta de los sistemas de salud regionales ante el reto que representa la mortalidad materna en la región. Si bien la mayor parte de los países articularon programas específicos para alcanzar la reducción comprometida por todos los países a través de los ODM, no todos tuvieron la misma capacidad para reducirla y prácticamente ninguno cumplió la meta. Además, encontramos en el bloque de países del caribe inglés incrementos importantes en la dotación de RHS que no explican los incrementos de la RMM durante el período. Si bien las variaciones en las RMM no se pueden explicar solamente a través de la dotación de personal de salud, la época post-COVID-19 es un período relevante para considerar que una dotación adecuada de RHS es crítica para hacer frente tanto a los problemas de salud que no hemos logrado controlar, sino también para responder a aquellos problemas emergentes.

EVALUANDO EL DISEÑO DE LA ATENCIÓN INTEGRADA PARA LAS PERSONAS MAYORES CON TEORÍA DE CAMBIO

Gutiérrez-Barreto, S & Gutiérrez, JP.

Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: El envejecimiento de las personas aumenta el deterioro de la capacidad intrínseca, y los modelos de salud actuales en el mundo luchan con un enfoque específico para brindar servicios de salud a las personas mayores. El enfoque de la Atención Integrada a las Personas Mayores (ICOPE, por sus siglas en inglés) en una propuesta de la OMS incluye componentes para la prestación de servicios basados en directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar la disminución de la capacidad intrínseca (CI). Sin embargo, la ICOPE requiere una operacionalización desde el diseño general hasta un sistema de salud determinado.

Objetivo: Evaluar el diseño del enfoque ICOPE mediante el desarrollo de su teoría del cambio (TdC) para el contexto específico de un programa de salud comunitario en la Ciudad de México.

Método: Se realizó una vía causal de ICOPE por medio de su marco conceptual y la documentación oficial. Posteriormente, se llevaron a cabo tres talleres con la técnica de grupo nominal con 97 trabajadores de salud y tomadores de decisión que permitiera consensuar los elementos de la TdC. Finalmente, se evaluó el potencial de ICOPE expresado en una TdC refinada para prevenir o retrasar el deterioro de la CI entre la población.

Resultados: La TdC generada describe los mecanismos hipotéticos de cambio que ocurren dentro del programa de salud comunitaria y contextos similares. Se espera que ICOPE impacte en tres áreas: 1) Prevenir, revertir o retrasar la pérdida de CI en las personas mayores, 2) Mejorar la calidad de vida de las personas mayores y 3) Aumentar la esperanza de vida libre de discapacidad. Conclusión: La evaluación del diseño de ICOPE en el programa de salud en tu Cas mostró evidencia de validez para mejorar la gestión clínica de la atención a las personas mayores. Donde colaboran interprofesionalmente y en diferentes niveles de atención por medio del mismo programa de atención.

HEALTH SYSTEM FRAGMENTATION AND MATERNAL MORTALITY TRANSITION IN MEXICO, 2000-2021

Serván-Mori, E.[1]; Pineda-Antúnez, C.[1-2]; Flamand, L.[3]; Cerecero-García, D.[1,4] & Gómez-Dantés, O.[1]

[1]Instituto Nacional de Salud Pública
[2] Universidad de Washington, WA, EUA
[3] El Colegio de México A.C.
[4] Imperial College London, London, UK

Introduction: Health system fragmentation (HSF) implies the existence of limited coordination in health care delivery which leads to inefficiencies, discontinuity of health care and inequalities that manifest in suboptimal patient care. Maternal mortality ratio (MMR) is a high-sensitive metric reflecting healthcare system performance.

Objective: To analyze the temporal and territorial evolution of MMR during 2000-2021 in Mexico and its potential relationship with HSF and discuss its implications for health systems in low- and middle-income countries aiming at universal health coverage.

Methods: We used the official mortality records published by the Mexican government. We identified maternal deaths (MDs) in women 10 to 54 years of age using the ICD-10 as reference. Two comparative analyses were conducted to identify the sociodemographic profiles over-represented first compared MDs with women who survived obstetric events.

The second compared MDs in women with and without social security. MMRs were estimated at the state and national levels to analyze the trends and gaps between populations with and without social security and their historical evolution over the past two decades.

