

DE SALUD PÚBLICA

Órgano de Difusión de la Sociedad Mexicana de Salud Pública

**FACTORES QUE
INFLUYEN EN LA
VULNERABILIDAD
DE LAS MUJERES
TRANSGÉNERO
PARA DESARROLLAR
VIH/SIDA**

**Accidentes por
punción
en personal
de la salud:
Datos, análisis
económico
y perspectivas**

**En México hay
2.2 enfermeras
y enfermeros
por cada mil
habitantes**

**“LA SALUD PÚBLICA ES UN TATUAJE
QUE UNO LLEVA POR EL RESTO DE SU VIDA”
Enf. Miraldeyi Morales Trinidad**

**También en este número:
VIGILANCIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y DESARROLLO DEL MENOR DE 0 A 3 AÑOS •
A TU SALUD PÚBLICA • LA PURA CURA • INFOGRAFÍA**

Nueva época #2
Agosto 2016
www.smssp.org.mx



Cuerpo de Gobierno de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Consejo Directivo

- Dr. Miguel G. Lombera González / Presidente ■ Dra. Lourdes Motta Murguía / Vicepresidenta
- Dr. Jesús Felipe González Roldán / Secretario General ■ Mtra. Anabell Arellano Gómez / Secretaria De Actas
- EESP. Thalía Jazmín Toríz Galicia / Tesorera

Consejo Asesor Permanente

- Dra. Silvia Roldán Fernández
- Dr. Luis Fernando Antiga Tinoco
- Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus
- Dr. José Carrillo Coromina
- Dr. Pablo Kuri Morales
- Dr. Manuel Urbina Fuentes
- Dra. Elsa Sarti Gutiérrez
- Dr. Javier Cabral Soto
- Dr. Roberto Tapia Conyer
- Dr. Raymundo Intriago Morales

Secciones Técnicas

- | | | |
|--|--|--|
| Dr. Christian Arturo Zaragoza Jiménez
Afiliación y Control de Socios
Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus
Certificación en Salud Pública
Dr. Heriberto Vera Hermosillo
Salud Bucal
Dr. Jesús Felipe González Roldán
Prevención de Adicciones
Dr. José Alberto Díaz Quiñonez
Laboratorios en Salud Pública
Dr. Juan Garza Ramos
Salud Veterinaria
Dr. Manuel Urbina Fuentes
Determinantes Sociales en Salud
Dra. Celia Josefina Pérez Fernández
Desarrollo Hospitalario | Dr. Miguel Betancourt Cravioto
Políticas Públicas en Salud
Dra. Gabriela Ortiz Solís
Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
Mtra. Laura Tapia Maruri
Desarrollo Profesional
Dra. Patricia Uribe Zuñiga
Prevención de ITS y VIH
Dra. Rafaella Schiavon Ermani
Equidad de Género y Salud
Dra. Silvia Roldán Fernández
Salud Materna y Perinatal
Lic. Agustín López González
Sociedades Filiales y Correspondientes | Lic. Hilda Dávila Chávez
Asuntos Internacionales
Mtro. Jorge Marín Zurita
“La Revista” y el “Boletín Informativo”
Mtro. Marco Antonio Michel Calderón
Asuntos Jurídicos y Regulatorios
Lic. Trizia Herrera Navas
Asuntos Públicos y de Gobierno
M en C. Fernando Salazar Penagos
Prevención de Enfermedades Transmisibles por Vector
MSP. E. Guadalupe Pérez Hernández
Enfermería en Salud Pública
Dr. Miguel Lutzow Steiner
Equidad de Género y Salud |
|--|--|--|

Sociedades Filiales

- | | |
|--|--|
| Sociedad Baja Californiana de Salud Pública | Sociedad Nuevoleonesa de Salud Pública |
| Sociedad Subcaliforniana de Salud Pública | Sociedad Nayarita de Salud Pública |
| Sociedad Campechana de Salud Pública | Sociedad Oaxaqueña de Salud Pública |
| Colegio de Salud Pública del Estado de Colima | Sociedad de Salud Pública y Administración Sanitaria de Puebla |
| Asociación de Salud Pública del Estado de Chihuahua | Asociación de Salud Pública Quintana Roo |
| Sociedad Chiapaneca de Salud Pública | Sociedad Sinaloense de Salud Pública |
| Sociedad Duranguense de Salud Pública | Colegio de Profesionales en Salud Pública del Estado de Sonora |
| Sociedad de Salud Pública del Distrito Federal | Sociedad Potosina de Salud Pública |
| Academia de Salud Pública del Estado de México | Colegio de Salud Pública de San Luis Potosí |
| Colegio de Graduados en Salud Pública del Estado de Guerrero | Sociedad Tabasqueña de Salud Pública |
| Sociedad Guanajuatense de Salud Pública | Sociedad Tamaulipeca de Salud Pública |
| Colegio de Epidemiólogos de Guanajuato | Colegio de Salud Pública de Tamaulipas |
| Sociedad Hidalguense de Salud Pública | Sociedad Veracruzana de Salud Pública |
| Colegio Médico Hidalguense de Salud Pública | Colegio de Salud Pública de Yucatán |
| Colegio Jalisciense de Salud Pública | Sociedad Zacatecana de Salud Pública |
| Sociedad Michoacana de Salud Pública | |
| Sociedad Morelense de Salud Pública | |

“La Sociedad para la Sociedad”

**6 Mensaje de la SMSP**

Anabell Arellano Gómez

7 A Tu Salud... Pública

Imhotep

9 Detección de los factores que influyen en la vulnerabilidad de las mujeres transgénero para desarrollar VIH/Sida

Gabriela Nucamendi Cervantes

14 Consultoría de Enfermería del Programa de “Vigilancia y promoción de la salud y desarrollo del menor de 0 a 3 años”

Ma. Martha Arévalo Mendoza

21 “Entre Comillas” Entrevista con Miraldeyi Morales Trinidad

“Por ver lo que ya pasó, no ves lo que viene por delante”

28 Accidentes por punción en personal de la salud: Datos, análisis económico y perspectivas**30 FAQs Datos de enfermería en México**

Thalía Jazmín Toríz Galicia

31 La Salud en Imagen**32 La Pura Cura**

Síguenos en redes sociales

**DE SALUD PÚBLICA**

Es una publicación de distribución gratuita para la Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C.

Se autoriza su distribución total o parcial citando la fuente. Para colaboraciones, avisos y publicidad, dirigirse a: Herschel No. 109. Col. Anzures. C.P.11590, Del. Miguel Hidalgo, Ciudad de México, Tel. (55) 5203 4291, 5203 4535, 5203 4229 o al correo electrónico: smssp@smssp.org.mx

Dirección General Dr. Miguel G. Lombera González / **Coordinación General** Lic. Sahil Quiñonez Velázquez

Coordinación Editorial Mtro. Jorge A. Marín Zurita / **Diseño** Rodrigo Alcántara / **Preprensa** Sebastián González de la Vega / **Corrección de Estilo** Senén Marín

Asistencia Editorial Carlos Javier Jiménez, Itzel M. Domínguez **Administración** Alejandra Luna Jiménez

Foto de Portada: Daniel Said Mondragon

Versión Digital.



Los premios de la vida se encuentran al final de cada jornada, “siempre daré un paso más, si ese no es suficiente daré otro y otro más, en realidad, un paso a la vez no es muy difícil”
(Og Mandino)

Sin duda alguna, plasmar el pensamiento y la reflexión en este mensaje editorial como integrante del Consejo Directivo forma parte del proceso de evolución de nuestra organización, congruente con la resignificación equilibrada del trabajo en equipo, propuesta por el Dr. Miguel Lombera González, presidente de la misma, en la que todos los socios tenemos la posibilidad de darle voz a las ideas fortaleciendo la confianza y el sentido de pertenencia a nuestra querida Sociedad Mexicana de Salud Pública.

Como parte de la celebración y en el marco del Día Internacional de la Enfermería, del próximo pasado 12 de mayo, compartiré brevemente algunas reflexiones sobre el sentir de quienes nos dedicamos al cuidado de la salud de las personas.

Comprender el cuidado aplicado a la salud pública desde la perspectiva de la Enfermería, implica conocer la realidad de vida de las personas, el contexto, sus sentimientos, preocupaciones, sus creencias, prácticas y valores en acontecimientos como el nacimiento, la adolescencia y adultez, el embarazo y la paternidad, la vejez, enfermedad y muerte, con el fin esencial de ofrecer un cuidado coherente con la cultura, esta característica además, nos coloca como salubristas, en diversos escenarios, pues las intervenciones se fundamentan en el conocimiento estructurado, la investigación rigurosa y los cuidados de calidad.

Es por ello que para dar mayor sentido al pensamiento e ilustrar el texto, comparto una de tantas experiencias vividas en esta bella profesión. Ocurrió en la sierra de una demarcación de México.

Había una vivienda con una familia muy peculiar, en pobreza extrema, con las carencias evidentes de esa situación, pero a pesar de todo, lo más importante para ellos es el cariño que los mantiene unidos. La

madre de familia, Sra. Yolanda, una mujer que aparentaba más años, según la edad cronológica, probablemente por lo difícil que ha sido su vida, de mirada triste y actitud temerosa, después de unos minutos, nos brindó su confianza y respondió a nuestras preguntas platicando sobre su familia... Su esposo que por algún accidente había perdido la movilidad del brazo derecho, en ese momento se encontraba lejos de casa, en el campo, haciendo todo lo posible por llevarles algo de comer a sus hijos.

El hijo mayor, Juan, también con discapacidad desde su nacimiento e impedido para caminar, también se encontraba fuera de casa intentando ayudar a su papá, la respuesta de su mamá ante la pregunta ¿Y cómo le hace?, fue ¡Arrastrándose!

La hija de 15 años Eva, con un bebé de tres días de nacido, en paupérrimas condiciones, se encontraba en una habitación construida de madera y ramas, techo de láminas de cartón y piso de tierra, sin más muebles que la cama y una mesita, con ella dormía el bebé que hacía sonreír a esa niña de ojos tristes y precaria salud; a pesar de todo, la nueva mamá y la nueva abuela estaban orgullosas de que el bebé hubiera pesado 3.500 kg al nacer.

Elvia, una niña de 12 años de edad, la más alegre, la más risueña, la que más intentaba acercarse a nosotros, tal vez porque era la que estaba más alejada de la realidad, mostraba su carita sonriente todo el tiempo, difícilmente intentaba hablar, sólo emitía sonidos y balbuceaba su nombre.

René, un pequeño de 3 años y una importante desnutrición, mostró gran temor ante los desconocidos, temor que disipé al acariciar su cabello y carita sucia, lo mismo que sus pies al tomarle la estatura. El más pequeño, Alejandro, un niño de tan solo un año de edad, que rompiendo con todo esquema, como estos peques lo



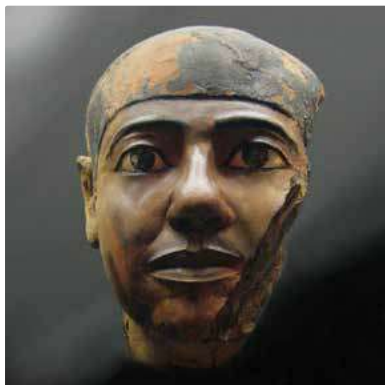
hacen, se soltó a llorar, a “patalear” y a gritar desesperado para no permitir que lo tocáramos siquiera, hasta que su mamá lo tranquilizó dándole un biberón con un poco de agua turbia y azúcar pues no había leche ni para él...

