

PROPOSICION CON PUNTO DE ACUERDO, PARA EXHORTAR AL EJECUTIVO FEDERAL A HOMOLOGAR POR LA SSA, EL COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y EL CSG LOS CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD, A CARGO DE LA SENADORA NESTORA SALGADO GARCÍA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE MORENA

Quien suscribe, senadora Nestora Salgado García, integrante del Grupo Parlamentario de Morena en la LXIV Legislatura del Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 78 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 58, 176 y demás aplicables del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos por lo que se refiere al funcionamiento de la Comisión Permanente, somete a consideración de la Comisión Permanente proposición con punto de acuerdo, al tenor de las siguientes

Consideraciones

I. Infarto agudo al miocardio

A escala mundial los síndromes coronarios agudos son una causa importante de morbilidad y mortalidad. De acuerdo a datos recientes, en un año más de 6 millones de personas tienen un infarto agudo del miocardio y su prevalencia aumentará 33 por ciento.

Incluso, se ha considerado que la mortalidad por las enfermedades cardiovasculares ocupa el primer sitio en el mundo desde 2005. La Organización Mundial de la Salud reportó 17.3 millones de defunciones en 2013 (31.5 por ciento) y en ese mismo año predijo un incremento de 36 por ciento a 2030.

En 2016, la American Heart Association reportó en su actualización sobre estadísticas en enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, que alrededor de 15.5 millones de personas con edad igual o mayor de 20 años padecen enfermedad arterial coronaria, con un incremento para ambos sexos en la prevalencia. Se ha estimado que aproximadamente cada 42 segundos un paciente sufre un infarto agudo al miocardio en los Estados Unidos.

A pesar de que el número absoluto de casos de enfermedad cardiovascular ha incrementado significativamente, la mortalidad ha disminuido en 22 por ciento en el mismo periodo. Datos sobre 44 años de seguimiento a la cohorte del estudio Framingham y 20 años de vigilancia a su descendencia han permitido realizar algunas aseveraciones con respecto a la incidencia de IAM, angina estable e inestable y muerte por padecimientos coronarios.

Para pacientes de 40 años de edad hay un riesgo acumulado de 49 por ciento de desarrollar enfermedad coronaria para hombres y 32 para mujeres. Para quienes alcancen 70 años de edad, el riesgo es de 35 para hombres y 24 para mujeres.

La incidencia de eventos coronarios incrementa de manera estrecha con relación a la edad, teniendo las mujeres un rezago aproximado de 10 años con respecto a los hombres, sin embargo, esta brecha en la incidencia de acorta progresivamente con la edad. La incidencia para los grupos de edad entre 65 y 94 años, comparado con 35 a 64 años, se duplica en los hombres y se triplica en las mujeres respectivamente.

Las manifestaciones serias de la enfermedad arterial corona (IAM, muerte súbita) son infrecuentes en mujeres premenopausias. Antes de los 65 años de edad, la incidencia anual de todos los eventos coronarios en hombres es de 12 por cada mil habitantes, mientras que en mujeres la incidencia es de 5 por cada mil habitantes.

Los eventos coronarios comprenden de 33 a 65 por ciento de los eventos ateroscleróticos cardiovasculares en hombres y de 28 a 58 en mujeres. En mujeres con edad menor de 75 años, la angina de pecho fue más frecuente que el infarto al miocardio como manifestación inicial de la enfermedad arterial coronaria.

En hombres la angina ocurre más frecuentemente posterior a un infarto al miocardio (66 por ciento), La enfermedad arterial coronaria es la principal causa de muerte en adultos en Estados Unidos, representando una tercera parte del total de muertes.

En México, el primer registro nacional de síndromes coronarios (Renasica I) identificó las características epidemiológicas, terapéuticas y realizó una estratificación de riesgo. El segundo registro nacional (Renasica II), Renasca y ACCES confirmó observaciones previas. El tercer registro nacional Renasica III, realizado en el 2014, nos brindó información complementaria de gran relevancia para conocer el escenario nacional.

