

Protocolos Nacionales de Atención Médica: marco para fortalecer la atención de primer nivel en México

Patricia Clark, D en C, Reumat,^(1,2) Ricardo Correa-Rotter, Intern Nefrol,⁽³⁾ Raúl Rivera-Moscato, Intern Endoc,⁽³⁾ Griselda Adriana Cruz-Priego, D en C,^(1,2,4) Alma Vergara-López, Intern Endoc,⁽⁵⁾ Alva Santos-Carrillo, Ginec y Obstet,⁽⁶⁾ Francisco Ayala-Ayala, Méd,⁽⁷⁾ Margarita Pérez-Villaseñor, M en Admon,⁽⁸⁾ David Kershenobich, D en Med, Intern.⁽⁸⁾

Clark P, Correa-Rotter R, Rivera-Moscato R, Cruz-Priego GA, Vergara-López A, Santos-Carrillo A, Ayala-Ayala F, Pérez-Villaseñor M, Kershenobich D. Protocolos Nacionales de Atención Médica: marco para fortalecer la atención de primer nivel en México. *Salud Publica Mex.* 2026;68:273-281. <https://doi.org/10.21149/18220>

Clark P, Correa-Rotter R, Rivera-Moscato R, Cruz-Priego GA, Vergara-López A, Santos-Carrillo A, Ayala-Ayala F, Pérez-Villaseñor M, Kershenobich D. National Medical Care Protocols: framework to strengthen primary health care in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2026;68:273-281. <https://doi.org/10.21149/18220>

Resumen

Objetivo. Describir el proceso de desarrollo y las características principales de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM), una estrategia nacional para estandarizar la práctica clínica en el primer nivel de atención en México. **Material y métodos.** Proceso metodológico liderado por el Consejo de Salubridad General, que incluyó priorización de temas, integración de grupos multidisciplinarios de expertos, revisión de evidencia científica, construcción de consensos, revisión técnica e interinstitucional, aprobación y publicación. **Resultados.** Se desarrollaron seis protocolos clínicos dirigidos al primer nivel de atención: hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico, sobrepeso y obesidad, enfermedad renal crónica, los primeros 1 000 días de vida y vacunación a lo largo del curso de vida. Más de 80 especialistas participaron en su elaboración. **Conclusión.** Los PRONAM constituyen una herramienta nacional para

Abstract

Objective. To describe the development process and main characteristics of the National Medical Care Protocols (PRONAM), a national strategy to standardize clinical practice at the primary health care level in Mexico. **Materials and methods.** We describe the methodological process led by the General Health Council, which included topic prioritization, integration of multidisciplinary expert groups, review of scientific evidence, consensus building, technical and interinstitutional review, formal approval, and publication. **Results.** Six clinical protocols were developed for primary health care: systemic arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus and metabolic syndrome, overweight and obesity, chronic kidney disease, the first 1 000 days of life, and vaccination across the life course. More than 80 specialists participated in their development. **Conclusions.** PRONAM constitutes a national tool to strengthen primary health care

- (1) Consejo de Salubridad General. México.
- (2) Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.
- (3) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de México, México.
- (4) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital Infantil de México. Ciudad de México, México.
- (5) Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Ciudad de México, México.
- (6) Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.
- (7) Servicios de Salud, División Supervisión Región Sureste, Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. México
- (8) Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 18 de marzo de 2026 • **Fecha de aceptado:** 11 de mayo de 2026 • **Publicado en línea:** 14 de mayo de 2026

Autora de correspondencia: Griselda-Adriana Cruz-Priego. Universidad Nacional Autónoma de México.
Av. Universidad 3000, Ciudad Universitaria. 04510 Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, México
Correo electrónico: adriana.crp@ciencias.unam.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

fortalecer la atención de primer nivel y promover la estandarización de la práctica clínica basada en evidencia en México.

Palabras clave: Atención primaria de la salud; práctica clínica; toma de decisiones clínicas.

and promote the standardization of evidence-based clinical practice in Mexico.

Key words: Primary health care; practice guidelines; clinical decision-making.

