

Un repaso por la situación de los principales temas de salud, desde la perspectiva de la Inteligencia Epidemiológica.

Torres Meza Víctor Manuel.

Vicepresidente de la Academia Mexiquense de Medicina AMM y Director General del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud

El artículo presenta una gama de temas de interés epidemiológico y cuyo principal objetivo es ofrecer la información que necesitan para tomar sus decisiones sobre políticas y financiación.

Asimismo, el documento va destinado a una audiencia más amplia, en la que se encuentran las universidades, los hospitales con actividades docentes, los periodistas y el público en general; en suma, cualquiera con un interés profesional o personal en los temas de la salud.

Cáncer

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; en 2012 se le atribuyeron 8,2 millones de muertes.

Los cánceres que causan un mayor número anual de muertes son los de pulmón, hígado, estómago, colon y mama.

Los tipos más frecuentes de cáncer son diferentes en el hombre y en la mujer.

Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer se deben a cinco factores de riesgo comportamentales y alimentarios (índice de masa corporal elevado, consumo insuficiente de frutas y verduras, falta de actividad física y consumo de tabaco y alcohol) y, por lo tanto, pueden prevenirse.

Las infecciones que pueden provocar cáncer, como las causadas por los virus de las hepatitis B y C y el del papiloma humano, son responsables del 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medianos y del 7% en los países de ingresos altos.

El tabaquismo es el factor de riesgo que por sí solo provoca un mayor número de casos y a nivel mundial causa aproximadamente un 22% de las muertes por cáncer y un 71% de las muertes por cáncer de pulmón.

El cáncer comienza con la transformación de una sola célula, que puede tener su origen en agentes externos y en factores genéticos heredados.

El 70% de todas las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica. Se prevé que los casos anuales de cáncer

umentarán de 14 millones en 2012 a 22 en las próximas dos décadas.

Entornos poco saludables

Se estima que en 2012 perdieron la vida 12,6 millones de personas por vivir o trabajar en ambientes poco saludables: casi una cuarta parte del total mundial de muertes, según nuevas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los factores de riesgo ambientales, como la contaminación del aire, el agua y el suelo, la exposición a los productos químicos, el cambio climático y la radiación ultravioleta, contribuyen a más de 100 enfermedades o traumatismos.

«Un ambiente sano es la base de la salud en la población», señala la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS. «Si los países no adoptan medidas para que los ambientes en los que se vive y se trabaja sean sanos, millones de personas seguirán enfermando y muriendo prematuramente».

Según se indica en el informe, los más afectados por los riesgos ambientales son los niños pequeños y las personas mayores, en concreto los menores de cinco años y los adultos de 50 a 75 años. Cada año podría evitarse la muerte de 1,7 millones de menores de cinco años y de 4,9 millones de adultos de entre 50 y 75 años con una mejor gestión del medio ambiente. Las infecciones de las vías respiratorias inferiores y las enfermedades diarreicas afectan sobre todo a los menores de cinco años, mientras que las personas mayores son las más afectadas por las enfermedades no transmisibles.

- 847 000 muertes anuales en la Región de las Américas

Perdida de la audición en la infancia

Casi 32 millones de niños en todo el mundo sufren de una pérdida de audición que se considera discapacitante. De acuerdo con el nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud Pérdida de audición en la niñez: ¡qué hacer para actuar de inmediato!, el 60% de la pérdida de audición en la niñez es prevenible. Además, el informe explica que si los niños reciben precozmente la atención que necesitan, se puede asegurar el logro pleno de sus potencialidades.



Las causas de la pérdida de audición en la niñez son diversas. Se calcula que el 40% de los casos se deben a factores genéticos; el 31% a enfermedades infecciosas como el sarampión, las paperas, la rubéola y la meningitis, y el 17% a complicaciones perinatales, en particular la prematuridad, el bajo peso al nacer y la ictericia neonatal. Asimismo, se estima que el 4% de los casos de pérdida de audición en la niñez se debe a la administración de medicamentos ototóxicos a embarazadas y recién nacidos.

La sensibilización de la opinión pública acerca del cuidado del oído y la audición es otra medida fundamental para prevenir la pérdida de audición y luchar contra la estigmatización que acompaña al uso de un audífono. El fortalecimiento de las organizaciones de personas con pérdida de audición y de sus familiares también puede contribuir significativamente a este objetivo.

Fiebre amarilla y otras enfermedades emergentes

El virus de la fiebre amarilla es transmitido por mosquitos infectados. La especie más común es *Aedes aegypti*, el mismo mosquito que propaga el virus de Zika. Los síntomas son fiebre, cefalea, dolor muscular, náuseas, vómitos y fatiga. Un pequeño porcentaje de las personas infectadas atraviesa una segunda fase más grave de la enfermedad que incluye fiebre alta, ictericia y hemorragias internas. Al menos la mitad de los pacientes gravemente afectados que no reciben tratamiento fallecen al cabo de 10 a 14 días.

Hay 47 países de África (34) y América Central y Sudamérica (13) en los que la enfermedad es endémica en todo el país o en algunas regiones. Con un modelo basado en fuentes africanas de datos, se ha estimado que en 2013 hubo entre 84 000 y 170 000 casos graves y entre 29 000 y 60 000 muertes.

Ocasionalmente, quienes viajan a países donde la enfermedad es endémica pueden importarla a países donde no hay fiebre amarilla. Para evitar estos casos importados, muchos países exigen un certificado de vacunación antes de expedir visados, sobre todo cuando los viajeros proceden de zonas endémicas.