Results: In both comparisons there was an over-representation of MDs among women with no or primary education, unmarried, who did not receive institutional care, residing in rural areas with a higher presence of indigenous population, and in municipalities with a high degree of marginalization. We observed a decrease in the national trend in MMR among the population without social security (from 86 to 48) in the period 2000-2018 and an increase in the population with social security (from 33 to 45) in the same period. However, an accelerated growth in both populations was observed in the period 2019 - 2021.

At the state level, a transition in the MMR gap was observed in recent years, with higher ratios observed in the population with social security in most states. In order to address the inequalities in access to maternal healthcare services associated to health system fragmentation it is necessary to understand the population profile and the MMR trends among populations with and without social security

MEJORA DEL REGISTRO DE LAS DEFUNCIONES INFANTILES EN MÉXICO: MEDICIÓN DEL IMPACTO DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE BÚSQUEDA INTENCIONADA DE DEFUNCIONES INFANTILES.

Castillo, I. & Lozano, R.

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: Para un Sistema de Salud los registros de mortalidad son esenciales en la planeación y el desarrollo de políticas públicas. Aunque en México se cuenta con una gran experiencia en el registro de defunciones, se reconoce un importante subregistro en las defunciones de menores de cinco años.

En 2002, la Dirección General de Información en Salud, adscrita a la Secretaría de Salud, implementó una estrategia a nivel nacional encaminada a la búsqueda intencionada de defunciones infantiles y maternas. En este trabajo se cuantifica el impacto que ha tenido la implementación de la búsqueda intencionada de defunciones en el subregistro de la mortalidad infantil.

Objetivo: Identificar el impacto que ha tenido la implementación de la búsqueda intencionada de defunciones infantiles desde 2002 en el subregistro de mortalidad infantil desglosado por Entidad Federativa en México.

Metodología: Se analizaron las tendencias de mortalidad infantil en México durante el periodo de 1990-2022 por Entidad Federativa de acuerdo con los registros oficiales de defunciones (INEGI), y posteriormente se compararon con las estimaciones realizadas por el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Éstas últimas, al provenir de una fuente externa que corrige el subregistro de manera independiente, fueron utilizadas como estándar de oro para determinar la presencia de mejoras en el subregistro de defunciones infantiles. Esto se realizó comparando las defunciones infantiles registradas en México y las estimaciones corregidas por el IHME.

Resultados: Al comparar los registros oficiales de mortalidad infantil en México con las estimaciones corregidas del Institute for Health Metrics and Evaluation se puede observar una mejora importante del subregistro. Mientras que en 2001 la razón entre lo esperado (IHME) y lo observado (INEGI) era de 1.51, en 2022 esta razón disminuye a 1.07, lo que implica una disminución de 86% del subregistro en un periodo de 20 años.

Conclusiones: Estrategias nacionales bien coordinadas y fundamentadas tienden a mejorar la calidad de los registros en los países. Si estas estrategias van acompañadas del empoderamiento de las áreas de información de los ministerios de salud es más efectivo el efecto.

SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO: 20 AÑOS DE RETROCESO Y FINANCIAMIENTO INSUFICIENTE

Senyacen Méndez J. [1,2]; Gómez Dantes, O.[3]; Pineda, C.[4]; Cerecero García, D[3]; Flamand, L[5] & Serván Mori, E.[3]

[1] **Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP)**
[2] **Escuela de Gobierno y Transformación Pública, Tec de Monterrey**
[3] **Instituto Nacional de Salud Pública**
[4] **Universidad de Washington**
[5] **El Colegio de México, A. C**

La fragmentación de un sistema de salud puede afectar la cobertura universal sanitaria (CUS) y generar inequidades. El énfasis más frecuente es el análisis de la fragmentación en los subsistemas de provisión. Sin embargo, la dimensión presupuestaria no ha sido suficientemente explicada.

Esta investigación busca contribuir a este vacío en la literatura y generar evidencia sobre la desigualdad de financiamiento y de asignación de presupuesto para la salud.

Documentamos la evolución del presupuesto para el sector salud, en México, de 2000 a 2023. Utilizamos datos de la Secretaría de Hacienda y una metodología que refleja la estructura fragmentada del sistema de salud. Calculamos el gasto per cápita para la población con y sin seguridad social, además de las diferencias regionales en las 32 entidades federativas.