La atención de primer nivel, reconocida internacionalmente como el pilar de los sistemas de salud equitativos y sostenibles, ha sido promovida desde la Declaración de Alma-Ata como el primer punto de contacto de la población con los servicios de promoción, prevención, atención curativa y rehabilitación. La Organización Mundial de la Salud¹ ha enfatizado su papel central para responder de manera integral a las necesidades de salud. No obstante, a pesar de la evidencia que respalda su efectividad, muchos sistemas de salud continúan dependiendo de modelos fragmentados y centrados en el ámbito hospitalario, insuficientes para enfrentar la creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles,^{1,2} situación agravada por la limitada disponibilidad de personal médico especializado.^{2,3}

La experiencia internacional ha demostrado que el fortalecimiento sostenido de la atención de primer nivel mejora los resultados en salud, reduce inequidades y optimiza el uso de los recursos,^{2,4,5} lo que subraya la importancia de contar con herramientas clínicas estandarizadas que apoyen la toma de decisiones, el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de los pacientes.^{2,5,6}

En este contexto, diversos países han desarrollado protocolos clínicos para apoyar la toma de decisiones y reducir la variabilidad en la práctica médica en la atención primaria, como Brasil, Finlandia y Australia.⁷ Estas iniciativas evidencian el valor de contar con herramientas clínicas estructuradas que orienten el diagnóstico y manejo de los pacientes en el primer nivel de atención.

En México, la atención clínica ha sido históricamente fragmentada y poco alineada con las capacidades del primer nivel. Muchas guías se han desarrollado desde una perspectiva especializada, con gran extensión y limitada aplicabilidad en servicios de alta demanda, lo que reduce su utilidad para la detección temprana y el manejo oportuno de padecimientos de alta carga.

Estas limitaciones son particularmente relevantes ante el perfil epidemiológico del país, donde las enfermedades crónicas no transmisibles representan cerca de 80 % de la carga de enfermedad,⁸ incluyendo hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, sobrepeso y obesidad, y enfermedad renal crónica.^{8,9}

Ante este escenario, el Gobierno de México, a través de la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General (CSG), desarrolló los Protocolos Nacionales de

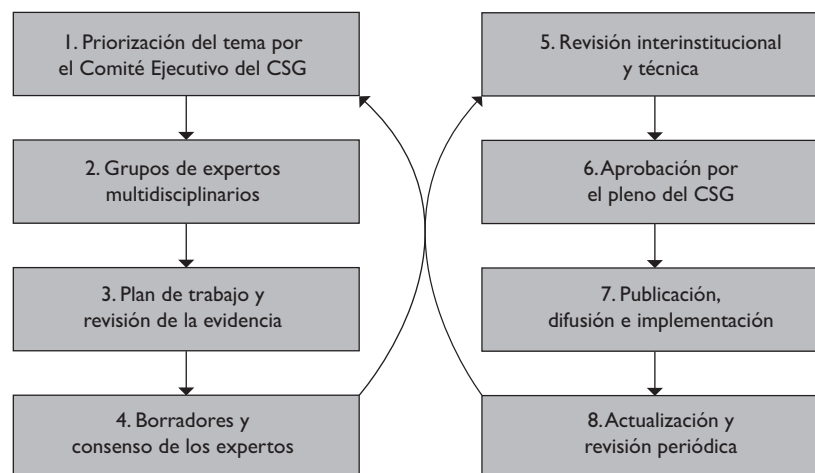
Atención Médica (PRONAM) con el objetivo de estandarizar la práctica clínica en el primer nivel de atención. Al consolidar recomendaciones en documentos concisos, operativos y basados en evidencia, alineados con los recursos disponibles, los PRONAM buscan mejorar la detección temprana, el manejo, el seguimiento y la referencia de los pacientes. Esta iniciativa se alinea con el enfoque HEARTS de la OMS^{10,11} y con estrategias regionales como Previne Brasil,⁴ posicionándose como un esfuerzo nacional para fortalecer la atención de primer nivel y mejorar la equidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud en México. En este artículo se describe la metodología empleada para el desarrollo de los primeros seis PRONAM y sus principales características como protocolos clínicos nacionales dirigidos al primer nivel de atención.

Material y métodos

El desarrollo de los PRONAM siguió un proceso estructurado y secuencial liderado por el CSG, diseñado para garantizar rigor metodológico, consenso interinstitucional y alineación con las prioridades nacionales en atención de primer nivel. La secuencia metodológica comprendió siete etapas (figura 1): 1) priorización de temas, 2) integración de grupos de expertos, 3) revisión de evidencia y elaboración de contenidos, 4) construcción de consensos, 5) revisión técnica, por pares e interinstitucional, 6) aprobación formal y 7) publicación, difusión e implementación.

1. Priorización de temas

Las condiciones prioritarias fueron definidas por el Comité Ejecutivo del CSG, integrado por su Presidencia y Secretaría, así como por representantes de las principales instituciones públicas responsables de la prestación de servicios de salud en México, incluyendo Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), IMSS-Bienestar, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Defensa), Secretaría de Marina (Semar) e Institutos Nacionales de Salud. Los criterios de selección incluyeron carga epidemiológica nacional, potencial de prevención, factibilidad



CSG: Consejo de Salubridad General.