Zika. Emergencia en salud pública

La vigilancia de los casos de microcefalia y de síndrome de Guillain-Barré debe estandarizarse y mejorarse, en particular en las zonas de transmisión conocida del virus del Zika y en las zonas en riesgo de este tipo de transmisión.

La investigación sobre la etiología de los nuevos conglomerados de casos de microcefalia y otros trastornos

neurológicos debe intensificarse para determinar si hay una relación de causalidad con el virus del Zika y otros factores o cofactores.

- Se debe aumentar la vigilancia de la infección por el virus del Zika al difundir las definiciones estándares de caso y distribuir medios de diagnóstico en las zonas en riesgo.
- Se debe otorgar prioridad al desarrollo de nuevos medios de diagnóstico para la infección por el virus del Zika a fin de facilitar las medidas de vigilancia y control.
- Se debe mejorar la comunicación de los riesgos en los países con transmisión del virus del Zika a fin de abordar las inquietudes de la población, mejorar la participación de las comunidades, mejorar la notificación y garantizar la aplicación del control de vectores y de las medidas de protección personal.
- Se deben promover y ejecutar enérgicamente las medidas de control de vectores y las medidas apropiadas de protección personal a fin de reducir el riesgo de exposición al virus del Zika.
- Se debe asegurar que las mujeres en edad fértil y, en particular, las embarazadas tengan la información y los materiales necesarios para reducir el riesgo de exposición.
- Se debe brindar orientación a las embarazadas que han estado expuestas al virus del Zika y se debe hacer el seguimiento del resultado del embarazo sobre la base de la mejor información disponible y las políticas y prácticas nacionales.

Salud de los adolescentes

En general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables.

Más numerosos aún son los que tienen problemas de salud o discapacidades. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida.

Los adolescentes tropiezan con numerosos obstáculos para acceder a los productos y servicios de salud que necesitan. Algunos de esos obstáculos afectan también a niños y adultos, mientras que otros atañen exclusivamente a los adolescentes.



En el mundo entero, es cada vez mayor la certeza de que la formación en medicina del adolescente mejora el desempeño clínico de los profesionales de la atención sanitaria

No obstante, subsiste una paradoja: los profesionales de la salud manifiestan gran interés en adquirir competencias para trabajar mejor con los adolescentes, y sin embargo sus necesidades de formación siguen desatendidas.

Los proveedores de atención sanitaria a los adolescentes necesitan destrezas especiales en materia de consulta, comunicación interpersonal y atención interdisciplinaria adecuadas a la etapa de desarrollo y el entorno del individuo. Quienes prestan asistencia a los adolescentes deben tener competencias en lo que respecta a la confidencialidad, la evaluación integrada de los riesgos sanitarios, y los enfoques motivacional y cognitivo del asesoramiento y la asistencia en la transición de la atención pediátrica a la adulta.

Además, el hecho de que las capacidades de los adolescentes evolucionan con la edad y la experiencia significa que los proveedores de atención sanitaria también deben ser competentes para evaluar la capacidad del adolescente para tomar decisiones autónomas a fin de mantener el equilibrio entre protección y autonomía.

Vence a la diabetes

El número de personas con diabetes se ha multiplicado casi por cuatro desde 1980, hasta llegar a 422 millones de adultos, la mayoría de los cuales viven en países en desarrollo. Entre los factores que han contribuido a este drástico aumento se encuentran el sobrepeso y la obesidad,

Los entornos que promueven la salud reducen los factores de riesgo. Entre las medidas necesarias se encuentran la expansión de los entornos que promueven la salud a fin de reducir los factores de riesgo de la diabetes, como la inactividad física o las dietas poco saludables, y el fortalecimiento de las capacidades locales para contribuir a que los pacientes reciban el tratamiento y la atención que necesitan.

El punto de partida para vivir bien con diabetes es un diagnóstico precoz: cuanto más tiempo se tarda en diagnosticar la diabetes, peores pueden ser las consecuencias para la salud. Por tanto, en los entornos de atención primaria de salud debería ser fácil acceder a medios de diagnóstico básicos, como los análisis de sangre para determinar la glucemia. Es necesario establecer

sistemas para la derivación del paciente desde el facultativo al especialista y viceversa, puesto que los pacientes necesitarán evaluación o tratamiento periódicos especiales

No hay soluciones sencillas para combatir la diabetes, pero mediante intervenciones coordinadas con múltiples componentes pueden lograrse cambios importantes. Todos tienen un papel que desempeñar en la reducción de los efectos de la diabetes en sus diferentes variantes. Los gobiernos, los profesionales de la salud, las personas con diabetes, la sociedad civil, los productores de alimentos y fabricantes de productos alimenticios y los proveedores de medicamentos: todos son partes interesadas. En conjunto pueden hacer una contribución importante para detener el aumento de la diabetes y mejorar la calidad de vida de las personas que tienen la enfermedad.

Poner fin a la lepra en el 2020

La Estrategia mundial de eliminación de la lepra, 2016- 2020 tiene por objeto la detección temprana de la enfermedad lepromatosa y el tratamiento oportuno con el fin de evitar la discapacidad y disminuir la transmisión de la infección en la comunidad.

En los tres últimos decenios han ocurrido adelantos notables en el control de la lepra, gracias a la disponibilidad generalizada y gratuita de una farmacoterapia enérgica en forma de poliquimioterapia, estrategias adecuadas, una sólida colaboración con los principales asociados y el compromiso político de los países donde la lepra es endémica. La eliminación de la lepra como un problema mundial de salud pública se logró en el año 2000.

Desde el punto de vista práctico, esta meta se definió como una prevalencia registrada de menos de 1 caso de lepra por 10 000 habitantes. Desde la introducción de la poliquimioterapia en los tres últimos decenios más de 16 millones de pacientes han sido diagnosticados y han recibido tratamiento.