También nos habló sobre aquella vez que no le quedó ni maíz para comer y tuvo que acudir al pueblo a pedir un costal de “minsa”, pero como no pertenecía a partido político alguno, regresó con las manos vacías de ese alimento pero llenas de cariño para sus hijos e ingeniándose las para que ese día tomaran agua con azúcar o un té de hierbas que seguramente les calmaría el hambre y quitaría la sed a los niños y al caer la noche abrigaría esos cuerpecitos cansados y sucios por tanto jugar y al verlos dormidos seguramente su alma y su cuerpo recobrarían al siguiente día la fuerza necesaria para acarrear agua desde el río que corre junto a la cañada, a 3 kilómetros de su casa, para buscar que comer y sobre todo para tener un motivo más por el cual vivir...”

Que gran lección recibimos ese día, los “expertos” en Salud Pública; ahí en ese momento y ante esas escenas ¿Qué más se hace colegas salubristas?, para cambiar la historia, en ese momento pensamos que nada, pero lo que nos llevamos ese día de agosto fue además de un nudo en la garganta, el compromiso, el valor, la fuerza y la promesa de seguir luchando por los que más nos necesitan.

GRACIAS
“La Sociedad para la Sociedad”

Anabell Arellano Gómez
Secretaría de Actas



A TÚ SALUD... PÚBLICA

Por: Imhotep

“Recuerdo perfectamente ese primer momento, ese primer contacto, el dolor y sufrimiento disminuyó cuando ella me hizo sentir seguro, que todo saldría bien”

Se dice que la primera impresión es la que jamás se olvida, la que perdura y permanece de forma constante, y es en el campo de la salud dónde esto cobra especial significado; el vital y trascendental primer contacto que se tiene con la noble profesión de la enfermería. Desde el instante dónde el paciente acude a una urgencia o a su consulta de rutina, ese primer trato, el acercamiento primario: tomar los datos, hacer el chequeo correspondiente, la palabra que transmite la sensación de familiaridad, brindar tranquilidad y empatía; y por supuesto esa otra parte igual de fundamental del momento preciso que nacemos, los cuidados iniciales de la mano de una enfermera, las primeras vacunas, los respectivos llantos ante la descomunal jeringa que son inmediatamente aplacados por una voz serena y apaciguadora de todos los males. La pulcritud de una imagen que no sólo transmite calma y confianza sino que además logra que uno sepa a partir de ese instante que se encuentra en buenas manos, seguro y tranquilo de saber que el proceso de prevención/cura/emergencia tendrá un saludable fin.

Recuerdo perfectamente ese primer momento, ese primer contacto, el dolor y sufrimiento disminuyó cuando ella me hizo sentir seguro, que todo saldría bien. Tendría yo escasos 4 años, el motivo que me tenía a mí y a mis padres en el área de urgencias del hospital era el de cualquier niño que conoce por primera vez las consecuencias del impacto frontal de un columpio metálico a la altura de la ceja. Vagamente recuerdo los gritos y el llanto incontenible del de la voz, la preocupación de mis padres, la urgencia y ajeteo propio de la situación para buscar curarme, era evidente que un niño, a esa edad, con la herida expuesta a la altura de la ceja derecha (fueron más de 10 puntadas), resultaba bastante incontrolable. Fue hasta ese momento, cuándo se acercó, vio mi herida, colocó sus manos sobre mi rostro y secándose las lágrimas al mismo tiempo que sostenía el vendaje para contener la hemorragia dijo -No tengas mie-

do verás que vas a sentir unas cosquillas y en un rato más estarás jugando de nuevo en el parque, además les presumirás a tus amigos el vendaje de súper héroe que te pondremos-.

Como este, existen incontables casos que demuestran la inigualable labor, siempre con sentido humano y responsabilidad auspiciada por un amor a la profesión; en cada vacuna colocada, en cada medición de altura y de peso, durante la toma de los signos vitales, en la importante labor de prevención, de transmitir la información y la procuración de los cuidados en salud pública de cada paciente, de cada persona que no es un número más por atender, del consultorio número tal y del turno equis; Sino que por el contrario debe de ser tratado como una persona con nombre y apellido, con miedos y dudas ante la enfermedad.

Esa primera labor, tan sustancial como vital, es la que en esta y todas las ocasiones posibles buscaremos enaltecer, respetar y agradecer porque sin ustedes, profesionales de la enfermería, la salud sería una disciplina fría, equidistante, impersonal y carente de sentido humano. Es en gran parte gracias a ustedes que la calma, la tranquilidad y el sosiego se hace presente aún en los momentos más difíciles y urgentes de la enfermedad, los cuidados médicos, el seguimiento y monitoreo, la labor preventiva y educativa, ser el soporte invaluable del médico y muchas ocasiones, los héroes y heroínas que con su bata y cofia llegan a tener gran similitud a los superhéroes de chicos y grandes.

Gracias por todo aquello que nos brindan diariamente, aunque es un simple gracias que no alcanza a encerrar todo lo que conlleva su admirable y respetable labor, pero que al mismo tiempo es una muestra de compromiso mutuo; el de nosotros, de respetar y valorar continuamente su trabajo y, de ustedes, por continuar día con día brindando lo mejor, que es mucho, que es único; el pilar fundamental de la enfermería en la salud.



REUNIÓN ANUAL DE SALUD PÚBLICA

LA SALUD PÚBLICA:
>>> UNA HISTORIA DE PASADO, PRESENTE Y FUTURO >>>
CONVOCATORIAS
NAYARIT | 2016

MEDALLA AL MÉRITO SANITARIO

La H. Comisión de la Medalla al Mérito Sanitario.
Convoca para proponer candidatos a la Medalla al Mérito Sanitario 2016

Votaremos para elegir a los funcionarios del Consejo Directivo de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, el próximo viernes 18 de noviembre. Prepárate para elegir:
Vicepresidente, Secretario de Actas y Tesorero.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Podrán participar todos aquellos profesionales con trabajos producto de investigaciones originales en el campo de la salud pública.

6º CONCURSO DE FOTOGRAFÍA

Podrán participar los socios de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, con una fotografía o bien con una serie de máximo tres imágenes que deberán abordar la salud pública desde diversas perspectivas.

¡CONSULTEN LAS CONVOCATORIAS Y PARTICIPEN!
http://www.smsp.org.mx/nayarit_2016



Detección de los factores que influyen en la vulnerabilidad de las mujeres transgénero para desarrollar VIH/Sida

Autor principal:
Nucamendi Cervantes Gabriela.

Coautores:
Magis Rodríguez Carlos, Rojas Martínez Rosalba, Casillas Rodríguez Jesús

Palabras clave: *transgénero, vulnerable, VIH/Sida.*

Introducción

A pesar de que las naciones han realizado una gran inversión de recursos y esfuerzos conjuntos, el VIH/Sida continúa siendo un problema grave en salud pública y se mantiene como una patología con uno de los primeros lugares de mortandad. En diversas publicaciones la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha descrito que la población más afectada de este padecimiento son

los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero (MT), profesionales del sexo y usuarios de drogas inyectadas (UDI) (ONUSIDA, AIDSInfo, 2012).

Para comprender el desarrollo del tema central de este artículo, es importante describir que desde la perspectiva psicológica la definición de género. De acuerdo a lo expuesto por Marta Lamas en el artículo “La perspectiva de género”, la asignación de género se realiza en el momento que nace el bebé, a partir de la apariencia externa de sus genitales. La identidad de género se establece

cuando el infante adquiere el lenguaje y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre sexos. El rol de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. La perspectiva de género implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual. Es indiscutible que en la humanidad hay una variedad impresionante de posibilidades que combinan por lo menos tres elementos: el sexo (hombre, mujer),

el género (masculino o femenino según las pautas de una cultura dada), y orientación sexual (heterosexual, homosexual/lésbica o bisexual) (Lamas, 2007).

El término población transgénero se refiere a personas que en diferentes formas se identifican con el género opuesto al de sus características fisiológicas de nacimiento. (Roth, 2014) Una persona transsexual es alguien que ha nacido biológicamente como hombre, sin embargo, adopta una identidad de género femenina; o haber nacido mujer y definirse como hombre. Un travesti es una persona que se viste con ropa del sexo opuesto pero no necesariamente se identifica con ese género, ya que suele aceptar su cuerpo y género, aunque disfruta de expresar su doble identidad (OMS, Guía del usuario. El índice de estigma de personas que viven con VIH., 2008). El concepto “mujeres transgénero”, se refiere a personas que nacieron con sexo biológico masculino, y que durante su vida han realizado una transición hacia el género femenino. El movimiento Lésbico, Gay, Bisexual y Transsexual (LGBT) internacional, señala que “mujer transgénero” es la persona que se siente mujer nacida en cuerpo de hombre. (Ergomen, 2008)

Antecedentes

La población transgénero son aquellas personas “que ya viven en el rol de género al que realmente pertenecen, ya han pasado por una fase de auto aceptación, siguiendo con terapias psicológicas que tienen como objeto guiarlas a través del proceso” (Programa de VIH/SIDA. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Clínica Especializada Condesa, 2011). Muchas MT no desean llegar a una reasignación genital debido a diversas cuestiones que van desde aspectos personales tales como, los vínculos en su red social, nivel socioeconómico, escolaridad, sistema de creencias, la dificultad de acceso a procedimientos quirúrgicos especializados, hasta las razones médicas. (ONUSIDA, Atención de la salud de personas travestis y transexuales, 2009)

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportan que, la población transgénero es uno de los grupos poblacionales más afectados por VIH/Sida, ya que para 2012 tenía una prevalencia del

37% para este padecimiento. En México con base a los registros de pacientes transgénero atendidas en la Clínica Especializada Condesa (CEC) durante 2010, la prevalencia de VIH/SIDA fue del 51%. Al comparar la prevalencia de esta población con los demás grupos considerados como vulnerables, se observa una diferencia importante ya que la prevalencia de VIH en población adulta de 15-49 años fue de 0.38%, en HSH del 17%, en hombres TS 18.2%, personas UDI 5.8% y mujeres transgénero 20% (Programa de VIH/SIDA. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Clínica Especializada Condesa, 2013).

