

## **PROPOSICIÓN CON PUNTO DE ACUERDO, PARA EXHORTAR A LA SSA A EMITIR EL PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y GUÍA DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES PARA FALLA CARDÍACA EN MÉXICO, A CARGO DEL DIPUTADO ÉCTOR JAIME RAMÍREZ BARBA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PAN**

El que suscribe Éctor Jaime Ramírez Barba, diputado federal, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional de la LXV, "Legislatura de la Paridad, la Inclusión y la Diversidad" del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 2 y 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como los artículos 1, 6 fracción I, 79, del Reglamento de la Cámara de Diputados; someto a consideración de esta honorable soberanía, la presente proposición con punto de acuerdo por el que la Cámara de Diputadas del honorable congreso de la unión, exhorta al Ejecutivo federal, para que, a través de la Secretaría de Salud, el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y en lo conducente el Consejo de Salubridad General, emitan la guía de evidencia y recomendaciones; así como para que el Ejecutivo federal a través de la Secretaria de Salud emita el protocolo para la atención integral de falla cardíaca, a efecto de que en los referidos documentos sean considerados los tratamientos innovadores, con la finalidad de homologar los criterios de atención en las instituciones que conforman el sector salud como el IMSS, ISSSTE, Pemex y Sedena, en beneficio de las personas que padecen esta enfermedad, al tenor de las siguientes:

### **Consideraciones**

En la actualidad la insuficiencia cardíaca afecta a por lo menos 60 millones de personas en todo el mundo. Se reconoce a la Insuficiencia cardíaca como un síndrome clínico complejo que resulta de cualquier anomalía que desde el punto de vista estructural, funcional o estructural y funcional altere la capacidad del corazón para llenarse o contraerse de forma adecuada y por ende afecte la generación de un gasto cardíaco suficiente para satisfacer las demandas metabólicas del organismo tanto en el reposo como en la actividad física.

La insuficiencia cardíaca casi siempre es una afección prolongada (crónica), pero se puede presentar repentinamente. Puede ser causada por muchos problemas diferentes del corazón.

La enfermedad puede afectar únicamente el lado derecho o el lado izquierdo del corazón. Más frecuentemente, ambos lados del corazón resultan comprometidos.

Por ello la insuficiencia cardíaca ocurre cuando:

- El miocardio no puede bombear (expulsar) la sangre del corazón muy bien. Esto se denomina insuficiencia cardíaca sistólica o insuficiencia cardíaca con una fracción de eyección reducida (HFrEF, por sus siglas en inglés)

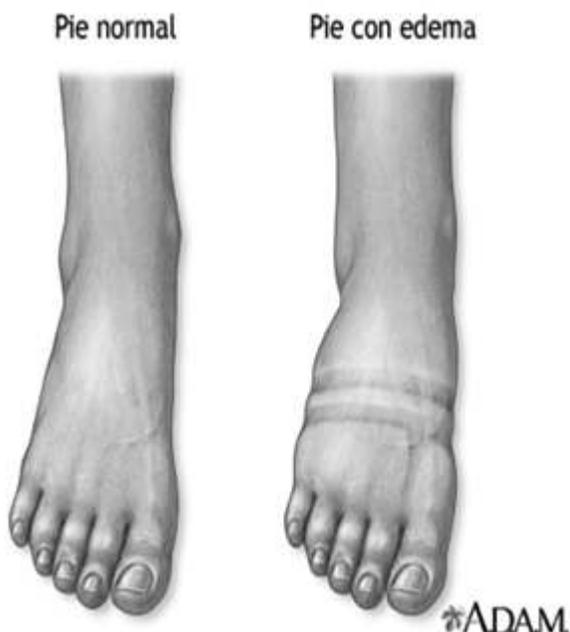
• El miocardio está rígido y no se llena de sangre fácilmente. Esto se denomina insuficiencia cardíaca diastólica o insuficiencia cardíaca con una eyección preservada (HFpEF, por sus siglas en inglés).