La visión de la estrategia es lograr un mundo sin lepra.

En la estrategia se han fijado las siguientes metas para el año 2020: • ninguna discapacidad de grado 2 en los pacientes pediátricos con lepra; • disminución del número de casos nuevos de lepra con discapacidad de grado 2, a menos de un caso por millón de habitantes; • ningún país cuya la legislación permita la discriminación por causa de la lepra. Inversión en salud mental.



La depresión y la ansiedad cuestan a la economía mundial US\$1 billón al año.

Cada US\$ 1 invertido en la ampliación del tratamiento de la depresión y la ansiedad rinde US\$ 4 en mejora de la salud y la capacidad de trabajo, según un nuevo estudio dirigido por la OMS en el que se estiman por primera vez los beneficios tanto sanitarios como económicos de la inversión en el tratamiento de las enfermedades mentales más frecuentes en el mundo.

Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad.

«La salud mental tiene que ser una prioridad mundial en el ámbito del desarrollo y de las actividades humanitarias, y una prioridad en todos los países»

Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%.

El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados.

Además de la ayuda que prestan los servicios de salud, las personas que presentan enfermedades mentales necesitan apoyo y atención social. A menudo necesitan que se les ayude a participar en programas educativos que satisfagan sus necesidades, así como a encontrar un empleo y una vivienda que les permitan vivir y mantenerse activos en su entorno social.

El plan de atención a los problemas de salud mental incluyen:

- reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;
- proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos,

integrados y con capacidad de respuesta;

- poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
- fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Enfermedades tropicales desatendidas y migración

La Organización Mundial de la Salud (OMS) las ha definido como aquellas enfermedades infecciosas que proliferan en entornos empobrecidos, especialmente en los ambientes calurosos y húmedos de los climas tropicales. La mayoría son enfermedades parasitarias transmitidas por la picadura infectada de mosquitos, y moscas. Otras se propagan por el agua contaminada y el suelo infestado por huevos de gusanos. Para algunas enfermedades, como el dengue, no hay tratamiento y sólo la prevención y el control de la población de insectos puede mitigar este serio problema de salud pública que afecta a 127 países del mundo.

Transmisión vertical del VIH/Sida y la sífilis

«Conseguir que los niños crezcan sanos es hacerles el mejor regalo en sus primeros años de vida. Es enormemente alentador ver que los países consiguen eliminar la transmisión materno fetal de estas dos infecciones. Se trata de un logro extraordinario y una clara señal de que el mundo está avanzando para librar del sida a las generaciones del mañana».

La eliminación de la transmisión del VIH y la sífilis de la madre al hijo es uno de los principales objetivos de la lucha mundial por poner fin al sida en 2030.

La información sobre salud reproductiva, la participación de las comunidades y la divulgación y concienciación de sectores marginales de la población, conforme a los derechos humanos fundamentales y la igualdad de género, han facilitado la prestación de esta asistencia.

Estos logros demuestran la importancia de un factor decisivo: la integración de los servicios de salud materno-infantil con los de salud reproductiva y de atención a la infección por VIH, en la que se basan las nuevas estrategias sectoriales de la OMS sobre VIH, enfermedades de transmisión sexual y hepatitis víricas. Esta integración es también un elemento fundamental para alcanzar la cobertura sanitaria universal y lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

A pesar de existir medidas profilácticas eficaces, como el uso del preservativo, y opciones terapéuticas eficaces y relativamente baratas, la sífilis sigue constituyendo un



problema a escala mundial, con 12 millones de personas infectadas cada año. Las mujeres embarazadas infectadas por sífilis pueden transmitir la infección al feto (sífilis congénita), lo cual provoca resultados adversos graves para el embarazo en un 80% de los casos.

El objetivo mundial general de la presente iniciativa es la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública, lo que se conseguirá mediante la reducción de la prevalencia de la sífilis en las mujeres embarazadas, así como la prevención de la transmisión de la sífilis de la madre al niño.

La TMI del VIH contribuye de forma importante a la transmisión del virus. Se calcula que 260 000 niños se infectaron con el VIH y 3,3 millones de niños ya estaban infectados en 2012. La TMI del VIH ocurre cuando una mujer seropositiva transmite el virus a su bebé durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, o después del parto, a través de la leche materna. Si no reciben tratamiento profiláctico, aproximadamente del 15% al 30% de los lactantes nacidos de mujeres seropositivas se infectarán con el VIH durante el embarazo y el parto, y otro 5% a 15% se infectarán al ser amamantados. La infección de los lactantes con el VIH genera una enfermedad crónica de por vida.

Las siguientes estrategias son componentes importantes de los programas eficaces de ETMI: • interrupción de la transmisión mediante la identificación oportuna y el tratamiento adecuado de las embarazadas infectadas con el VIH o la sífilis, de sus parejas sexuales y de sus hijos; y • reducción del número de infecciones por VIH o sífilis entre las embarazadas mediante: – la prevención de la infección por el VIH o la sífilis en las mujeres en edad fértil, incluidas las embarazadas y sus parejas sexuales; y – el fomento de una vida reproductiva saludable, incluida la prevención de los embarazos involuntarios y el apoyo para una concepción más segura entre las mujeres con infección por el VIH comprobada.

Lactancia materna

La OMS y UNICEF recomiendan alimentar a los bebés sólo con leche materna durante sus primeros 6 meses de vida, después de lo cual deben seguir recibiendo leche materna –además de comer otros alimentos seguros y nutricionalmente adecuados– hasta los 2 años de edad o más.