Material y métodos

Con el objetivo de detectar los factores que influyen en la vulnerabilidad de las MT para desarrollar VIH/SIDA en el periodo abril 2011 – febrero 2012, se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional de MT mayores de 18 años atendidas en el servicio de Consejería de la CEC del Distrito Federal, mediante el análisis secundario de la base de datos generada por esta área clínica y otorgada por las autoridades directivas de la CEC. Los criterios de inclusión fueron: 1) pacientes que se identifican como MT, 2) mayores de 18 años de edad, 3) con resultado positivo o negativo confirmatorio de Western blot (WB). Los criterios de exclusión: 1) pacientes con información no plausible. Todos los datos personales de las pacientes fueron omitidos del análisis de información, como protección de los derechos y bienestar de los sujetos. Con el apoyo del programa Excel (versión 2007) se inició con un análisis univariado de los 185 registros de pacientes obtenidos después de la limpieza de la base, en este análisis se incluyeron las variables de los siguientes apartados: antecedentes sociodemográficos, médicos, uso de

drogas, prácticas sexuales, discriminación y sospecha diagnóstica de VIH/Sida. Posteriormente se realizó un análisis univariado en STATA versión 14, sólo de las pacientes transgénero con resultado positivo a la prueba de WB y negativo con la finalidad de identificar prácticas de riesgo y características distintivas de esta población. Asimismo se efectuó el análisis bivariado, en donde se aplicó la prueba de Chi-cuadrada con el propósito de identificar diferencias estadísticamente significativas entre las distintas variables en función del resultado de la prueba confirmatoria de VIH/Sida; en este análisis no se consideraron aquellas variables que tuvieran frecuencias esperadas menores o iguales a cinco (Ver Tabla 1).

Resultados

Después de aplicar los criterios de inclusión, la muestra de estudio fue de 185 pacientes MT atendidas en la CEC en el periodo abril 2011- febrero 2012, de las cuales el 21.62% resultaron seropositivas a VIH. Se obtuvo una tasa de respuesta promedio del 84.6% en un rango de 24-100%. En *pacientes MT seronegativas* el 15% de las han presentado rechazo en la familia, 54% en la escuela, 58% en instituciones de trabajo, el 23% ha sufrido violencia sexual. El 66% de las MT tiene conocimiento sobre organizaciones que defienden los derechos humanos; aunque menos del 5% de las MT sufrieron discriminación presentaron alguna queja. De todas ellas el 13% reportó haberse realizado la prueba diagnóstica de VIH/Sida por indicación médica. En el rubro prácticas de riesgo, se observó que el 84% practican sexo con hombres y el 71% de ellas realiza prácticas anales y orales, 32% reportó usar condón con sus parejas estables, 45% utiliza condón con sus parejas no estables, y el 84% reportó consumo de drogas (orales, inhaladas y/o inyectables) en los últimos 12 meses.



En las *pacientes MT seropositivas* se observó que la mediana en la edad de esta población es de 30 años, y al igual que la población seronegativa la edad de inicio de actividad sexual fue de 15 años. Asimismo se identificó que el 36% hablan lengua indígena, en promedio el 52% no utiliza condón al realizar prácticas sexuales con parejas estables y 46% no lo utiliza con parejas no estables (ver gráfico 1), el 85% consumió drogas (tomadas, inhaladas o inyectables) 12 meses previo al llenado del cuestionario en el Servicio de Consejería de la CEC (ver gráfico 2), el 28% sufrió rechazo y/o discriminación al solicitar empleo o bien en su área laboral y el 24% refirió haber sufrido violencia sexual.

Conclusiones

En el presente estudio se observó que los factores que más influyen en la vulnerabilidad de las MT atendidas en el Servicio de Consejería de la CEC para desarrollar VIH son: *uso de sustancias (drogas inhaladas, orales, inyectadas y alcohol), inicio de relaciones a partir de los 15 años o menos, el "no" uso de condón en las relaciones sexuales, baja escolaridad.* Así mismo las MT tienen más riesgo de presentar VIH cuando estas tienen antecedentes de ITS, trabajo sexual como ocupación, relaciones sexuales con parejas no estables, discriminación en el trabajo, discriminación en la familia, violencia sexual, habla de lengua indígena y relaciones sexuales con parejas no estables.

Gráfico 1. Prácticas de riesgo en mujeres transgénero atendidas en la CEC, 2011-2012.



Recomendaciones

Con los resultados de esta investigación se recomienda la Clínica Especializada Condesa: a. Valorar si este modelo de instrumento de recolección es adecuado para aplicarse en el Servicio de Consejería, b. Agregar ítems que nos brinden mayor información de la población Trans, con el previo piloteo y validación del instrumento y c. Generar un sistema de información para la captación de datos epidemiológicos de población atendida en la CEC. Asimismo al nivel federal se recomienda: a. Considerar a la población trans como parte de las poblaciones clave para la vigilancia epidemiológica nacional, b. Realizar estudios multidisciplinarios en áreas no metropolitanas y personas privadas de la libertad trans, para identificar a dicha población y los factores de riesgo; y c. Identificar estrategias de atención específicas de acuerdo a las necesidades de la población trans, enfatizando a las MT que tienen la mayor tasa de incidencia de VIH/Sida.

Variable	OR	IC 95%
Trabajo sexual	0.92	0.38 – 2.19
Escolaridad baja	2.66	1.15 – 6.19
Antecedentes de ITS	1.76	0.87 – 3.57
*Inicio de relaciones sexuales < 6 = 15 años	3.95	1.87 – 8.36
Relaciones sexuales con parejas no estables	1.19	0.5 – 2.6
*No uso de condón en relaciones sexuales	3.90	1.78 – 8.58
*Uso de sustancias	9.84	3.87 – 24.96
Discriminación familiar	1.42	0.52 – 3.91
Discriminación en el trabajo	1.36	0.63 – 2.89
Violencia Sexual	1.24	0.56 – 2.73

*Variables con valor de OR mayor a 1

Fuente: Base de datos del Servicio de Consejería de la CEC/ el periodo abril 2011- febrero 2012

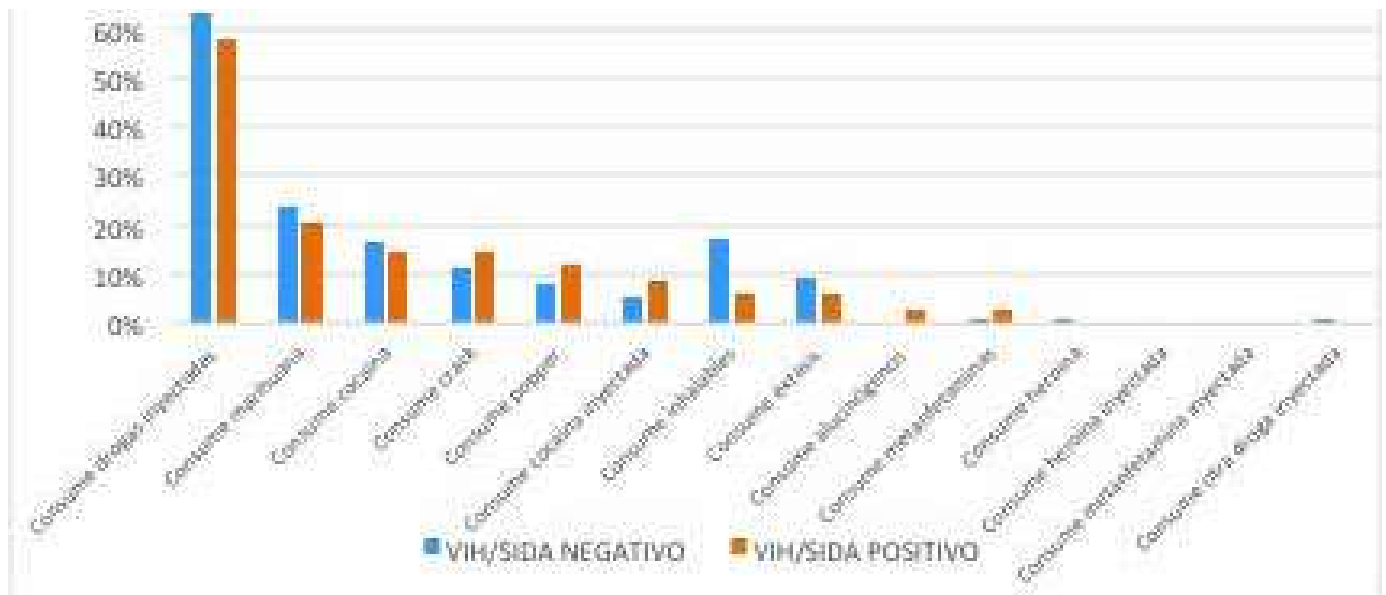




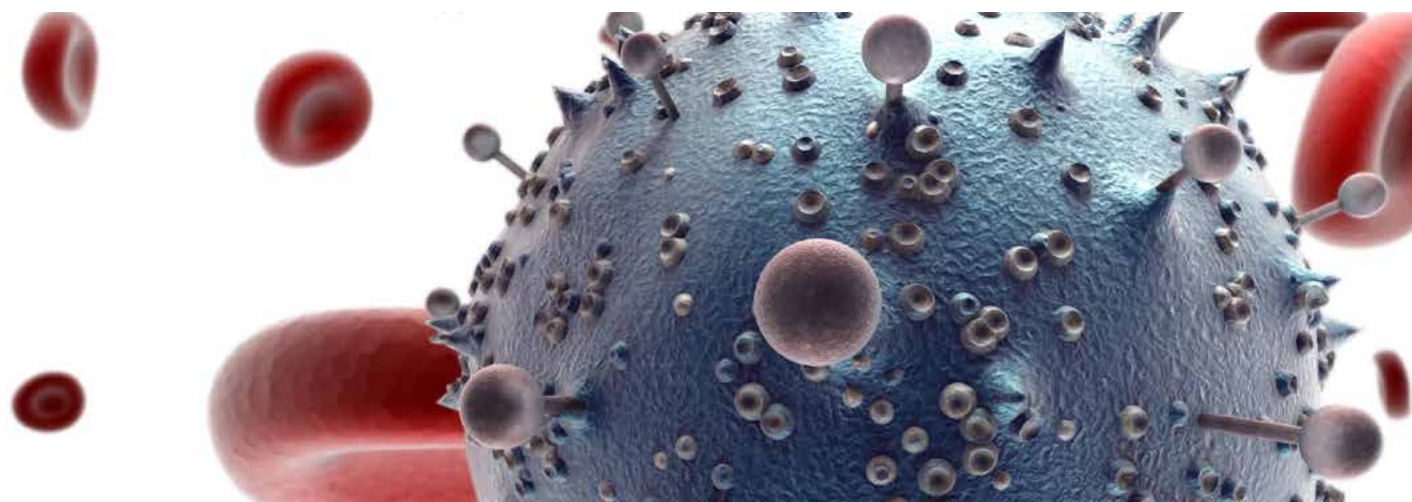
Prácticas de riesgo en mujeres transgénero atendidas en la CEC, 2011-2012.



Gráfico 2. Uso de drogas en mujeres transgénero atendidas en la CEC, 2011-2012.



Fuente: Base de datos del Servicio de Consejería de la CEC/ el periodo abril 2011-febrero 2012





REUNIÓN ANUAL DE SALUD PÚBLICA

15 AL 18 DE NOVIEMBRE 2016
RIVIERA NAYARIT

SEDE MARIVAL RESORT & SUITES
NUEVO VALLARTA

El hotel Club Marival Resort ha sido seleccionado para albergar la sede de nuestra 70 reunión anual, localizado en la Riviera Nayarit, frente a las costas de Bahía de Banderas en el Pacífico mexicano, nos ofrecerá un espacio inigualable, para el desarrollo de todas nuestras actividades, espacios adecuados, ambiente relajado y cálido, instalaciones de primer nivel y una oferta gastronómica y de espacios recreativos que invitan al descanso y la relajación.