FIGURA 1. DIAGRAMA DE FLUJO DE LA CREACIÓN DE LOS PROTOCOLOS NACIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA. MÉXICO

de intervención desde el primer nivel de atención y su alineación con el Programa Sectorial de Salud 2024-2030.

2. Integración de grupos multidisciplinarios de expertos

Para cada tema prioritario, el CSG designó a un coordinador y convocó a un grupo multidisciplinario conformado por entre 8 a 12 especialistas con experiencia clínica relevante, provenientes de instituciones públicas, centros académicos y sector privado. Estos grupos trabajaron en estrecha colaboración con integrantes del Comité Ejecutivo del CSG, quienes brindaron acompañamiento metodológico y aseguraron la coherencia entre los distintos protocolos.

3. Elaboración del plan de trabajo y revisión de evidencia

Cada grupo elaboró un plan de trabajo estructurado que definió las preguntas clínicas clave, el alcance del protocolo y los productos esperados. Se realizaron búsquedas sistemáticas y evaluación crítica de la bibliografía científica para sustentar las recomendaciones en prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y referencia. Dado que los PRONAM están orientados a su implementación en el primer nivel de atención, las recomendaciones se limitaron a pruebas diagnósticas, tratamientos, insumos y medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS).

4. Elaboración de borradores y construcción de consensos

Los borradores de los protocolos se desarrollaron con base en la evidencia revisada y fueron refinados

mediante discusiones iterativas entre los expertos. Las sesiones de consenso aseguraron que las recomendaciones fueran clínicamente relevantes, operativamente factibles y consistentes entre instituciones. Cada protocolo se diseñó como un documento conciso y se acompañó de una infografía de dos páginas, concebida como herramienta de consulta rápida para el personal de salud y como material educativo para pacientes y familias.

5. Revisión técnica, por pares e interinstitucional

Los borradores fueron sometidos a revisión técnica interna por el personal del CSG y a revisión externa por representantes de las instituciones participantes. Este proceso permitió asegurar uniformidad metodológica, precisión clínica y congruencia con los marcos regulatorios nacionales y el CNIS.

6. Aprobación por el Consejo de Salubridad General

Tras las revisiones, cada PRONAM fue presentado al Comité de Aprobación del CSG y, posteriormente, sometido a la consideración del Pleno del Consejo de Salubridad General para su aval final.

7. Publicación, difusión e implementación

Una vez aprobados, los PRONAM fueron publicados y difundidos en los servicios públicos y privados de atención de primer nivel, incluyendo IMSS, IMSS-Bienestar, ISSSTE, servicios de salud de las Fuerzas Armadas (Sedena y Semar) y Pemex, así como consultorios adyacentes a farmacias. Las estrategias de implementación contemplan capacitación en línea asincrónica, otorgamiento de créditos de certificación y su integración en herramientas clínicas digitales.

Resultados

El desarrollo del primer conjunto de Protocolos Nacionales de Atención Médica dio como resultado seis documentos estandarizados, concisos y basados en evidencia, diseñados para su implementación en el primer nivel de atención. Estos corresponden a condiciones prioritarias identificadas por el Comité Ejecutivo del Consejo de Salubridad General:¹² hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico; sobrepeso y obesidad; enfermedad renal crónica; los primeros 1 000 días de vida; y vacunación a lo largo del curso de vida.

Los seis PRONAM comparten una estructura y formato estandarizados, con una extensión de 15 a 20 páginas. Cada protocolo presenta recomendaciones claras y accionables en prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y referencia al siguiente nivel de atención, alineadas con los recursos disponibles en el primer nivel de atención conforme al CNIS, lo que favorece su factibilidad de aplicación en contextos urbanos y rurales.

Más de 80 especialistas de instituciones públicas y privadas participaron en la elaboración y validación de los contenidos. El Comité Ejecutivo de PRONAM del CSG brindó acompañamiento continuo para asegurar la alineación metodológica y la coherencia entre los seis protocolos.

Todos los protocolos fueron sometidos a una revisión técnica interna coordinada por el CSG, con procesos de revisión iterativos realizados por los integrantes de cada grupo de expertos. Los grupos recibieron observaciones por escrito de los revisores, incorporaron los ajustes necesarios y realizaron las modificaciones correspondientes en cada protocolo. Concluido este ciclo de revisión, los documentos fueron sometidos a la aprobación del Comité de Aprobación del CSG y, posteriormente, avalados por el Pleno del CSG. Esta aprobación les confiere carácter obligatorio y los establece como referencia nacional para la armonización de la práctica clínica en el primer nivel de atención en las instituciones de salud federales y estatales.