Con el compromiso de aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida al menos

a un 50% antes de 2025, como parte de un conjunto de objetivos en favor de la alimentación a escala mundial.

A nivel mundial, casi dos de cada tres bebés no reciben leche materna de manera exclusiva durante los 6 meses recomendados, una tasa que no ha mejorado en dos décadas. La leche materna es el alimento ideal para los bebés.

Es segura, limpia y contiene anticuerpos que ayudan a protegerles contra muchas enfermedades frecuentes en la infancia. Los niños amamantados se desempeñan mejor en las pruebas de inteligencia, tienen menos probabilidades de sobrepeso u obesidad y menos posibilidades de sufrir diabetes más adelante en la vida. Las mujeres que amamantan también corren un menor riesgo de sufrir cánceres de mama y ovario.

Una comercialización inadecuada de los sucedáneos de la leche materna sigue socavando los esfuerzos para mejorar las tasas de lactancia materna y permanencia en todo el mundo.

Nuevos análisis han revelado que si se aumentara la lactancia materna a niveles casi universales se podrían salvar cada año las vidas de más de 820.000 niños menores de 5 años y 20.000 mujeres. Esto podría sumar también alrededor de 300.000 millones de dólares anualmente a la economía mundial, sobre la base de las mejoras en la capacidad cognitiva que se producirían si cada niño fuera amamantado hasta al menos los 6 meses de edad y el aumento en las ganancias previstas más adelante en sus vidas.

Aumentar las tasas de lactancia materna reduciría significativamente los costos a las familias y a los gobiernos en el tratamiento de enfermedades infantiles como la neumonía, la diarrea y el asma.

Mejora de la salud materna

El día del nacimiento es posiblemente el momento más peligroso para las madres y los niños. Cada año, en todo el mundo, 303 000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto, 2,7 millones de recién nacidos mueren durante sus primeros 28 días de vida y 2,6 millones de niños nacen muertos.

En la mayoría de los casos, la mortalidad y la mortalidad neonatal se pueden evitar con una atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto.

En casi todos los casos de mortalidad y en la mayoría de los casos de muerte neonatal no se expiden certificados de nacimiento o defunción, por lo que el sistema de salud nunca los registra, los notifica ni los investiga. Como resultado de ello, los países no suelen saber el número de muertes o sus causas y no pueden adoptar las medidas eficaces y oportunas necesarias para evitar la muerte de otros niños y madres.

La vigilancia de la mortalidad materna y la respuesta a ella es un enfoque relativamente nuevo consistente en la investigación de las muertes maternas en tiempo real por parte de un comité de examen de las muertes maternas (un grupo de expertos), con el fin de que los centros de salud puedan adoptar las medidas correctivas pertinentes. Inversiones en profesionales sanitarios.

Es necesario invertir en personal sanitario para avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y en particular para obtener beneficios en materia de salud, seguridad mundial y crecimiento económico inclusivo. La Comisión de Alto Nivel sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico ha formulado 10 recomendaciones para conseguir tales beneficios a través de inversiones adecuadas en el empleo sanitario que pueden impulsar las economías, encauzar a los países hacia la cobertura sanitaria universal y actuar de muro de contención contra brotes como el de la enfermedad por el virus del Ébola.

Existen cada vez más pruebas de que las inversiones en el sector de la salud arrojan pingües dividendos. Se calcula que las inversiones en salud ofrecen una rentabilidad de 9 a 1, y que alrededor de una cuarta parte del crecimiento registrado entre 2000 y 2011 en los países de ingresos bajos y medianos son resultado de mejoras en la salud. La inversión en competencias y el aumento de los empleos en

el sector de la salud también contribuirán a la autonomía económica de las mujeres y de la juventud.

Las 10 recomendaciones de la Comisión son:

1. Estimular inversiones para la creación de empleos decentes en el sector de la salud, especialmente para las mujeres y la juventud, en un número suficiente y en los destinos adecuados.
2. Potenciar al máximo la participación de la mujer en la economía y fomentar su empoderamiento institucionalizando su liderazgo, abordando los prejuicios e inequidades contra las mujeres en la educación y el mercado laboral sanitario, y atendiendo

las inquietudes con respecto a las cuestiones de género en los procesos de reforma sanitaria.

3. Potenciar una educación transformadora y de gran calidad y la formación a lo largo de toda la vida para que todos los profesionales sanitarios cuenten con competencias que se adecuen a las necesidades de las poblaciones y puedan trabajar dando lo mejor de sí mismos.
4. Reformar los modelos de prestación de servicio que giran alrededor de la atención hospitalaria y centrarse en la prevención y en la prestación eficaz de atención primaria y ambulatoria de calidad, asequible, integrada, basada en la comunidad y centrada en las personas, prestando una atención especial a las zonas poco atendidas.
5. Aprovechar el poder y el costo eficacia de las tecnologías de la información y la comunicación para mejorar la educación en el ámbito de la salud, los servicios centrados en las personas y los sistemas de información sanitaria.
6. Garantizar la inversión en las capacidades básicas exigidas en el Reglamento Sanitario Internacional, en particular el fomento de las competencias de los trabajadores sanitarios nacionales e internacionales en entornos humanitarios y en emergencias de salud pública, ya sean agudas o prolongadas. Garantizar la protección y seguridad de todo el personal de salud y de las instalaciones sanitarias en todos los entornos.
7. Recaudar fondos suficientes de fuentes nacionales e internacionales, públicas o privadas, según proceda, y considerar la posibilidad de una reforma de base amplia para la financiación de la salud de ser necesario, a fin de invertir en las competencias adecuadas, en condiciones de trabajo dignas y en un número suficiente de trabajadores de la salud.
8. Promover la colaboración intersectorial en el ámbito nacional, regional e internacional; lograr la participación de la sociedad civil, los sindicatos y otras organizaciones de trabajadores de la salud y el sector privado; y alinear la cooperación internacional para apoyar las inversiones en el personal de salud, como parte de estrategias y planes nacionales de salud y educación.
9. Promover el reconocimiento internacional de las cualificaciones del personal sanitario para fomentar un mejor uso de sus competencias, potenciar las ventajas y reducir los efectos negativos de la migración de los trabajadores sanitarios, y salvaguardar sus derechos.
10. Llevar a cabo investigaciones y análisis sólidos de los mercados laborales sanitarios mediante parámetros y métodos armonizados, a fin de fortalecer los datos