COSTOS

PLAN TODO INCLUIDO RESORT, CON BASE A LA OCUPACIÓN, EL COSTO ES POR PERSONA Y POR NOCHE, TODOS LOS IMPUESTOS INCLUIDOS.

HABITACIÓN SENCILLA \$2,038.00

HABITACIÓN DOBLE \$1,638.00

HABITACIÓN TRIPLE \$1,571.00

HABITACIÓN CUÁDRUPLE \$1,521.00

MENORES DE 7 A 12 AÑOS \$640.00

¡ÚLTIMAS HABITACIONES DISPONIBLES!
TARIFAS VALIDAS AL 15 DE OCTUBRE.

Consultoría de Enfermería del Programa de “Vigilancia y promoción de la salud y desarrollo del menor de 0 a 3 años”

Autor:

*Ma. Martha Arévalo Mendoza

Introducción:

Una de las principales preocupaciones de las organizaciones mundiales es la población infantil. En México el Plan Nacional de Desarrollo contempla como una de sus principales líneas de acción la “Promoción del desarrollo integral de los niños y niñas en materia de salud, alimentación y educación”, aunque se han logrado avances significativos, las infecciones gastrointestinales y de vías respiratorias continúan entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en los menores de 5 años.

El sector salud es el responsable de la implementación de estrategias dirigidas a reforzar las políticas existentes para enfrentar los nuevos retos en el cuidado de la salud de este sector de la población.

*Maestra en Rehabilitación Neurológica Adscrita a la Jurisdicción Sanitaria Cuajimalpa

La preocupación por el desarrollo del niño ha tomado auge debido al incremento de la incidencia y prevalencia de las discapacidades originadas por factores biológicos o sociales que afectan estructural y/o funcionalmente el sistema nervioso, de ahí que la atención pre y perinatal, promoción de la salud y nutrición así como el seguimiento del neurodesarrollo son elementos clave en la prevención, detección y atención para disminuir las deficiencias funcionales que limitan la integración social del niño.

En este sentido, el propósito de la Consultoría de Enfermería como fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud en la población infantil es evitar las condiciones que puedan llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en la salud y desarrollo de los niños y niñas.

En la práctica profesional de enfermería se encuentra intrínsecamente ligada la visión holística e integral del cuidado de la salud de toda persona sana o enferma, tomando en cuenta que los cuidados representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad del cuerpo, la mente, el espíritu y la vida con dignidad.

Los cuidados en la prevención, educación y promoción de la salud así como en la curación tienen por objeto evitar o en su caso limitar la enfermedad y lidiar contra ella.

Las intervenciones de enfermería independientes, de acuerdo a Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, son las actividades dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional y no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.

Como respuesta a uno de los grandes retos para la promoción de la salud y el desarrollo del menor de 3 años, se propone el Modelo de atención a través de la Consultoría en Enfermería, en los Centros de Salud TIII Cuajimalpa y TI Navidad de la Jurisdicción Sanitaria Cuajimalpa en la Ciudad de México, a través de

la conformación de equipos de trabajo integrados por enfermería, trabajo social y médicos encargados del Programa de la Salud del Niño y el Adolescente.

Se trabaja la intervención temprana para el desarrollo y promoción de la salud en grupos de promoción del desarrollo en cada unidad y un consultorio de enfermería en los Centros de Salud antes mencionados; las intervenciones en grupos y consultoría estarán dirigidas a fortalecer la participación de las unidades en los programas prioritarios de salud, promoción del desarrollo del niño y actividades preventivas de las principales causas de morbilidad en menores de 5 años reportadas a la Jurisdicción Sanitaria.

El Modelo de Atención propuesto se considera al menor como una persona vulnerable que se encuentra en una constante interrelación entre diversos factores de riesgo en donde la actuación de la enfermera en el primer nivel de atención es relevante.

El factor nutricional juega un papel importante en el crecimiento y desarrollo del niño, la carencia de nutrientes afecta directamente en la estructura y funcionamiento de todos los aparatos y sistemas; en particular del sistema nervioso, en cual los macro y micronutrientes cumplen con funciones específicas en periodos críticos del desarrollo. Esta deficiencia de nutrientes puede presentarse tanto en desnutrición como en obesidad; ésta última considerada actualmente como un grave problema de salud pública atribuido a la adquisición de malos hábitos alimenticios y estilos de vida sedentarios desde los primeros años de vida. La intervención oportuna en este sentido debe generarse desde etapas tempranas intensificando las acciones de educación y concientización de la madre como encargada de la formación de hábitos y la alimentación familiar.

En el área educativa, para que el menor se desenvuelva de manera óptima necesita haber adquirido capacidades y habilidades motrices, cognitivas, de lenguaje e interacción social. El desarrollo de estas facultades está estrechamente relacionado con la nutrición y el estado de salud así como una serie de condiciones ambienta-

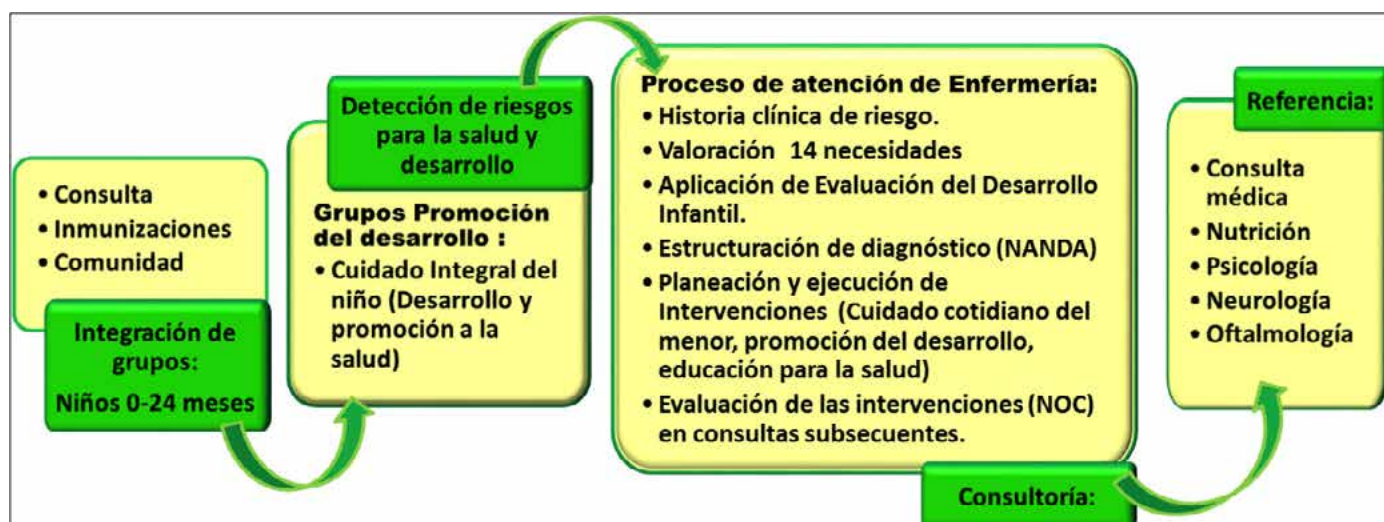


Figura 1. Organización del “Programa de promoción de la salud y desarrollo del menor de 0 a 3 años”

les que pueden favorecer o interferir en el proceso. Otro aspecto importante en este sentido es el incremento de secuelas en niños que presentan problemas al nacimiento o durante el periodo neonatal, esto ha generado la necesidad de dar seguimiento al neurodesarrollo a los niños que presentan algún riesgo para poder identificar e intervenir oportunamente para favorecer que el niño alcance el máximo potencial de desarrollo posible.

En este contexto la Consultoría de Enfermería para la promoción de la salud y el desarrollo del menor de 0-3 años se propone como una alternativa para integrar los elementos expuestos anteriormente teniendo en cuenta que uno de los pilares más fuertes en la promoción de la salud son los profesionales de enfermería quienes con una visión integral y holística, contemplan a la madre como eje rector de la familia, cuya capacitación puede impactar directamente en la formación de hábitos de crianza saludables.

Objetivo General: Promover la salud y el neurodesarrollo de los menores de 0 a 3 años de la población de la Jurisdicción Sanitaria de Cuajimalpa a través de la implementación del Programa Consultoría de Enfermería que permita la identificación y disminución oportuna de factores de riesgo, así como la aplicación de estrategias para favorecer el crecimiento y desarrollo integral del niño.

Descripción del Modelo: Se contemplan dos estrategias de intervención, la primera consiste en actividades grupales con diadas madre-hijo o cuidador/niño para la promoción de salud y desarrollo. El equipo de trabajo está constituido por un médico, una enfermera y una trabajadora social los cuales se coordinan para la planeación y ejecución de las actividades, así como la evaluación de los menores tanto de salud como de desarrollo.

En las sesiones se incluyen actividades para promover el desarrollo en las diferentes áreas (motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje, social y cognitiva) y se complementan con pláticas informativas sobre cuidado de la salud, esta información se refuerza con folletos y toda la información proporcionada se trata de ubicar en el ambiente cotidiano para facilitar la comprensión y modificación de hábitos en el hogar.

La otra estrategia de intervención es la Consultoría de Enfermería en la cual se incluyen a todos los integrantes del grupo de promoción y menores referidos de otros servicios o de comunidad para su integración a grupo. Durante la consultoría se aplica la Historia Clínica de Riesgo Perinatal incluye diversos factores biológicos que se ha identificado que pueden alterar el desarrollo del menor, exploración física completa que incluye valoración neurológica y evaluación de conductas o hitos del desarrollo correspondientes a la edad. Se interrogan también aspectos de alimentación, descanso y sueño, higiene, etc, de acuerdo a la valoración de necesidades de Henderson.

Con los datos obtenidos se elabora el plan de cuidados dando continuidad en las siguientes sesiones grupales o individuales; siempre tomando como referencia no solo el factor biológico sino aspectos sociales, culturales y familiares que pueden limitar o potenciar el desarrollo del niño.

Resultados de la evaluación del programa en el periodo 2015: En el periodo del 17 de agosto al 07 de diciembre del 2015, se realizó una evaluación tomando en cuenta los resultados en la atención a la salud en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, la satisfacción de los usuarios y la satisfacción de los prestadores de servicios. En este periodo se ingresaron al programa 49 niños de 0 a 24 meses otorgándose 78

consultas y 25 sesiones grupales, entre las características sociodemográficas consideradas como factores de riesgo ambientales se encontró que 7 (14%) no contaban con afiliación a ningún servicio médico, 17 (34.6%) en riesgo por edad materna.