En este orden de ideas tenemos que las causas más comunes de insuficiencia cardíaca son: i) La enfermedad de la arteria coronaria (EAC), es un estrechamiento o bloqueo de los pequeños vasos sanguíneos que suministran sangre y oxígeno al corazón. Esto puede debilitar el miocardio ya sea a lo largo del tiempo o repentinamente y ii) La presión arterial alta que no esté bien controlada, que puede llevar a que se presenten problemas de rigidez o eventualmente llevar al debilitamiento del músculo.

Otros problemas del corazón que pueden causar insuficiencia cardíaca son: i) Cardiopatía congénita; ii) Ataque cardíaco (cuando la enfermedad de la arteria coronaria resulta en un bloqueo repentino de una arteria del corazón); iii) Válvulas cardíacas permeables o estrechas; iv) Infección que debilita el miocardio y v) Algunos tipos de ritmos cardíacos anormales (arritmias).

Otras enfermedades que pueden causar o contribuir a la insuficiencia cardíaca son: i) Amiloidosis; ii) Enfisema; iii) Hipertiroidismo; iv) Sarcoidosis; v) Anemia grave; vi) Demasiado hierro en el cuerpo, y el vii) Hipotiroidismo.

Los síntomas de la insuficiencia cardíaca con frecuencia empiezan de manera lenta. Al principio, pueden solo ocurrir cuando usted está muy activo. Con el tiempo, puede notar problemas respiratorios y otros síntomas incluso cuando está descansando. Los síntomas también pueden empezar de manera repentina después que el corazón se ha dañado a consecuencia de un ataque cardíaco u otro problema.



Bajo esta tesitura los síntomas comunes son: i) Tos; ii) Fatiga, debilidad, desmayos; iii) Pérdida de apetito (inapetencia); iv) Necesidad de orinar en la noche; v) Pulso irregular o

rápido, o una sensación de percibir los latidos cardíacos (palpitaciones); vi) Dificultad para respirar cuando está activo o después de acostarse; vii) Hígado o abdomen inflamado (agrandado); viii) Hinchazón de pies y tobillos; ix) Despertarse después de un par de horas debido a la dificultad para respirar, y aumento de peso.

## **De las guías de evidencias y recomendaciones (antes guías de práctica clínica) y los protocolos de atención integral para fortalecer la salud y prevenir enfermedades.**

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.<sup>1</sup>

El origen de las diferencias en la toma de decisiones sobre pacientes individuales puede deberse a:

- Incertidumbre: no existe 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.

En este sentido resulta importante analizar las relaciones de la variabilidad en el abordaje médico con el grado de incertidumbre que acompaña a las decisiones que se toman en la individualización de los tratamientos.

Si además se trata de analizar las variaciones en cuanto a la frecuencia de uso en un centro o institución pública de salud, un procedimiento, tratamiento o abordaje terapéutico, resulta necesario definir cuáles son los límites de un uso adecuado, tanto mínimos como máximos.

Para paliar estos problemas parece lógico que, tanto 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.<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup>

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 (MBE) y los nuevos enfoques en gestión de la información científica.<sup>4</sup>

Es derivado de este enfoque, que en nuestro país se modificó -durante 2019- el término de guías de práctica clínica a guías de evidencias y recomendaciones; sin embargo, para efectos de este apartado, seguiremos haciendo alusión a las guías de práctica clínica.

De la necesidad de disponer de conocimientos que se ajusten a las necesidades clínicas (esquemas diagnósticos ante problemas concretos, explicaciones detalladas de diferentes tratamientos, recomendaciones ante situaciones de incertidumbre, etc.) surgen diferentes productos de información que pretenden tener esa función. En pocas palabras, es preciso disponer de información sencilla en su localización, adecuada al problema, válida, precisa, aplicable al paciente concreto, fácil de comprender y accesible en el punto de atención al paciente.<sup>5</sup>