Adicionalmente, para cada protocolo se elaboró una infografía de dos páginas (figura 2) con el propósito de facilitar su consulta rápida por parte del personal de atención de primer nivel. Las infografías incorporan códigos QR que enlazan a herramientas digitales auxiliares y materiales de apoyo para la práctica clínica. Su publicación dio inicio a una estrategia nacional de difusión que incluyó su integración en plataformas digitales, su disponibilidad en unidades públicas y privadas de atención de primer nivel, así como el despliegue de módulos de capacitación asincrónica que otorgarán créditos de certificación al personal de salud.

Discusión

El desarrollo de los primeros seis Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM) representa un hito relevante en los esfuerzos de México por fortalecer la atención de primer nivel y reducir la variabilidad en la práctica clínica entre instituciones. Al establecer protocolos nacionales estandarizados y basados en evidencia, diseñados específicamente para el primer nivel de atención, el CSG ha sentado las bases para un abordaje coordinado, equitativo y eficiente del manejo de condiciones de alta carga de enfermedad.^{8,9} Esta iniciativa se alinea con las recomendaciones internacionales que destacan el papel central de la atención de primer nivel en el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles, el fortalecimiento de las acciones de prevención y la garantía de la continuidad de la atención.

Una fortaleza central de la iniciativa PRONAM es su compromiso explícito con la toma de decisiones basada en evidencia. El proceso de desarrollo se sustentó en búsquedas sistemáticas, evaluación crítica de la literatura científica y construcción de consensos entre expertos clínicos, con el objetivo de asegurar que todas las recomendaciones reflejaran los estándares internacionales vigentes y, al mismo tiempo, fueran factibles dentro del sistema de salud mexicano. Este enfoque disminuye la dependencia del juicio clínico individual o de las tradiciones institucionales, factores que históricamente han contribuido a una marcada heterogeneidad en la práctica médica. Al fundamentar los protocolos en evidencia robusta, la estrategia PRONAM no solo fortalece la efectividad clínica, sino que también promueve la transparencia y la rendición de cuentas en la toma de decisiones médicas.

El énfasis de los PRONAM en la factibilidad y aplicabilidad de sus recomendaciones refuerza aún más su valor y refleja un enfoque similar al observado en iniciativas exitosas de guías clínicas de atención primaria en otros países, donde la alineación operativa con los recursos disponibles es un elemento esencial para su implementación. Al vincular de manera explícita la evidencia científica internacional con las realidades del sistema de salud local, los PRONAM atienden una brecha histórica en el desarrollo de guías clínicas, en la cual las recomendaciones con frecuencia superan lo que el personal de atención de primer nivel puede implementar de manera realista. En conjunto, estas características posicionan a los PRONAM como una síntesis entre el rigor científico y la pertinencia contextual.

La metodología orientada por expertos y basada en la construcción de consensos utilizada en el desarrollo de los PRONAM también fortalece su legitimidad y aceptabilidad. La participación de especialistas en el

PRONAM - Diabetes tipo 2 y síndrome metabólico



1 Criterios de diagnóstico de diabetes

	Glucemia en ayuno	Hemoglobina glucosilada (%) (HbA1c)	Glucemia 2 hrs post carga 75 gr de glucosa oral*
Prediabetes	100-125 mg/dL	5.7 a 6.4%	140-199 mg/dL
Diabetes	≥ 126 mg/dL	≥ 6.5%	≥ 200 mg/dL
	≥ 200 mg/dL en cualquier medición con síntomas*		

Todos los criterios (excepto*) deben repetirse para corroborar el diagnóstico con un segundo método o muestra.



2 Evaluación de la persona con diabetes y comorbilidades.

I	Historia clínica completa.
II	Registro inicial: edad, año de diagnóstico de DT2 y sus complicaciones y comorbilidades.
III	Motivo principal de consulta: interrogar las causas por las cuales acude.
IV	Valoración integral: registro de presión arterial, peso, índice de masa corporal y glucometría, HbA1c, perfil de lípidos y creatinina en suero, cálculo de tasa de filtración glomerular estimada (TCFe). Solicitar medición cuantitativa de la relación albúmina/creatinina (RAC) en muestra de orina al azar en primera consulta y posteriormente 1 vez al año o cada 6 meses si el resultado es ≥30 mg/g. Evaluación de fondo de ojo anual. Revisión de pies en cada consulta.