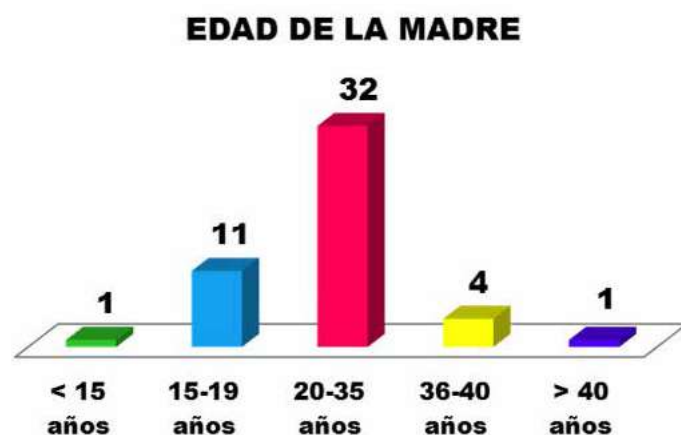


Figura 2. Edad materna de las usuarias integrantes del programa.

Fuente: Evaluación de la Consultoría en Enfermería 2015

El 20 (40%) posee nivel educativo bajo, únicamente 5 madres (10%) trabaja y las demás se dedican al hogar, el 59% no son casadas legalmente y el 20% de las mismas son madres solteras o viven actualmente separadas de los padres del menor.



Figura 3. Nivel de estudios de las madres integradas al programa.

Fuente: Evaluación de la Consultoría en Enfermería 2015



Referente a factores de riesgo biológicos a pesar de que la población captada es considerada como de bajo riesgo al realizar la historia clínica perinatal 26 niños (53%) se encontró con 3 o más factores de riesgo pre, peri y postnatales.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS					
PRENATAL		PERINATAL		POSTNATAL	
Infección de vías urinarias	21	Peso < 1,500gr	2	Hiperbilirrubinemia	5
Infección cervicovaginal	17	Apgar bajo	4	Síndrome Dificultad Respiratoria	3
Amenaza de aborto	9	Prematurez	5	Hospitalización > 4 días	5
Amenaza de parto prematuro	5	Recién nacido hipotrófico	7	Ventilación mecánica asistida	3
Hipertensión/ Preeclampsia	5	Aspiración de meconio	2	Sepsis	1
Oligohidramnios	2	Postérmino	2		
Anemia	6	Parto fortuito	1		
Diabetes	3	Circular de cordón	3		
Procedimiento quirúrgico	1	Bradicardia fetal	2		
Tabaquismo	2	Trauma obstétrico	1		
Alcoholismo	1				
Consumo de cocaína	1				
Antecedente familiar de deficiencia sensorial auditiva	2				

Figura 4. Factores de riesgo pre, peri y postnatales.
Fuente: Evaluación de la Consultoría en Enfermería 2015

NÚMERO DE FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO



Figura 5. Número de factores de riesgo presentes por menor.
Fuente: Evaluación de la Consultoría en Enfermería 2015

Con relación al estado nutricional 3 niños (6%) presentaron sobrepeso, 1 obesidad y 11 (22%) desnutrición leve y 3 casos de anemia en la prueba rápida de hemoglobina. Las desviaciones alimentarias identificadas fueron abandono temprano de la lactancia materna, inicio de ablactación antes de la edad recomendada e introducción de alimentos inadecuados para la edad (uso de condimentos, adicionados con azúcar, alimentos preparados para la alimentación familiar así como jugos y galletas industrializados con alto contenido de azúcar).



Figura 6. Estado de nutrición de los menores.
Fuente: Evaluación de la Consultoría en Enfermería 2015

La vigilancia del desarrollo debe ser un proceso dinámico que comprende una serie de actividades encaminadas a la promoción del desarrollo del niño e identificación de alteraciones en el primer nivel de atención a la salud. Lo primero a tomar en cuenta son las condiciones de riesgo presentes en los antecedentes y estado actual del menor, posteriormente es necesaria la aplicación de pruebas de tamizaje que permitan caracterizar al menor de acuerdo a patrones conductuales predefinidos como "normales" en grupos determinados grupos de edad. Una de estas pruebas de tamizaje es la Evaluación del Desarrollo Infantil "EDI" implementada por la Secretaría de Salud para su aplicación en el primer y segundo nivel de atención. A través de ella se evalúan factores de riesgo, conductas o hitos del desarrollo motriz grueso, motricidad fina, lenguaje, interacción social y conocimiento, exploración neurológica y señales de alarma. Los resultados obtenidos se semaforizan para establecer las pautas de intervención. Se aplicó la prueba a 30 niños, en 15 de ellos no se encontraron factores de riesgo, signos de alarma y las conductas presentadas estaban acordes a la edad. En 12 se identificaron factores de riesgo para el desarrollo y retraso en motricidad fina, 4 en motricidad gruesa, 8 en lenguaje y 5 en el área socio/adaptiva. En 2 menores se evaluó en rojo (Retraso en el desarrollo con signos de alarma neurológicos) los cuales se mandaron a consulta general para su referencia a Neurología.

Los problemas de salud detectados fueron 3 casos de anemia, una infección de vías respiratorias y un caso de dermatitis. Se recibió un infante de 2 meses con Síndrome de Down nacido en el IMSS, posteriormente la madre perdió la derechohabencia de esta institución quedándose sin servicio médico, en la hoja de alta se reporta persistencia de conducto arterioso y colestasis multifactorial, con hiperbilirrubinemia y distensión abdominal. Se canaliza a consulta médica en TIII

Cuajimalpa para referencia a tercer nivel; es referido a Hospital Infantil “Federico Gómez” para consulta de cardiología, gastroenterología y genética. Un caso más se refirió al Hospital Pediátrico de Legaria por antecedente de crisis convulsivas bajo tratamiento con ácido valproico, estrabismo y retraso en el desarrollo. Cabe mencionar que este menor era atendido en el IMSS y se quedó sin seguimiento porque al igual que el caso anterior perdió la derechohabencia.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL			
EDI	RESULTADOS		REFERENCIA NEUROLOGÍA
VERDE	15		
AMARILLO	12	FACTORES DE RIESGO	12
		MOTRICIDAD GRUESA	4
		MOTRICIDAD FINA	12
		LENGUAJE	8
		SOCIO/ADAPTATIVA	5
ROJO	2		2

Figura 7. Resultados de las Evaluaciones de Desarrollo Infantil.

Fuente: Evaluación de la Consultoría en Enfermería 2015

En la Promoción de la salud se abordaron los temas “Prevención y cuidado de Infecciones de vías respiratorias”, “Prevención y cuidados de enfermedades gastrointestinales” “Exploración de mama” y “Prevención de accidentes en el hogar”. La información fue reforzada durante la consultoría a todas las madres debido a que existía el riesgo por la temporada invernal, además de que algunos casos presentaban signos y síntomas de infecciones de vías respiratorias o estaban en tratamiento o remisión de las mismas. En el aspecto nutricional se promovió “lactancia materna”, “nutrición durante la lactancia” y ablactación”



En la evaluación de la satisfacción del usuario se aplicaron 10 encuestas, en las preguntas relacionadas al grado de confianza y en la efectividad de la comuni-

cación los encuestados expresaron satisfacción con la atención recibida; únicamente una de las madres contestó que no se le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas. En la evaluación realizada al equipo de trabajo las deficiencias reportadas fueron la falta de capacitación y de recursos.



En una primera instancia el programa se llevó a cabo en el Centro de Salud TIII Cuajimalpa. Actualmente se pretende implementar en 3 centros más de la Jurisdicción Sanitaria (se encuentra en proceso de capacitación el personal que integrará los equipos de trabajo) y a través de una evaluación anual se medirá en impacto y se determinará su aplicabilidad en otras unidades.

Conclusiones.

En el contexto del desarrollo integral del niño es prioridad implementar intervenciones que consideren a la salud, como parte de una serie de factores que interactúan dinámicamente durante el proceso de desarrollo del niño. La descripción socio/demográfica de la población incluida en el programa permite identificar condiciones de riesgo para el desarrollo como la existencia de población que no cuenta con afiliación a ningún servicio médico a pesar de la disposición del Seguro Popular que se encuentra abierto a la población en general, pudiendo esto estar relacionado con la apatía de las madres o por la falta de alguna documentación para el trámite. A través del programa se trató de insistir a los participantes en la afiliación tratando de generar conciencia sobre la importancia de contar con un servicio médico para la atención de la salud del menor.

En relación a la edad dos madres de alto riesgo una de ellas de 14 años y otra mayor de 40 años, 16 (32%) de riesgo medio considerando en este rango a las madres adolescentes de 16 a 19 años. En el nivel educativo una madre analfabeta y 19 con educación básica. El nivel socioeconómico no se incluyó porque al realizar el interrogatorio la mayoría de las madres consideraba sus ingresos económicos en el nivel medio lo cual no corresponde con las características de la vivienda, empleo de la pareja y nivel educativo de ambos. De acuerdo a los factores de riesgo biológico que se mencionan en la bibliografía en el 56% de la población se encontraron 3 o más factores de riesgo biológicos algunos de ellos de importancia como prematuridad, aspiración de meconio, apgar bajo al nacimiento, ventilación mecánica asistida, hospitalización por más de 30 días en el periodo neonatal. Otro factor de riesgo biológico muy estrechamente relacionado con la salud y el desarrollo es el estado nutricional, se realizó prueba de hemoglobina capilar a 10 de los menores y se detectaron 3 con anemia (resaltando la importancia de realizar esta prueba a todos los niños incluidos en el programa ya que pudieron haberse detectado un mayor número de casos).

En la evaluación del desarrollo con la prueba EDI se detectaron 12 niños que presentaban retraso leve en la adquisición de hitos del desarrollo a cuyas madres se les recomendaron actividades en casa para la facilitación de conductas en el área de desarrollo con dificultad, dando seguimiento para identificar persistencia de los retrasos o signos de alarma.

Las intervenciones realizadas fueron acorde a las necesidades detectadas, en las actividades de grupo se incluyó la promoción a la salud y capacitación de la madre para la promoción del desarrollo en sus diferentes dirigidas siempre a las capacidades y habilidades del menor. De manera individual se aplicó en la consultoría un enfoque integral tratando de contemplar los aspectos bio/psico/sociales y culturales relacionados con la salud y el desarrollo del menor, documentando la información para dar soporte al proceso de atención de enfermería.

Para evaluar la calidad del programa se consideró la satisfacción del usuario donde a través de 10 cédulas aplicadas a las madres se obtuvo un 100% de satisfacción con el programa, 100% de confianza y 90% en comunicación efectiva.



Los integrantes del programa expresaron algunas deficiencias en relación a la capacitación y disposición de recursos los cuales pueden ser considerados como puntos débiles para la mejora del programa.

El planteamiento es que el proyecto de Consultoría de Enfermería puede ser aplicable las unidades de salud de Primer Nivel como un programa bien estructurado, con lineamientos específicos y profesionales capacitados; con posibilidades de demostrar la capacidad de las enfermeras (os) para actuar de manera independiente y lograr impactar en la salud de la población. Al alcanzar una mayor magnitud y trascendencia puede ser una solución a algunas necesidades asistenciales a nivel preventivo sobre el panorama epidemiológico actual.