científicos, la rendición de cuentas y las actuaciones.

Afrontar la resistencia a antimicrobianos

La resistencia a los antimicrobianos (AMR, por sus siglas en inglés) se produce cuando las bacterias, virus, parásitos y hongos desarrollan resistencia frente a los medicamentos que anteriormente eran capaces de curarlos.

“La resistencia a los antimicrobianos amenaza la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y requiere una respuesta global”, Resulta necesario comprender toda la magnitud del problema y acabar con el mal uso de medicamentos antimicrobianos en la salud humana, sanidad animal y agricultura.

Las infecciones comunes y potencialmente mortales como la neumonía, la gonorrea y las infecciones postoperatorias, así como el VIH, la tuberculosis y la malaria, son cada vez más difíciles de tratar debido a la AMR. Si no se controla, se prevé que la AMR tenga consecuencias muy significativas a nivel social, económico y de seguridad sanitaria, que perjudicarán gravemente el desarrollo de los países.

El elevado nivel de AMR registrado hoy en día en el mundo es consecuencia del abuso y mal uso de los antibióticos y otros antimicrobianos en seres humanos, animales y cultivos, así como de la propagación de los residuos de estos medicamentos en el suelo, los cultivos y el agua. En el contexto más amplio de la AMR, la resistencia a los antibióticos se considera como la amenaza global más importante y urgente, que necesita de la atención internacional y nacional.

Discriminación para los adultos mayores

En un nuevo análisis llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha comprobado que las actitudes negativas o discriminatorias hacia las personas mayores están muy extendidas y son perjudiciales para su salud física y mental.

En la encuesta World Values Survey analizada por la OMS, que se realizó a más de 83 000 personas en 57 países, se evaluaron las actitudes hacia las personas mayores en todos los grupos de edad. En opinión del 60% de los encuestados, no se dispensa a los ancianos el respeto que merecen. Este problema es más marcado en los países de ingresos altos, donde el grado de respeto por este grupo de edad es más bajo.

La actitud negativa con respecto al envejecimiento y a las

personas mayores también repercute de forma importante en la salud física y mental de los miembros de este grupo de edad. Las personas mayores que se ven como una carga para los demás pueden acabar pensando que su vida tiene menos valor y, como consecuencia de ello, son más proclives a la depresión y el aislamiento social. En un estudio recientemente publicado se observó que las personas de edad que tenían una percepción negativa de su propio envejecimiento encontraban más dificultades para enfrentar su discapacidad y vivían, en promedio, 7,5 años menos que las personas que tenían una actitud positiva sobre esa cuestión.

En 2025 se duplicará el número de personas de 60 años o más y, en 2050, esta cifra alcanzará los 2000 millones. La gran mayoría de estas personas vivirá en países de ingresos bajos y medianos.

Contaminación ambiental y efectos en salud humana

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado un nuevo modelo de calidad del aire que confirma que el 92% de la población mundial vive en lugares donde los niveles de calidad del aire exceden los límites fijados por la OMS.

Unos 3 millones de muertes al año están relacionadas con la exposición a la contaminación de aire de exteriores. La contaminación del aire de interiores puede ser igualmente letal. En 2012, según las estimaciones, 6,5 millones de muertes (11,6% de todas las muertes mundiales) estuvieron relacionadas con la contaminación del aire tanto de interiores como de exteriores.

El 94% de las muertes se deben a enfermedades no transmisibles, sobre todo a enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, la neumopatía obstructiva crónica y el cáncer de pulmón. La contaminación del aire también aumenta el riesgo de infecciones respiratorias agudas.

«La contaminación del aire continúa dañando la salud de las poblaciones más vulnerables, a saber, las mujeres, los niños y las personas de edad avanzada»

La lucha contra la tuberculosis

Según se deduce de los nuevos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe mundial sobre la tuberculosis 2016, los países necesitan agilizar los esfuerzos por prevenir, detectar y tratar la enfermedad si desean cumplir con las metas mundiales establecidas.



En el marco de los objetivos de desarrollo sostenible, los gobiernos han acordado las metas que es preciso alcanzar para poner fin a la epidemia de tuberculosis. Se ha fijado, para 2030, una reducción del 90% en la mortalidad por tuberculosis y del 80% en los casos de la enfermedad con respecto a los niveles de 2015.

En el informe se advierte de que, si bien las medidas de lucha contra la tuberculosis han salvado la vida a más de 3 millones de personas en 2015, la prevalencia de la enfermedad es en realidad más elevada que la estimada anteriormente, tal y como indican los nuevos datos sobre vigilancia y un estudio realizado en la India.

Dos de los principales problemas siguen siendo las deficiencias tanto en la realización de pruebas diagnósticas como en la notificación de casos nuevos. De los 10,4 millones de nuevos casos registrados en 2015, solo 6,1 millones se detectaron y notificaron oficialmente.