En el país, dichos registros han permitido concluir que las enfermedades cardiovasculares también representan la primera causa de muerte en mayores de 60 años, y la segunda causa en la población en general, contribuyendo aproximadamente a 10 por ciento de todas las causas de mortalidad.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó 116 mil 2 defunciones en 2015, 70 por ciento por infarto agudo de miocardio. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos colocó desde 2013 a México como el país con la mayor mortalidad en mayores de 45 años por infarto agudo de miocardio, a los 30 días o menos del evento, con 27.2 por ciento, comparado con el 7.9 de la media del resto de países miembros, incluso debajo de países de la región, como Chile.

La población mexicana enfrenta un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares, debido a una gran prevalencia de factores de riesgo, como obesidad, sobrepeso, hipertensión arterial sistémica, diabetes, dislipidemia y tabaquismo, así como estilos de vida poco saludables, con pobre práctica de ejercicio, consumo de alimentos con alto contenido de grasas animales, carbohidratos y bebidas azucaradas.

Se ha documentado que hasta 68 por ciento de pacientes mexicanos jóvenes tienen más de tres factores de riesgo⁷ y en el primer estudio de vida real en el IMSS en pacientes con síndrome coronario agudo (Renasca, IMSS) hasta 65 por ciento de los pacientes eran de alto riesgo.

El síntoma cardinal que inicia la sospecha diagnóstica de un síndrome coronario agudo en el paciente es el dolor precordial.

Con base en el electrocardiograma (ECG), se diferencian dos grandes grupos:

- a) Los pacientes con dolor precordial agudo y elevación persistente del segmento ST (>20 min). Suele reflejar una oclusión total aguda de alguna arteria coronaria. La mayoría de los pacientes desarrollaran un infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.
- b) Los pacientes con dolor precordial agudo sin elevación persistente del segmento ST.

Los cambios en el ECG pueden incluir elevaciones transitorias del segmento ST, depresión permanente o transitoria del ST, inversión e las ondas T, ondas T aplanadas, seudonormalización de las ondas T, o incluso un ECG normal.

El espectro clínico del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST puede incluir desde pacientes asintomáticos, hasta pacientes con isquemia, inestabilidad hemodinámica y/o eléctrica, o paro cardíaco.

Cuando existe necrosis a nivel del cardiomiocito el evento en cuestión se trata de un infarto agudo sin elevación del ST; si por otra parte existe isquemia miocárdica sin pérdida celular, el evento se clasifica como angina inestable (AI).

El infarto agudo al miocardio (IAM) se define como la necrosis del cardiomiocito, en un cuadro clínico consistente con isquemia miocárdica.

Para cumplir los criterios diagnósticos de IAM se requiere de una detección sérica de enzimas cardiacas, preferiblemente troponina (Tn) ultrasensible, con al menos un valor arriba del percentil 99 (p99) del límite de referencia superior (LRS) y al menos uno de los hallazgos:

1. Síntomas de isquemia.
2. Cambios nuevos (o presumiblemente nuevos) en el segmento ST, onda T o un nuevo bloqueo de rama izquierda en un ECG de 12 derivaciones.
3. Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG.
4. Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o alguna anomalía segmentaria en la movilidad. 5) Un trombo intracoronario detectado por angiografía o autopsia.

Asimismo, los tipos de infarto pueden subclasificarse de acuerdo con su etiología de acuerdo con la Tercera Definición Universal de IAM:

- Tipo 1. Se caracteriza por la ruptura, ulceración, fisura, erosión o disección de una placa aterosclerótica, resultando en la formación de un trombo intraluminal en una o más arterias coronarias, conduciendo a una disminución del flujo miocárdico y/o a la embolización distal y subsecuente necrosis miocárdica.
- Tipo 2. Se genera por un desbalance entre el aporte miocárdico de oxígeno y la demanda. Los mecanismos incluyen el espasmo coronario, disfunción endotelial, taquiarritmias, bradiarritmias, anemia falla respiratoria, hipotensión e hipertensión severa. Ocasionalmente, en pacientes graves o los sometidos a cirugías mayores no cardiacas, los efectos de agentes farmacológicos o toxinas pueden ser los causantes del desbalance.
- Tipo 3. IAM que resulta en la muerte del paciente cuando no se pueden solicitar biomarcadores. ? Tipo 4.- IAM relacionado a intervención coronaria percutánea (ICP).
- Tipo 4. La presencia de niveles plasmáticos de Tn > 5 veces mayores al p99 del LRS, en pacientes con valores basales normales, o en caso de que estos estén elevados, un incremento superior a 20 por ciento. A esto debe sumarse al menos una de las siguientes condiciones:
 - Alteraciones nuevas en el ECG.
 - Oclusión de una arteria coronaria mayor o un ramo colateral, o flujo lento persistente, o embolización.
 - Imágenes que evidencien una pérdida nueva de miocardio viable o nuevas alteraciones segmentarias en la contractilidad. o Tipo 4b. Infarto al miocardio provocado por trombosis del stent, detectado por angiografía o autopsia, en el escenario de isquemia miocárdica y ascenso o descenso de los niveles plasmáticos de biomarcadores, con al menos un valor por encima del p99 del LRS.

– Tipo 5. IAM relacionado con cirugía de revascularización miocárdica (CABG) el cual se define de forma arbitraria por una elevación de biomarcadores cardiacos

>10 mayores al de la p99 del LRS. A esto debe sumarse por lo menos una de las siguientes condiciones:

- Nuevas ondas Q patológicas o bloqueo de rama izquierda.
- Nueva oclusión de puente o arteria coronaria nativa, documentada por angiografía.
- Imágenes que evidencien una pérdida nueva de miocardio viable o nuevas alteraciones segmentarias en la contractilidad.

El dolor precordial típico se caracteriza por una sensación de presión o “pesantez” retroesternal, con irradiación al brazo izquierdo (menos frecuentemente ambos brazos o al brazo derecho), cuello o mandíbula, el cual puede ser intermitente (usualmente durante varios minutos), o persistente. Puede ser acompañado de síntomas adicionales como diaforesis, náusea, dolor abdominal, disnea o síncope. Las presentaciones atípicas incluyen dolor epigástrico, síntomas de indigestión o disnea aislada. Los síntomas atípicos se observan más frecuentemente en ancianos, mujeres, y en pacientes con comorbilidades como diabetes, enfermedad renal crónica o demencia. La exacerbación de los síntomas con el esfuerzo físico, así como su atenuación con el reposo, incrementan la posibilidad de que la etiología del dolor sea isquemia miocárdica.

El dolor anginoso en el escenario de un SICA sin elevación suele tener la siguiente presentación.

- Dolor anginoso prolongado (>20 min) en reposo.
- Angina de novo (al menos clase II-III de la Clasificación de la Sociedad Cardiovascular Canadiense (CCS)).
- Cambios recientes en la semiología de la angina previamente caracterizada como estable (al menos CCS clase III) (angina en crescendo).
- Angina post-IAM. El dolor prolongado se observa en alrededor de 80 por ciento de los pacientes, mientras que el dolor de novo/crescendo se observa en 20.

II. Protocolos de atención

En el ejercicio de la medicina, es común que los profesionales de la salud tengan que tomar múltiples decisiones en poco tiempo y bajo presión. Si a ello se le añade que existen temas en los que los médicos pueden tener diferentes opiniones sobre el valor relativo de las diversas opciones de tratamiento o las estrategias diagnósticas de un proceso, se entiende que sea fácil que ante un mismo problema varios profesionales opten por actitudes muy diferentes, lo que explica en parte la variabilidad que se observa en la práctica clínica.

Las diferencias en la toma de decisiones sobre pacientes individuales pueden deberse a

- Incertidumbre: no hay evidencia científica de calidad sobre el valor de los posibles tratamientos o de los métodos diagnósticos.
- Ignorancia: existe evidencia científica, pero el médico la desconoce o no la tiene actualizada.
- Presiones externas: el profesional conoce el valor de las pruebas o tratamientos, pero emplea otras pautas.