Sociedad Mexicana
de Salud Pública, A.C.

Aprende
Salud Pública

Plataforma Informática para el aprendizaje y actualización en línea

Diplomado Virtual en Salud Pública Aplicada

Te damos la bienvenida a nuestro Diplomado Virtual de Salud Pública Aplicada, creado como una herramienta de capacitación pensada para todas aquellas personas interesadas en los temas del ámbito salubrista.

Ahora tienes la oportunidad de capacitarte y actualizarte con un programa académico de calidad, que atiende los temas de mayor relevancia, elaborado e impartido por expertos en Salud Pública a nivel nacional e internacional.



No lo pienses más ¡Inscríbete!

www.smsp.org.mx

Miraldeyi Morales Trinidad

“Por ver lo que ya pasó,
no ves lo que viene
por delante”



La Salud Pública es un verdadero
estilo de vida, es algo que
verdaderamente llega a formar parte de ti,
es una especie de tatuaje
que uno lleva por el resto de su vida



Necesitamos espacios de participación
a nivel de decisión política, porque las
decisiones y las políticas en salud se hacen
con una serie de criterios que, tomarán en
cuenta, a veces, la multicausalidad, pero no
la necesidad del abordaje multidisciplinario
en igualdad de condiciones



El personal se formaba con el enfoque
de abordar las enfermedades transmisibles
que eran las que lesionaban a la población,
pero además, con un enfoque de
participación comunitaria muy importante
y el trabajo era concebido con otra serie
de profesionales que podían aportar
a la Salud Pública

En la sección “Entre Comillas” tenemos el gusto de presentar a la Maestra Miraldeyi Morales Trinidad, quien nos comparte en esta entrevista, parte de su vasta experiencia como enfermera experta en salud pública y nos permite conocer momentos significativos en su vida profesional y personal, obtenidos a lo largo de varias décadas de servicio, en los cuales siempre imprimió el rigor que exige la disciplina, y distintas habilidades para compenetrar con los habitantes de las comunidades donde tuvo que trabajar, librando obstáculos de toda índole, para llevar la medicina preventiva y un trabajo excepcional en salud pública, sin menoscabo a la gran calidad humana que la distingue.

¿Cuál fue la razón para convertirse en salubrista, qué la llevó a tomar ese camino?

La vida me llevó a la salud pública. El día que yo presenté mi examen profesional había dos salubristas dentro del jurado, una enfermera y un médico, entonces me hicieron a mí una pregunta y di la respuesta que yo había leído en las enseñanzas que me habían dado en la escuela de enfermería sobre Salud Pública y el médico que acababa de regresar de Chile, de hacer su curso de especialidad, porque entonces Chile era el Non Plus Ultra en la materia, pues estuvo en desacuerdo y la enfermera le arregló la plana, con tanto éxito que él tuvo que reconocer que realmente había equivocado el enfoque, entonces en esa ocasión, terminado mi examen profesional a mí me ofrecieron trabajo y me ofrecieron también la beca para hacer el curso de Salud Pública; hasta ahí la Salud Pública no me decía nada, yo quería ser enfermera pediatra pero trabajando en un hospital era más difícil que a uno lo becaran, entonces ya tenía hecho mi plan, dije: bueno, ahorro, me beco, pido un año de licencia, me hago pediatra y sigo trabajando. El trabajo que me ofrecieron fue en un centro de salud en una zona que entonces estaba más o menos marginada, que ahorita ya es una zona muy urbanizada, en donde había hornos de tabique, establos, maizales, entonces era una población muy vulnerable y era una población con problemas muy específicos y ahí fue donde yo tuve mi primer acercamiento con la Salud Pública, ahí fue donde fui cambiando de meta, ahí me encontré con la Salud Pública y la Salud Pública se encontró conmigo.

Me dieron la beca y la escuela de Salud Pública, fue una experiencia

de vida muy valiosa, ahí se enfrenta uno a muchas cosas con mayores elementos, se concibe la salud como algo que debe ser integral porque en aquella época no lo era, yo les platico de 1968. Además de esos problemas de Salud Pública pues el país estaba convulsionado por muchas otras cosas, entonces como que dentro de ese mundo de problemas la Salud Pública no estaba muy en la mente de quienes tienen las decisiones políticas, aun así, terminamos el curso, el viaje del trabajo de campo fue lo que verdaderamente nos acercó un poco más a la práctica de la Salud Pública y ahí fue donde empezamos a concebir, cuando menos yo, que habían otros factores y otra serie de problemas que no se consideraban de Salud Pública y sin embargo eran de Salud Pública. Me tocó hacer el trabajo de campo en una comunidad de Chihuahua que entonces era de

18 mil habitantes que ahorita ya es una ciudad muy grande que es Nuevo Casas Grandes, era un pueblo en donde la gente se iba al otro lado, estaba poblado inminentemente por mujeres y niños, entonces eso implicaba otro tipo de problemas, es decir a uno le abren otro mundo con la Salud Pública, entonces ahí fue donde empezamos a entender que verdaderamente los problemas de Salud Pública no eran las enfermedades transmisibles porque las no transmisibles prácticamente no se conocían, sino que habían otros factores que eran los que afectaban la salud, que se ubicaban dentro de la Salud Pública y a los cuales no se les consideraba importante y esto duró muchos años, pero **el personal se formaba con el enfoque de abordar las enfermedades transmisibles que eran las que lesionaban a la población**, pero además, con un enfoque de participación comunitaria muy importante y el trabajo en equipo, concebido no sólo con el médico y la enfermera, sino concebido con otra serie de profesionales que eran importantes y que podían aportar a la Salud Pública, entonces en esa formación habían antropólogos, sociólogos, economistas, trabajadoras sociales que apenas empezaban a nivel licenciatura sabían poco, entonces era un trabajo multidisciplinario, había nutricionistas, en donde todos aportábamos desde nuestro ámbito y eso nos enriquecía a todos. Ese fue mi encuentro con la Salud Pública y después empecé a aprender que uno puede hacer el proyec-



to de vida que quiera, pero la vida siempre lo lleva a uno por donde la vida cree conveniente y así fue.

Cuando en México no se hablaba de la equidad de género en voz alta, en la escuela de Salud Pública, sin llamarla de tal manera, lo manejaban, era una formación multidisciplinaria, entonces había veces que en una sesión conjunta un médico se equivocaba y los maestros eran tan mal intencionados que le hablaban a una enfermera y le decían: a ver usted qué opina de lo que está diciendo el compañero y ahí no había más que dos: o se decía lo que uno pensaba y sabía o si uno por consideración al compañero se quedaba callada y decía pues no sé, entonces todo lo demás repercutía en uno. Ahí era una especie de forzar más al personal de enfermería que era el que tenía un poco menos de preparación que el médico porque estábamos al nivel técnico para que pudiera estar a un nivel profesional dentro del grupo de Salud Pública, entonces todo eso ha sido muy enriquecedor.

Yo creo que cada quien tiene que vivir lo suyo, el trabajo dentro de esto de la Salud Pública y la pasión que se le ponga y el cariño que se le tenga es algo que va de dentro hacia afuera, es algo que no se gesta nada más con la formación profesional sino es algo que se inicia desde los propios valores que se adquieren a nivel de la familia, entonces si una familia forma a sus hijos con valores como la honestidad, la solidaridad, el amor, la congruencia y otros tantos, esa persona puede desarrollarse perfectamente en el campo de la Salud Pública... Lo único que se le puede decir a la gente es que busque su formación profesional en un campo que le atraiga... **yo creo que la Salud Pública (lo he dicho muchas veces, incluso delante de algunas alumnas) llega a ser un verdadero estilo de vida, no es una forma de pensar en función de la formación o de la institución donde uno trabaje, es algo que verdaderamente llega a formar parte de ti, es una especie de tatuaje que uno lleva por el resto de su vida.**

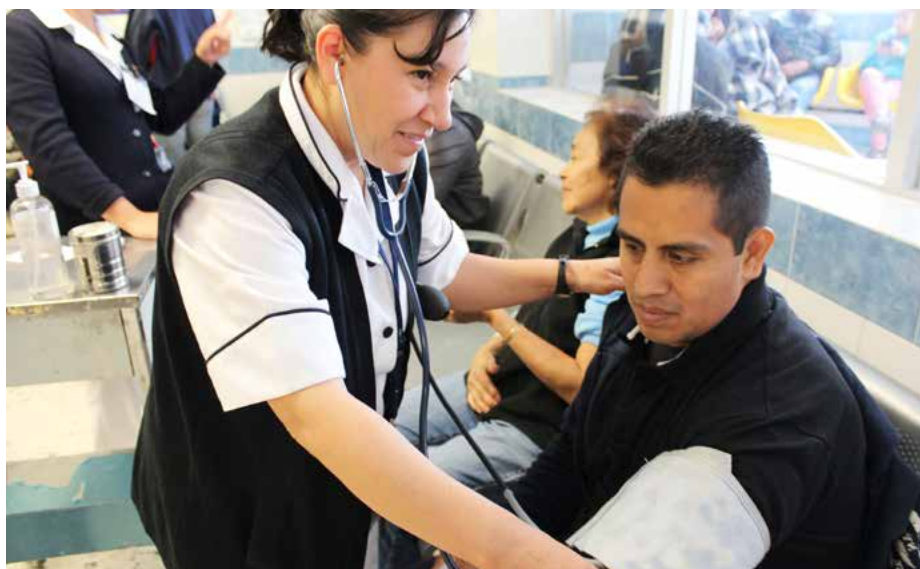
La vida nos lleva por distintos caminos, dentro de esos caminos nos podría compartir ¿qué camino la llevó a pertenecer a nuestra Sociedad Mexicana de Salud Pública y en ese mismo tenor, en el ámbito de enfermería para usted que relevancia y que importancia fundamental le significa la

En la Sociedad Mexicana de Salud Pública, enfermería siempre ha tenido un sitio porque nunca hemos dejado un espacio vacío, nos ha costado mucho trabajo ganar eso dentro de la propia Sociedad y es algo que procuramos siempre mantenerlo vigente

enfermería en el campo de la sociedad y de la Salud Pública?