Indicaciones terapéuticas:

- Promover un peso saludable, en caso de sobrepeso u obesidad (plan de alimentación y programa de actividad física)
- Suspensión de tabaquismo
- Indicar tratamiento farmacológico
- Implementar la educación del paciente para el autocuidado. Proporcionar Manual Viviendo con Diabetes, Viviendo Bien



3 Establecer metas de control

Metas generales de control metabólico	Metas en DT2 cuando hay riesgo de hipoglucemia grave
Glucosa preprandial	80 a 130 mg/dL
Hb glucosilada	80 a 140 mg/dL
Colesterol LDL	< 7%
Presión arterial	< 8%
	< 100 mg/dL
	Reducir 50% de basal
	< 130/80 mmHg
	Igual o menor a 130/80 mmHg



Manual Viviendo con Diabetes, Viviendo Bien



Guía de alimentación



Guía de actividad física

4 Principios generales de tratamiento farmacológico.

- A** En todo paciente con prediabetes y diabetes tipo 2, iniciar tratamiento con metformina 850 mg al día durante 1 semana. Si no presenta síntomas gastrointestinales (náusea, dispepsia, distensión abdominal o diarrea) aumentar a 850 mg cada 12 h y mantener hasta evaluación en 3 meses. Si el paciente presenta relación albúmina/creatinina (RAC) ≥30 mg/g, agregar tratamiento con inhibidor SGLT-2 (iSGLT-2), en combinación con un inhibidor de enzima convertidora de angiotensina o antagonista de los receptores de angiotensina II.
- B** Si el paciente tiene HbA1c ≥9.0%, iniciar tratamiento combinado metformina + inhibidor de DPP-4 (iDPP4) o iSGLT-2 si tiene RAC ≥30 mg/g. Si presenta síntomas de desgaste (pérdida de peso, estado catabólico y/o deterioro del estado general), indicar metformina e insulina basal (NPH o análogo de larga duración 0.3 UI por kg de peso).
- C** En pacientes con diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca y/o cardiopatía isquémica, iniciar tratamiento combinado de metformina con inhibidor SGLT-2, independientemente de % HbA1c.



pronamsalud.csg.gob.mx

Consulta la versión extendida del protocolo:



Nota: Ejemplo de formato que ilustra los componentes clave del protocolo de diabetes mellitus tipo 1 y síndrome metabólico.¹² Los códigos QR integrados en la infografía permiten el acceso a documentos de apoyo adicionales y a recursos clínicos complementarios.

FIGURA 2. FORMATO ESTANDARIZADO DE INFOGRAFÍA UTILIZADO EN LOS PROTOCOLOS NACIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA. MÉXICO

marco de un grupo interinstitucional propició un diálogo técnico sólido y favoreció la alineación entre las distintas instituciones del sector salud. Este proceso colaborativo no sólo garantizó la solidez científica de las recomendaciones sino que, además, incrementó la probabilidad de su adopción por parte del personal de atención de primer nivel, que requiere orientaciones claras, concisas y operativas para su práctica cotidiana.

Como protocolos nacionales estandarizados, los PRONAM están diseñados para mejorar la detección temprana de las enfermedades crónicas no transmisibles (cuatro de las cuales constituyen importantes

contribuyentes a la carga de enfermedad en México), fortalecer la continuidad de la atención y reducir las complicaciones asociadas con un manejo tardío o inconsistente. Sus rutas diagnósticas estructuradas y criterios de referencia claramente definidos pueden favorecer un uso más racional de los recursos especializados, un beneficio particularmente relevante considerando la limitada disponibilidad de especialistas en relación con las necesidades de la población. De manera destacada, los PRONAM incorporan explícitamente esquemas de tratamiento esencial para estos padecimientos, lo que garantiza que las intervenciones

recomendadas sean tanto basadas en evidencia como congruentes con lo que está realmente disponible en el primer nivel de atención.

Adicionalmente, los PRONAM pueden contribuir a promover el diagnóstico oportuno, un componente que con frecuencia se omite y que resulta fundamental para retrasar la progresión de múltiples condiciones crónicas, como diabetes mellitus, enfermedad renal crónica e hipertensión arterial sistémica. Asimismo, la inclusión de infografías con códigos QR integrados está posicionando a los PRONAM como herramientas prácticas y funcionales que apoyan el trabajo clínico cotidiano. Estos códigos QR (un elemento poco frecuente en muchos documentos tradicionales de guías clínicas) permiten el acceso directo a herramientas auxiliares y recursos digitales complementarios que respaldan al personal de salud en las decisiones de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y referencia, facilitando así la incorporación de recomendaciones basadas en evidencia en la práctica clínica habitual.

En conjunto, el desarrollo de los primeros seis PRONAM estableció un marco unificado y basado en evidencia para la toma de decisiones clínicas en el primer nivel de atención en México. Esta experiencia demuestra la viabilidad de la estandarización interinstitucional y constituye un paso fundamental hacia el fortalecimiento de la gobernanza clínica, la mejora de la continuidad de la atención y la reducción de la variabilidad injustificada en la práctica médica a nivel nacional.