Nuestros hallazgos indican que México invierte menos de la mitad del mínimo recomendado a nivel internacional. El nivel del gasto per cápita (gpc) nacional tuvo una reducción del 24.7% como resultado principalmente de la caída en el gasto por persona afiliada a las instituciones de seguridad social, que se redujo 23.9%.

Mientras que el gpc en población sin seguridad social aumentó 8.1%. La razón entre el gasto per cápita en población con y sin seguridad social pasó de 2.6 a 1.9 veces, es decir, la diferencia entre la inversión por persona con seguridad social y sin seguridad social se redujo. Sin embargo, los resultados sugieren que el presupuesto en el sector salud tuvo un retroceso en términos de desigualdad regional que lo conducen veinte años atrás.

Estos resultados podrían indicar que la baja inversión ha sido la dimensión menos atendida en la cobertura universal, así mismo, el nivel de retroceso en el que se encuentra el sistema de salud requiere incluir invariablemente el eje presupuestario en las políticas públicas de salud de la siguiente administración. El presupuesto para la salud no es un fin en sí mismo, pero sí es una condición necesaria para alcanzar la CUS y puede ser el origen de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud.

Palabras clave: Presupuesto público para salud, desigualdad en salud, cobertura universal, gasto per cápita, desigualdad regional.

SOCIAL AND ECONOMIC IMPACTS OF NON-COMMUNICABLE DISEASES BY GENDER AND ITS RELATED DRIVERS: A LITERATURE REVIEW

García-Morales, C.[1]; Serván-Mori, E.[1]; Guerrero-López, CM.[1]; Orozco-Núñez, E.[1]; Ojeda-Arroyo, E.[1]; Heredia-Pi, I.[1]; Nigenda, G.[2]
[1]Instituto Nacional de Salud Pública
[2]Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México.

Background: Tackling gender disparities is a pathway to universal health coverage (UHC). Gender intersects with other factors behind social and health inequalities, exacerbates them and influences health systems' performance. However, there is a lack of gender-based studies that assess the social and economic impacts of non-communicable diseases (NCDs).

Objective: This study aims to identify the economic and social impacts of NCDs by gender and its related drivers.

Methods: Following the guidelines proposed in the Cochrane Manual for Systematic Reviews of Interventions and the PRISMA Declaration, we conducted a narrative and structured literature review to identify the economic (direct medical and non-medical, and indirect costs) and social (right to health, employment, poverty, social exclusion, and others) impacts of NCDs by gender, and its structural, sociodemographic, health conditions, political and health systems drivers, for the period 2002-2022 in English and Spanish. Reviewed studies were described according to country and research context, temporal evolution, gender, impacts of NCDs and drivers.

Results (Findings): 5,552 publications by title and abstract were reviewed, and 185 articles were selected. There is limited evidence with a gender perspective that addresses the social and economic impacts of NCDs (only 12.0% of publications) that helps to better understand the difference in the burden of these conditions between men and women. We identified that the social burden primarily affects women in their quality of life, where gender inequities are observed in aspects such as: health care, employment status, living conditions. In addition, a greater responsibility falls on them as caregivers. On the other hand, the economic burden affects more to men, both in terms of direct medical costs and indirect costs. Among the factors that most influenced the identified impacts we found sex or gender, age, and socioeconomic level. We also identified that access to health insurance that offers financial protection against these conditions is essential to reduce these impacts.

BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA COEXISTENCIA DE OBESIDAD Y ANEMIA DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL DE PRIMER NIVEL: ESTUDIO CUALITATIVO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS.

Rangel-Osuna, F.[1]; Sánchez-Estrada, M.[1]; Granich-Armenta, A.[2]; Ramírez-Silva, CI.[1]; Cantoral-Preciado, A.[2]
[1]**Instituto Nacional de Salud Publica**
[2]**Universidad Iberoamericana**

Este estudio investigó las barreras y facilitadores para el diagnóstico temprano de la coexistencia de obesidad y anemia en la atención prenatal de primer nivel en el Hospital Regional No. 1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos.

A pesar de las altas prevalencias de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad reproductiva durante el embarazo, la presencia de anemia persiste, a pesar de las guías de práctica clínica actualizadas.