Pronto se advierte que no es fácil que un único sistema sea capaz de ofrecer todas estas características. Por ejemplo, los libros accesibles en línea ofrecen la posibilidad de acceder a textos clásicos permanentemente actualizados a través de Internet. Sin embargo, siguen teniendo algunas limitaciones: no están enfocados a resolver situaciones clínicas concretas, con el nivel de detalle preciso y sólo en contadas ocasiones evalúan la calidad de los estudios en los que basan sus afirmaciones.<sup>6</sup>

Otra de las dificultades es que el gran volumen de información limita su uso por los médicos que toman decisiones. Para evitar esto, surgieron otras herramientas (Clancy CM, 2005), como las revisiones sistemáticas (revisión en la que se han utilizado métodos específicos y apropiados para evaluar críticamente y resumir los estudios que tratan de una pregunta definida) o el metaanálisis (técnica estadística que puede formar parte de las revisiones sistemáticas para combinar los resultados de diversos estudios, ponderando por el mayor número de eventos y la calidad de estos).

De la necesidad de disponer de información con alto nivel de detalle para resolver situaciones concretas o para tomar decisiones en situación de incertidumbre y aprovechando la experiencia de otros profesionales, en los años 70 surgieron en EE. UU. varias iniciativas como el método de adecuación RAND-UCLA y las Conferencias de Consenso National Institutes of Health norteamericanos. Estas iniciativas progresivamente han adoptado un formato más estructurado, dando lugar a una síntesis de experiencias y a la formulación de recomendaciones prácticas a través de las guías de práctica clínica, para tratar de aproximar las recomendaciones a la realidad.<sup>7</sup>

La definición de guías ha suscitado algunas controversias, dado que no se corresponde con ningún otro tipo de documentos médicos. Dependiendo del fundamento en que se basan sus recomendaciones, existen guías basadas en:<sup>8</sup> i) la opinión de expertos; ii) el consenso; y/o, iii) la evidencia.

Paulatinamente se ha consensuado que las guías de práctica clínica (GPC) de buena calidad son documentos donde se plantean preguntas específicas y se organizan las mejores evidencias científicas disponibles para que, en forma de recomendaciones flexibles, sean utilizadas en la toma de decisiones clínicas.

La definición actual de GPC es la propuesta por el Institute of Medicine (IOM) en 2011 y que las define como: “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”.<sup>9</sup>

Sin embargo, las GPC puede desarrollarse con diferentes propósitos. Para su correcta implementación es útil diferenciar dos tipos:

I. GPC como ayuda profesional: su finalidad primordial consiste en ofrecer al clínico una serie de directrices con las que poder resolver, a través de la evidencia científica, los problemas que surgen diariamente con los pacientes.

II. GPC como medida de control externo, ya que las recomendaciones clave pueden trasladarse a indicadores útiles como medida de control externo.<sup>10</sup>

Entre los **objetivos más importantes que se buscan con las GPC están**: i) Mejorar la práctica clínica, en el sentido de que dan un soporte científico para ello; ii) Educar a los profesionales y a los pacientes ofreciéndoles las mejores evidencias científicas disponibles, disminuir la variabilidad profesional, mejorar la calidad asistencial y en definitiva la salud de la población.<sup>11</sup>

En el año 2011 el IOM publicó varios documentos sobre guías entre los que se incluye una nueva versión de la definición, cuya traducción sería: “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 a los pacientes”.

El IOM en este nuevo documento no sólo aporta una nueva definición de GPC, sino que además determina qué características debe presentar una GPC para considerarla digna de confianza.

El comité aclara que es fundamental que las guías sean creíbles por los profesionales por lo que deben basarse en el mejor conocimiento científico disponible y estar elaboradas mediante un procedimiento explícito por paneles de expertos con representación de todos los grupos implicados.<sup>12</sup>

Además, los grupos elaboradores deben tomar medidas para evitar sesgos, distorsiones o conflictos de interés, así como proporcionar una explicación clara de la relación entre la evidencia, las opciones disponibles, resultados en salud y la fuerza de las recomendaciones. Otros aspectos deseables de las guías son la consideración de aspectos relevantes de subgrupos de pacientes y su propia perspectiva (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016).