La relevancia de los PRONAM se ve reforzada por la magnitud de la carga epidemiológica y del impacto sobre el sistema de salud asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles en México. Padecimientos como diabetes mellitus tipo 2, sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica continúan siendo las principales causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en el país, en concordancia con los patrones globales, donde las enfermedades crónicas no transmisibles representan más de 70 % de las defunciones en países de ingresos bajos y medianos.^{8,9,11} El Instituto Mexicano del Seguro Social¹³ destina aproximadamente 94 000 millones de pesos anuales a la atención de diabetes, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, lo que ilustra la demanda desproporcionada que estos padecimientos imponen sobre la prestación de servicios de salud.

A nivel mundial, se estima que 1 300 millones de personas adultas viven con hipertensión arterial y 529 millones con diabetes, cifras que se proyecta continúen en ascenso. De manera conjunta, las enfermedades metabólicas generan más de 300 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).¹¹

En México, entre las personas con diabetes mellitus tipo 2 se ha reportado una prevalencia de enfermedad renal crónica de 39.2% en el primer nivel de atención, y se estima que entre 30 y 40% de las personas con diabetes desarrollarán esta complicación a lo largo de su vida.¹⁴

En conjunto, estos indicadores ponen de manifiesto la necesidad urgente de contar con herramientas clínicas estandarizadas, factibles y basadas en evidencia en el ámbito de la atención de primer nivel, precisamente la brecha que los PRONAM buscan atender.

Las experiencias de otros países ofrecen un marco de referencia útil para contextualizar la contribución distintiva de los PRONAM. Como se resume en el cuadro I, los protocolos clínicos internacionales presentan una amplia variabilidad en cuanto a su extensión, estructura, público objetivo y nivel de detalle operativo.^{1,15-24} Iniciativas como los Protocolos Clínicos e *Diretrizes Terapêuticas* de Brasil, las *Current Care Guidelines* de Finlandia y el *Primary Clinical Care Manual* de Australia ilustran los beneficios de contar con recomendaciones estandarizadas y basadas en evidencia. No obstante, estas iniciativas difieren considerablemente entre padecimientos y, en muchos casos, no están diseñadas específicamente para su implementación en el primer nivel de atención.

En contraste, los PRONAM adoptan una estructura concisa, incorporan algoritmos e infografías de uso obligatorio y restringen todas sus recomendaciones a insumos disponibles en la atención de primer nivel, de acuerdo con el Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS). Este alto grado de estandarización, aunado a su aprobación a nivel federal y a su carácter obligatorio, distingue a los PRONAM como un modelo innovador para la armonización de la práctica clínica a escala nacional.

A pesar de estas fortalezas, la implementación exitosa de los PRONAM requerirá un apoyo institucional sostenido, esfuerzos amplios de capacitación, su integración en plataformas digitales de salud y el monitoreo continuo de la adherencia y de los resultados clínicos. Conforme los protocolos se incorporen a los flujos de trabajo clínicos, será indispensable contar con mecanismos de actualización periódica que permitan integrar nueva evidencia científica, modificaciones al Compendio Nacional de Insumos para la Salud y la retroalimentación del personal de atención de primer nivel. Asimismo, la evaluación de su impacto en condiciones reales de práctica (como la mejora en los indicadores de control de las enfermedades, la reducción de complicaciones o el aumento en la satisfacción de las personas usuarias) será fundamental para demostrar su contribución potencial al desempeño del sistema de salud.

Cuadro I
PANORAMA DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD ALREDEADOR DEL MUNDO