- Recursos y oferta de servicios: Al no disponer de la técnica diagnóstica o del tratamiento recomendado se utiliza una alternativa. También ocurre lo contrario, una disponibilidad elevada puede inducir a un uso excesivo.
- Preferencias del paciente: en la mayoría de los casos la decisión última la tiene el paciente o su familia y sus valores y preferencias también cuentan de forma que pueden hacer que las acciones varíen significativamente de un paciente a otro.

Para paliar estos aspectos los diferentes servicios de salud como las sociedades científicas y los responsables de la política sanitaria se preocupen por generar y publicar recomendaciones o estándares sobre cómo actuar en estas circunstancias.

Históricamente, la práctica médica ha conllevado un fuerte componente de experiencia y juicio personal, sin embargo, en las últimas décadas esto ha cambiado mediante la incorporación paulatina del conocimiento científico a la práctica clínica, transparencia y capacidad evaluadora. El enorme crecimiento de la ciencia y de la innovación biomédica, el desarrollo de aplicaciones que permiten el uso de gran cantidad de información en la toma de decisiones clínicas y los grandes avances en las comunicaciones y en la tecnología de la información, han modificado y seguirán modificando la forma en la que los profesionales de la salud se enfrentan a los múltiples problemas del ejercicio de su profesión.

La medicina está cambiando en cuanto a cómo se gestiona el conocimiento y cómo se comparte con los pacientes. Las guías forman parte de este cambio. En el mundo de hoy la evidencia es global pero las decisiones son locales y se toman en circunstancias concretas sobre pacientes concretos. Para que los profesionales tomen las decisiones correctas han de disponer de información de calidad que se pueda interpretar y aplicar en aquel sitio donde se precisa. De tal cúmulo de necesidades y avances ha surgido la medicina basada en la evidencia y los nuevos enfoques en gestión de la información científica.

Derivado de este enfoque, en el país se modificó durante 2019 el término de *guías de práctica clínica* a *guías de evidencias y recomendaciones*.

Las Guías de Práctica Clínica, actualmente Guías de Evidencias y Recomendaciones, son el conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria de los pacientes”. No obstante, un protocolo de atención resulta más integral y puede tener mayores efectos vinculatorios, aunado a que en el ámbito internacional la tendencia más actual es precisamente la de migrar hacia la emisión de protocolos.

Entre los diferentes aspectos que pueden motivar la necesidad de elaborar una guía de recomendaciones, o un protocolo de atención, y por lo tanto de donde surgen también los temas para su desarrollo (Calderón E, 2000; Bonfill X, 2003), están los siguientes:

- Cuando existe una amplia variabilidad en la manera de abordar determinadas áreas de práctica clínica.
- Ante determinados problemas de salud con gran impacto social y económico en los que no existe consenso a la hora de abordarlos y afectan a varios niveles asistenciales.
- Cuando una práctica clínica adecuada puede ser decisiva para reducir la morbilidad de determinadas enfermedades.
- En circunstancias donde las pruebas diagnósticas o los tratamientos produzcan efectos adversos o costes innecesarios.

El ejercicio de la medicina incluye tomar las decisiones correctas en todos los pacientes, protocolizar la asistencia, y de la amplia variabilidad clínica observada, surgió la necesidad de disponer de herramientas capaces de ofrecer la mejor información de forma simple, rápida y transparente.

La Secretaría de Salud cuenta con atribuciones para promover y coordinar la participación en el Sistema Nacional de Salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, privado y social, así como de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos.

Asimismo, su reglamento interior prevé facultades para difundir sistemática y objetivamente información –entre otros rubros–, sobre guías de práctica clínica a fin de promover su uso apropiado, seguro y eficiente como instrumento para la toma de decisiones en beneficio de la población y la excelencia en la práctica clínica, así como la coordinación permanente con los organismos nacionales e internacionales, en la materia, para el intercambio de información y participación continua.

Con base en las facultades mencionadas y a efecto de dar cumplimiento al artículo 4o. Constitucional, a través de la prestación de servicios de salud en establecimientos de atención médica con niveles de calidad homogénea para toda la población en general, la Secretaría de Salud, emitió un Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación de 13 de junio de 2008.