La nueva definición aporta una clara distinción entre el término “GPC” y otros instrumentos de mejora de la práctica clínica, como consenso de expertos, criterios de uso adecuado, medias de calidad, etc.

**Aunado a lo anterior otros instrumentos orientados a ayudar al profesional médico que adoptan diferentes denominaciones según escuelas y corrientes, como son los protocolos y las guías clínicas.**<sup>13</sup>

Todos estos productos tienen en común el ser elaborado para mejorar la calidad asistencial y facilitar el trabajo diario en la toma de decisiones, pero son herramientas distintas y las diferencias estriban fundamentalmente en lo siguiente:

- Los protocolos suelen ser documentos que señalan los pasos a seguir convenidos entre los interesados ante un problema asistencial, con carácter normativo y sin presentar las alternativas. Idealmente, deben ser desarrollados por equipos multidisciplinares y formar parte de iniciativas de mejora de la calidad o de estrategias de implementación de guías, adaptándolas localmente de acuerdo con los recursos disponibles y las posibilidades de gestión.
- Las guías clínicas se elaboran con el objeto de ofrecer también las distintas directrices que deben seguirse para operativizar las actuaciones ante situaciones clínicas determinadas en pacientes que presentan patologías con un curso clínico predecible. En la guía quedan establecidas las secuencias en el tiempo de cada una de las actuaciones que deberán realizarse por todos los profesionales que van a intervenir en el cuidado de estos pacientes (anestesiastas, cirujanos, enfermeras, etc.).

**¿De qué necesidades y por qué surgen las GPC y los protocolos para la atención integral?**

Entre los diferentes aspectos que pueden motivar la necesidad de elaborar una GPC 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 morbimortalidad de determinadas enfermedades.
- En circunstancias donde las pruebas diagnósticas o los tratamientos produzcan efectos adversos o costes innecesarios.

Es evidente que 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. Tras otras iniciativas previas, en la década de los noventa, surgieron las guías de práctica clínica. Puede entenderse que las guías representan una evolución de los antiguos protocolos abarcando dimensiones más amplias.

Con respecto a los Protocolos estos pueden representar la guía que incluya las normas de actuación y comportamiento en las instituciones del sector salud. Estos protocolos pueden estar orientados a ciertas circunstancias clínicas, o pueden analizar otras situaciones que se pueden dar en una consulta, como sucede con los protocolos de atención al paciente.

Bajo esta tesitura entendemos que, si bien el profesional de la salud puede llegar a tener un margen amplio para la toma de decisiones, en función de su propio criterio, los protocolos de atención pueden coadyuvar en la homologación de su actuación y decisión de cara a poder mejorar la atención de las personas que padezcan determinada enfermedad, la cual requiera un diagnóstico y tratamiento adecuado, que además se aplique de forma oportuna.

### **De las autoridades facultadas para su emisión**

La Secretaría de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de 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, a efecto de dar cumplimiento al artículo 4 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, 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.

En ese orden de ideas, **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. **(Énfasis añadido)**

Bajo esta tesitura 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.

Por otra parte, es de señalar que el 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;
- XVI. 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, A. C.; y
- XX. El presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Asimismo, 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, A. C.;
- II. Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C.;

III. Asociación Mexicana de Hospitales, A. C.;

IV. Asociación Nacional de Hospitales Privados A. C.; y

V. Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.

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 de este.

Por lo que 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.

Aunado a ello que, para la atención de la insuficiencia cardíaca, existe una –emitida por el IMSS- relativa al Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica, y otra que aborda la prevención secundaria y rehabilitación cardíaca postinfarto de pacientes hipertensos o en insuficiencia cardíaca.