No.	Enfermedad(es)	Autor(es)	Año y país de publicación	Público objetivo	Publicación oficial gubernamental	Parte de una serie (n.º de documentos)	Extensión (n.º de páginas)	Figuras/diagramas (número)
1	Sinusitis aguda	Kwon E., et al. ¹⁵	2025, Estados Unidos	Personal de atención primaria, médicos de urgencias, pediatras, otorrinolaringólogos y otros especialistas	SI (NCBI Bookshelf, Biblioteca Nacional de Medicina)	StatPearls ()	23	SI (3 figuras)
2	Cefalea (migraña, cefalea tensional, cefaleas autonómicas trigeminales, traumatismo o lesión, trastornos vasculares y no vasculares intracraneales, trastornos de abstinencia, infección, trastornos estructurales craneales o faciales, lesiones de nervios craneales)	Steiner T., et al. ¹⁶	2019, Reino Unido	Personal de atención primaria	No (Global Campaign against Headache, Lifting The Burden)	No	52	SI (5 figuras, 17 tablas)
3	Tuberculosis	Katlyar S., et al. ¹⁷	2019, India	Sectores público y privado de atención en salud	No (Asociación de Tuberculosis de India)	No	9	No
4	Tumor de Wilms	Vujanic G., et al. ¹	2016, Europa	Patólogos	No (Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica-Grupo de Estudio de Tumores Renales)	No	9	SI (4 figuras, 1 tabla)
5	Espondiloartritis	Tekaya R., et al. ¹⁹	2025, Túnez	Personal de salud	No (Sociedad Tunequina de Ciencias Médicas)	No	9	SI (2 figuras)
6	Diversas condiciones	Queensland Health, Royal Flying Doctor Service ²⁰	2025, Australia	Personal de salud que labora en zonas rurales, remotas y aisladas	SI (Gobierno de Queensland)	No	588	SI (44 figuras, 397 tablas)
7	Diversas enfermedades crónicas	Queensland Health, Royal Flying Doctor Service ²⁰	2025, Australia	Fuerza laboral de salud rural y remota	SI (Gobierno de Queensland)	No	451	SI (7 figuras, 191 tablas)
8	Infecciones de transmisión sexual	Secretaría de Ciencia, Tecnología, Innovación y Suministros Estratégicos en Salud ²¹	2021, Brasil	Personal de salud y gestores del sistema nacional de salud	SI (Ministerio de Salud, Brasil)	Protocolos Clínicos y Directrices Terapéuticas (PCDT) (177)	112	SI (16 figuras, 56 tablas)
9	Artritis reumatoide	Sociedad Médica Finlandesa Duodecim, Sociedad Finlandesa de Reumatología ¹⁸	2022, Finlandia	Médicos, odontólogos, profesionales de la salud y población general	No (Sociedad Médica Finlandesa Duodecim)	Guías de Atención Actual (Kaypá hoito) (105)	36	SI (2 figuras, 15 tablas)
10	Sepsis grave	Ferrer R., et al. ²²	2008, España	Personal del sistema público de salud	SI (Consejo de Salud, Asamblea de Andalucía)	Procesos Asistenciales (81)	168	SI (20 figuras, 54 tablas)
11	Trastorno del espectro autista	Velarde, et al. ²³	2021, Colombia	Profesionales de la salud, médicos generales, médicos familiares, enfermeras, psicólogos, pediatras, neurólogos y psiquiatras infantiles, terapeutas del lenguaje y comunidad	SI (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud)	Protocolos clínicos (5)	133	SI (6 tablas)
12	Aborto	Oizerovich, et al. ²⁴	2019, Argentina	No especificado	SI (Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva)	No	118	SI (22 figuras, 5 tablas)

Conclusión

Los primeros seis Protocolos Nacionales de Atención Médica representan un avance significativo para el fortalecimiento de la atención de primer nivel en México. Desarrollados mediante un proceso riguroso, basado en evidencia y orientado por consensos, traducen las prioridades nacionales en recomendaciones claras y factibles para la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de padecimientos de alta carga de enfermedad en el primer nivel de atención. Su alineación con el Compendio Nacional de Insumos para la Salud garantiza que esta estrategia sea aplicable y operativa en diversos contextos institucionales.

Más allá de establecer enfoques estandarizados para el manejo clínico, los PRONAM demuestran la viabilidad de desarrollar protocolos armonizados a nivel nacional, adaptados a las limitaciones de recursos y a las realidades operativas del sistema de salud. Conforme avance su implementación, será indispensable contar con evaluaciones sistemáticas, mecanismos de retroalimentación por parte de las personas usuarias y del personal de salud, así como procesos de actualización periódica que aseguren la vigencia, efectividad y capacidad de respuesta de los protocolos frente a nueva evidencia y a las necesidades cambiantes de la población.

En última instancia, los PRONAM sientan las bases para un sistema de atención de primer nivel más coordinado, equitativo y de mayor calidad en México, y constituyen un modelo escalable para el desarrollo de futuros protocolos nacionales.