La metodología empleada fue un enfoque cualitativo fenomenológico que incluyó 16 entrevistas y 13 observaciones directas en la consulta externa prenatal. Las mujeres embarazadas entrevistadas tenían edades comprendidas entre 19 y 38 años, y se utilizó el método "fly on the wall". Las guías de observación directa se basaron en los lineamientos de la guía de práctica clínica, y la duración estimada de las entrevistas fue de 30 a 40 minutos.

Los resultados indican que las mujeres perciben la obesidad como una amenaza para la salud del bebé, aunque no siempre la asocian con su propia salud. La incomodidad al ver cambios en el cuerpo debido al control recomendado de la ganancia de peso es evidente. Aunque la alimentación saludable es vista positivamente, la falta de tiempo y apoyo laboral actúan como barreras. El desconocimiento sobre la anemia y la falta de explicación por parte del personal de salud crean obstáculos para adoptar conductas saludables, pero la confianza en las recomendaciones del personal de salud es alta.

No se observa una identificación simultánea de la obesidad y la anemia como problemas de salud. En conclusión, este estudio resalta la necesidad de abordar las percepciones negativas sobre el sobrepeso y la obesidad durante el embarazo, mejorando la comunicación y recomendaciones sobre la anemia.

A pesar de las barreras, las mujeres confían en la atención prenatal brindada por el IMSS. Las oportunidades identificadas incluyen la estandarización de talleres, una comunicación más detallada sobre el diagnóstico de anemia y cambiar percepciones erróneas sobre la actividad física durante el embarazo

.

CUIDANDO A LOS CUIDADORES: ESTRATEGIA DIGITAL PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DE PROFESIONALES SANITARIOS EN FORMACIÓN EN CONTEXTOS DE RIESGO PANDÉMICO

López Sánchez, O.; Rojas Lozano, VR. & Robles Mendoza, AL.
Facultad de Estudios Superiores Iztacala,
Universidad Nacional Autónoma de México

Motivación: De acuerdo con el informe The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) en 11 países de Latinoamérica entre 14,7% y 22% de los equipos de salud entrevistados en 2020 presentaron síntomas de episodios depresivos, mientras que entre 5 y 15% reportaron ideas suicidas. Este fenómeno tiene implicaciones relevantes en el personal sanitario y en los sistemas de salud.

En este contexto, es fundamental profundizar en estrategias digitales que apoyen en la prevención y mejoren la salud mental de los trabajadores como un componente esencial y un facilitador de sistemas de salud sostenibles.

Objetivo: Presentar una propuesta pedagógica digital para implementar en comunidades estudiantiles universitarias en Facultades en el área de Salud.

Metodología: Investigación aplicada, mixta, transversal, desarrollada en tres etapas. En la primera, se realizó una intervención psicológica con el estudiantado (43) que derivó en el diseño de un cuestionario en línea que buscó conocer sus condiciones psicosociales (con una muestra de 3,470 participantes).

La segunda etapa fue cualitativa y mediante entrevistas (57) se indagaron los procesos socioemocionales del estudiantado en tres áreas: relaciones familiares, prácticas de cuidado a la salud física y mental y experiencias académicas.

En la tercera etapa se diseñó un curso Moodle autogestivo titulado: Hacia una comunidad emocional de cuidados: vínculos familiares y universitarios en pro de la salud en ambientes pandémicos.

Resultados: Esta investigación desarrollada entre 2020 y 2023 explora estrategias para lograr la cooperación intersectorial entre el sistema educativo y el sistema de salud mediante herramientas digitales orientadas al personal de salud en formación.

Los contenidos del curso Moodle están dirigidos a sensibilizar respecto de distintos escenarios de cuidados en ambientes pandémicos y no pandémicos y apoyar en el desarrollo de habilidades de autocuidado, recuperar y potenciar las de autoatención presentes en las familias y conjuntos sociales.

El curso promueve la creación de comunidades emocionales de cuidado y vínculos universitarios y esboza una propuesta de política institucional con enfoque de cuidados que permita hacer frente a contextos de emergencia sanitaria al interior de las Instituciones de Educación Superior.

El encuentro en fotos

IBERO
IBERO
IBERO
IBERO
IBERO

Secretaría para América Latina y El Caribe
healthsystemsglobal.lac@gmail.com