Yo llegué a la Sociedad Mexicana de Salud Pública a través de mis compañeros de trabajo, cuando salí de la escuela de Salud Pública, primero tuve la inquietud de integrarme a la Asociación de Egresados de la Escuela de Salud Pública, y fue precisamente en la primera y única reunión que yo fui de la Asociación de Egresados donde tuve mi encuentro con la Sociedad, porque eran tan parecidas, las metas tan similares, solamente que la Sociedad dependía mucho del marco institucional de la Secretaría de Salud, tanto que a veces nos decían que éramos apéndice de la Secretaría y en la Asociación de Egresados, pues éramos un montón de salubristas que nos reuníamos, discutíamos, podíamos decir lo que quisiéramos, proponer lo que se

nos ocurriera, discutirlos en plan de pares entre diferentes profesiones y demás y era otro campo un poco diferente, posteriormente los propios salubristas que formaban los cuerpos directivos de la Asociación de Egresados llegaron a la conclusión de que no valía la pena tener dos sociedades con los mismos propósitos y estar compitiendo unas con otras, entonces desapareció la Asociación de Egresados y a los que pertenecíamos a ella nos invitaron a la Sociedad Mexicana de Salud Pública y en la primera reunión nacional a la que yo asistí, un año después de que salí del curso que fue en Guadalajara, fue la primera experiencia que yo tuve de compartir y departir con los compañeros de la Sociedad y para mí fue todo un descubrimiento ver que una cosa era un salubrista, un maestro en Salud Pública, un Epidemiólogo como compañero de trabajo en el marco de una institución o como jefe y otra cosa era como compañero dentro de una sociedad como esta, entonces ahí aprendimos que la equidad nunca ha llegado pero que en muchos aspectos la igualdad la hemos manejado como Sociedad, podrán no hacernos caso quienes circunstancialmente nos dirigen pero cuando menos en la Asamblea General tenemos la posibilidad de decir lo que pensamos, salvo deshonrosas excepciones, pero en general es eso, es decir, es algo que nos satisface desde ese momento y entonces la gente que estaba ahí eran algo así como los tótems de la Salud Pública en el país, entonces alguien que era un Subsecretario o un Director General lo veía uno dentro del marco de la Sociedad como un mortal como cualquier otro, ya



“Por ver lo que ya pasó, no ves lo que viene por delante”

sin la investidura de gran jefe, entonces era algo que enriquecía mucho porque se podía comentar con ellos, cuestionarlos libremente y demás, sin temor a tener represalias, desafortunadamente en algún momento no era así pero pues uno lo sabía si estaba en desacuerdo con aquel y se lo decía pues asumía las consecuencias y punto, pero siempre tratamos de que la Sociedad fuera algo independiente a la línea de la institución donde trabajábamos y eso fue muy bueno durante todo este trayecto y para las enfermeras más todavía porque aquí el ambiente era otro, ya que, **en esta Sociedad, enfermería siempre ha tenido un sitio porque nunca hemos dejado un espacio vacío, nos ha costado mucho trabajo ganar eso dentro de la propia Sociedad y es algo que procuramos siempre mantenerlo vigente.**

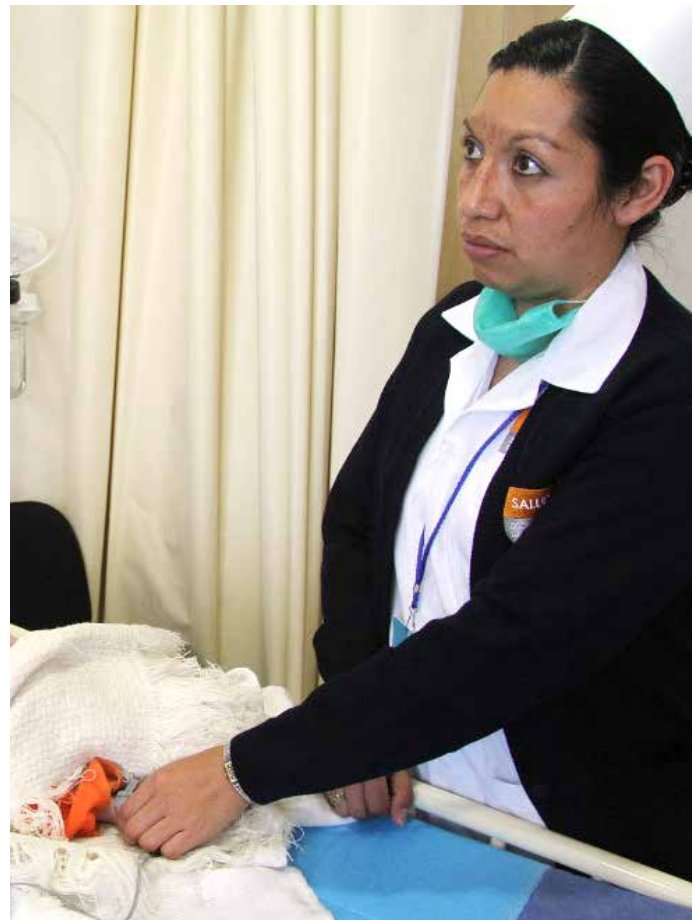
¿Nos puede compartir alguna idea, algún proyecto que desde el ámbito de enfermería pudiera cambiar o modificar o evolucionar parte del sistema de salud mexicano?

Necesitamos pedir espacios de participación a nivel de decisión política, porque las decisiones y las políticas en salud se hacen con una serie de criterios que, tomarán en cuenta, a veces, la multicausalidad, pero no la necesidad del abordaje multidisciplinario en igualdad de condiciones, por una parte, entonces hay quienes piensan y deciden los que otros deben hacer desafortunadamente, eso debemos trabajarlo, debemos trabajarlo nosotras las enfermeras. Te voy a comentar una cosa, en 1997 en el marco de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, dentro de las muchas actividades de tipo académico que hicimos las enfermeras hicimos un seminario con temas relevantes, temas que no eran los trillados y los establecidos en forma inamovible, como el campo de actuación de la enfermera y de la Salud Pública y uno de los aspectos que abordamos fue precisamente eso, **la inequidad en cuanto a género y la inequidad en todos los sentidos y eso es un problema tan serio, pero tan serio, que incluso se refleja en la atención de la población**

Pasando al terreno personal maestra, ¿nos podrías contar alguna anécdota, alguna situación que recuerdes con agrado durante tu trayecto como enfermera en el campo de la Salud Pública?

Hay una anécdota que vivimos un compañero epidemiólogo y yo en el estado de Chiapas, cuando se iban a poner más de 400 unidades médicas rurales del IMSS en aquella entidad federativa. El doctor Bautista y yo fuimos comisionados para hacer medicina preventiva con el propósito de tener acercamiento con las comunidades, previo a la instalación de las propias clínicas y además que las mismas comunidades fueran conociendo la existencia del Instituto Mexicano del Seguro Social... en una ocasión terminamos de hacer el trabajo en la zona de San Cristóbal y nos tocaba estar los siguientes dos días en la zona de Palenque. El

compañero promotor de la salud que iba con nosotros nos dijo: de paso nos queda una comunidad que va a tener una clínica y está casi a pie de carretera, bueno pues vamos... era época de lluvia, no había manera de entrar, eran 20 kilómetros los que habían entre la carretera y la comunidad, nos fuimos hasta Tenosique y ahí tomamos el tren para ir a San Antonio Sabanillas, se complicó el regreso por tren y una persona nos dijo: aquí hay una avioneta que nos trae material para la construcción de la clínica, a lo mejor los quiere llevar a donde ustedes van, era una avionetita chiquita de dos o tres plazas que no tenía asientos más que el del piloto porque el poco espacio lo agarraban para llevar el material, nos prestaron dos sillitas de madera de niños y ahí íbamos el doctor Bautista y yo, uno de la parte junto al piloto y yo iba detrás del piloto, agarrada de su silla y yo iba disfrutando del paisaje y después de algunos minutos de vuelo vemos que aterriza en un pastizal, en un rancho ganadero, y bueno ¿qué pasó, no funciona la avioneta, qué le pasa, tenemos algún problema? Y el piloto no decía nada hasta que estuvo parado y nos dijo: es que yo no puedo llevarlos hasta Tenosique porque no tengo licencia para volar, entonces, nos dejó ahí, la carretera estaba como a 350 metros, estábamos rodeados por el ganado. Logramos llegar a la carretera para pedir aventón hasta Tenosique o a Zapata. Esas son cosas que nunca se prevén pero como eso hay una serie de incidencias que se presentan en el trabajo diario, cotidiano de la Salud Pública y como eso hay muchas cosas y quien no disfruta eso, digo yo ahorita ya lo disfruto entonces fue un susto loco porque esos 300 metros que caminamos se nos hizo eterno pensando que a algún buey se le ocurriera corretearnos, pero estábamos muy tranquilos y orgullosos del trabajo que hicimos.



Necesitamos pedir espacios de participación a nivel de decisión política

¿Qué actividad le gusta hacer en su tiempo libre, como le gusta pasar su tiempo, que nos quisiera compartir?

Tengo 15 años de jubilada, entonces mi tiempo todo es libre, pero en estos últimos 5 años más o menos estoy viviendo la experiencia que nunca pensé que pudiera ser tan atractiva, el ser ama de casa y digo que no pudiera ser tan atractiva porque a mí desde niña mi mamá me decía: tú me repruebas y te meto a la cocina, entonces para mí la cocina era sinónimo de castigo y pues la vida va llevando a uno y llegó el momento en que tuve que hacerme cargo progresivamente de los aspectos de la administración de la casa y la verdad es una actividad muy bonita. A veces leo, ahorita por ejemplo, leo las noticias de lo que está pasando en este país y no me queda mucho tiempo para leer otras cosas pero, tal vez, mi disfrute más grande esta con mi familia, yo viajé más de 30 años por este país, entonces en esa etapa yo disfruté poco a mi familia y ahorita yo la disfruto plenamente, esa es mi prioridad.

Para finalizar nos podría compartir esa frase o cita textual que la haya marcado en la vida, ¿qué es lo que representó para usted?

No es una cita que se encuentre escrita en ninguna parte, fue producto de otra vivencia, cuando yo era niña hicimos un viaje muy corto de Tabasco a Catemaco y

entonces pues la única forma de andar era a ratos en tren y a ratos en barco, a ratos a caballo y llegamos hasta Catemaco pero al paso ahí por Rodríguez Clara, hay una comunidad donde paró el tren que hay unos burritos o había unos burritos preciosos que yo conocía como los que son la mascota del poli, pero lo había en muchos colores, entonces yo estaba fascinada con los burritos y en eso que empieza a arrancar el tren, yo venía sentada enfrente de mis papás y viendo por la ventana decía: mira ese blanco y mira el café hasta que cansé a mi papá. Me sentó en sus piernas y me dijo: ven y siéntate aquí porque **“por ver lo que ya pasó, no ves lo que viene por delante.”** En ese entonces para mí no significó nada pero con el paso del tiempo, de las vivencias y de las experiencias de vida, sobretodo, pues ha adquirido un significado enorme, por eso, hay que ver siempre para adelante.

La Mtra. Miraldey es originaria del estado de Tabasco; la formación profesional de enfermera la obtuvo inicialmente en la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Mexicana con el reconocimiento de la UNAM, posteriormente obtuvo el grado de Especialista en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de México.

Su marca como excepcional servidora pública quedó grabada en la Secretaría de Salud, el Seguro Social, IMSS-COPLAMAR, DIF, PEMEX y los Servicios de Salud del Distrito Federal.

Ha impartido clases en prácticamente todas las instituciones de enseñanza de enfermería, siempre en el campo de la salud pública y la administración de los servicios de salud; sin embargo, su inquietud la ha llevado a trabajar en el campo del desarrollo humano, el liderazgo y la formación para la docencia.

La Mtra. Miraldey ha jugado un importante papel en el fortalecimiento profesional y académico de la enfermería en salud pública, su presencia en incontables comités para la modernización curricular y la certificación así lo indican.

Observa el video completo de la entrevista





Sociedad Mexicana
de Salud Pública, A.C.