Agradecimientos

A las y los especialistas que integraron los grupos técnicos responsables de la elaboración de los PRONAM, cuya experiencia clínica y aportaciones técnicas fueron fundamentales para el desarrollo y validación de los contenidos de los protocolos. Asimismo, a la Dra. Arlene Orta Guerrero y a la Mtra. Axelle Itzchel Luisa Desjardins Cortes, del CSG, por su coordinación durante el proceso de desarrollo, así como a Carlos Sebastian Pérez Solano, médico pasante del CSG, por su apoyo en la revisión y sistematización de información. Al personal técnico y administrativo del CSG, cuyo apoyo metodológico, operativo y de coordinación interinstitucional fue fundamental para la planeación, elaboración y consolidación de esta iniciativa nacional.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Vujančić GM, Gessler M, Ooms A, Collini P, Coulomb-L'Hermine A, D'Hooghe E, et al. The UMBRELLA SIOP-RTSG 2016 Wilms tumour pathology and molecular biology protocol. *Nat Rev Urol*. 2018;15(11):693-701. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0100-3>
2. Rao M, Pilot E. The missing link—the role of primary care in global health. *Global Health Action*. 2014;7:23693. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23693>
3. White F. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University. Health Science Centre*. 2015;24(2):103-16. <https://doi.org/10.1159/000370197>
4. Harzheim E, D'Avila OP, Pedebos LA, Wollmann L, Costa LGM, Cunha C, et al. Primary health care for 21st century: first results of the new financing model. *Cien Saude Colet*. 2022;27(2):609-17. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021>
5. Stange KC, Miller WL, Etz RS. The role of primary care in improving population health. *Milbank Q*. 2023;101(S1):795-840. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12638>
6. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford university press, 1998.
7. Colpani V, Kowalski SC, Stein AT, Buehler AM, Zanetti D, Côrtes G, et al. Clinical practice guidelines in Brazil—developing a national programme. *Health Research Policy and Systems*. 2020;18(1):69. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00582-0>
8. Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non communicable diseases in developing countries. *Int J Equity Health*. 2005;4(1):2. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-4-2>
9. Secretaría de Salud. Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México. Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2022 [citado enero 2026]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/panorama-epidemiologico-de-las-enfermedades-no-transmisibles-en-mexico-269304>
10. Organización Mundial de la Salud. HEARTS: technical package for cardiovascular disease management in primary health care: risk-based CVD management. Ginebra: OMS, 2020 [citado enero 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001367>
11. Kario K, Okura A, Hoshida S, Mogi M. The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertens Res*. 2024;47(5):1099-102. <https://doi.org/10.1038/s41440-024-01622-w>
12. General CdS. Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM) 2025. México: Gobierno de México, 2025 [citado enero 2026]. Disponible en: <https://PRONAMsalud.csg.gob.mx/>
13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Invierte IMSS 94 mmdp al año en tres enfermedades crónicas. México: IMSS, 2023 [citado noviembre 2026]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202309/483>
14. Silva-Tinoco R, Cuatecontzi-Xochitiotzi T, Morales-Buenrostro LE, Gracia-Ramos AE, Aguilar-Salinas CA, Castillo-Martínez L. Prevalence of chronic kidney disease in individuals with type 2 diabetes within primary care: a cross-sectional study. *J Prim Care Community Health*. 2024;15:21501319241259325. <https://doi.org/10.1177/21501319241259325>
15. Kwon E, Hathaway C, Sutton AE. Acute sinusitis. In: *AtatPearls*, ed. StatPearls [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025 [citado noviembre 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547701/>

16. Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z, Linde M, MacGregor EA, Osipova V, et al. Aids to management of headache disorders in primary care on behalf of the European headache federation and lifting the burden: the global campaign against headache. *J Headache Pain*. 2019;20(1):57. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0899-2>
17. Katiyar SK, Katiyar S. Protocol for the management of newly diagnosed cases of tuberculosis. *Indian J Tuberc*. 2019;66(4):507-15. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2019.11.003>
18. Working group set up by the Finnish Medical Society Duodecim tFSfR. Rheumatoid Arthritis 2022 [citado noviembre 2026]. Disponible en: <https://www.kaypahoito.fi/en/ccg00005>
19. Tekaya R, Ben Tekaya A, Mahmoud I, Manaa M, Gharsallah I, Testouri N, et al. Tunisian good clinical practice recommendations for the management of spondyloarthritis by biological agents. *La Tunisie Medicale*. 2025;103(1):44-52. <https://doi.org/10.62438/tunismed.v103i1.5565>
20. Queensland Health. Primary Clinical Manual Care. Queensland Health, 2025 [citado noviembre 2026]. Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/clinical-resources/rural-and-remote-health-clinical-resources/primary-clinical-care-manual>
21. Governo Federal. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT 2021. Brasil: Ministério da Saúde [citado noviembre 2026]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>
22. Ferrer R, Artigas A, Levy MM, Blanco J, Gonzalez-Diaz G, Garnacho-Montero J, et al. Improvement in process of care and outcome after a multicenter severe sepsis educational program in Spain. *JAMA*. 2008;299(19):2294-303. <https://doi.org/10.1001/jama.299.19.2294>
23. Velarde-Incháustegui M, Ignacio-Espíritu ME, Cárdenas-Soza A. Diagnóstico de trastorno del espectro autista-TEA, adaptándonos a la nueva realidad. *Telesalud. Rev Neuropsiquiatr*. 2021;84(3):175-82. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4034>
24. Oizerovich S, Perrota G, Meneghetti M, Nazur-Pedrido V, Sappa SM, Karagueuzian C, et al. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. 2019:78 [citado noviembre 2026]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/biblio-1025689>