Su motivación radicó en la conveniencia del establecimiento de marcos de referencia que fomentaran las prácticas clínicas adecuadas, con recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, promoviendo la atención más efectiva, el uso eficiente de los recursos, la satisfacción de los usuarios y la calidad técnica de la prestación que se brinda.

Asimismo, se buscó replicar los ejercicios que en la materia se realizaron por organizaciones especializadas como son la Red Internacional de Guías de Práctica Clínica y la Red Iberoamericana de Guías de Práctica Clínica, de las que México forma parte, a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, que apoya la colaboración, el intercambio y la transferencia de conocimientos.

El Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, creado como un órgano asesor de la Secretaría de Salud, tiene por objeto unificar los criterios de priorización, elaboración, actualización, integración, difusión y utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para proponer los criterios necesarios para evaluar su aplicación.

El Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica cuenta con facultades para

- I. Proponer las políticas y criterios específicos para la elaboración, adopción, adaptación y difusión de las guías de práctica clínica en las instituciones del Sistema Nacional de Salud;
- II. Coadyuvar en la propuesta para priorizar los temas en el desarrollo de guías de práctica clínica;
- III. Coadyuvar en el desarrollo y actualización de la Metodología para la elaboración, adopción y adaptación de guías de práctica clínica;
- IV. Coadyuvar en la definición de las estrategias, políticas y criterios para la implantación y evaluación del impacto de las guías de práctica clínica en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud;
- V. Promover la colaboración de las instituciones del Sistema Nacional de Salud para el desarrollo de guías de práctica clínica;

VI. Proponer un plan de trabajo anual, que sirva de directriz general para la conformación de políticas, criterios y estrategias para el desarrollo, difusión, utilización y evaluación de las guías de práctica clínica;

VII. Coadyuvar en la difusión de las disposiciones aplicables y de los resultados del comité; y

VIII. Las demás que le asigne el Secretario de Salud, para el adecuado desempeño de sus funciones.

El referido comité se integra por

I. El subsecretario de Innovación y Calidad (Preside);

II. El subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud;

III. El titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad;

IV. El comisionado nacional de Protección Social en Salud;

V. El comisionado nacional de Arbitraje Médico;

VI. El director general de Calidad y Educación en Salud;

VII. El director general de Evaluación del Desempeño;

VIII. El director general de Información en Salud;

IX. El titular del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud;

X. El secretario técnico del Consejo Nacional de Salud;

XI. Un representante del Consejo de Salubridad General;

XII. El director general de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional;

XIII. El director general Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México;

XIV. El director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social;

XV. El subdirector General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;

EXVI. El subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos;

XVII. El director general de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;

XVIII. Tres secretarios estatales de salud o su equivalente en las entidades federativas;

XIX. El presidente de la Academia Nacional de Medicina, AC; y

XX. El presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, AC.

Por otra parte, cuenta con un grupo de asesores permanentes que se integra por los presidentes de las siguientes asociaciones civiles, previa aceptación que realicen por escrito del cargo, dirigida al presidente del comité:

I. Fundación Mexicana para la Salud, AC;

II. Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina, AC;

III. Asociación Mexicana de Hospitales, AC;

IV. Asociación Nacional de Hospitales Privados AC; y

V. Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, AC.

Además, es de mencionar que las instituciones nacionales o internacionales, públicas o privadas, de carácter asistencial, académico o científico, de reconocido prestigio y con amplios conocimientos en la materia objeto del Comité y las organizaciones de la sociedad civil de reconocido prestigio que realicen actividades relacionadas con las funciones del Comité, y que estén legalmente constituidas, pueden ser invitadas a las sesiones del mismo.

Independientemente de las atribuciones con las que cuenta el referido Comité, el artículo 32 de la Ley General de Salud, establece que los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

III. Guías existentes para la atención de infarto agudo al miocardio

- Protocolo para atención de infarto agudo de miocardio en urgencias: Código infarto.
- Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad por Infarto Agudo al Miocardio.
- Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica en niños.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en adultos en los tres niveles de atención.
- Detección y estratificación de factores de riesgo cardio.
- Diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento.
- Guías clínicas para el manejo del infarto agudo al miocardio.