**En este orden de ideas, se estima necesario emitir guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica crónica, a efecto de incluir en la misma tratamientos innovadores, y que la misma se aplique a todas las instituciones de salud, con el principal objetivo de homologar criterios de atención en beneficio de los pacientes.**

Por ello **es fundamental que la emisión de la referida Guía derive de diferencias significativas entre la información con la que se elaboraron las recomendaciones de la GPC y la nueva evidencia encontrada y que esta nueva información afecte de manera relevante a las recomendaciones.** <sup>14</sup>

Aunado a lo anterior y tomando en consideración las atribuciones que tiene conferidas el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 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, se estima conveniente la emisión de la Guía de Evidencia y Recomendaciones para Atención de la Insuficiencia Cardíaca, a efecto de que en la misma se consideren tratamientos innovadores, con la finalidad de homologar criterios de atención a favor de los pacientes.

Respecto de la emisión de los Protocolos se busca atender lo dispuesto en el Artículo 51 de la Ley General de Salud el cual a la letra señala:

“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios”.

Adicionalmente a lo ya sustentado, el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, el cual refiere 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.”<sup>15</sup>

De igual forma 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 que impactan sustancialmente la calidad de vida, como lo es la diabetes.

Por otra parte, a través del Plan Nacional de Salud 2019-2024, (dado a conocer a través del denominado proyecto)<sup>16</sup> 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.<sup>17</sup>

Por lo que en razón de todo esto es necesario 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.

Es necesario mencionar, que 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.

Bajo esta tesitura con **la emisión de la referida guía y el protocolo para la atención integral de falla cardíaca estarían desarrollando y ejecutando acciones necesarias, a efecto de que en la guía y el protocolo se consideren tratamientos innovadores, con el principal objetivo de que estos sean aplicados dentro de todas instituciones que conforman el sector salud en nuestro país, en un ánimo de homologar criterios de atención, en beneficio de los pacientes que padecen esta enfermedad.**

Por lo anteriormente expuesto, fundado y motivado someto a la consideración de esta honorable soberanía, la siguiente proposición con:

### **Punto de Acuerdo**

**Primero.-** La Cámara de Diputados del honorable 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, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y en lo conducente el Consejo de Salubridad General, emitan la guía de evidencia y recomendaciones para atención de falla cardíaca, a efecto de que en la misma sean considerados los tratamientos innovadores, con la finalidad de homologar los criterios de atención en el sector salud en beneficio de las personas que padecen esta enfermedad.

**Segundo.** - La Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión exhorta, respetuosamente, al Ejecutivo federal para que, a través de la Secretaría de Salud, emita el protocolo para la atención integral de falla cardíaca, a efecto de que en el mismo sean considerados los tratamientos innovadores, con la finalidad de homologar los criterios de atención en las instituciones que conforman el sector salud como el IMSS, ISSSTE, Pemex y Sedena, en beneficio de las personas que padecen esta enfermedad.

### **Notas:**

1 Gómez de la Cámara A, 1998, en Casariego y Costa, 2019

2 Shekelle PG, 2001, en Casariego y Costa, 2019.

3 Clancy CM, 2005 en Casariego y Costa, 2019.

4 Strauss, 2019 en Casariego y Costa, 2019.

5 García J, 2001 en Casariego y Costa, 2019.

6 Casariego y Costa 2019.

7 SIGN, 2014, en Casariego y Costa, 2019.

8 García M, 2003, en Casariego y Costa, 2019.

9 Graham, 2011 en Casariego y Costa, 2019.

10 Burgers J, 2013, en Casariego y Costa, 2019.

11 Grol R, 1998, en Casariego y Costa, 2019.

12 Burgers J, 2013,, en Casariego y Costa, 2019.

13 Woolf SH, 1999, en Casariego y Costa, 2019.

14 <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/gpc/ActualizacionGuias.pdf>

15 Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

16 Proyecto del Plan Nacional de Salud 2019-2024.

17 <https://www.gob.mx/salud/articulos/incrementar-el-acceso-a-la-salud-para-todos-los-mexicanos?idiom=es>

Palacio Legislativo de San Lázaro, 28 de marzo de 2023.

Diputado Éctor Jaime Ramírez Barba (rúbrica)