La multiresistencia de los bacilos tuberculosos continúa causando una crisis de salud pública. La OMS calcula que 480 000 personas enfermaron de tuberculosis multiresistente en 2015.

Las deficiencias en la detección y el tratamiento siguen afectando a la lucha contra la tuberculosis multiresistente. En 2015, solo una de cada cinco personas que reunían las condiciones para que se les prescribiera un fármaco de segunda elección tuvo acceso a este tratamiento. Las tasas de curación en el mundo, de alrededor del 52%, continúan siendo bajas.

La Promoción a la Salud

La necesidad de que las personas puedan controlar su propia salud y tengan la posibilidad de optar por un modo de vida sano. Al insistir en la necesidad de actuaciones políticas en diferentes sectores y regiones, pone de relieve la función de la buena gobernanza y los conocimientos sanitarios en la mejora de la salud, así como la función crucial que desempeñan las autoridades municipales y las comunidades.

Entre los compromisos relativos a los conocimientos sobre salud cabe citar la elaboración de estrategias locales y nacionales para que los ciudadanos sean más conscientes sobre cómo llevar una vida sana y el fomento de la capacidad de los ciudadanos para controlar su salud y los determinantes que la condicionan aprovechando el potencial de la tecnología digital.

Integrar la salud como consideración fundamental en todas las políticas municipales; promover la colaboración de las comunidades a través de múltiples plataformas (escuelas, lugares de trabajo y tecnología moderna) para el fomento de la salud; y reorientar los servicios sanitarios y sociales de los municipios hacia la equidad y la cobertura sanitaria universal.

Autoanálisis del VIH/SIDA

Según un nuevo informe de la OMS sobre los progresos realizados, la falta de diagnóstico del VIH representa un obstáculo importante para poner en práctica la recomendación de la OMS que preconiza ofrecer tratamiento antirretrovírico (TAR) a todas las personas infectadas por el VIH.

El informe revela que actualmente más de 18 millones de personas con VIH reciben TAR y que un número similar de personas afectadas todavía no tiene acceso al tratamiento; la mayoría de ellas desconoce su estado serológico. Hoy en día, el 40% de las personas con VIH (más de 14 millones) desconocen su condición respecto del virus. Muchas de ellas son personas que corren un riesgo más elevado de infectarse con el VIH y a menudo tienen dificultades para acceder a servicios de análisis existentes.

El autoanálisis del VIH permite que las personas utilicen la saliva o la sangre obtenida mediante un pinchazo en el dedo para conocer su estado en privado, en un entorno que les resulte cómodo. Los resultados están listos en 20 minutos como máximo. Se aconseja a aquellos que hayan obtenido un resultado positivo que acudan a un centro de salud para realizar una prueba de confirmación. La OMS recomienda ofrecer a estas personas información, dirigir las hacia los servicios de apoyo y remitirlas rápidamente a los servicios de prevención, tratamiento y atención.

Entre 2005 y 2015, la proporción de personas con VIH que conocían su estado serológico aumentó de 12% a 60% en todo el mundo. El aumento del uso de las pruebas de detección del VIH en todo el mundo ha conseguido que el 80% de las personas diagnosticadas con la infección del VIH reciban TAR.

La cobertura sigue siendo baja entre ciertos grupos de la población. Por ejemplo, la tasa de cobertura mundial en lo que concierne al análisis, la prevención y el tratamiento del VIH es más baja entre los hombres que entre las mujeres. Los hombres representan solo el 30% de las personas que se han sometido a las pruebas de detección del VIH. Como

consecuencia, los hombres seropositivos tienen menos probabilidades de que se les diagnostique la infección y se les administre tratamiento antirretroviral y tienen más probabilidades de morir por causas relacionadas con el VIH que las mujeres.

Cobertura Sanitaria Universal

La cobertura sanitaria universal (CSU) implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La CSU permite a todos acceder a servicios que atienden las causas más importantes de las enfermedades y la muerte, y asegura que la calidad de esos servicios sea suficientemente buena para mejorar la salud de las personas que los reciben.

Proteger a las personas de las consecuencias financieras que puede tener el pago de los servicios de salud reduce el riesgo de que se empobrezcan a resultas de una enfermedad inesperada que exija la utilización de los ahorros de toda una vida, la venta de bienes o el recurso a préstamos, que pueden destruir su futuro y a menudo el de sus hijos.

La CSU no se refiere únicamente a la financiación de la salud: abarca todos los componentes del sistema de salud, a saber, los sistemas de prestación de servicios de salud, el personal sanitario, las instalaciones sanitarias o las redes de comunicación, las tecnologías sanitarias, los sistemas de información, los mecanismos de garantía de la calidad, la gobernanza y la legislación.

La CSU no solo tiene por finalidad asegurar un conjunto de servicios de salud mínimos, sino también lograr la ampliación progresiva de la cobertura de los servicios de salud y de la protección financiera, conforme se disponga de más recursos.

La CSU no solo engloba los servicios de tratamiento específicos, sino también incluye los servicios a la población como las campañas de salud pública, la adición de flúor al agua, el control de los lugares de reproducción de los mosquitos, entre otros.

La CSU comprende mucho más que solo la salud. Adoptar medidas para alcanzar la cobertura sanitaria universal equivale a adoptar medidas para lograr la equidad, las

prioridades en materia de desarrollo y la inclusión y cohesión sociales.