Aprende Salud Pública

Plataforma Informática para el **aprendizaje** y **actualización** en línea

El aprendizaje es la base del éxito...
Actualízate, esfuerzate y contribuye en la promoción de la salud pública.



Diplomado Latinoamericano en **Cáncer de la Mujer**
Diplomado Latinoamericano en **Vacunología**
Diplomado en **Salud Materna y Perinatal**
Curso Virtual de Introducción a la **Genómica**
Diplomado en Prevención y Atención Integrada
de las **Enfermedades Crónicas**



<http://www.smsp.org.mx/aprende.html>

ACCIDENTES POR PUNCIÓN EN PERSONAL DE LA SALUD: DATOS, ANÁLISIS ECONÓMICO Y PERSPECTIVAS

Cada año, cientos de miles de trabajadores de la salud se exponen a infecciones por accidentes a su labor.



PANORAMA GLOBAL

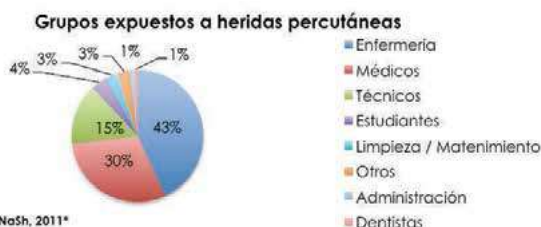
Como hemos venido haciendo desde hace un par de años, la Sociedad Mexicana de Salud Pública trabaja para fortalecer la seguridad de los trabajadores y siempre por la salud de nuestro país. Es por ello que, en febrero de 2015 llevamos a cabo el estudio “Impacto Económico de las Punciones Accidentales en el Personal Médico”, con el objetivo de hacer un diagnóstico de la información que existe actualmente sobre el registro de punciones accidentales, así como del contexto internacional del tema, con la intención de poder analizar el impacto económico potencial que tienen las punciones accidentales en los trabajadores de la salud y en el sistema de salud de nuestro país.

Las punciones accidentales consisten en heridas percutáneas por materiales punzocortantes, lo que representa una amenaza para los trabajadores de la salud por el riesgo de infección de enfermedades como el VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, entre otras. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) tres de los 35 millones de trabajadores de la salud en el mundo han experimentado exposición percutánea a patógenos sanguíneos.

En México

No se cuenta con un estudio nacional documentado que brinde información puntual sobre las punciones accidentales, sus riesgos o factores que las propician y los efectos derivados de su ocurrencia. Este fenómeno adolece de análisis y su literatura es prácticamente inexistente aún cuando hay indicios de que existen registros sobre el tema en diversas unidades médicas como el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, Hospital Infantil de México, Hospital General “Manuel Gea González”, entre otros. Estos datos obtenidos de los diferentes hospitales difícilmente son representativos a nivel nacional y de fácil acceso.

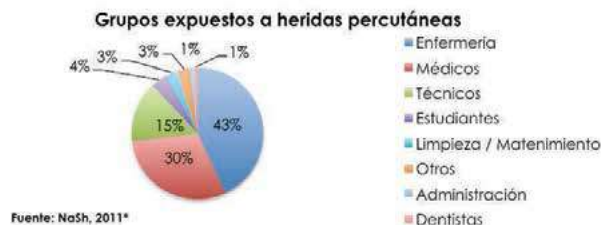
Asimismo, el impacto económico total estimado de punciones entre el personal de salud asciende a un total de un mil cinco millones seiscientos veintidós mil novecientos cuarenta y ocho pesos (\$1,005,621,948), (similar al gasto que el Gobierno Federal destinó este año para la Prevención y Atención contra las Adicciones). La cifra del impacto total estimado pudiera ser mayor por virtud del subregistro implícito en las cifras de incidencia utilizadas a partir de la literatura disponible y estima potenciales basados en la literatura internacional.



*Summary Report for Blood and Body Fluid Exposure
La tabla ilustra como el grupo de los profesionales de la salud reporta la mayor proporción de lesiones por cortopunzantes. Los médicos son comúnmente el contingente que sigue a las enfermeras en la proporción de accidentes registrados, y a éstos el personal técnico o de apoyo.

La estrategia adoptada en el estudio en comento para realizar la estimación es la de métodos mixtos, que se basa en la combinación de dos métodos, ambos identificados en la literatura como sustento de estudios sistémicos realizados en el tema de las punciones accidentales entre personal médico. Los métodos se emplean

de manera complementaria en virtud de que cada uno da cuenta de una estimación distinta, ambas necesarias para determinar el monto final.



*Summary Report for Blood and Body Fluid Exposure
La tabla ilustra como el grupo de los profesionales de la salud reporta la mayor proporción de lesiones por cortopunzantes. Los médicos son comúnmente el contingente que sigue a las enfermeras en la proporción de accidentes registrados, y a éstos el personal técnico o de apoyo.

En otros países

De acuerdo con el Consejo Internacional de Enfermeras (ICN, por sus siglas en inglés), en Estados Unidos, los trabajadores de la salud sufren de 800.000 a 1 millón de pinchazos anualmente, y en el Reino Unido se producen más de 100.000 pinchazos cada año, en ambos casos con un nivel de subregistro de alrededor del 50%. Según la OMS, el 90% de las infecciones ocurre en estos países, de manera que solo uno de cada diez contagios graves suceden en los países desarrollados. Lo que reeja una discrepancia en comparación con los accidentes que ocurren en México.



Finalmente, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, consciente de los riesgos a los que se ven expuestos los trabajadores de la salud, busca generar promoción y difusión de una cultura de información respecto a medidas de bioseguridad que generen la evidencia necesaria para tratar el tema y disminuir accidentes con punzocortantes y evitar la contracción de enfermedades graves en el personal de salud, así como, políticas públicas que respalden y generen áreas de oportunidad y trabajo.

**“El aprendizaje es experiencia,
todo lo demás es información”.**

Albert Einstein

Dr. Ricardo Corral Luna (2016, primera impresión). Impacto económico de las punciones accidentales en el personal médico en México, publicado por la Sociedad Mexicana de Salud Pública.

La publicación de este estudio puede solicitarse en la Sociedad Mexicana de Salud Pública sin ningún costo.

<http://www.smsp.org.mx/>

FAQ's

Thalía Jazmín Toríz Galicia

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. -OMS.

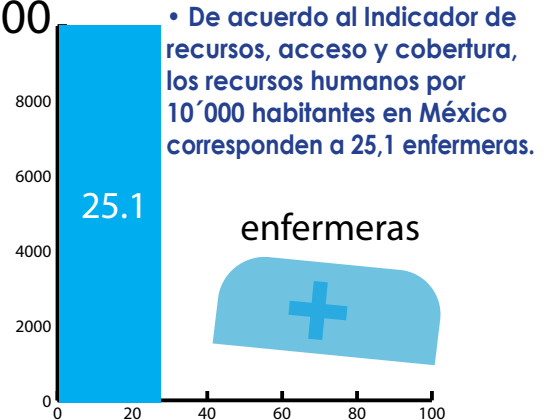
La enfermera(o) especialista en salud pública articula conocimientos teóricos y habilidades prácticas, le permiten focalizar su accionar hacia la prevención de enfermedades mediante la identificación y control de factores de riesgo individuales y colectivos; la promoción y la educación sanitaria para el mantenimiento de la salud; la planificación del cuidado a personas enfermas en correspondencia con las necesidades afectadas en el entorno familiar. Participa en la investigación científica para originar nuevos conocimientos o dar validez a los ya existentes. -Torres Maricela, Revista Cubana de Enfermería 2010-

El egresado de enfermería, Especialista en Salud Pública, de la ENEO, está preparado para:

- Valorar la salud colectiva.

- Participar con el equipo multidisciplinario en la toma de decisiones en Salud Pública.
- Contribuir al diseño de planes para favorecer el desarrollo de la Salud Pública.

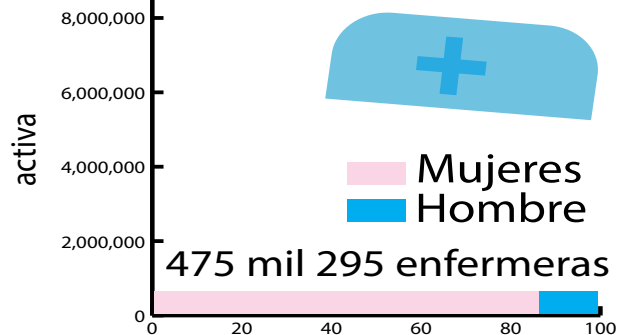
habitantes 10,000



- El promedio nacional de enfermeras y enfermeros es de 2.2 por cada mil habitantes.

52, 918, 649

poblacion económicamente activa



- Reorientar las estrategias de atención comunitaria.

- Desempeñar cargos de coordinación y especialidad.

- Ejercer asesoría en su campo de práctica.
- Incorporarse a los avances científicos.

• Por cada 100 personas con esta ocupación

43 son profesionistas o especialistas

31 técnicas

26 auxiliares en enfermería.



0 20 40 60 80 100

LA SALUD EN IMAGEN

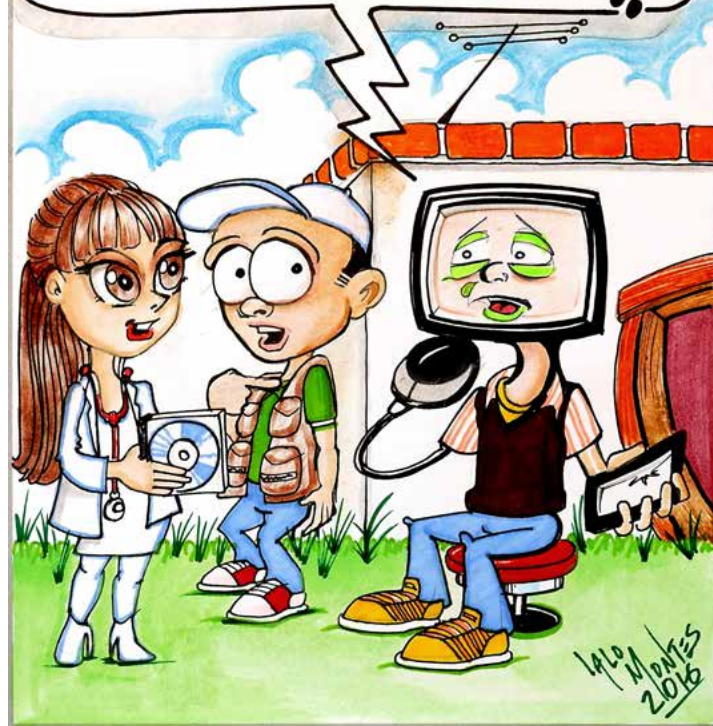


Fotografía: Roxi Juárez

La Pura Cura

SALUBRINA Y SALUBRITO

DOCTORA: AL PARECER
ADQUIRÍ UN VIRUS
POR COMPUTADORA!!





BD

Advancing the
world of health

En BD, nuestro
compromiso
es la **SEGURIDAD**



Siempre innovando