En adición, aunque no se trata de guías directamente relacionadas con el infarto agudo al miocardio, pero repercuten en su tratamiento o se trata de comorbilidades:

- Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular.
- Guías clínicas para la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica.

De lo expuesto se advierte que actualmente existe una dispersión y falta de uniformidad respecto a los criterios de diagnóstico, prevención, atención y tratamiento del infarto agudo al miocardio, lo cual, considerando que dicha enfermedad tiene grandes impactos en la calidad de vida e independencia del paciente, incluso llegando a la discapacidad total y la muerte, así como costos vinculados a la misma, muchos de los cuales recaen precisamente en el sector salud, se estima que se requiere contar con protocolos únicos de atención para el caso de infarto agudo al miocardio.

Luego entonces, en función de los datos arrojados por las diversas fuentes citadas, es que esta legisladora considera necesario que se homologuen los criterios de diagnóstico, prevención, atención y tratamiento del Infarto Agudo al Miocardio en las diversas instituciones de salud, es decir, Ssa, IMSS, ISSSTE e Insabi, idealmente en instrumentos que cuenten con efectos vinculatorios y que permitan un abordaje integral del padecimiento, como pueden ser los protocolos de atención.

Ello, considerando que este derecho se encuentra consagrado en el artículo 4o. de nuestra Carta Magna: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Adicionalmente a lo ya sustentado, el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, establece que “El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos”.

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, bajo el rubro Salud para toda la población, también menciona que el derecho a la salud le es denegado parcial o totalmente al sector más desprotegido de la población mexicana, lo cual cobra mayor importancia, justamente en los casos de enfermedades respiratorias.

Por otra parte, a través del Plan Nacional de Salud 2019-2024, (dado a conocer a través del denominado proyecto) se plantea el objetivo de incrementar el acceso a la salud de forma paulatina para todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral o socioeconómica.

Debemos pues considerar que el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica cuenta con atribuciones suficientes para proponer las políticas y criterios específicos para la elaboración, adopción, adaptación y difusión de las guías de práctica clínica en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como coadyuvar en la propuesta para priorizar los temas en el desarrollo de guías de práctica clínica, y promover la colaboración de las instituciones del Sistema Nacional de Salud para el desarrollo de guías de práctica clínica.

Asimismo, la Secretaría de Salud, a través de uno de sus órganos desconcentrados se encuentra facultada para difundir sistemática y objetivamente información -entre otros rubros-, sobre guías de práctica clínica a fin de promover su uso apropiado, seguro y eficiente como instrumento para la toma de decisiones en beneficio de la población y la excelencia en la práctica clínica, así como la coordinación permanente con los organismos nacionales e internacionales, en la materia, para el intercambio de información y participación continua.

El Consejo de Salubridad General cuenta con atribuciones para participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, así como para proponer políticas y estrategias y definir acciones para la integración de un modelo articulado que permita el cumplimiento del programa sectorial de salud, especialmente por lo que hace a los destinados a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, brindar protección financiera en salud a toda la población e incrementar la cobertura de los servicios.

Luego entonces, resulta necesario que dichas instancias realicen las acciones procedentes, necesarias y suficientes para homologar los criterios de diagnóstico, prevención, atención y tratamiento del Infarto Agudo al Miocardio en

las diversas instituciones de salud, idealmente en protocolos de atención que otorguen un abordaje integral de la enfermedad y cuente con efectos vinculatorios.

Por lo expuesto someto a consideración de esta asamblea el siguiente

Punto de Acuerdo

Único. La Comisión Permanente del Congreso de la Unión exhorta respetuosamente al Ejecutivo federal para que a través de la Secretaría de Salud, el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, y en lo conducente el Consejo de Salubridad General, se homologuen los criterios de diagnóstico, prevención, atención y tratamiento del infarto agudo al miocardio en las diversas instituciones de salud, es decir, Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado e Instituto de Salud para el Bienestar.

Comisión Permanente del Congreso de la Unión, a 7 de enero de 2021.

Senadora Nestora Salgado García (rúbrica)