Referencia bibliográficas

1. Cuevas, S. A. R., & García, M. C. (2006). Epidemiología del cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex*, 74(11), 585-593.
2. Serman, F. (2002). Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(4), 318-323.
3. Hill, A. B. (2008). Environment and disease: association or accusation?. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(2), 0-0.
4. Kuri-Morales, P. A., González-Roldán, J. F., Hoy, M. J., & Cortés-Ramírez, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *salud pública de méxico*, 48, s91-s98.
5. Samet, J. M. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *salud pública de méxico*, 44, s144-s160.
6. González Jiménez, E., Aguilar Cordero, M., García García, C. J., García López, P., Álvarez Ferre, J., Padilla López, C. A., & Ocete Hita, E. (2012). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 177-184.
7. Santos Muñoz, S. (2005). La Educación Física escolar ante el problema de la obesidad y el sobrepeso. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 5(19).
8. Gavidia Catalán, V. (2001). La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Revista Española de Salud Pública*, 75(6), 505-516.
9. Martorell, R. (2005). La diabetes y los mexicanos: ¿ Por qué están vinculados?. *Preventing Chronic Disease*, 04_0100_es.
10. Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus in Mexico: Status of the epidemic. *salud pública de méxico*, 55, s129-s136.
11. Ferreira, R., Basile, L., Munyo, A., & Añazo, G. (2003). Emisiones otoacústicas en recién nacidos con factores de riesgo auditivo. *Arch Pediatr Urug*, 74(3), 11.
12. González, J. N. (2003). Alteraciones del habla en la infancia. Ed. Médica Panamericana.
13. Ruiz Restrepo, I. J., & Castro Medina, J. R. (2006). Desórdenes del procesamiento auditivo. *Iatreia*, 19(4).
14. González-González, L. O., Pérez-González, V. M., & Ospina-Rodríguez, J. P. (2012). Clínica de tamiz auditivo en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediátrica de México*, 33(1), 20-25.
15. Suárez Larreinaga, C. L., & Berdasquera Corcho, D. (2000). Enfermedades emergentes y reemergentes: factores causales y vigilancia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 593-597.
16. Riverón Corteguera, R. L. (2002). Enfermedades emergentes y reemergentes: un reto al siglo XXI. *Revista cubana de pediatría*, 74(1), 7-22.
17. Ridel, G. M., Luis, I. R., & Teja, J. (2004). Las enfermedades emergentes y reemergentes: un problema de salud en las Américas.
18. Contreras Soto, J., & Cano Rangel, M. A. (2008). El reto de las enfermedades emergentes. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 25(2), 125-8.
19. Clark, G. G. (1995). Situación epidemiológica del dengue en América. Desafíos para su vigilancia y control. *Salud Pública de México*, 37(1), 5-11.
20. Oduyebo, T. (2016). Update: interim guidelines for health care providers caring for pregnant women and women of reproductive age with possible Zika virus exposure—United States, 2016. *MMWR. Morbidity*



- and mortality weekly report, 65.
21. Castro, T. (2016). Virus Zika, una nueva epidemia en puerta. *REVISTA BIOMÉDICA*, 27(1).
 22. Placeres Hernández, J. F. (2016). Reducir las poblaciones del mosquito *Aedes aegypti*, estrategia para evitar tres enfermedades virales que incrementan su incidencia. *Revista Médica Electrónica*, 38(2), 120-122.
 23. Maguiña, C., & Galán-Rodas, E. (2016). El virus Zika: una revisión de literatura. *Acta Médica Peruana*, 33(1), 35-41.
 24. Rueda, S. M. (2016). Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados. *Medellín-zona noroccidental*, 2010. Facultad Nacional de Salud Pública, 30(4.1).
 25. Arias, M. A., Suárez, Z., Carballo, V., Gadea, S., González, L., Riva, L., ... & Silvera, M. J. (2016). La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos. Universidad de la República, Comisión Sectorial de la Investigación Científica.
 26. Langer, Á. I., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J., Cid, C., & Magni, A. (2017). Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos preliminares de una intervención en el contexto educativo. *Revista Médica de Chile*, 145(4).
 27. Sanchez, E. G. O. (2017). ANÁLISIS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESQUEMAS DE TRATAMIENTO EN UN GRUPO DE PACIENTES DIABÉTICOS DE UNA UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL ÁREA URBANA DE LA CIUDAD DE PUEBLA.
 28. Arias, M. A., Suárez, Z., Carballo, V., Gadea, S., González, L., Riva, L., ... & Silvera, M. J. (2016). La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos. Universidad de la República, Comisión Sectorial de la Investigación Científica.
 29. Mandujano, J. A. M., Gómez, T. G., de Córdova, M. I. P., Barrio, F. F., Hernández, R. C. L., & Martínez, M. D. S. P. (2017). La edad y sexo como factores condicionantes del control de enfermedad crónica en el primer nivel de atención: estudio retrospectivo. *CUIDADO Y SALUD/ KAWSAYNINCHIS*, 2(2), 213.
 30. Alberto, C., & Cordova, B. (2016, February). EL EQUIPO DE SALUD Y EL ENFERMO DE LEPROA DESDE UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA. In *Convención Internacional Virtual de Ciencias Morfológicas*.
 31. Díaz, O., Gamarra, M., & Cano, R. (2017). Vigilancia de la lepra en España en 2016 y situación mundial. *Boletín epidemiológico semanal*, 24(9), 133-137.
 32. Guerrero, M. I. (2017). Epidemiological surveillance of leprosy in low prevalence regions: still need to be done. *Infectio*, 21(1), 7-8.
 33. Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., ... & Soler, J. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(1), 37-43.
 34. Solano, N. S., Gorn, S. B., & Reyes, J. G. (2016). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atención Primaria*, 48(4), 258-264.
 35. Díaz-Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B. E., & Hufty, M. (2017). Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 305-312.
 36. Irrarázaval, M., Prieto, F., & Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, 22(1), 37-50.
 37. Recio, S. N., & Azcarraga, P. A. (2017). El papel de la formación para responder a los retos de la salud global del siglo XXI. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 2(1), 97-104.
 38. Millán, A. E. M., & Mora, A. M. (2017). Influencia de los determinantes de salud en la distribución geodemográfica del dengue Influence of the health determinants in the geo-demographic distribution of dengue. *MULTIMED Revista Médica Granma*, 20(5), 163-178.
 39. Avila, A., Gómez, M., Castillo, E., Alvarez, Y., Bastiste, K., & Carrasco, M. (2017). Despistaje de infecciones de transmisión vertical durante el embarazo: Toxoplasmosis, VIH, Hepatitis B y C, Sífilis. *Kasmera*, 44(2), 77-87.
 40. Montero, A. (2016). Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes.
 41. Sánchez Cabrera, Y. J., Mora Linares, O., & Sanabria Negrín, J. G. (2017). Experiencia en la eliminación de la transmisión vertical del VIH en Evinayong. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(3), 115-121.
 42. Hernández-Cordero, S., Rivera-Dommarco, J., Hernández-Ávila, M., & de Expertos, C. (2017). Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. *salud pública de méxico*, 59(1).
 43. Ospina, J. M., Jiménez, Á. M., & Betancourt, E. V. (2016). Influencia de la lactancia materna en la formación del vínculo y en el desarrollo psicomotor. *Colección Académica de Ciencias Sociales*, 3(2), 1-10.
 44. Rojas, M. G. (2016). POLÍTICAS PÚBLICAS, SALUD MATERNA Y DERECHOS FUNDAMENTALES. *NOUS*, 7(9), 21.
 45. Hernández, C. R., Castolo, E. M. C., & Egan, L. A. V. (2016). Desafíos en salud materna en México: universalidad, calidad y respeto a derechos humanos. *Revista CONAMED*, 17(4sup).
 46. Astorga, I., Alonso, P., Pinto, D. M., Freddi, J., & Corredera, M. (2017). ¿Cómo articular las APP dentro de un programa de inversiones en salud en América Latina y el Caribe?. *Inter-American Development Bank*.
 47. Repullo, J. R., & Freire, J. M. (2016). Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 30, 3-8.
 48. Casas, J., Repullo, J. R., Lorenzo, S., & Cañas, J. J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de administración sanitaria*, 6(23), 143-160.
 49. La Comisión de Alto Nivel sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico FINAL REPORT of the EXPERT GROUP. Richard Horton (Chair), Edson C Araujo, Haroon Bhorat, Saskia Bruysten, Claudia Gabriela Jacinto, Barbara McPake, K Srinath Reddy, Ritva Reinikka, Jean-Olivier Schmidt, Lina Song, Viroj Tangcharoensathien, Sylvia Trent-Adams, David Weakliam, Alicia Ely Yamin.
 50. Campos, J., & Baquero, F. (2002). Resistencia a antibióticos: ¿qué hacer ahora?. *Medicina clínica*, 119(17), 656-658.
 51. Campos, J., Pérez-Vázquez, M., & Oteo, J. (2010). Las estrategias internacionales y las campañas para promover el uso prudente de los antibióticos en los profesionales y los usuarios. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 28, 50-54.
 52. Romero Ruvalcaba, J. T. (2005). Discriminación y adultos mayores: un problema mayor. *El Cotidiano*, (134).
 53. Sánchez-González, D., & Egea-Jiménez, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de población*, 17(69), 151-185.
 54. Vargas Marcos, F. (2005). La contaminación ambiental como factor determinante de la salud. *Revista española de salud pública*, 79(2), 117-127.
 55. Ordóñez, G. A. (2000). Salud ambiental: conceptos y actividades.
 56. Armus, D. (1870). Consenso, conflicto y liderazgo en la lucha contra la tuberculosis. Buenos Aires 1870-1950. Suriano J, compilador. La cuestión social en la Argentina, 1943, 191-216.
 57. Kochi, A. (1993). Los éxitos y fracasos de los programas nacionales de



- lucha contra la tuberculosis y una nueva estrategia mundial. Ponencia presentada en el V seminario sobre tuberculosis. Lima: Perú.
58. Báez-Saldaña, R., Pérez-Padilla, J. R., & Salazar-Lezama, M. A. (2003). Discrepancias entre los datos ofrecidos por la Secretaría de Salud y la Organización Mundial de la Salud sobre tuberculosis en México, 1981-1998. *salud pública de méxico*, 45(2), 78-83.
 59. Restrepo, H. E., & Málaga, H. (2001). Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Pan American Health Org.
 60. Terris, M. (1992, July). Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública. In *Discusiones Técnicas sobre Promoción de la Salud*. Organización Panamericana de la Salud.
 61. OPERATIVO, P. (2014). PROGRAMA SOBRE EL VIH: ALCANZAR NUESTROS OBJETIVOS.
 62. Ochoa-Fernández, A. C., Sánchez-Siancas, J. E., Ueda-Muro, D. A., Ugarte-Gil, C., Alcalde-Rabanal, J. E., & Orozco-Nuñez, E. (2017). Acerca de " Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México". *salud pública de méxico*, 59(1), 8-10.
 63. Kamei, T., Takahashi, K., Omori, J., Arimori, N., Hishinuma, M., Asahara, K., ... & Tashiro, J. (2017). Toward Advanced Nursing Practice along with People-Centered Care Partnership Model for Sustainable Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 25.
 64. de la Salud, A. M. (2016). Fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona.