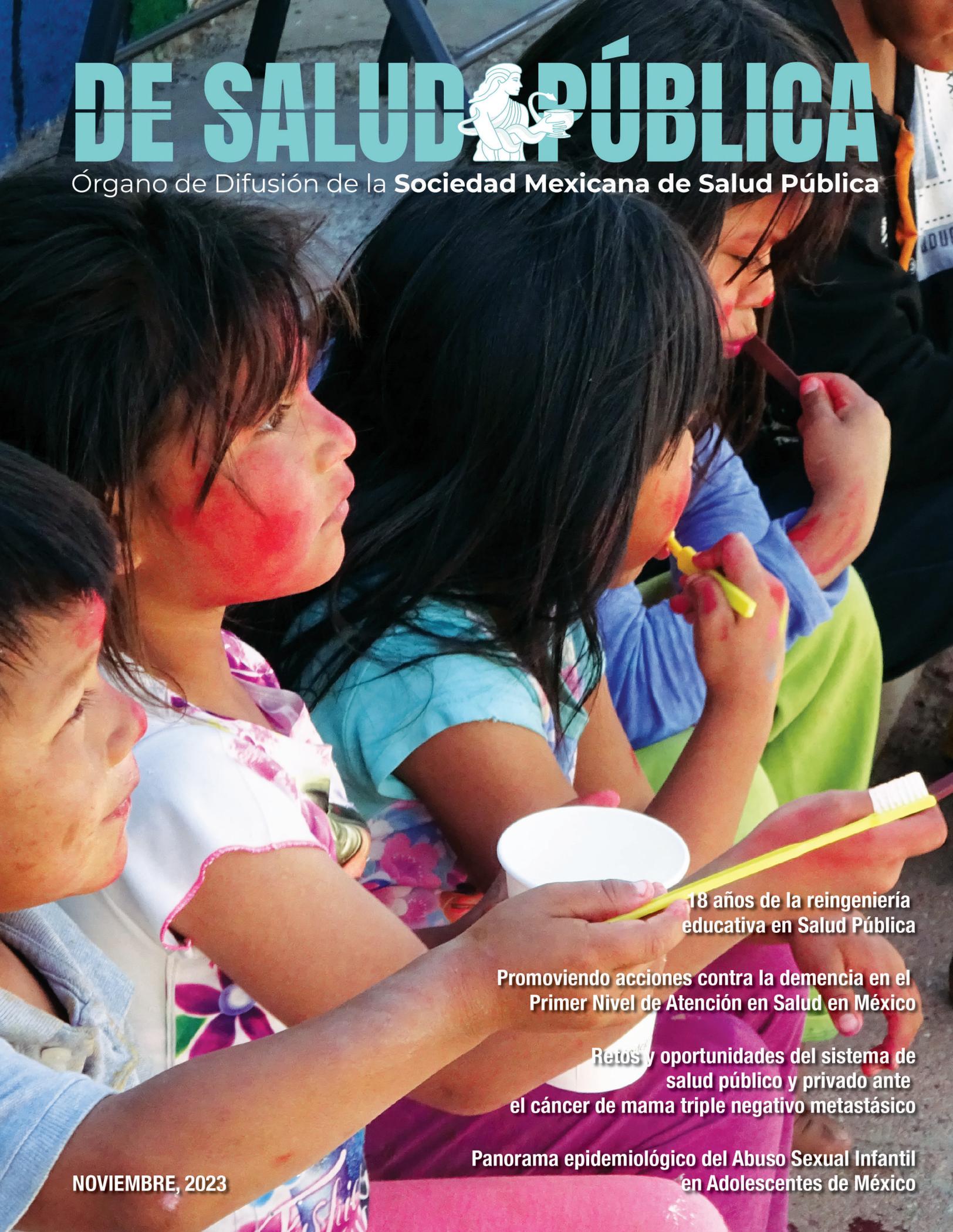


DE SALUD PÚBLICA



Órgano de Difusión de la **Sociedad Mexicana de Salud Pública**



18 años de la reingeniería
educativa en Salud Pública

Promoviendo acciones contra la demencia en el
Primer Nivel de Atención en Salud en México

Retos y oportunidades del sistema de
salud público y privado ante
el cáncer de mama triple negativo metastásico

Panorama epidemiológico del Abuso Sexual Infantil
en Adolescentes de México

NOVIEMBRE, 2023

CD CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Juan Francisco Martínez Campos
Presidente
Dr. Jose Alberto Díaz Quiñonez
Vicepresidente
Mtra. Irma Ortiz Flores
Secretaría General

Dra. María Eugenia Jiménez Corona
Secretaría de Actas
Mtra. Marcela Díaz Mendoza
Tesorera

CAP CONSEJO ASESOR PERMANENTE

Dr. Jesús Felipe González Roldán
Dr. Miguel Betancourt Cravioto
Dra. Lourdes Motta Murguía
Dr. Miguel G. Lombera González
Dra. Silvia G. Roldán Fernández

Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus
Dr. Pablo Kuri Morales
Dra. Elsa Sarti Gutiérrez
Dr. Luis Fernando Antiga Tinoco
Dr. Manuel Urbina Fuentes

Dr. Javier Cabral Soto
Dr. Roberto Tapia Conyer
Dr. Raymundo Intriago Morales †
Dr. José Carrillo Coromina

SF SOCIEDADES FILIALES

Dra. Angélica Pon Méndez
Asociación Baja Californiana de Salud Pública
Dr. Abelardo Estrada Bonilla
Asociación Sudcaliforniana de Salud Pública
M.S.P. Xochil Georgina Poot López
Sociedad Campechana de Salud Pública
Dr. Alfonso Suárez Velázquez
Sociedad Chiapaneca de Salud Pública
Dr. Arturo Guerrero Sosa
Sociedad Duranguense de Salud Pública
Dra. María Guadalupe Rodríguez Porcayo
Sociedad de Salud Pública de la Ciudad de México
M.S.P. Hugo Antúnez Sales
Colegio Médico de Graduados en Salud Pública del Estado de Guerrero
Dra. Alejandra Del Carmen Guerrero Farfán
Colegio de Epidemiólogos del Estado de Guanajuato
Dr. Rogelio Tinajero Pizano
Asociación de Salud Pública de Guanajuato
Dr. Eduardo Bustos Vázquez
Colegio Médico de Salud Pública de Hidalgo
Dra. Marina De Jesús Kasten Monges
Colegio Jalisciense de Salud Pública
Dra. Diana Nelly De León Castro
Sociedad Nuevoleonesa de Salud Pública
Dr. Aurelio Carrillo Rodríguez
Sociedad Nayarita de Salud Pública

Dr. Norberto Barroso Rojas
Sociedad Oaxaqueña de Salud Pública
Dr. José Trinidad Alcocer Bravo
Asociación de Salud Pública de Quintana Roo
M.S.P. Carlos Robles Talavera
Sociedad Sinaloense de Salud Pública "Dr. Jesús Kumate Rodríguez"
M en C. Marcia Leyva Gastélum
Colegio de Profesionales en Salud Pública del Estado de Sonora
Dr. Alejandro Martínez López
Sociedad Potosina de Salud Pública
Dr. Leopoldo Gastélum Fernández
Sociedad Tabasqueña de Salud Pública
Dr. Jorge Sebastián Hernández Rodríguez
Sociedad Tamaulipeca de Salud Pública
Dr. René Martín Alexandre Torres
Colegio de Salud Pública de Tamaulipas
M.S.P. José Francisco Mauricio García
Sociedad de Salud Pública de Tlaxcala
Dra. María Del Rosario Lladó Castillo
Sociedad Veracruzana de Salud Pública
Mtra. Celmy Josefina Durán Caamal
Colegio de Salud Pública de Yucatán
Dr. Carlos Fernando Gómez Rodríguez
Sociedad Zacatecana de Salud Pública

ST SECCIONES TÉCNICAS

Dr. Luis Gustavo Zárate Sánchez
Atención Primaria a la Salud
Dra. Lenny Beatriz Navarrete Martínez
Calidad de la Atención
Dra. Nilza Aslim Rojas Arroyo
Complejidad en Salud
Lic. Ángel Dehesa Christlieb
Comunicación Social
Dra. Irma Zamudio Lugo
Control de Infecciones
Dr. Luis Alberto Cuevas Barrera
Desarrollo del Talento Humano para la Salud Pública
Dr. Fabián Correa Morales
Enfermedades Transmitidas por Vector

Dra. Ruth Angélica Landa Rivera
Enfermería en Salud Pública
Dra. Nora Liliana Martínez Gatica
Epidemiología
M.en C. Laura Isabela Uribe Figueroa
Genómica
Dr. Jorge Alejandro Ramírez Hernández
Humanidades en Salud
MSP. Beatriz Olivares Flores
Laboratorios en Salud Pública
Mtro. Agustín López González
Promoción de la Salud
Dra. Ruth Sara Aldana Vergara
Salud en la Infancia

Dr. Luis Alberto Martínez Juárez
Salud Global
Lic. Braulio Ortega Plascencia
Salud Mental
Mtro. Mario Gómez Zepeda
Salud Sexual
Mtro. Jürgen Adam Sánchez
Salubristas en Formación
Mtra. Marcia Leyva Gastélum
Sociedades Filiales
Dr. César López Camacho
Terapias y Vacunas Genéticas
Dr. Rodrigo Romero Feregrino
Vacunación

ÍNDICE

4

Mensaje SMSP

Por: Dr. Juan Francisco Martínez Campos

6

El acceso a la información en salud: Un cambio de paradigma en el individuo

Por: Mtra. Alma Enríquez García

8

Retos y oportunidades del sistema de salud público y privado ante el cáncer de mama triple negativo metastásico

Autores: Francisco Javier Picó, Alan Alexis Heredia Zepeda, Gregorio Quintero Beulo, Dionne Aguilar, Enrique Zamudio, Lizette Galvez, Cynthia Villareal Garza, y otros

14

Panorama epidemiológico del Abuso Sexual Infantil en adolescentes de México

Autores: Leonor Rivera Rivera, Marina Séris Martínez, Paola Adanari Ortega-Ceballos, Lorena Castillo Castillo, Claudia I. Astudillo-García, Alberto Jiménez Tapia, y otros

18

Promoviendo acciones contra la demencia en el Primer Nivel de Atención en Salud en México

Autores: Claudia I. Astudillo García, Rosa Farrés González Saravia, Guillermo Velázquez López, Luis Moncayo Samperio, Mariana López Ortega

22

Fomentar el conocimiento comunitario de la Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas (Rickettsiosis) en la colonia Riberas de Sacramento, Chihuahua, Chih.

Autor: Rocío Alvidrez-Rodríguez Coautores: Araceli López-Medina, Dulze María Aguirre Borja, Martha Alicia Bueno Rosas

24

Epidemiología Molecular y Genómica: Un análisis profundo de la interacción entre genes, genomas y enfermedades

Por: Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez

28

La enfermería y la diversidad sexual en el México del Siglo XXI

Por: Psic. Braulio Ortega Plascencia

32

Suicidio, problema de salud pública

Por: Psic. José Alberto Gómez García

36

A 18 años de la reingeniería educativa en Salud Pública

Autores: Cynthia Rosas Magallanes, Miguel Ángel Mejía Arias, José Luis Ramírez Martínez, Laura Magaña Valladares.

40

Aplicación de nuevos enfoques de Salud Pública en el Diagnóstico Integral de Salud Poblacional

Autores: Juan Francisco Molina Rodríguez, Luz María Lara López, Lorena Elizabeth Castillo Castillo

44

Cuatro Tesis para la Salud Pública

Por: Dr. Jorge A. Ramírez Hernández

Foto de portada: María Elena Martínez Tapia, 2022

DE SALUD PÚBLICA es una publicación de la Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C. para distribución gratuita.

Se autoriza su reproducción total o parcial citando la fuente. Para colaboraciones, avisos y publicidad, dirigirse a: Herschel No.109, Col. Anzures, C.P.11590, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, Tel. (55) 5203 44592 o al correo electrónico: smp@smsp.org.mx
Dirección General: Juan Francisco Martínez Campos · Coordinación Editorial: Alma Enríquez García
Apoyo Editorial: Lorena Castillo Castillo · Corrección de Estilo: Alma Enríquez García · Diseño: Alma Enríquez García
Las opiniones expresadas en esta revista no reflejan necesariamente la posición oficial de la Sociedad Mexicana de Salud Pública y son responsabilidad exclusiva de los autores.



Mensaje SMSP

Por: Dr. Juan Francisco Martínez Campos
 Presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Cuando nos referimos a las diferentes organizaciones gremiales y/o profesionales, de inmediato tendríamos que evocar la filosofía y finalidad por las que fueron creadas y entender el “alcance de miras” de quienes las fundaron.

Inicialmente, las organizaciones gremiales tuvieron como fin atender las necesidades, enfrentar la adversidad, promover la profesionalización, el desarrollo y protección jurídica general e individual de sus integrantes que realizaban actividades comunes, en razón de su profesión, oficio, prestación de servicio o rama de producción.

Este antecedente es de gran relevancia para la denominación de la organización. A saber, se conocen: sociedades, asociaciones, federaciones o colegios de profesionistas.

Cada una de ellas tiene un objetivo, responsabilidades legales y éticas, formas de organización y temporalidad. La nuestra, es una asociación civil denominada Sociedad Mexicana de Salud Pública (SMSP). Su fundación data de 1944; el próximo noviembre de 2024 serán ya 80 años de vida.

Se fundó en la sede de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística y tiene similitud con otras organizaciones médicas, *verbigracia*, en la nuestra se incluye personal de salud con capacitación o adiestramiento *ad hoc* a la práctica de la salud pública.

En términos generales, la Asamblea de Socios constituye el órgano de decisión y está conformado por un Consejo Directivo, un Consejo Asesor Permanente, Sociedades Filiales y Correspondientes en el interior del país, además de Secciones Técnicas específicas, para la difusión de los importantes temas de salud pública. El STAFF, labora diariamente en la Casa del Salubrista, que ha tenido diferentes sedes y hoy, gracias a la gestión del Dr. Manuel Urbina, se encuentra alojada desde hace 22 años en la calle de Herschel no. 109 en la colonia Anzures de la Ciudad de México.

En esta sede se sostienen diariamente las operaciones administrativas y de organización que dan vida y dinamismo al quehacer de nuestra sociedad. Con excepción del personal del STAFF, ninguno de los miembros en órganos de gobierno recibe una remuneración económica por su colaboración, pero el Presidente tiene injerencia en la administración de los recursos y bienes de la SMSP.

A lo largo de los años, la Sociedad atravesó por procesos intensos y periodos convulsos que fueron modelando una organización nacional apreciada y reconocida, dinámica y durante mucho tiempo influyente, relacionada cercanamente con la Secretaría de Salud Federal por intercesión de sus funcionarios más connotados de cada época.

También hemos enfrentado situaciones adversas en manos de personas que lejos de mirar por un bien común, han sido egoístas en su forma de actuar, pero lejos de debilitarnos como

gremio, hemos perseguido, inclusive de manera legal, a todos los que deseen dañar a esta Sociedad a la que nos debemos.

Existen diferentes eventos académicos organizados por la SMSP a lo largo del año, el más relevante es la Reunión Anual de Salud Pública (RASP) que se realiza en términos generales entre la segunda o tercera semana de noviembre. La sede es itinerante y ha sido suspendida en 2 ocasiones. Este año, realizamos la 77RASP en la ciudad que lo tiene todo, la cosmopolita Ciudad de México. Al respecto, agradecemos la colaboración de los Servicios de Salud de la Ciudad de México, en la persona de la Dra. Oliva López Arellano.

En nuestro magno evento se enmarca el inicio del año de festejos por el 80vo aniversario de vida Nuestra ya casi octogenaria organización, se ha mimetizado con los tiempos modernos: logra expresarse eficientemente por redes sociales, e-mail y programa de radio en internet, así como otras formas emergentes de comunicación en medios electrónicos, teniendo un tránsito que ronda el millón de personas de noviembre a noviembre, el número de socios fluctúa año con año sobre los tres mil de forma activa.

Debo destacar que, consta en actas de esta organización la participación de los salubristas más relevantes de la historia del país, actores principales en la creación y puesta en marcha de la política pública en salud, en la investigación y por supuesto en la vida académica. Para los próximos 80 años encontraremos nuevos retos, el principal en la historia reciente es superar el evento de salud más grande para nuestra civilización, del siglo, en el planeta, que se haya documentado antes: la pandemia de Covid-19.

Una “salud pública mejorada” demanda un cambio generacional y el surgimiento de nuevos liderazgos para la reingeniería del sistema de salud hasta hoy contemporáneo, que se encuentra en crisis. Ante la anunciada transformación del país, se requiere de una guía con mayor conciencia social, solvencia técnica y que sobreponga el bien común al interés o protagonismo personal.

En salud pública los logros son siempre en conjunto nunca individuales; esto conlleva a generar paradigmas y definiciones que den rumbo y certeza a un nuevo sistema de salud.

El próximo año, se necesitará de todos los talentos, esfuerzos y creatividad de los hombres y mujeres libres que conforman nuestra membresía, debemos aliarnos con otras organizaciones o instituciones para proponer la construcción desde lo regional a lo nacional, sí, en la atención primaria de la salud con mirada a la salud global, los determinantes y sobre todo en la iniciativa de una sola salud para construir de forma tangible y sostenible el México que todos deseamos, la suma de esfuerzos es un reto para la Sociedad Mexicana de Salud Pública en los próximos años. Nuestro propósito es no cansarnos de proponer, activar y paradójicamente contagiar el ideal de una “Salud Pública Mejorada”. ■



El acceso a la información en salud: Un cambio de paradigma para el individuo

Por: Mtra. Alma Enríquez García

Directora Ejecutiva de la Sociedad Mexicana de Salud Pública

Es de conocimiento común que, con el objetivo de mantenernos saludables, necesitamos cuidar nuestra alimentación, ejercitarnos con regularidad y dormir adecuadamente; sin embargo, pocas veces se va más allá de las indicaciones generales en salud para brindar una orientación integral y práctica que nos permita abordar las implicaciones de los hallazgos y desarrollos científicos para su aplicación en nuestra vida cotidiana.

Si la promoción de la salud representa un pilar de la salud preventiva y una guía hacia una mejor calidad de vida, la comunicación efectiva es fundamental para sentar las bases de una sociedad de individuos más conscientes, quienes cuenten con las herramientas necesarias para tomar mejores decisiones y procurar su bienestar. Comunicar (es decir, “poner en común”) la información en el rubro de la salud, enfrenta el reto de hacerla accesible y atractiva, sin sacrificar por ello precisión ni veracidad.

La Organización Panamericana de la Salud ha contemplado desde hace varios años la “ciencia abierta” como una de las 5 líneas de acción estratégica de salud pública en la sociedad de la información¹; mismas que podrían contribuir activamente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.

Si bien las medidas resultantes de dicha iniciativa derivan en una participación activa del gobierno, los profesionales de salud y la sociedad civil para la elaboración e implementación de políticas a nivel macro, su puesta en marcha también se traduce en seres humanos capaces de tomar la responsabilidad del cuidado de su salud y promover medidas preventivas en su círculo cercano.

De esta manera, se incentiva un cambio de paradigma, donde la salud deja de ser un ente ajeno en manos de las instituciones y se convierte en un bien tangible del individuo. El cual ya no actúa reactivamente, pues gana agencia para proceder de forma proactiva ante los potenciales riesgos, accidentes y padecimientos existentes.

Esto, por supuesto, no quiere decir que se vuelva inmune a las lesiones o a la enfermedad; sin embargo, representa una ventaja en el mantenimiento y mejora de su salud continua. O, dicho de otra manera, se traduce en una intervención preventiva que surge desde el interés personal y se apoya del conocimiento; no así del miedo o la desinformación.

La medicina preventiva en cada uno de sus niveles (primaria, secundaria y terciaria) es mucho más efectiva cuando nos acercamos a ella por iniciativa propia. Pues no bastan las campañas aisladas de salud para hacer chequeos, vacunación o saneamiento (por mencionar algunas) cuando nos topamos con la indiferencia; la cual, a menudo, es una consecuencia de la manera distante en que se comparten los datos y la evidencia científica.

El acceso a la información confiable en su forma divulgativa es esencial para la salud individual y, en consecuencia, para la so-

ciudad; pues promueve la toma de decisiones informadas, la desmitificación de remedios no comprobados y la investigación.

De acuerdo con el marco estratégico de la Organización Mundial de la Salud para las comunicaciones, la difusión de la información debe ser accesible, factible, creíble, pertinente, a tiempo y fácil de entender² (figura 1). Por lo tanto, necesitamos crear canales y espacios estratégicos cuyo lenguaje y mensajes estén pensados para acercar información verificada y confiable al individuo, tomando en consideración sus necesidades, intereses y circunstancias actuales.

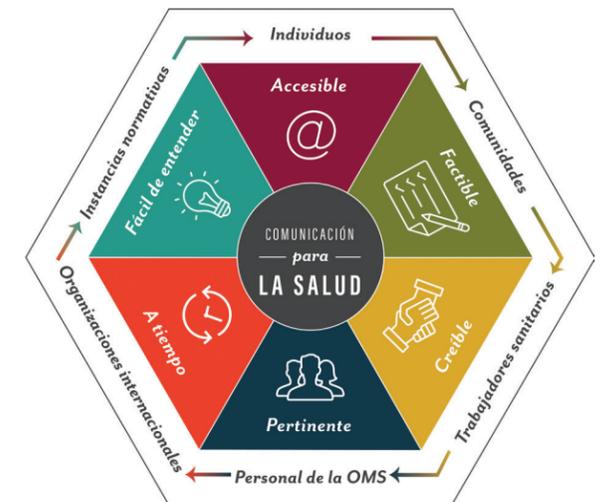


Figura 1. Marco Estratégico de la Organización Mundial de la Salud para las Comunicaciones

Recordamos la famosa frase del Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la OMS, en 1988: “la salud es el producto de la acción social y no un mero resultado de la atención médica”³ y para llevarlo a cabo es mandatorio integrar otras disciplinas sociales como la psicología y la mercadotecnia. Si no existe una comunicación efectiva y oportuna, en la que se ponga al individuo como responsable de su salud, y además se incentive a promover buenos hábitos de salud en los niños, no se generarán cambios. ■

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. (2017). Salud en las Américas 2017. Recuperado 28 de octubre de 2023, de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/pv-information-es.html>
2. Organización Mundial de la Salud. (s/f). MARCO ESTRATÉGICO DE LA OMS PARA LAS COMUNICACIONES. Recuperado el 28 de octubre de 2023, de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/communicating-for-health/who-str-comms-framework-poster-spanish.pdf?sfvrsn=5211e950_2
3. Beltrán, Luis Ramiro. (2021). Salud pública y comunicación social. Revista mexicana de opinión pública, (31), 145-151. Epub 11 de octubre de 2021. Recuperado en 28 de octubre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-49112021000200145&lng=es&tlng=es.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

A nivel global, el cáncer de mama es el cáncer más común, con una incidencia anual de 2.3 millones de casos. En el 95% de países, es la principal causa de muerte en mujeres por cáncer, particularmente en naciones con bajos o medianos ingresos (WHO, 2023a). En México, el cáncer de mama constituye el 25% de todos los casos de cáncer en mujeres, siendo la principal causa de muerte en este grupo. La tasa de mortalidad es de 16 por cada 100,000 mujeres mayores de 20 años, con la mayoría afectada entre 50 a 59 años (Arceo-Martínez et al., 2021). Una problemática persistente es la detección tardía, pues más del 80% de los diagnósticos son en etapas avanzadas (Chávez-Díaz et al., 2020).

Dentro de los subtipos moleculares del cáncer de mama en México, encontramos: 65% Luminal A, 12% Luminal B, 9% HER2+ y 14% Triple Negativo (Arceo-Martínez et al., 2021). Este último es el más agresivo, caracterizado por la ausencia de ciertos receptores y una alta probabilidad de recaída en los cinco años post-tratamiento (Arceo-Martínez et al., 2021; Dass et al., 2021).

El cáncer de mama triple negativo (CMTN) es especialmente complicado de tratar debido a su heterogeneidad molecular y su mal pronóstico. Presenta características como tumores de gran tamaño, alta propensión a metástasis y recurrencias frecuentes (O'Reilly et al., 2021). Este tipo de cáncer es más común en mujeres menores de 40 años y mayores de 65 años, quienes enfrentan tasas de supervivencia más bajas (Schwentner et al., 2013; Scott et al., 2019). Las tasas de supervivencia a cinco años para CMTN localizado, regional y metastásico son 91%, 65% y 11%, respectivamente. Sin embargo, muchas pacientes experimentan recaídas dentro de los primeros tres años tras el diagnóstico (Gupta et al., 2020).

Por su parte, el tiempo de atención representa uno de los principales desafíos en el manejo del CMTN. En un estudio realizado en la Ciudad de México, como se observa en la Figura 1,

se demostró que el 30% de los pacientes espera más de 30 días entre la detección de los síntomas y la primera visita al médico (Unger-Saldaña et al., 2018; WHO, 2023b) A su vez, se encontró que entre la primera visita al médico y el inicio del tratamiento existe un retraso mediano de 52 días (Cancer Research UK, 2023)

A pesar de los desarrollos terapéuticos, la quimioterapia sigue siendo esencial en el tratamiento del CMTN. Sin embargo, terapias dirigidas, como la inmunoterapia y los inhibidores de PARP, muestran resultados alentadores en fases iniciales de tratamiento metastásico, mientras que otros tratamientos emergentes buscan mejorar el pronóstico de estas pacientes (O'Reilly et al., 2021). Desafortunadamente, en México, el acceso a estas terapias es limitado en comparación con otros países, retrasando el beneficio para quienes más lo necesitan.

Más allá de la salud, el cáncer de mama tiene un impacto económico considerable. Alrededor del 70% de las mujeres diagnosticadas pierden ingresos y el 34% pierde su empleo a causa de la enfermedad (Asociación Española Contra el Cáncer, 2022). El costo de los tratamientos puede ser una carga financiera devastadora para muchas mujeres y sus familias, llevándolas a dificultades económicas significativas (México Social, 2021).

Por lo tanto, el cáncer de mama metastásico triple negativo (CMTNm) en México es un problema urgente que necesita de intervenciones multidisciplinarias. Los diagnósticos tardíos y las desigualdades en el acceso al tratamiento intensifican el impacto de esta enfermedad, que afecta principalmente a mujeres en su edad productiva y en zonas vulnerables del país. Es imperativo abordar este desafío y buscar soluciones para aliviar la carga sanitaria, emocional y económica que representa. Mejorar la detección temprana, ofrecer tratamientos innovadores y garantizar el acceso a cuidados paliativos son esenciales para mejorar la calidad de vida de las pacientes. Ante esto, es crucial implementar políticas públicas enfocadas en prevención, detección y tratamiento, junto con la promoción de la investigación sobre esta enfermedad en la población mexicana (Marie Knaul et al., 2009; México Social, 2021).

Retos y oportunidades del sistema de salud público y privado ante el cáncer de mama triple negativo metastásico

Francisco Javier Picó¹, Alan Alexis Heredia Zepeda², Gregorio Quintero Beulo³, Dionne Aguilar⁴, Enrique Zamudio⁵, Lizette Galvez⁶, Cynthia Villareal Garza⁴, Guadalupe Cervantes⁷, Silvia Allende^{6,8}, Jaime Tamez Salazar⁴, Dolores de la Mata⁹, Mayra Galindo¹⁰, Rocio Grajales⁷, Rosario Caballero Tinoco⁶, Paula Martínez Garduño¹¹, Paula Cabrera Galeana⁶, Saúl Campos¹², Kenji López¹³, Laura Torrecillas⁷, Enrique Bargallo⁶, Homero Fuentes de la Peña¹⁴, Sixto García Castañón¹⁵

¹LifeSciences Consultants, ²ITESM, ³Hospital General de México, ⁴Tec Salud, ⁵CECAN, ⁶INCan, ⁷ISSSTE CMN 20 Noviembre, ⁸CONACyT, ⁹ABC Hospital, ¹⁰AMLCC, ¹¹ISSSTE, ¹²ISSSEMYM, ¹³Cancer Warriors, ¹⁴Prooncavi, ¹⁵Corazón Rosa

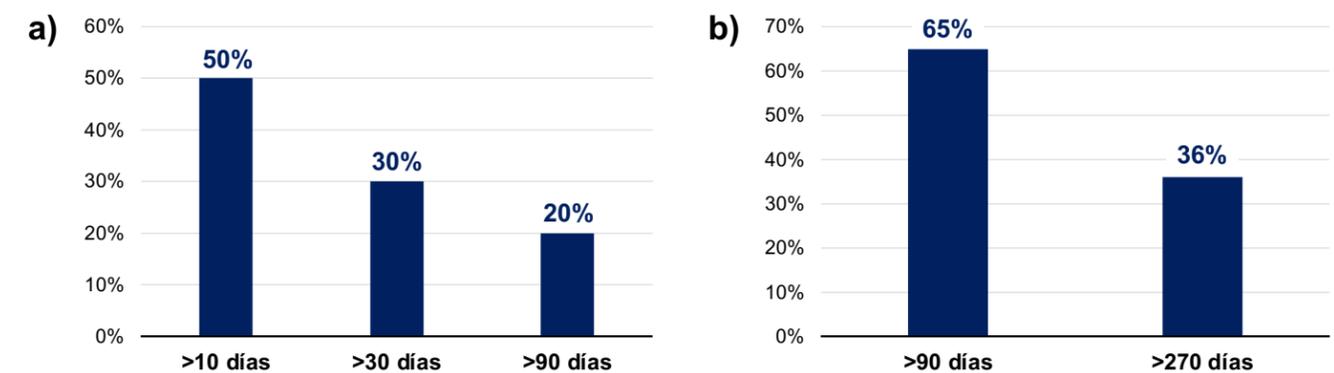


Figura 1.

a) Tiempo entre primeros síntomas y primera cita, b) Tiempo entre la primera cita y el tratamiento. Con información de (Unger-Saldaña et al., 2018)

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El presente estudio busca comprender los desafíos y oportunidades en el manejo del CMTNm en México. Para esto se empleó una metodología mixta, combinando investigación cualitativa y 24 entrevistas con diversas partes interesadas en el manejo del CMTNm: tomadores de decisiones, médicos, enfermeras, líderes de ONGs y pagadores.

Cada entrevista, con una duración promedio de 45 minutos, se adaptó según el perfil del entrevistado, ya sea del sector privado o público, con el objetivo de obtener una visión integral del manejo de CMTNm. Tras analizar todas las entrevistas, se identificaron retos clave en cinco dimensiones:

- 1) **Reconocimiento de valor:** enfocado en la concientización de la enfermedad y tratamiento.
- 2) **Política de Salud:** subrayando la importancia de políticas específicas para mejorar el acceso y calidad de tratamiento.
- 3) **Reembolso:** sobre la mejora de la cobertura de tratamientos.
- 4) **Fondeo:** resalta la importancia de asegurar fondos para el tratamiento.
- 5) **Recursos y vías de cobertura:** se enfoca en mejorar la disponibilidad de recursos humanos, tecnológicos y vías de acceso a tratamientos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

a. Diagnóstico

El diagnóstico temprano del CMTNm es vital en México para garantizar un mejor pronóstico y un uso adecuado de terapias. Las entrevistas subrayan la urgencia de un registro oncológico específico para el CMTNm y de educar a las mujeres sobre la detección temprana y autoexamen. En el sector privado, se destaca la necesidad de evaluación genética para detectar componentes hereditarios. Sin embargo, la limitada cobertura del seguro médico restringe el acceso a estas pruebas, especialmente durante la prevención.

Por su parte, el sistema de reembolso en el sector privado representa otro obstáculo. Dada la estructura de los seguros de gastos médicos en México, las pacientes deben pagar inicialmente un deducible y, luego, una gran parte de los gastos se cubren mediante reembolso, lo que representa una afrenta para la liquidez familiar independientemente de la cobertura. A su vez, el fondeo es insuficiente en las instituciones de salud pública, complicando así las decisiones de tratamiento para las pacientes con CMTNm. Es crucial invertir más en investigación sobre el CMTNm, descubriendo nuevos objetivos terapéuticos y evaluando la eficacia de tratamientos actuales. Además, se debe ampliar el financiamiento en salud pública para tecnologías diagnósticas avanzadas, como mastografía digital,

biomarcadores y pruebas genéticas; ya que, aunque estas existen en México, no son universalmente accesibles.

En el sector privado, se observa que las pacientes acceden fácilmente a pruebas PD-L1 y están familiarizadas con los check-ups, a diferencia del sector público donde se requiere una preconsulta para definir el tratamiento. Por consiguiente, es imperativo establecer programas integrales, especialmente en zonas rurales y desfavorecidas, garantizando así la atención prioritaria y el acompañamiento holístico post-diagnóstico, incluyendo apoyo psicológico, nutricional y social.

b. Decisión de tratamiento

El CMTNm en México afronta obstáculos significativos que obstaculizan el acceso a tratamientos y merman la calidad de vida de las pacientes. Esencialmente, las decisiones de tratamiento se basan en pruebas diagnósticas que determinan la presencia de receptores hormonales, HER2 y otros biomarcadores terapéuticos como PD-1/PD-L1 y BRCA.

Sin embargo, la toma de decisiones no debería ser unilateral: debería ser colaborativa, involucrando a un equipo multidisciplinario de expertos. Esta estrategia multidisciplinaria no solo aborda la complejidad inherente del cáncer de mama, sino que también garantiza una terapia respaldada por evidencia clínica, optimizando los limitados recursos disponibles en sector público. Investigaciones han demostrado que los equipos multidisciplinarios mejoran el proceso diagnóstico y las intervenciones basadas en evidencia (Deressa et al., 2019; Taylor et al., 2013).

La política de salud de México posee áreas de mejora críticas para el tratamiento del CMTNm. Los retrasos administrativos limitan la aprobación de pruebas y tratamientos innovadores. Esta inercia administrativa, combinada con la falta de acceso a pruebas genéticas, resulta en una atención subóptima para las pacientes con CMTNm. Además, la desigual distribución de fondos entre instituciones de salud crea disparidades en la disponibilidad de medicamentos y equipos, exacerbando las desigualdades entre áreas urbanas y rurales.

El diagnóstico temprano del CMTNm es vital en México para garantizar un mejor pronóstico y un uso adecuado de terapias. Las entrevistas subrayan la urgencia de un registro oncológico específico para el CMTNm y de educar a las mujeres sobre la detección temprana y autoexamen.



Otro reto es el acceso limitado a medicamentos innovadores debido a políticas restrictivas y costos elevados. Las alternativas a medicamentos en desabasto, aunque disponibles, no están contempladas en los protocolos de tratamiento para el cáncer de mama, negando así potenciales opciones a las pacientes. Estas deficiencias apuntan a la urgencia de instaurar equipos multidisciplinarios en todas las instituciones y acelerar el acceso a pruebas de inmunohistoquímica, evitando retrasos en el diagnóstico y tratamiento. Estas acciones conjuntas mejorarían la respuesta clínica, reduciendo tiempos de espera, complicaciones y mejorando la calidad de vida.

A pesar de las limitaciones y desafíos en el tratamiento del CMTNm en México, es posible mejorar el sistema. La eficiencia puede lograrse estableciendo consensos claros sobre las prioridades diagnósticas, implementando métricas temporales para confirmaciones de diagnóstico y promoviendo la decisión terapéutica mediante equipos multidisciplinarios. Estas eficiencias, a su vez, podrían liberar recursos para enfrentar la falta de acceso a medicamentos innovadores. Es esencial complementar estos esfuerzos con un sistema robusto de registro oncológico y fortalecer programas de apoyo integral para pacientes con CMTNm, que incluyan asistencia psicológica, nutricional y social. Solo mediante la implementación de estrategias holísticas podremos mejorar significativamente la atención y calidad de vida de las pacientes con CMTNm en México.

c. Tratamiento

En lo que respecta al reconocimiento del valor del tratamiento, la conformación de equipos multidisciplinarios se ha identificado como una práctica efectiva para reducir los tiempos de

tratamiento y disminuir las quejas y demandas por parte de las pacientes en el tratamiento del CMTNm. Específicamente, la inclusión del personal de enfermería en dichos equipos es crucial, dada su función vital en la monitorización de eventos adversos y en ofrecer apoyo emocional a las pacientes. Varias fuentes, resaltan cómo este tipo de enfoques multidisciplinarios realzan los resultados clínicos para pacientes y proveedores de salud (Schellenberger et al., 2021).

Otra área de mejora crucial es la gestión de expedientes electrónicos hospitalarios, particularmente implementar regulaciones en tema de transparencia para instituciones privadas. Es imperativo fortalecer y agilizar sistemas de bases de datos y, para ello, se necesita un ente administrativo exclusivo.

En lo que respecta a la política de salud, esta muestra disparidades notables. El acceso a tratamientos y medicamentos varía según la institución pública o el seguro del paciente, lo que crea desigualdades notorias en el acceso a la oncología médica entre diferentes estados de México. Aunque ha habido avances hacia un modelo multidisciplinario en el sector público, todavía existen problemas persistentes, como la falta de acceso a medicamentos innovadores y pruebas para tratamientos de inmunoterapia; estos últimos a menudo sujetos a donaciones de farmacéuticas.

En el ámbito del reembolso, se observa que la cobertura de seguros suele ser insuficiente para afrontar los costos integrales del CMTNm, sobre todo cuando hay reincidencia, dejando a las pacientes cubriendo gastos significativos por su cuenta. De hecho, muchas pacientes que inicialmente se tratan en el sector privado para etapas tempranas del CMTNm, a la recurrencia de la enfermedad, suelen agotar su cobertura y se ven forzadas a



migrar al sector público, donde el acceso es más limitado. Este cambio hacia el sector público agrava la carga de trabajo en esas instituciones, exacerbando la falta de recursos y medicamentos. Contrariamente, algunas aseguradoras privadas financian la importación de productos innovadores aún no autorizados por entidades como COFEPRIS.

Respecto al fondeo, se identifica una falta de planeación óptima por parte de algunos médicos, quienes no consideran adecuadamente los recursos disponibles. Los ensayos clínicos emergen como una posible solución, aunque beneficiarían a un grupo reducido de pacientes. Desigualdades presupuestales en salud se traducen en un acceso desigual a medicamentos y equipos, especialmente para pacientes en zonas rurales o alejadas de centros urbanos.

Es notable que los tratamientos innovadores suelen ser accesibles primero en el sector privado, reflejando desenlaces clínicos más favorables para esos pacientes en comparación con los del sector público. La llegada de tratamientos innovadores al sector público es lenta y restringida. Las políticas de austeridad, aunque garantizan un uso adecuado de terapias a nivel institucional, a menudo resultan en demoras por procesos burocráticos. Ante esto, es imperativo refinar estos sistemas para el beneficio de todos.

Es vital reconocer que existen tratamientos emergentes con potencial beneficio aún inaccesibles en el sector privado. Esta constante acumulación de retrasos y barreras desafía la capacidad de ofrecer tratamientos oportunos y avanzados para pacientes con CMTNm en México.

México debe así encaminarse hacia políticas públicas que garanticen una distribución justa y equitativa de recursos de salud y tratamientos innovadores para pacientes con CMTNm. Impulsar la investigación nacional y fortalecer la colaboración entre sectores público y privado son pasos esenciales para mejorar la atención y tratamiento de esta condición.

d. Monitoreo

El monitoreo del CMTNm es esencial tanto para la calidad de vida del paciente como para aumentar su supervivencia. Sin embargo, existe una deficiencia en la disponibilidad de estos servicios en varias regiones del país y un desconocimiento sobre la cobertura de seguros médicos en este contexto. Es vital cambiar la idea de que estos cuidados se limitan a las etapas finales de vida e implementarlos desde fases tempranas de la enfermedad.

Es imprescindible expandir la disponibilidad de cuidados paliativos tempranos a nivel nacional y optimizar la gestión de recursos para tratamientos, particularmente en provincias. Existe una carencia de especialistas en cuidados paliativos y de analgésicos esenciales para el manejo del dolor en pacientes con CMTNm. Los equipos multidisciplinares del sector privado, ya compuestos por varios especialistas, ganarían en eficacia con la inclusión de expertos en algología y anestesiología.

Para potenciar la atención, es crucial impulsar la accesibilidad de cuidados paliativos tempranos en todo el territorio y fomentar una comprensión clara de la cobertura de seguros médicos en este campo. Solo así se podrá ofrecer un tratamiento integral y multidimensional a los pacientes con CMTNm, mejorando su calidad de vida y perspectivas terapéuticas.

CONCLUSIONES Y LLAMADO A LA ACCIÓN

El cáncer de mama metastásico triple negativo (CMTNm) en México presenta retos significativos, obstaculizando el acceso a tratamientos adecuados y disminuyendo la calidad de vida de las pacientes. La escasez de fondos y un sistema de reembolso ineficaz conllevan limitaciones en la aplicación de pruebas cruciales como la inmunohistoquímica y PD-L1, sobre todo en el ámbito público. La potencial llegada de un fármaco especializado para CMTNm exaltaría aún más la importancia de estas pruebas. Por ello, es vital instaurar políticas sanitarias con fondeo adecuado, garantizando recursos para diagnóstico y tratamiento de CMTNm en instituciones públicas.

Para enfrentar estos desafíos, la participación comunitaria es esencial. Una estrategia inicial es invertir en prevención primaria y secundaria, poniendo énfasis en factores de riesgo, asegurando que se detecte, diagnostique y trate el cáncer oportunamente. Además, se deben impulsar programas de diagnóstico temprano a nivel nacional, alineados con las directrices de la OMS y las Directrices Europeas para el Cáncer de Mama.

Es imprescindible que toda paciente con diagnóstico de cáncer de mama tenga acceso a una unidad especializada donde un equipo multidisciplinario le ofrezca la atención integral necesaria, incluyendo casos avanzados y metastásicos. La coordinación de cuidados y servicios psicosociales desde estas unidades es primordial para asegurar un pronóstico favorable a la mayor cantidad de pacientes. Es de suma importancia evaluar y dar un seguimiento adecuado a aquellas pacientes que recaen o son diagnosticadas en etapas avanzadas.

Es vital instaurar políticas sanitarias con fondeo adecuado, garantizando recursos para diagnóstico y tratamiento de CMTNm en instituciones públicas

Es imperativo establecer un ambiente propicio para la innovación tecnológica en salud, centrado en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama triple negativo. Esto garantizará terapias efectivas y actualizadas en el país.

Las pacientes con CMTNm, dada su gravedad, demandan atención y tratamiento focalizado. Para permitir que las pacientes se reintegren al mundo laboral y continúen contribuyendo a la sociedad, es crucial maximizar estas oportunidades de reincorporación flexible al trabajo, proporcionando pautas y ejemplos de mejores prácticas.

El respaldo a profesionales sanitarios también es esencial, especialmente en la formación en cuidados paliativos. Así, se podrá ofrecer un apoyo integral considerando la calidad de vida y el bienestar emocional, crucial para todas las pacientes, pero especialmente para aquellas con enfermedad avanzada.

Por su parte, la implementación de un proceso de registro armonizado del cáncer de mama en México es primordial para obtener datos exactos sobre la enfermedad. Este registro debe contener detalles como estadificación, fecha y lugar de primera recidiva, y datos sobre calidad de vida.

Finalmente, es imperativo establecer un ambiente propicio para la innovación tecnológica en salud, centrado en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama triple negativo. Esto garantizará terapias efectivas y actualizadas en el país.

Hacemos un llamado a la comunidad para unir esfuerzos y actuar basándonos en estas propuestas. Juntos, podemos transformar el panorama para las pacientes con CMTNm en México. ■

REFERENCIAS

- Arceo-Martínez, M. T., López-Meza, J. E., Ochoa-Zarzosa, A., & Palomera-Sánchez, Z. (2021). Estado actual del cáncer de mama en México: principales tipos y factores de riesgo. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 20(3). <https://doi.org/10.24875/j.gamo.21000134>
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2022, octubre 17). El impacto económico y psicológico del cáncer de mama. Asociación Española Contra el Cáncer. <https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-de-mama-318014>
- Cancer Research UK. (2023, agosto 14). Cancer waiting times. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/worried-about-cancer/cancer-waiting-times>
- Chávez-Díaz, A., Gómez-González, M. del P., & Torres-López, T. M. (2020). Representaciones sociales del cáncer de mama: una comparación de mujeres con diagnóstico reciente y mujeres sanas. *Actualidades en Psicología*, 34(128), 51–67. <https://doi.org/10.15517/ap.v34i128.34738>
- Dass, S. A., Tan, K. L., Selva Rajan, R., Mokhtar, N. F., Mohd Adzmi, E. R., Wan Abdul Rahman, W. F., Tengku Din, T. A. D. A.-A., & Balakrishnan, V. (2021). Triple Negative Breast Cancer: A Review of Present and Future Diagnostic Modalities. *Medicina*, 57(1), 62. <https://doi.org/10.3390/medicina57010062>
- Deressa, B. T., Cihoric, N., Tefesse, E., Assefa, M., & Zemenfes, D. (2019). Multidisciplinary Cancer Management of Colorectal Cancer in Tikur Anbessa Specialized Hospital, Ethiopia. *Journal of Global Oncology*, 5, 1–7. <https://doi.org/10.1200/JGO.19.00014>
- Gupta, G. K., Collier, A. L., Lee, D., Hoefer, R. A., Zheleva, V., Siewertsz van Reesema, L. L., Tang-Tan, A. M., Guye, M. L., Chang, D. Z., Winston, J. S., Samli, B., Jansen, R. J., Petricoin, E. F., Goetz, M. P., Bear, H. D., & Tang, A. H. (2020). Perspectives on Triple-Negative Breast Cancer: Current Treatment Strategies, Unmet Needs, and Potential Targets for Future Therapies. *Cancers*, 12(9), 2392. <https://doi.org/10.3390/cancers12092392>
- Marie Knaul, F., Nigenda, G., & Lozano, R. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México*, 51(0). <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4904>
- México Social. (2021, febrero 17). El cáncer en México: una cara más de la desigualdad. México Social. <https://www.mexicosocial.org/desigualdades-del-cancer-la-tercera-causa-de-muerte-en-mexico/>
- O'Reilly, D., Sendi, M. A., & Kelly, C. M. (2021). Overview of recent advances in metastatic triple negative breast cancer. *World Journal of Clinical Oncology*, 12(3), 164–182. <https://doi.org/10.5306/wjco.v12.i3.164>
- Schellenberger, B., Diekmann, A., Heuser, C., Gambashidze, N., Ernstmann, N., & Ansmann, L. (2021). Decision-Making in Multidisciplinary Tumor Boards in Breast Cancer Care – An Observational Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 14, 1275–1284. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S300061>
- Schwentner, L., Wöckel, A., König, J., Janni, W., Ebner, F., Blettner, M., Kreienberg, R., & Van Ewijk, R. (2013). Adherence to treatment guidelines and survival in triple-negative breast cancer: a retrospective multi-center cohort study with 9156 patients. *BMC Cancer*, 13(1), 487. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-487>
- Scott, L. C., Mobley, L. R., Kuo, T., & Il'yasova, D. (2019). Update on triple-negative breast cancer disparities for the United States: A population-based study from the United States Cancer Statistics database, 2010 through 2014. *Cancer*, 125(19), 3412–3417. <https://doi.org/10.1002/cncr.32207>
- Taylor, C., Shewbridge, A., Harris, J., & Green, J. (2013). Benefits of multidisciplinary teamwork in the management of breast cancer. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 79. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S35581>
- Unger-Saldaña, K., Ventosa-Santullària, D., Miranda, A., & Verdusco-Bustos, G. (2018). Barriers and Explanatory Mechanisms of Delays in the Patient and Diagnosis Intervals of Care for Breast Cancer in Mexico. *The Oncologist*, 23(4), 440–453. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0431>
- WHO. (2023a, febrero 3). WHO launches new roadmap on breast cancer. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/03-02-2023-who-launches-new-roadmap-on-breast-cancer>
- WHO. (2023b, julio 12). Cáncer de mama. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Panorama epidemiológico del Abuso Sexual Infantil en adolescentes de México

INTRODUCCIÓN

El Abuso Sexual Infantil (ASI) se define por la Organización Mundial de la Salud como: “la participación de un niño(a) en una actividad sexual que no comprende completamente y a la que no puede dar consentimiento o para la cual no está preparado en su desarrollo y no puede consentir, o que viola las leyes o los tabúes sociales de una sociedad”¹.

El ASI es un problema social y de salud a nivel mundial, independientemente de las clases sociales²; representa una de las peores formas de violencia y violación de los derechos de los niños y niñas, principalmente del derecho a vivir sin violencia³. Este problema causa daño en la salud física⁴ y mental⁵, ya que aumenta la probabilidad de padecer depresión⁶, ideación suicida⁵, consumo de alcohol y drogas ilícitas⁷.

Diversas investigaciones han encontrado que la edad en la que ocurre el ASI oscila entre 6 y 12 años de edad⁸⁻¹⁰. A nivel mundial se ha encontrado que la prevalencia del ASI podían ir del 0%-60%¹¹.

En México existe escasa información en cuanto a las cifras del ASI, la mayoría de la información con la que se cuenta es obtenida de forma retrospectiva, a través de la historia del ASI en población de mujeres adolescentes y adultas^{12,13}. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021 (ENDIREH) señaló que el 12.6% de las mujeres mexicanas de 15 años o más habían sufrido ASI; dicha cifra incrementó comparado al 2016 (9.4%)¹³. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-19 en población adolescente reportó una prevalencia nacional de abuso sexual de 2.5% general (3.8% en mujeres y 1.2% en hombres)¹².

La gran heterogeneidad de los resultados encontrados en los diversos estudios sobre el ASI se debe en primera instancia a que es un problema difícil de detectar, ya que generalmente ocurre en un ambiente privado y/o de confianza familiar (en más del 80%, las personas agresoras corresponden a una persona conocida por la víctima)^{13,14}. En segundo lugar, no existe consenso internacional ni nacional sobre la definición precisa del ASI, lo que dificulta el reporte de cifras exactas. Estos puntos son fundamentales para entender que las cifras relacionadas a los casos de ASI se encuentran subestimadas, mostrándonos únicamente la punta del iceberg^{15,16}. En México, existe escasa información de la magnitud del ASI principalmente en muestras representativas. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia de ASI en una muestra representativa de adolescentes de México.

METODOLOGÍA

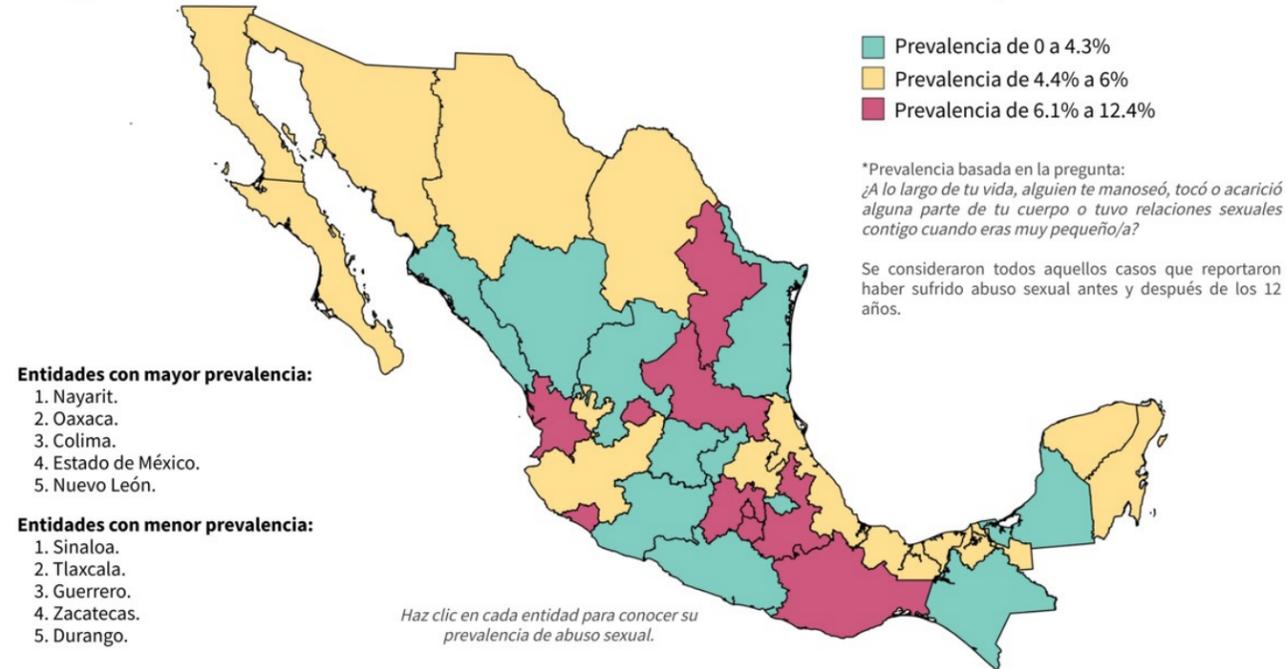
Datos provenientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022, la cual es una encuesta de hogares con diseño muestral probabilístico, estratificado y por conglomerados que permite extrapolar los resultados a nivel nacional y estatal. La muestra del presente estudio fue de 3,547 adolescentes de 10 a 19



Leonor Rivera Rivera (Phd)¹, Marina Séris Martínez (MSc)¹, Paola Adanari Ortega-Ceballos (Phd)², Lorena Castillo Castillo (Phd)³, Claudia I. Astudillo-García (Phd)⁴, Alberto Jiménez Tapia (MSc)⁴, Luz Myriam Reynales Shigematsu (Phd)¹, Filiberto Toledano Toledano (Phd)^{5,6}

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Cuernavaca, Morelos. (2) Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca, Morelos. (3) Instituto de la Mujer de Cuernavaca Morelos. (4) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Ciudad de México. (5) Unidad de Investigación en Medicina Basada en Evidencias, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Instituto Nacional de Salud, Ciudad de México. (6) Unidad de Investigación Sociomédica, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Ciudad de México.

Figura 1. Prevalencia de abuso sexual* en adolescentes en México, ENSANUT 2022



años. La encuesta contó con la aprobación de las Comisiones de Ética, Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública.

Estado de México (7.63%), Nuevo León (7.60%) y Morelos (7.57%). (ver gráfica 1 y el siguiente enlace: <https://view.genial.ly/64ee6e0a5db48b001aa27076>).

ANÁLISIS

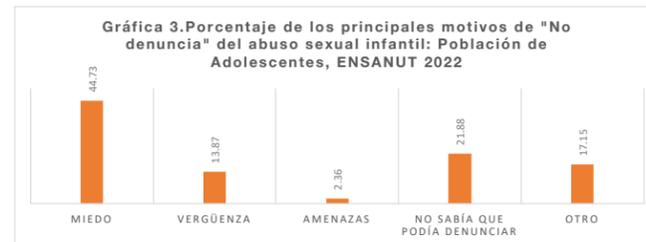
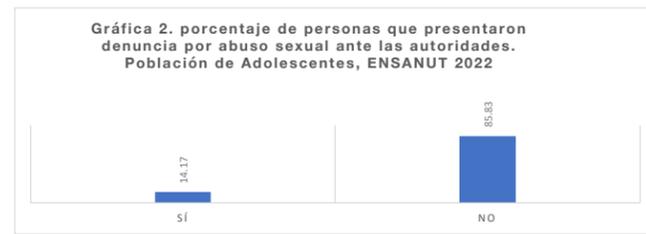
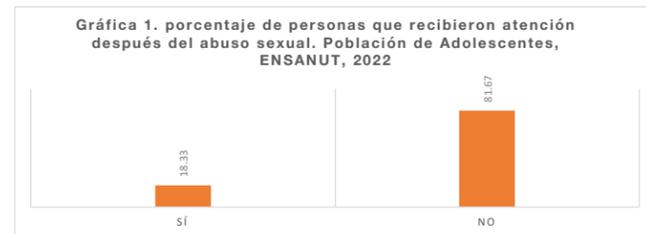
Se utilizaron los ponderadores del diseño de encuestas complejas necesarios para realizar los análisis descriptivos de las diversas variables asociadas al ASI. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico Stata 15 (StataCorp. 2017. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC).

RESULTADOS

Del total de adolescentes, el 50.65% fueron hombres y el 49.35% mujeres. La edad media fue de 14.36, con un mínimo de 10 y un máximo de 19 años. La mayoría vivía en zona metropolitana; el 33.66%, 32.94% y 33.40% vivía en el nivel socioeconómico bajo, medio y alto respectivamente.

PREVALENCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

En la población de adolescentes, la prevalencia de ASI fue de 5.53%; siendo más frecuente en mujeres (8.97%) que en hombres (2.18%) (valor de $p < 0.05$). No se encontró diferencia de la prevalencia de ASI por nivel socioeconómico (valor de $p = 0.51$). Al analizar la prevalencia por entidad federativa, se encontró que los estados con mayor prevalencia de ASI fueron: Nayarit (12.34%), Oaxaca (10.18%), Colima (8.46%),



Respecto a la persona agresora del ASI, se encontró que el 51.27% fue abusado (a) por un familiar, seguido de una persona desconocida (18.29%), un vecino/a (15.99%), un amigo/a (8.71%), un novio/a (3.72%) y una pareja (2.03%).

La mayoría de las personas no recibieron atención después del abuso sexual (81.67%) (ver gráfica 1). Respecto a las personas que levantaron la denuncia por ASI ante autoridades, solo el 14.17% denunció (ver gráfica 2). Casi la mitad de las personas que sufren de ASI, no denuncian por miedo, y casi la cuarta parte no lo hacen porque no sabían que podían denunciar, (ver gráfica 3).

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio demuestran que el ASI incrementó en los últimos cuatro años, ya que en el 2018 la prevalencia fue del 2.5% (12) y en el 2022 fue de 5.53% (resultados del presente análisis). En los estados de mayor prevalencia de ASI se requiere implementar acciones urgentes de prevención y atención para disminuir este problema. Es importante que las instituciones educativas, de salud, sociedad civil y organismos relacionados con la materia, se coordinen para intensificar las siguientes acciones para disminuir el ASI:

- a) Implementar programas en las escuelas y comunidades dirigidos a niñas y niños para fomentar el auto-cuidado, los derechos y otros temas que coadyuven en la prevención de ASI.
- b) Realizar programas de capacitación en madres, padres, cuidadores (as) para fomentar la confianza con sus hijos e hijas.
- c) Difundir y fomentar el hábito de la denuncia del ASI a madres, padres, cuidadores, cuidadoras y docentes.
- d) Gestionar el incremento en el consenso legal y la definición jurídica, nacional e internacional, del ASI. ■

REFERENCIAS

1. OMS. Child Sexual Abuse; Guidelines for medico-legal care of victims of sexual Violence. 2003.
2. Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos . UNICEF, 2017.
3. Convention on the rights of the child (1989) Treaty no. 27531. United Nations Treaty Series, 1577, pp. 3-178. Available at: https://treaties.un.org/doc/Treaties/1990/09/19900902%2003-14%20AM/Ch_IV_11p.pdf (Accessed: 29 June 2023).
4. Noll JG, Trickett PK, Long JD, Negriff S, Susman EJ, Shalev I, et al. Childhood Sexual Abuse and Early Timing of Puberty. Journal of Adolescent Health. enero de 2017;60(1):65-71.
5. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. Mayo Clinic Proceedings. julio de 2010;85(7):618-29.
6. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. Br J Psychiatry. mayo de 2004;184(5):416-21.
7. Tonmyr L, Shields M. Childhood sexual abuse and substance abuse: A gender paradox? Child Abuse & Neglect. enero de 2017;63:284-94.
8. Chavez Ayala R, Rivera-Rivera L, Angeles-Llerenas A, Díaz-Cerón E, Allen-Leigh B, Lazcano Ponce E. Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. Rev Saúde Pública. junio de 2009;43(3):506-14.
9. SNDIF. Protocolo para la Prevención del Abuso Sexual a Niñas, Niños y a Adolescentes. 2017.
10. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 16 de abril de 2015 [citado 20 de septiembre de 2023];2015(4). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004380.pub3>
11. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). Child Abuse & Neglect. junio de 2009;33(6):331-42.
12. Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, Flores-Celis K, Ramos-Lira L. Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. Salud Publica Mex. 24 de noviembre de 2020;62(6, Nov-Dic):661-71.
13. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). 2021.
14. Save the Children. Abuso Sexual Infantil: Manual de Formación para Profesionales. 2001.
15. London K, Bruck M, Ceci SJ, Shuman DW. Disclosure of Child Sexual Abuse: What Does the Research Tell Us About the Ways That Children Tell? Psychology, Public Policy, and Law. marzo de 2005;11(1):194-226.
16. Early Institute. Diagnóstico sobre la situación del abuso sexual infantil en un contexto de violencia hacia la infancia en México. 2019.

¿QUÉ ES LA DEMENCIA Y POR QUÉ ES IMPORTANTE PARA EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO?

La demencia es una condición degenerativa crónica, progresiva e incapacitante causada por una variedad de enfermedades cerebrales que afectan, a la larga, la capacidad funcional y mental de las personas (Gauthier et al, 2021). Se caracteriza por la presencia de alteraciones cognitivas, problemas físicos/motores, emocionales y/o del comportamiento que afectan la capacidad de la persona para realizar actividades de la vida diaria.

Es una de las enfermedades que más contribuye a la discapacidad y dependencia en personas de sesenta años y más, debido a la progresión de la enfermedad y su impacto en la capacidad física y mental, por lo que requieren de constante apoyo, cuidados y supervisión. Además, es una de las primeras causas de muerte entre las personas de 70 años y más. Existen varios tipos de demencia, y es la Enfermedad de Alzheimer la más frecuente, seguida por la demencia vascular.

Se calcula que en México el 7.3% de la población de 60 años y más tiene algún tipo de demencia y que de cada 1,000 personas en este grupo de edad, habrá 27 casos nuevos cada año. Se prevé que para el año 2050 en México serán más de 3.5 millones de personas con esta condición, impactando el sistema de salud de manera muy importante, pero también a la sociedad debido al impacto social, económico y en salud de la enfermedad en la persona y sus cuidadores familiares. Ante esta realidad es fundamental actuar de manera inmediata, generar estrategias para la detección oportuna del deterioro cognitivo y demencia, su manejo y tratamiento, campañas de información masiva y estrategias para la reducción de los factores de riesgo de la demencia, así como desarrollar mecanismos de colaboración gobierno-sociedad civil para apoyar a las personas que cuidan a un familiar que vive con demencia (Weidner, et al., 2022; López-Ortega et al., 2022; Angel, et al., 2022; Gutiérrez-Robledo y Arrieta-Cruz, 2015).

¿QUÉ DEBE SABER EL EQUIPO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN?

- Que la demencia NO es parte normal del envejecimiento.
- Se han identificado 12 principales factores de riesgo que, al hacer intervenciones en algunos de ellos, se podría reducir el 40% de los casos de demencia (Livingston, et al, 2020). Estos factores de riesgo son: hipoacusia, un bajo nivel de escolaridad, tabaquismo, depresión, aislamiento social, traumatismos craneoencefálicos, hipertensión, sedentarismo, contaminación, diabetes, obesidad y consumo de alcohol (Imagen 1). Es importante notar que, debido a que muchos de estos factores de riesgo son también de otras enfermedades crónicas, debemos de actuar sobre ellos para poder disminuir el riesgo de desarrollar demencia u otras enfermedades crónicas.
- El deterioro cognitivo indicativo de demencia puede ser detectado desde el primer nivel de atención en salud, con personal sensibilizado y capacitado.

Se prevé que para el año 2050 en México serán más de 3.5 millones de personas con demencia, impactando el sistema de salud de manera muy importante, pero también a la sociedad debido al impacto social, económico y en salud de la enfermedad en la persona y sus cuidadores.

- Si bien la demencia es una enfermedad incurable, existen programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas con demencia, así como de sus cuidadores y familia, por lo que identificar y actuar de manera oportuna es fundamental. Estos programas también pueden llevarse desde el primer nivel de atención con personal capacitado y material adecuado.
- Existen recursos de apoyo para el personal de primer nivel de atención en salud como la Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada en su Versión 2.0 (WHO, 2017), el cual incluye un apartado sobre demencias. Es un recurso gratuito y actualmente se ofrecen cursos de capacitación en México (SiESABI, 2023).

¿CÓMO SE PUEDE DETECTAR LA DEMENCIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN?

Aunado a una evaluación, es importante contar con personal médico sensibilizado al tema y dispuesto a apoyar, tanto a la persona, como a la familia. Una evaluación de rutina incluye:

- **Entrevista**, tanto a la persona con sospecha de deterioro cognitivo/demencia como a un acompañante que la conozca bien, ya que proveerá la información sobre los antecedentes de la enfermedad, cómo y cuándo iniciaron los síntomas, y ayudará a determinar si la persona puede tener alguna otra condición como depresión, un estado de confusión agudo o en términos generales, una demencia.
- **Exploración física completa** para identificar cualquier problema físico que pudiera influir en el estado de la persona.
- **Pruebas neuropsicológicas** que medirán las funciones cognitivas, lo que puede ser una guía para elaborar una intervención terapéutica.

Ante la sospecha de un posible deterioro cognitivo, es importante referir a la persona a consulta con personal médico especializado, ya sea de neurología, psiquiatría, geriatría, psicogeriatría o al tercer nivel de atención de su institución, quienes deberán hacer estudios más específicos. En la imagen 1 se describen los principales signos de advertencia de la demencia (ADI, 2017).

Promoviendo acciones contra la **demencia** en el **Primer Nivel de Atención** en Salud en México

Claudia I. Astudillo García¹, Rosa Farrés González Saravía², Guillermo Velázquez López¹, Luis Moncayo Samperio¹, Mariana López Ortega³. Proyecto STRiDE México (UKRI ES/P010938/1)

1. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Institutos Nacionales de Salud, México.
2. AMAES, AC. Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares.
3. Instituto Nacional de Geriatría, Institutos Nacionales de Salud, México.



ME CAPACITO

Cursos en línea



Diplomado en Enfermería en Salud Pública



Curso de Salud Pública en Nutrición



Curso Virtual de Actualización Sobre Dengue



Prevención de Infecciones en la Atención Primaria de Salud

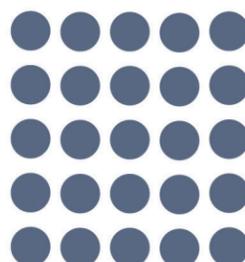
Más información en:

Coordinación de Capacitación

+ 52 (55) 5203 4592 / 4535 / 4291 Ext. 105

cesar.saldivar@smsp.org.mx

WWW.SMSP.ORG.MX



¿QUÉ SE DEBE CONSIDERAR EN EL TRATAMIENTO DE UNA PERSONA QUE VIVE CON DEMENCIA EN MÉXICO?

- Proporcionar una atención integral tras el diagnóstico, abarcando la salud física como mental, así como brindar atención psicosocial y apoyo, a la persona con demencia, sus cuidadores y familia.

- Brindar intervenciones psicosociales, las cuales buscan mejorar el estado funcional de la persona, estimular las funciones cognitivas, mejorar el control de los síntomas conductuales y emocionales, impactando la calidad de vida de la persona que vive con demencia, la de sus cuidadores y familia.

- El tratamiento farmacológico, aunque presenta una eficacia modesta, no detiene el avance de la enfermedad.

- La meta es mejorar la calidad de vida y el bienestar de la persona con demencia respetando su dignidad, sus derechos, intereses, y preferencias, contando con su participación e inclusión plena y efectiva.

- En México, el 90% del cuidado a las personas con demencia se realiza en el hogar, por familiares no remunerados, y la mayoría son mujeres. Si bien el cuidado tiene aspectos positivos, también afecta negativamente la salud física y mental de quien cuida. Es por ello que los cuidadores o familiares deben recibir información, educación, apoyo y acceso a cuidados formales.

El personal de primer nivel de atención es fundamental para lograr disminuir los factores de riesgo de la demencia, identificar sus signos de alerta, derivarlos para un diagnóstico especializado y para brindar recursos de apoyo tanto a la persona que vive con la enfermedad, como de las personas que lo cuidan o sus familiares. Es por esto que es fundamental reforzar la capacitación de los equipos de salud en el primer nivel de atención para una detección y atención oportuna, priorizando las intervenciones psicosociales para la persona con demencia, así como para evitar la sobrecarga del cuidador. Aunado a la posible oferta institucional de capacitación existen recursos relevantes de las asociaciones de la sociedad civil que ofrecen información y capacitación como la Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA) y el movimiento Dementia Friends México. ■

Es fundamental reforzar la capacitación de los equipos de salud en el primer nivel de atención para una detección y atención oportuna, priorizando las intervenciones psicosociales para la persona con demencia, así como para evitar la sobrecarga del cuidador.



REFERENCIAS

1. Alzheimer's Disease International (2017). Warning signs of dementia infographic. Disponible en: <https://www.alzint.org/resource/warning-signs-of-dementia-infographic/>
2. Angel, J. L., Vega, W. A., Gutiérrez Robledo, L. M., López-Ortega, M., Andrade, F. C. D., Grasso, S. M., & Rote, S. M. (2022). Optimizing Dementia Care for Mexicans and for Mexican-Origin U.S. Residents. *The Gerontologist*, 62(4), 483–492. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab075>
3. Dementia Friends México. <https://www.facebook.com/people/Dementia-Friends-M%C3%A9xico/100081824395538/>
4. Federación Mexicana de Alzheimer. <https://www.fedma.mx/>
5. Gauthier S, Rosa-Neto P, Morais JA, & Webster C. 2021. World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia. London, England: Alzheimer's Disease International
6. Gutiérrez-Robledo, LM y Arrieta-Cruz, I (2015). Demencias en México: la necesidad de un Plan de Acción. *Gaceta Médica de México*. 151, 667-673.
7. Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet (London, England)*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
8. López Ortega, M., Astudillo García, C. I., Farrés, R., & Gutiérrez Robledo, L. M. (2023). Health and Social Care System Preparedness for Dementia Care in Mexico: Current Status and Recommendations to Achieve Optimal Care. *Dementia (London, England)*, 14713012231173806. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/14713012231173806>
9. SiESABI. Sistema Educativo de Salud para el Bienestar (2023). Gobierno de México. <https://capacitacion.insabi.gob.mx>
10. Weidner, W., Amour, R., Breuer, E., Toit, P. D., Farres, R., Franzon, A. C., Astudillo-García, C. I., Govía, I., Jacobs, R., López-Ortega, M., Mateus, E., Musyimi, C., Mutunga, E., Muyela, L., Palmer, T., Pattabiraman, M., Ramasamy, N., Robinson, J. N., Knapp, M., & Comas-Herrera, A. (2023). Transforming dementia research into policy change: A case study of the multi-country STRIDE project. *Dementia (London, England)*
11. WHO. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Washington, D.C.: WHO/OPS; 2017.



Fomentar el conocimiento comunitario de la Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas (Rickettsiosis)

en la colonia Riberas de Sacramento, Chihuahua, Chih.

Autor: Rocío Alvidrez-Rodríguez Coautores: Araceli López-Medina, Dulce María Aguirre Borja, Martha Alicia Bueno Rosas

INTRODUCCIÓN

El género *Rickettsia* está constituido por diferentes especies de bacterias gramnegativas, parásitos intracelulares obligados, muchos de los cuales constituyen, actualmente, paradigmas de patógenos emergentes. En los últimos años, estas zoonosis se han presentado de manera aislada y esporádica y persisten en diferentes regiones de la República Mexicana, especialmente en los estados del norte y sureste de México, donde se ha identificado la garrapata marrón (*Rhipicephalus sanguineus*). La fiebre Manchada de las Montañas Rocosas (FMMR) representa un problema de salud pública en el estado de Chihuahua. Durante el periodo 2013-2016, se registraron 420 casos, de los cuales 91 fueron confirmados con 30 defunciones en los municipios de Juárez, Aquiles Serdán y Chihuahua. Este último fue el más afectado de acuerdo con el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica del Estado de Chihuahua. En el Estado, en un periodo de 6 años, se observó que el año con un mayor número de casos fue el 2019 (75 casos), seguido de 2018 (69 casos) y en tercer lugar el año 2021 (57 casos).⁽¹⁾⁽²⁾

En educación básica se cuenta con temas de fomento a la salud en su planeación anual, misma que se genera con la participación activa entre docentes, padres de familia y Sector Salud, por lo que integrar temas sobre enfermedades de importancia como la Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas (FMMR) en sus regiones, municipios, localidades o colonias sería una buena estrategia para fortalecer medidas preventivas, disminuir factores de riesgo y finalmente brindarles herramientas para crear conciencia del autocuidado de la salud.

Dentro de las estrategias educativas en el área de la salud, el modelo de creencias en Salud desarrollado en 1950⁽³⁾, es

uno de los más utilizados para cambiar el comportamiento de salud-enfermedad en las personas, en donde el paciente debe de conocer la enfermedad en cuanto a la severidad y a la susceptibilidad, además de, como facilitadores del conocimiento en esta área, apoyar a que las personas aumenten la percepción de los beneficios de salud, si realizan las acciones que disminuyen factores de riesgo para la presencia de la FMMR. En el caso particular de este trabajo se optó por tomar este modelo de aprendizaje como eje educativo para la implementación de la intervención.⁽⁴⁾⁽⁵⁾

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Fomentar a través de una intervención educativa el conocimiento en una colonia de alto riesgo del municipio de Chihuahua sobre la FMMR y las medidas preventivas para crear conciencia del autocuidado de la salud de febrero a julio del 2022.

METODOLOGÍA UTILIZADA

Se llevó a cabo un estudio cuasi experimental del tipo pareado, ya que se basó en la medición y comparación de la variable respuesta antes y después de la exposición de los participantes a la intervención educativa. Dividido en dos fases, el análisis comprendió un nivel univariado describiendo frecuencias simples y porcentajes, inferencia estadística comparando los resultados antes y después de la intervención educativa, se utilizaron pruebas estadísticas como el coeficiente de confiabilidad de Kuder-Richardson(KR20), estadístico t-student para muestras pareadas, considerando un intervalo de confianza del 95% con el fin de investigar cambios estadísticamente significativos. La captura de datos se realizó en una base y el análisis fue a través del paquete estadístico IBM SPSS Statistics.

RESULTADOS

1.- En la primera fase se aplicó un cuestionario piloto para determinar la confiabilidad del mismo, realizando la prueba a un grupo de diez sujetos con las mismas características de la población objetivo. Los resultados de la aplicación de la prueba de confiabilidad de KR20 dio 0.69 siendo categorizada como de alta confiabilidad.

El cuestionario estuvo integrado por 3 apartados con un total de 18 preguntas: primera sección: Ficha de identificación; segunda sección: Difusión de información; tercera sección: conocimientos generales sobre la enfermedad y el vector. Para el cuestionario de evaluación se codificó la variable elaborando un índice que otorgó el valor "uno" cuando las respuestas eran correctas y "cero" codificaba como incorrectas. Se otorgó una calificación para determinar el grado de conocimientos de los participantes.

2. Para la segunda fase del estudio, se aplicó el cuestionario de evaluación en dos etapas, las cuales fueron en los meses de abril y julio de 2022. Para poder llevar a cabo la intervención educativa se contactó al Director de una escuela primaria ubicada en la colonia Riberas del Sacramento de la ciudad de Chihuahua, cercana al área donde han ocurrido defunciones por FMMR. Posteriormente se solicitó el número total de estudiantes por grupos y se seleccionó aleatoriamente a 3 números de lista a los cuales el director convocó al curso-taller.

De los 42 padres seleccionados, acudieron 29 (69.1%) del cual se excluyó a quien no acudió al llenado del cuestionario final. La sesión tuvo una duración aproximada de 145 minutos. Previo a la intervención educativa se aplicó el cuestionario inicial y tres meses después se aplicó el cuestionario final.

En el cuestionario se les preguntó a los sujetos si habían escuchado sobre las enfermedades que transmiten las garrapatas al ser humano, 89% contestó afirmativamente. Si sabían que las

Gráfico 1. Resultado de cuestionario, etapa 2 (pre)

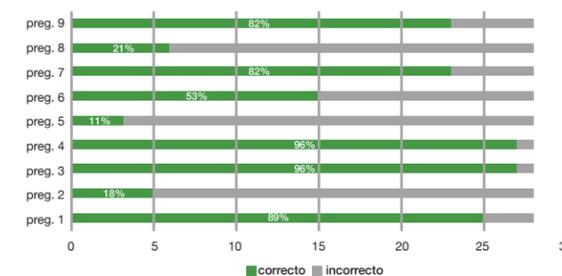
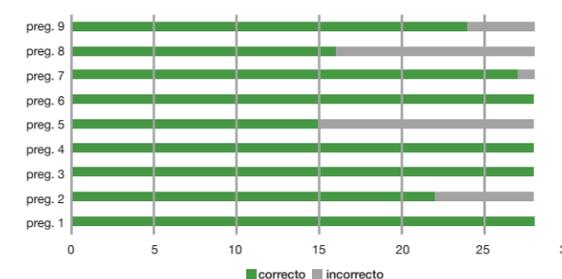


Gráfico 2. Resultado de cuestionario, etapa 2 (post)



garrapatas pueden ocasionar enfermedades a los humanos, 96.4% mencionó que sí, 10.7% contestó correctamente la época del año en el que mayormente se presentan avistamientos de garrapata, 53.6% menciona que la fiebre seguida de alguno de los siguientes síntomas son los que se presentan después de una mordedura de garrapata infectada. El 82.1% menciona que sí se puede complicar la enfermedad, 21.4% respondió correctamente al momento en el cual se debe acudir con el médico después de una mordedura.

Se aplicaron un total de 57 pruebas, 29 previo a la implementación de la intervención y 28 posteriores a ésta, en la misma población, obteniendo promedios antes y después de la intervención de 6.1 y 8.5 respectivamente, obtenidos de la prueba de muestras pareadas, dependientes o relacionadas. La diferencia media pre y post test 2.30, desviación estándar 1.74, dando un estadístico de prueba de $t = 7.01$, con grados de libertad 28, y Valor P 0.00001

CONCLUSIONES

La educación para la salud parte del aprendizaje de un proceso que se construye en función de las experiencias personales y cuando es significativo produce un cambio duradero en la forma de pensar, sentir y actuar de las personas. Las mejores medidas son preventivas, en la práctica, la promoción y la educación para la salud, estas interactúan y se complementan. Al término de la implementación de esta intervención se obtuvo un incremento en el conocimiento de la comunidad en el tema de enfermedad y vector que transmiten la rickettsia. Por lo cual sería de gran importancia replicar esta estrategia para lograr cambios en la población. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Secretaría de Salud. (2022). Boletín Epidemiológico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información (p. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico>). México: Dirección General de Epidemiología.
- Secretaría de Salud. (2021). Información Epidemiológica Publicaciones de Mortalidad (p. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/685143/ANUARIO_MORTALIDAD_2019_.pdf). México: Dirección General de Epidemiología.
- Moreno San Pedro E, Roales-Nieto JGR-N. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica [Internet]. 2003 [citado 8 enero 2022];(vol. 3, núm. 1):91-109. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- García, J., Owen, E., & Florez Alarcón, L. (2005). Aplicación del Modelo Precede-Proceed Para el Diseño de un Programa de Educación en Salud. Redalyc UAEM, (1405-1109), 135-151. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/291/29115115.pdf>
- Hernández-Sarmiento, J. M., Jaramillo-Jaramillo, L. I., Villegas-Alzate, J. D., Álvarez-Hernández, L. F., Roldan-Tabares, M. D., Ruiz-Mejía, C., Calle-Estrada, M. C., Ospina-Jiménez, M. C. O.-J., & Martínez-Sánchez, L. M. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. Archivos de Medicina, Universidad de Manizales, (2), 490-504. Recuperado de <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>.

Epidemiología Molecular y Genómica: Un análisis profundo de la interacción entre genes, genomas y enfermedades

Por: Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez
Vicepresidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública

La epidemiología se centra en el estudio de la distribución, los determinantes y las consecuencias de las enfermedades en poblaciones humanas. A lo largo de los años, la epidemiología ha evolucionado para abordar una amplia gama de problemas de salud pública, desde enfermedades infecciosas hasta enfermedades crónicas no transmisibles.

Entre los campos especializados de la epidemiología, dos disciplinas destacan por su enfoque específico en los aspectos moleculares y genéticos de las enfermedades: la epidemiología molecular y la epidemiología genómica.

EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR: DESCIFRANDO MECANISMOS A NIVEL MOLECULAR

La epidemiología molecular es una disciplina que se concentra en desentrañar los procesos biológicos y moleculares que subyacen a la aparición, propagación y evolución de enfermedades en poblaciones humanas. Utiliza técnicas y metodologías diversas de biología molecular para investigar cómo los agentes patógenos interactúan con el organismo humano a nivel molecular, y cómo estas interacciones influyen en el curso y la gravedad de una enfermedad.

La epidemiología molecular se aplica para entender la interacción entre los agentes patógenos y el sistema inmune del huésped. Esto es crucial en el caso de enfermedades infecciosas, donde el éxito de la infección y la gravedad de la enfermedad a menudo dependen de la interacción entre los componentes moleculares del agente patógeno y las respuestas inmunes del huésped. Por ejemplo, en el caso de una epidemia de influenza, la epidemiología molecular ayuda a determinar qué subtipos del virus son las más prevalentes y cómo están mutando con el tiempo, lo cual es crucial para la formulación de vacunas e implementación de estrategias de prevención en cada temporada invernal.



Otra aplicación de la epidemiología molecular es la identificación y caracterización de marcadores moleculares. Estos marcadores pueden ser moléculas específicas –ácidos nucleicos, proteínas, metabolitos–, que sirven como indicadores de procesos biológicos relevantes para una enfermedad en particular. Por ejemplo, en el caso de ciertos tipos de cáncer, se pueden identificar biomarcadores moleculares que indican la presencia de células cancerosas o la probabilidad de progresión de la enfermedad.

EPIDEMIOLOGÍA GENÓMICA: DEL GENOMA AL RIESGO DE ENFERMEDAD

La epidemiología genómica se adentra en el estudio de los genomas, es decir, el conjunto completo de genes de un organismo. Esta disciplina se enfoca en comprender cómo las variaciones genéticas entre individuos pueden influir en la susceptibilidad a enfermedades y en la respuesta a tratamientos. Esto implica no solo el estudio de genes específicos, sino también de cómo estos interactúan entre sí y con factores ambientales para determinar el riesgo de enfermedad.

Un aspecto fundamental de la epidemiología genómica es la identificación de variantes genéticas asociadas con enfermedades. Estas variantes pueden ser cambios en una secuencia de ADN que están vinculados a un mayor o menor riesgo de desarrollar una determinada enfermedad. Por ejemplo, ciertas variantes genéticas están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades como la diabetes tipo 2 o la enfermedad cardíaca. La epidemiología genómica también aborda la heterogeneidad genética en las poblaciones humanas. Diferentes grupos étnicos pueden tener tasas de ciertas variantes genéticas que influyen en su susceptibilidad a enfermedades específicas. Comprender estas variaciones genéticas es esencial para abordar de manera efectiva las disparidades en salud que pueden existir entre diferentes poblaciones. También, a través del análisis de grandes cohortes de individuos, los epidemiólogos genómicos pueden identificar regiones del genoma que están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar estas enfermedades.

Además, este campo se adentra en el estudio de la epigenética, que identifica modificaciones químicas en el ADN que pueden

Al comprender mejor cómo los factores genéticos y moleculares interactúan con el ambiente, podemos avanzar hacia una medicina que se adapte de manera más precisa a las necesidades individuales de los pacientes, mejorando así la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades.

influir en la expresión de genes sin cambiar la secuencia del ADN en sí. La epigenética juega un papel crucial en el desarrollo de enfermedades, explicando cómo los factores ambientales pueden influir en la expresión génica.

CONCURRENCIA Y APLICACIONES PRÁCTICAS

Aunque la epidemiología molecular y la epidemiología genómica son disciplinas distintas, comparten áreas de intersección significativas y se combinan para abordar preguntas complejas sobre la salud y la enfermedad de poblaciones humanas. Por ejemplo, en el estudio de enfermedades complejas como el cáncer, la comprensión de los mecanismos moleculares subyacentes (epidemiología molecular) y la identificación de variantes genéticas asociadas (epidemiología genómica) son complementarias y se integran para proporcionar una visión completa.

Otro ejemplo notable de esta concurrencia es el estudio de enfermedades infecciosas emergentes, como la COVID-19. Los epidemiólogos moleculares y genómicos desempeñaron un papel crucial en la identificación y el seguimiento del virus SARS-CoV-2, analizando su genoma y rastreando su propagación a nivel mundial. Gracias a ello, al mismo tiempo, se investigaron las variaciones genéticas en la población humana que pueden influir en la susceptibilidad a la infección y en la gravedad de la enfermedad.

Estas disciplinas también tienen aplicaciones prácticas cruciales en la salud pública. Por ejemplo, en el ámbito de la prevención y el control de enfermedades infecciosas, la epidemiología molecular puede rastrear la propagación de patógenos (identificando genotipos, linajes, biotipos, variantes y subvariantes,) y ayudar a identificar fuentes de infección. Por otro lado, en el campo de la medicina personalizada, la epidemiología genómica es fundamental para determinar qué tratamientos pueden ser más efectivos para pacientes con perfiles genéticos específicos.

DESAFÍOS Y FUTURO DE LA EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR Y GENÓMICA

A pesar de los avances significativos en estas disciplinas, existen retos muy importantes. Uno de los desafíos es la necesidad de gestionar grandes conjuntos de datos genómicos y moleculares, así como integrar esta información con datos clínicos

y ambientales. Además, la interpretación de la vasta cantidad de información genómica y molecular es un área en constante desarrollo, que requiere no solo herramientas analíticas y enfoques estadísticos sofisticados, sino profesionales y técnicos con perfiles muy especializados.

El futuro de la epidemiología molecular y genómica es prometedor. Con avances continuos en tecnologías de secuenciación y bioinformática, la capacidad para analizar genomas y perfiles moleculares de manera rápida y asequible sigue creciendo. Esto abrirá nuevas oportunidades para comprender mejor las bases moleculares de las enfermedades y desarrollar intervenciones más precisas y efectivas.

En última instancia, la epidemiología molecular y genómica están destinadas a jugar un papel central en la transformación de la atención médica hacia un enfoque más personalizado y basado en la evidencia. Al comprender mejor cómo los factores genéticos y moleculares interactúan con el ambiente, podemos avanzar hacia una medicina que se adapte de manera más precisa a las necesidades individuales de los pacientes, mejorando así la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. ■

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Armstrong, G. L., MacCannell, D. R., Taylor, J., Carleton, H. A., Neuhaus, E. B., Bradbury, R. S., Posey, J. E., & Gwinn, M. (2019). Pathogen Genomics in Public Health. *The New England journal of medicine*, 381(26), 2569–2580.
2. Barault, L., Rancourt, R.C. (2022). Laboratory Methods in Epigenetic Epidemiology. In: Michels, K.B. (eds) *Epigenetic Epidemiology*. Springer, Cham.
3. Black A, Dudas G. (2024). *The Applied Genomic Epidemiology Handbook: A Practical Guide to Leveraging Pathogen Genomic Data in Public Health*. Chapman and Hall/CRC Computational Biology Series. ISBN: 9781032530291. CRC Press.
4. Fatumo, S., Chikowore, T., Choudhury, A., Ayub, M., Martin, A. R., & Kuchenbaecker, K. (2022). A roadmap to increase diversity in genomic studies. *Nature medicine*, 28(2), 243–250. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01672-4>
5. Gebreyes, W. A., Jackwood, D., de Oliveira, C. J. B., Lee, C. W., Hoet, A. E., & Thakur, S. (2020). Molecular Epidemiology of Infectious Zoonotic and Livestock Diseases. *Microbiology spectrum*, 8(2), 10.1128/microbiolspec.AME-0011-2019.
6. Niemi, M. E. K., Daly, M. J., & Ganna, A. (2022). The human genetic epidemiology of COVID-19. *Nature reviews. Genetics*, 23(9), 533–546. <https://doi.org/10.1038/s41576-022-00478-5>
7. Quainoo, S., Coolen, J. P. M., van Hijum, S. A. F. T., Huynen, M. A., Melchers, W. J. G., van Schaik, W., & Wertheim, H. F. L. (2017). Whole-Genome Sequencing of Bacterial Pathogens: the Future of Nosocomial Outbreak Analysis. *Clinical microbiology reviews*, 30(4), 1015–1063.
8. Raphenya, A. R., Robertson, J., Jamin, C., de Oliveira Martins, L., Maguire, F., McArthur, A. G., & Hays, J. P. (2022). Datasets for benchmarking antimicrobial resistance genes in bacterial metagenomic and whole genome sequencing. *Scientific data*, 9(1), 341.



Acción Neutralizante del veneno de animales ponzoñosos

Braamyo Plus (Reg. Núm. 143M98 SSA IV): Fragmentos F(ab)₂ de inmunoglobulina monoclonal anti-veneno de serpiente. Solución 2 mg hipodérmica.

Coralmyn (Reg. Núm. 393M98 SSA IV): Faboterápico polivalente anticoral. Solución 450 DLw hipodérmica.

Alacrán (*Centruroides sp.*) (Reg. Núm. 82731 SSA IV): Fragmentos F(ab)₂ de inmunoglobulina polivalente anti-veneno de alacrán. Solución 1.8 mg hipodérmica.

Araña violinista (*Loxosceles sp.*) (Reg. Núm. 351M2018 SSA IV): Fragmentos F(ab)₂ de inmunoglobulina polivalente anti-veneno de araña violinista. Solución inyectable. Cita con 1 bala azul con 100 mg de antiveneno.

Araña viuda negra (*Latrodectus mactans*) (Reg. Núm. 129M84 SSA IV): Faboterápico polivalente anti-veneno de araña viuda negra. Solución 750 DLw hipodérmica.

Serpientes de cascabel (*Crotalus sp.*), nauyacas (*Bothrops sp.*): Faboterápico polivalente anti-veneno de serpiente. Solución 1000 DLw hipodérmica.

$S = (pmf)t^2$ **La fórmula del éxito**

· **Salud** · **Paciente** · **Médico** · **Faboterápico** · **Tiempo**

En las intoxicaciones causadas por animales ponzoñosos, el **tiempo** es muy **importante**.¹

Fuentes: 1.- Leslie V. Boyer et al. (2009) Antivenom for Critically Ill Children with Neurotoxicity from Scorpion Stings. N Engl J Med 260:20. 2.- H. Vázquez et al. (2005) Pharmacokinetics of a F(ab)₂ scorpion antivenom in healthy human volunteers. Toxicon 46 797-805.

* "Intoxicación por animales ponzoñosos" se refieren a los efectos de salud precedentes a la mordedura, picadura o contacto de a reptiles, artrópodos, peces y otras especies marinas que al inocular sus toxinas en el organismo provocan una serie de alteraciones fisiopatológicas que dan lugar a signos y síntomas, íntimamente relacionados con el género del animal agresor.



México cuenta con un marco Normativo sólido que contempla los derechos de salud de las personas LGBTTTI. En primer lugar, se encuentra la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación; también destacan las Normas globales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; de estos documentos surge el Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTI, publicado en 2020, que cuenta con cuatro Guías que resultan ejes rectores en la atención específica para cada orientación e identidad. El Protocolo tiene entre sus objetivos específicos fomentar en todo el personal que labora en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, la cultura de respeto a los derechos humanos y dar orientación a directivos y titulares sobre las políticas para evitar la discriminación de las personas LGBTTTI (Alcocer, J., et. al., 2020).

En México laboran más de doscientos cincuenta mil profesionistas que se encuentran en el servicio público como parte del personal de enfermería, esto les coloca como una de las piezas clave en la atención de primer contacto con personas LGBTTTI.

De acuerdo con información de la Dirección General de Salud 2020, en México laboran más de doscientos cincuenta mil profesionistas que se encuentran en el servicio público como parte del personal de enfermería, esto les coloca como una de las piezas clave en la atención de primer contacto con personas LGBTTTI.

En palabras de Paul B. Preciado, "La homosexualidad es un francotirador silencioso que pone una bala en el corazón de los niños, no le importa si vienen de familias monoparentales o si papá vestía de azul y mamá de rosa, hay médicos e iglesias que prometen extirpar la bala, pero nadie ha logrado nunca hacerlo, tu bala es como tu ángel de la guarda: siempre estará contigo" (Preciado, 2019). Al régimen que trata de limitar las libertades de las comunidades de la diversidad sexual se le conoce como Heteropatriarcado y es importante ubicar estas claves que nos llevan a conocer un sistema que históricamente no promueve la igualdad, la equidad y los derechos humanos sino lo contrario.

Durante el siglo XXI será objeto de revisión, la práctica de asignación de un sexo, sólo con la observación de los genitales externos que posee el recién nacido como se ha acostumbrado desde hace siglos; gradualmente se irán minimizando sus efectos ya que podría traducirse en "disforia de género".

Foto: Joana Karen Cruz Mares

El estado de derecho se fortalecerá con cada curso de capacitación en el tema sobre la diversidad sexual que reciban las y los herederos de la figura mítica de Florence Nightingale con su lucha ginocentrista (Eisler,1987) siguiendo el paso de la llama, arrojan a las poblaciones que históricamente han sido más vulnerables como los migrantes, las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y por supuesto a la comunidad LGBTTTI. Por ello se acentúa la labor que tiene enfermería en la difusión de los conceptos, el apego a la legislación y el papel fundamental como veladoras perenes del Sistema Nacional de Salud. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcocer, J., et. al. (2020). Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTI. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558167/Versi_n_15_DE_JUNIO_2020_Protocolo_Comunidad_LGBTTI_DT_Versi_n_V_20.pdf
2. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2012). Guía para la Acción pública contra la Homofobia. CONAPRED. https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=documento&id=252&id_opcion=147&op=147
3. Díaz, L. y Rocha, T. (2011). Diferencias entre hombres y mujeres. En A.Trillas (1ª ed.). Más allá de cuerpos y mitos. México. Pp 14.
4. Eisler, R. (1987). La Evolución avanza: hacia un futuro de colaboración. En A. Capitán Swing Libros Y b. Edición Digital. El Cáliz y la Espada. P.P432-477.
5. INEGI. (2022). Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género. ENDISEG, INEGI. <https://www.inegi.org.mx/investigacion/endiseg/2022/>
6. INEGI. (2021). Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género. ENDISEG: INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endiseg/2021/doc/endiseg_2021_resultados.pdf
7. Preciado, P. (2019). LA BALA. En A. Crónicas del cruce (1ª ed.). Un apartamento en Urano. México. Pp 100-102.



Suicidio, problema de salud pública

Por: Psic. José Alberto Gómez García

Profesor de asignatura del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el suicidio es una prioridad para la salud pública; se estima que en 2019 se suicidaron más de 700 mil personas en el mundo. Durante este año fue la cuarta causa de defunción en personas de 15 a 29 años de edad.

La tasa de mortalidad por suicidio es uno de los indicadores de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), cuyo propósito es reducir en un tercio el riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, mediante la prevención, el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar (OMS, 2021).

Al respecto, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio y la OMS celebran el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, con el objetivo de que los países implementen y promuevan acciones para su prevención y concientizar a la sociedad sobre este tema (OPS, 2023).

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO EN MÉXICO

El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial que afecta a las personas que alguna vez han pensado en quitarse la vida o que lo han intentado, además, de las consecuencias familiares y sociales que se le atribuyen ante la muerte por suicidio.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2023) estima un aumento en las muertes por suicidio. En 2017, la tasa de suicidio fue de 5.3 por cada 100 mil habitantes y para el 2022 de 6.3, lo que representa 6,494 y 8,123 muertes, respectivamente. Esto equivale a un aumento de 1,629 suicidios en 2022 con respecto a la cifra de 2017.

Un aspecto relevante del panorama epidemiológico en México es la distribución por edad y sexo, se observan diferencias notables en las tasas según estos factores. Entre los hombres de 15 a 29 años, hubo un mayor número de suicidios; durante 2021 fue la cuarta causa de muerte en este grupo de edad (por encima de las muertes por COVID-19), ya que ocurrieron 16.2 suicidios por cada 100 mil hombres de este grupo etario. En general, la tasa de suicidios en mujeres de todas las edades es menor, con 2.4 suicidios por cada 100 mil mujeres (INEGI, 2021).

En el último reporte del INEGI, se estima que los estados con mayor tasa por suicidio fueron Chihuahua (11.2 por cada 100 mil), Yucatán (9.6) y Aguascalientes (8.8). Los estados con menor cifra fueron Oaxaca, Veracruz y Guerrero, con 2.8, 2.3 y 2.0, respectivamente (INEGI, 2023).

Además, datos recientes estiman que en México el 7.6% de la población adolescente y el 7.7% de población adulta pensó alguna vez en suicidarse, mientras que, el 6.5% de los adolescentes y el 3.5% de los adultos han intentado quitarse la vida alguna vez, donde la prevalencia es mayor en mujeres (Valdez-Santiago, Villalobos Hernández, Arenas-Monreal, Benjet, & Vázquez García, 2023).

Estos datos son consistentes con patrones observados en todo el mundo, donde los hombres tienden a tasas de suicidio más elevadas y las mujeres mayor prevalencia de ideación suicida (OPS/OMS, 2014).

CONDICIONES SOCIALES ASOCIADAS AL SUICIDIO

Si bien, la relación entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión) está bien documentada, muchos casos se dan en personas que lo cometen impulsivamente en situaciones de crisis en las que su capacidad para afrontar algunas situaciones de vida se ve mermada, algunas consideradas como eventos estresantes vitales, que incluyen enfermedades crónicas (OMS, 2021) (Rivera-Rivera, y otros, 2023).

Para comprender el panorama epidemiológico del suicidio, es esencial considerar los factores de riesgo que contribuyen a esta problemática. Al respecto, la OMS y la OPS reconocen la existencia de condiciones sociales que desempeñan un papel significativo en la predisposición de las personas al suicidio (OPS/OMS, 2014) (OPS/OMS, 2016), y pueden variar según las circunstancias individuales y culturales. Algunas de éstas son:

- **Aislamiento social:** La falta de conexión social y el aislamiento emocional son factores de riesgo importantes para el suicidio. Las personas que se sienten solas o aisladas pueden enfrentar un mayor riesgo de desarrollar pensamientos suicidas.

- **Problemas familiares y relaciones disfuncionales:** Conflictos familiares, abuso físico o emocional, la pérdida de seres queridos y relaciones interpersonales disfuncionales pueden contribuir significativamente al riesgo de suicidio.

- **Desarraigo cultural y discriminación:** Las personas que enfrentan discriminación o exclusiones basadas en su origen étnico, género, orientación sexual, religión u otros aspectos de su identidad.

- **Problemas económicos y laborales:** La falta de empleo, el desempleo crónico, la pobreza y las dificultades económicas pueden ser factores de riesgo para el suicidio, ya que pueden generar estrés financiero y desesperanza.

- **Exposición a la violencia y el acoso:** Las personas que han sido víctimas de violencia física, sexual o emocional, así como aquellas que han experimentado acoso constante.

- **Acceso a medios letales:** La disponibilidad de medios para cometer el suicidio, como armas de fuego o sustancias tóxicas, aumenta significativamente el riesgo, ya que facilita la ejecución de un acto suicida impulsivo.

- **Experiencias traumáticas:** Situaciones que representen un trauma significativo, como abuso infantil, abuso sexual, eventos traumáticos en la vida o la pérdida de seres queridos debido a circunstancias traumáticas.

Estigmatización y barreras para buscar ayuda: La percepción de estigma asociada a los problemas de salud mental y al suicidio puede evitar que las personas busquen ayuda a tiempo.

Discapacidad: Algunas personas pueden sentir que son una carga para sus seres queridos o la sociedad en general, lo que puede llevar a un sentimiento de desesperanza.

Exclusión social y falta de apoyo: La falta de pertenencia a grupos sociales o comunitarios, así como la falta de apoyo emocional de amigos y familiares, puede aumentar la vulnerabilidad.

Además de los problemas de salud mental, como personas que viven con depresión, ansiedad, abuso de sustancias o con historial previo de intentos de suicidio.

Es importante destacar que estas condiciones no actúan de manera aislada, sino que interactúan según las circunstancias de las personas, lo que puede aumentar el riesgo de suicidio entre mayores desventajas presenten, por ejemplo, una persona con problemas económicos, exclusión social, que esté en un contexto de violencia y viva con depresión, puede colocarla en mayor vulnerabilidad y aumentar la probabilidad de suicidio.

Todas las personas que han presentado ideas de muerte o intentos de suicidio son distintas, al igual que las formas de expresarlo, es importante considerar que cada caso es diferente.

Algunas de estas condiciones se han estudiado en México, como el género, el desempleo, vivir solo(a), estar en entornos de violencia física, problemas de salud mental y el consumo de sustancias, y la asociación con los pensamientos de muerte (Gómez-García, et al., 2023), o bien, con el riesgo de suicidio (Borges, Orozco, & Medina Mora, 2012) (Valdez-Santiago, Villalobos Hernández, Arenas-Monreal, Benjet, & Vázquez García, 2023).

En 2017, la tasa de suicidio fue de 5.3 por cada 100 mil habitantes y para el 2022 de 6.3, lo que representa 6,494 y 8,123 muertes, respectivamente. Esto equivale a un aumento de 1,629 suicidios en 2022 con respecto a la cifra de 2017.

LA IMPORTANCIA DEL GÉNERO EN EL SUICIDIO

El hecho de que haya una diferencia notoria en el perfil epidemiológico entre hombres y mujeres, implica la necesidad de abordar el tema con perspectiva de género. Durkheim fue el primero en relacionar suicidio con el género, planteando que en

los varones los factores de riesgo se relacionaban con los roles estereotipados de género relativos a la esfera pública, sustentados desde la construcción de la masculinidad machista (Tondo, 2014).

La construcción de la masculinidad hegemónica implica la represión de la expresión de emociones (como el miedo o la tristeza). Esa forma de socialización de los hombres, genera riesgos para su propia salud, debido a que los comportamientos y actitudes como prueba de lo masculino hace que se expongan a todo tipo de situaciones violentas, incluyendo suicidios, accidentes viales y otras lesiones (De Keijzer, 1997).

Algunas actitudes identificadas como “masculinas” (competitividad, poder, violencia) ubican a los hombres en una posición de vulnerabilidad vinculada a las limitaciones para pedir ayuda ante un evento que puede repercutir en su salud mental, como una separación o el fallecimiento de un ser querido (Clemente Carrión & Córdoba, 2005).

Pueden verse ejemplos de estas expresiones en un estudio sobre adolescentes escolarizados (Escobar, Chiodi, & Gonzalez, 2018), donde se encontró que los adolescentes hombres encuentran su forma de ser con actitudes como “hacer todo solo sin pedir ayuda”, “no depender ni confiar en nadie”, “ser fuerte”, “ser exitoso” y “no demostrar sentimientos ni vulnerabilidad”.

Al no expresar un malestar emocional que puede ser signo de problemas de salud mental, por creer que esto es sinónimo de debilidad, evitan reconocerlo y por ende pedir ayuda (Barnes, 2014).

Entre los trastornos del estado de ánimo mas prevalentes se encuentra la depresión, que, como cualquier problema de salud mental, cuando no es diagnosticada y tratada oportunamente, puede manifestarse a través del consumo problemático de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas. En ese orden de ideas, la construcción de la masculinidad puede representar una barrera para solicitar ayuda profesional, lo que en su conjunto podría desencadenar conductas suicidas.

PANDEMIA POR COVID-19 Y SUICIDIO

La llegada de la pandemia por COVID-19 en 2020 trajo consigo una serie de desafíos adicionales en términos de salud mental y suicidio. Si bien, no se puede establecer una relación causal, se reconoce que pudo influir en esta problemática. Durante la pandemia, se observó un aumento significativo en el estrés, la ansiedad y la depresión, debido al aislamiento social, las preocupaciones económicas y la incertidumbre sobre la salud (OPS, 2023). Algunos estudios han explorado la asociación de estas condiciones sociales en la ideación suicida en México (Gómez-García, et al., 2023).

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA SALUD PÚBLICA

Las políticas públicas para la prevención deben considerar estas condiciones sociales y construir acciones para la detección del riesgo de suicidio, la atención y el seguimiento, al tiempo de generar acciones desde la prevención y apoyo psicosocial en el

primer nivel, así como la atención de personas con autolesiones o intento de suicidio en el servicio de urgencias, generando una intervención integral, no solo para atender las lesiones, sino para canalizarlas a servicios de salud mental.

Las acciones de prevención deben encaminarse a los grupos con mayor mortalidad por suicidio y mayor prevalencia de ideación, en contextos comunitarios, para ello se deben incluir otros sectores donde se podrían encontrar estos grupos de la población con mayor riesgo, como el sector educativo y laboral.

La construcción de la masculinidad puede representar una barrera para solicitar ayuda profesional, lo que en su conjunto podría desencadenar conductas suicidas.

Además de las acciones que se han realizado por parte de las autoridades del país, con la implementación del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, la instalación de apoyo psicológico en el servicio de transporte colectivo en la Ciudad de México, los programas en las universidades como el de Atención a personas con Depresión y Riesgo de Suicidio de la Facultad de Psicología de la UNAM, o el Programa de Intervención Psicológica para el Tratamiento de la Conducta de Riesgo Suicida en Escenarios Comunitarios basada en las terapias contextuales, solo por mencionar algunos. ■



REFERENCIAS

- Clemente Carrión, A., & Córdoba, A. I. (2005). Diferencias en la percepción de la influencia de los acontecimientos vitales en hombres y mujeres. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19-26.
- De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. *Género y salud en el sureste de México*, 199-219.
- Barnes, D. H. (2014). How much of our understanding of suicide is applicable across ethnic cultures? En S. H. Koslow, *A Concise Guide to Understanding Suicide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Borges, G., Orozco, R., & Medina Mora, M. E. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*, 595-606.
- Escobar, J., Chiodi, A., & Gonzalez, J. (2018). Construcción de masculinidades y su relación con la salud integral. Estudio cualitativo de adolescentes varones escolarizados en cuatro regiones de Argentina. *Ministerio de Salud de Argentina*.
- Gómez-García, J. A., Rivera-Rivera, L., Astudillo Garcia, C. I., Castillo Castillo, L. E., Morales-Chainé, S., & Tejadilla-Orozco, D. I. (2023). Determinantes sociales asociados con ideación suicida durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública De México*, 1-9.
- INEGI. (2021). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. México: Estadísticas de mortalidad.
- INEGI. (2023). Día mundial para la prevención del suicidio. México: Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado.
- OPS/OMS. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- OPS/OMS. (2016). *Prevención de la conducta suicida*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2021). Suicidio. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Día Mundial de la Prevención del Suicidio 2023. Obtenido de Día Mundial de la Prevención del Suicidio 2023: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2023>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Rivera-Rivera, L., Palacios-Hernández, B., Austria-Corrales, F., Sérís-Martínez, M., Pérez-Amezcuca, B., Jiménez-Tapia, A., Astudillo-García, C. I. (2023). Eventos de vida estresantes y su efecto en la conducta suicida en mujeres durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública De México*, 344-352.
- Tondo, L. (2014). Brief history of suicide in Western Cultures. En A. Stephen H. Koslow, *Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention*. Cambridge, united kingdom: Cambridge University Press.
- Valdez-Santiago, R., Villalobos Hernández, A., Arenas-Monreal, L., Benjet, C., & Vázquez García, A. (2023). Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. *Salud Pública de México*, 110-116.



A 18 años de la reingeniería educativa en Salud Pública

Cynthia Rosas Magallanes¹, Miguel Ángel Mejía Arias², José Luis Ramírez Martínez¹, Laura Magaña Valladares²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

² La Fundación Franco-Mexicana para la Medicina IAP (FFMM)

³ Asociación de Escuelas y Programas de Salud Pública (ASPPH)

Foto: INSP

El desarrollo de recursos humanos ha sido señalado como una de las 11 funciones esenciales de la Salud Pública por la Organización Panamericana de la Salud, es por ello que contar con Instituciones que utilicen modelos educativos de vanguardia y consolidados es una necesidad que se debe cubrir para aportar al óptimo funcionamiento de los Sistemas de Salud.

En este sentido, el año 2005 supone un cambio significativo en la visión para el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), cuando el entonces director, impulsó la participación de especialistas en educación abocados a la renovación de la propuesta educativa en la Institución y por ende, en el sector, en virtud del liderazgo que ha sostenido el INSP en México y la región latinoamericana.

La inclusión de una directiva mujer, no médica y Doctora en Educación, a cargo de los procesos educativos, en el sector salud, supuso un hito sin precedente, para una institución de la envergadura y prestigio del INSP. Los retos que entonces hubo que afrontar, se pueden condensar en:

a) La incorporación a la oferta educativa del INSP de los elementos de innovación tecnológica y educativa en profesionales de salud que, con éxito, ya se utilizaban en algunos países (Mantovani, F., 2003);

b) La disposición de respuesta frente a la doble carga de enfermedad de la población, pues ya entonces se mostraba evidencia en el cambio epidemiológico, al haberse modificado la morbi mortalidad, en coexistencia con enfermedades metabólicas y la persistencia de las infecciosas (Frenk, J. Tt al 2010) y,

c) La necesidad de ampliación de la oferta y cobertura de programas de formación y capacitación institucional para más profesionales de la salud (Crisp, N. et al. 2008) que constituyeran al INSP como una institución con una oferta ampliada y dispuesta para la formación de un número mayor de profesionales para el país.

Desde sus orígenes en 1922, como primera institución en América Latina, la Escuela de Salud Pública de México (ESPM), creada con la finalidad de contribuir a la formación, actualización y capacitación de los profesionales de la salud en México, ha trascendido a constantes desafíos y renovaciones, como se menciona en el libro “Reseña histórica de la Escuela de Salud Pública de México: Noventa años formando salubristas e investigadores para mejorar la salud de la población” (Magaña-Valladares & Gudiño-Cejudo, 2012). De lo anterior, sin embargo, destaca la reingeniería mencionada del año 2005, en que se reunieron diversos factores, a saber:

- El liderazgo de la Secretaría Académica / ESPM.
- La incorporación de las Tecnologías de Información y Comunicación en los procesos educativos (presenciales y en línea) y de sistemas de gestión del aprendizaje.
- La adopción de un nuevo modelo educativo basado en competencias (Magaña-Valladares, Sánchez-Salazar, & Archundia-Martínez, 2017).
- La creación de un equipo multidisciplinario de Tecnología e Innovación Educativa organizado bajo un proceso de producción educativa.
- La integración de un programa de capacitación docente continua.
- La sustentabilidad del programa de capacitación y educación continua, debido a la falta de disponibilidad de nuevos recursos para esta nueva modalidad, así como las tecnologías y los profesionales requeridos para desarrollar y operar el programa que obtenía su financiamiento de éste.

Estos factores fueron determinantes en la fortaleza de la innovación educativa, en Salud Pública, dentro y fuera del INSP, tal y como se mencionan tan sólo algunos a continuación:

1. La apertura de los primeros programas de Salud Pública en México 100% en línea, como lo fueron la primera cohorte de Maestría en Salud Pública con área de concentración en riesgos sanitarios y el primer Diplomado de Liderazgo en Salud en el año 2005.
2. El trabajo, en el 2008, con la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad Nacional Autónoma de México para la apertura del nodo México del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS/OMS.
3. La capacitación nacional que se realizó del 2006 al 2011 con la mejor comprensión del entonces Seguro Popular, iniciando con formatos híbridos y finalizando con formatos 100% de autogestión.
4. Para la SSA y sus Secretarías Estatales (SESA), se desarrolló el programa de capacitación para hacer frente al incremento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2009-2012. Se incorporó el modelo de atención: Médico, Nutrición y Psicología como esenciales para la atención de las ECNT
5. La capacitación masiva en el 2009 que se realizó con la Secretaría de Salud para combatir la pandemia de influenza AH1N1.

6. Los proyectos de capacitación en Cáncer de Mama con la fundación Tómatelo a Pecho a partir del 2011 (Magaña-Valladares et al., 2016) en los cuales se clarificó el procedimiento del profesional de la salud (médico/enfermera) para atender con prontitud los casos detectados. Este programa se llevó a cabo con diferentes SESAs y con las 35 entonces delegaciones del IMSS.

7. El programa de capacitación en adicciones 2016 – 2018 que se operó para el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones (IAPA) incorporando programas como “Un Consejo para dejar de Fumar”.

8. Los cursos de Enfermedades Transmitidas por Vector en Centroamérica en el año 2012.

9. El liderazgo educativo en la red internacional de Determinantes Sociales en Salud, en 2013, (SDH-MET) innovando en la creación del primer Massive Online Open Course (MOOC) cuya metodología es todavía utilizada en plataformas como CLIMSS (Rosas-Magallanes et al., 2022).

10. La capacitación intersectorial sobre el manejo de cólera en México en el año 2013. (Magaña-Valladares et al., 2018)

11. La participación en el diseño educativo masivo y en cascada de la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN) en el año 2014 (González et al., 2019).

12. La colaboración en el año 2015 de la puesta en marcha de la plataforma México X, siendo tres cursos de salud pública los primeros en esta plataforma.

13. La operación de la estrategia de capacitación en las 35 delegaciones del ISSSTE para la detección control y manejo de la diabetes tipo 2, la cual fue un modelo híbrido presencial que invitó a los participantes a continuar en el modelo virtual. (VL et al., 2018).

14. La estrategia educativa masiva para prevenir el embarazo adolescente entre los años 2015 y 2018 (De Castro et al., 2020).

El desarrollo tecnológico es un desafío para la democracia y para la educación y este desafío persiste y es más exigente para todos aquellos que nos dedicamos a la Salud Pública y la Educación, frente a la trascendencia de permanecer vigentes y actualizados para contender al acortar la brecha.

15. El diseño y producción de las plataformas educativas CLIMA del INSP y EDUC@DS de la Secretaría de Salud para la capacitación y actualización del personal de salud del sector.

16. La puesta en marcha de la plataforma CLIMSS (Rosas-Magallanes et al., 2022) para brindar cursos que contribuyan a la alfabetización en salud para la población mexicana.

Estos son tan solo algunos de los programas emblemáticos de la educación en Salud Pública de México que han implementado

diferentes estrategias educativas y el uso de la tecnología como herramientas para potenciar los procesos de enseñanza-aprendizaje en este sector. Cabe señalar que este breve recorrido tiene indudablemente, una visión sintética de los sucesos y sus significados hacia el impulso de la institución más reconocida de Salud Pública en México.

Igualmente, relevante y significativo es reconocer el trabajo del conjunto de las diversas instituciones nacionales e internacionales para la promoción de los nuevos enfoques y abordajes del aprendizaje en salud y con ello, reconocer el acompañamiento de todas las Instituciones de Educación Superior en este largo y trascendental recorrido de la Innovación Educativa en Salud.

A partir de los grandes desafíos que se avecinan en la historia de la humanidad como en el mundo de la salud, como la Inteligencia Artificial, es imprescindible contemplar nuevas metodologías de enseñanza-aprendizaje que acompañen y ofrezcan sentidos éticos y formativos a los avances tecnológicos. Como bien estableció la UNESCO desde hace casi 3 décadas (Delors, 1994), el desarrollo tecnológico es un desafío para la democracia y para la educación y este desafío persiste y es más exigente para todos aquellos que nos dedicamos a la Salud Pública y la Educación, frente a la trascendencia de permanecer vigentes y actualizados para contender al acortar la brecha. ■



REFERENCIAS

- Crisp N, Gawanas B, Sharp I; Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers. Training the health workforce: scaling up, saving lives. *Lancet*. 2008 Feb 23;371(9613):689-691. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60309-8. PMID: 18295028.
- De Castro, F., Rodríguez-Hernández, J. A., Hubert-López, C., Sánchez-Pájaro, A., Rosas-Magallanes, C., Villalobos, A., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2020). Curso masivo en línea “Salud sexual y reproductiva”: cambios en conocimientos, deserción, reprobación y satisfacción. *Salud Publica de Mexico*, 62(5), 559-568. <https://doi.org/10.21149/11183>
- Delors, J. (1994). La Educación encierra un tesoro, informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI (compendio). UNESCO.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010 Dec 04;376(9756):1923-1958
- Gonzalez, W., Bonvecchio Arenas, A., García-Guerra, A., Vilar-Compte, M., Villa de la Vega, A., Quezada, L., Rosas, C., Lozada-Tequeanes, A. L., & Hernández, A. (2019). An Iterative Process for Training Design and Implementation Increased Health Workers' Knowledge for Taking Nutrition Behavior Change to Scale. *Journal of Nutrition*, 149, 2323S-2331S. <https://doi.org/10.1093/jn/nxz203>
- Magaña-Valladares, L., González-Robledo, M. C., Rosas-Magallanes, C., Mejía-Arias, M. Á., Arreola-Ornelas, H., & Knaul, F. M. (2016). Training Primary Health Professionals in Breast Cancer Prevention: Evidence and Experience from Mexico. *Journal of Cancer Education*. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-1065-7>
- Magaña-Valladares, L., & Gudiño-Cejudo, M. R. (2012). Reseña Histórica de la Escuela de Salud Pública de México. Noventa años formando salubristas e investigadores para mejorar la salud de la población.
- Magaña-Valladares, L., Rosas-Magallanes, C., Montoya-Rodríguez, A., Calvillo-Jacobo, G., Alpuche-Arande, C. M., & García-Saisó, S. (2018). A MOOC as an immediate strategy to train health personnel in the cholera outbreak in Mexico. *BMC Medical Education*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1215-1>
- Magaña-Valladares, L., Sánchez-Salazar, I. D., & Archundia-Martínez, C. (2017). El modelo educativo.
- Mantovani F, Castelnuovo G, Gaggioli A, Riva G. Virtual reality training for health-care professionals. *Cyberpsychol Behav*. 2003 Aug;6(4):389-95. doi: 10.1089/109493103322278772. PMID: 14511451.
- Rosas-Magallanes, C., Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Ramírez-Martínez, J. L., Tamayo-Ortiz, M., Gutiérrez-Díaz, H. O., Magaña-Valladares, L., Cordera, D. B. S., & Hernández-Ávila, M. (2022). Plataforma CLIMSS como herramienta de alfabetización en salud durante la crisis sanitaria de Covid-19. *Salud Publica de Mexico*, 64(3), 320-327. <https://doi.org/10.21149/13103>
- VL, R., CR, M., DL, H., IV, M., ZL, I., PR, V., CA, S., IS, D., MA, M. A., & LM, V. (2018). Predictive Factors for Approval and Knowledge Gain of a Massive Open Online Course (MOOC) On Type 2 Diabetes Mellitus in the First Level of Care. *Journal of Community Medicine & Health Education*, 08(06). <https://doi.org/10.4172/2161-0711.1000638>

Aplicación de **nuevos enfoques** de Salud Pública en el **Diagnóstico Integral de Salud Poblacional**



Juan Francisco Molina Rodríguez¹, Luz María Lara López², Lorena Elizabeth Castillo Castillo³

1. Centro Investigación en Sistemas de Salud (CISS-INSP)
2. Secretaría Académica (ESPM-INSP)
3. Instituto de la mujer de Cuernavaca (IMMC)

Foto: Guadalupe Díaz del Castillo Flores, 2017

INTRODUCCIÓN

En la Maestría en Salud Pública que imparte la Escuela de Salud Pública de México/Instituto Nacional de Salud Pública, en sus 3 modalidades: 1. Presencial con sede en Cuernavaca, Morelos; 2. Semipresencial ejecutiva con sede en campus Tlalpan de la CDMX y, 3. Modalidad virtual a distancia, se desarrolla un proyecto de enseñanza, investigación y servicio denominado Diagnóstico^{1,2,3} Integral de Salud Poblacional (DISP). En Enseñanza, se contribuye al desarrollo de competencias generales de los egresados para el cumplimiento de las Funciones Esenciales de la Salud (figura 1)⁴ y la práctica profesional de la Salud Pública.



Figura 1. Las Funciones esenciales de la salud pública renovadas

Fuente: OPS, 2020. <https://www.paho.org/es/noticias/11-12-2020-ops-actualiza-funciones-esenciales-salud-publica-para-paises-americanos>

En materia de investigación, se desarrolla un proyecto denominado Diagnóstico Integral de Salud Poblacional (DISP), que cada año implementan equipos multidisciplinarios de estudiantes de 8 áreas de concentración de la Maestría en Salud Pública, bajo la asesoría de 2-3 profesores investigadores del INSP, a nivel comunitario; las investigaciones tienen como objetivo general evaluar el estado de salud de una localidad, municipio o región sanitaria, con el propósito de identificar necesidades demandas y expectativas de atención a la salud de la población e identificar los requerimientos que en políticas, servicios, programas y recursos para la salud existen en el área. Lo anterior para una priorización de necesidades y problemas de salud y la utilización de la información para la toma de decisiones de las comunidades, autoridades municipales y de salud.

En el ámbito del servicio y de acuerdo con la estrategia del INSP⁵ de vinculación con instituciones y organizaciones académicas públicas y privadas, autoridades de salud y gobiernos locales; así como la de retribución social a las propias comunidades y poblaciones, los resultados del DISP se ponen a su consideración para la gestión e implementación de servicios, programas, proyectos y acciones de salud que respondan a las necesidades, demandas y expectativas de las poblaciones y a los requerimientos de recursos de las instituciones de salud, brindando

servicios de salud pública que contribuyan a mejorar la salud, calidad de vida y bienestar social de las poblaciones.

DESARROLLO

El Diagnóstico Integral de Salud Poblacional (DISP) es una herramienta que orienta a la toma de decisiones en salud pública con base en el reconocimiento de la situación de salud de una población. Es la primera etapa de un proceso de planeación de acciones en salud a través de los programas enfocados en satisfacer las necesidades y las demandas de la comunidad. Además, el diagnóstico tiene un valor agregado al integrar en el análisis de las necesidades sentidas de las personas a representantes de la comunidad formales e informales, promoviendo la organización y movilización en la gestión, como elementos sustantivos de la participación social.

El DISP se define como aquella investigación en salud pública que tiene como propósito evaluar la situación de salud de una colectividad y proponer alternativas viables y factibles para la solución de los problemas detectados. El DISP debe contemplar el estudio de tres aspectos fundamentales:

- a) Determinantes sociales⁶. Factores o elementos que inciden en la salud de una población; por ejemplo: datos sociodemográficos, migración, vivienda educación, economía, cultura, recreación, etc.
- b) Riesgos y daños en salud⁷. Alude a lo que afecta la salud de la población; aquí se identifican las enfermedades, la discapacidad y las muertes; así como los riesgos en la población, por ejemplo: sobrepeso, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, violencia y adicciones.

El Diagnóstico Integral de Salud Poblacional se define como aquella investigación en salud pública que tiene como propósito evaluar la situación de salud de una colectividad y proponer alternativas viables y factibles para la solución de los problemas detectados.

- c) Respuesta social organizada⁸. Son todos los recursos con los que se cuenta para dar respuesta a los problemas de salud identificados, es decir, recursos humanos (médicos, odontólogos, enfermeras, promotores de salud, médicos tradicionales, hueseros, curanderos, entre otros); recursos materiales, (hospitales, unidades de salud, consultorios públicos y privados, y medicina alópata y alternativa, así como los materiales con que se cuenta en las unidades médicas); además de las políticas, los servicios y programas que se implementan para dar respuesta a las problemáticas de salud detectada (figura 2).

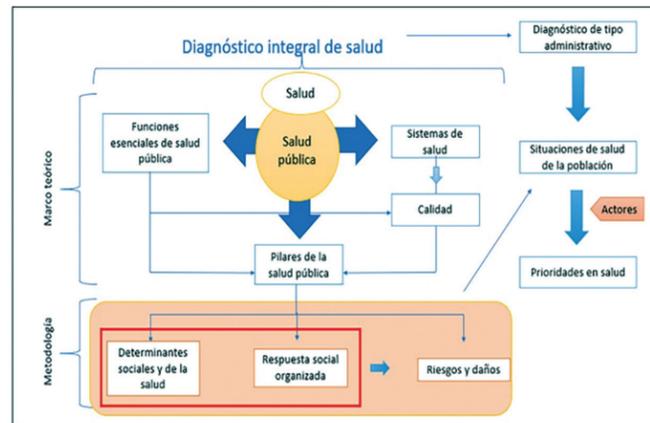


Figura 2.
Fuente: Diagnóstico Integral de Salud Poblacional, Jantetelco, Morelos, MSP-ESP, 2020

El DISP utiliza una serie de enfoques que permiten una visión sistémica e integral de la salud pública al incorporar, como elemento fundamental, el derecho a la salud de las personas en territorio; un enfoque en determinantes sociales del proceso salud enfermedad, equidad de género, equidad y justicia social (que contribuye a disminuir las brechas entre grupos sociales como migrantes, indígenas, pobladores rurales, brechas geográficas, etc., en la atención a la salud); visión global (que reconoce que los problemas de salud requieren la participación multinacional en la colaboración técnica, financiera y social entre países para abordar problemas como COVID-19, Dengue, VIH/SIDA, Ebola, Influenza, etc.); la promoción de la estrategia de Atención Primaria de Salud, mediante la operación de un Sistema de Salud Basado en APS (SSBAPS) y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que implementen un modelo de atención integral (servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención, centrados en la persona, familia y comunidad, con acciones intramuros y extramuros en el hogar, escuelas, centros de trabajo y áreas públicas de concentración poblacional); servicio integrado (que incluye acciones de promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico y control de padecimientos, prevención de complicaciones, rehabilitación de discapacidades y ayuda humanitaria y atención paliativa al final de la vida); servicios de atención continuada a lo largo de la línea de vida con paquetes de servicios garantizados según grupo de edad y tipo de personas); servicios otorgados por equipos de atención de carácter inter y multidisciplinarios que apliquen enfoque de interculturalidad para grupos sociales específicos (indígenas, migrantes, discapacitados, personas de la diversidad sexual, etc.) en todos los niveles y áreas de atención; acompañados de la participación social en la toma de decisiones por la población organizada y representada; redes de servicios que promueven la coordinación sectorial entre las instituciones y organizaciones prestadoras de servicios de salud públicos, privados y de la sociedad civil.

Los sistemas y servicios de salud deben también aplicar un enfoque multisectorial que garantice en todos los programas de acción específica la incorporación, además de acciones de responsabilidad de la población y de los servicios de salud,

de acciones de otros sectores como educación, alimentación, empleo, transportes, vivienda, medio ambiente, cultura, deporte, etc, promoviendo la salud en todas las políticas y todas las políticas para la salud. (ver Figura 3)

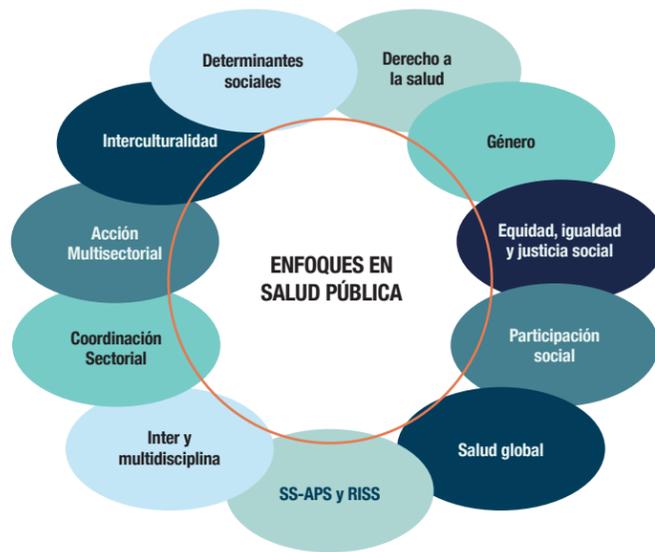


Figura 3. Enfoques en Salud Pública
Fuente: Molina Rodríguez JF, 2020

El DISP se aborda desde una visión sistémica y se realiza aplicando metodología de investigación cuantitativa y cualitativa. Para la parte cuantitativa, se utilizan fuentes secundarias de información (bases de datos e información censal, de salud, etc.) y herramientas de recolección de información de fuentes primarias como: encuestas y listas de chequeo.

Para el componente cualitativo, se realizan visitas de observación en campo, cartografías sociales o mapeo comunitario entrevistas, semiestructuradas y grupos de trabajo comunitario, promoviendo la participación activa de autoridades y trabajadores de salud, de municipios y de la propia comunidad.

A partir de los resultados, se lleva a cabo una priorización de problemas de determinantes sociales, riesgos y daños y de respuesta social organizada, se emiten recomendaciones de acciones viables y factibles para su resolución, orientadas a las decisiones de la comunidad, autoridades municipales y de salud.

En el Estado de Morelos, en el período de 2005 al 2022, estudiantes de la Maestría en Salud Pública del INSP han realizado 114 DISP, de los cuales 70 fueron comunitarios, 34 municipales, 3 Jurisdiccionales y 7 interculturales (tabla I).

De los 114 DISP, 110 DISP se han desarrollado en colaboración con la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud del Estado de Morelos (SSM) y con apoyo de las presidencias municipales. Se han trabajado en 34 municipios de 36 existentes en Morelos,

incluidos 3 indígenas: Hueyapan, Tetelcingo, Coatetelco; y 65 comunidades, de las cuales 1 es indígena.

Para lo anterior, se organizaron 114 equipos de trabajo integrados de manera multidisciplinaria con 686 estudiantes de 7 áreas de concentración (Epidemiología, Bioestadística y Sistemas de Información, Administración en Salud, Nutrición, Ciencias Sociales y del Comportamiento, Salud Ambiental y Enfermedades Infecciosas) de la Maestría en Salud Pública, quienes asistieron a las localidades e interactuaron con trabajadores de la salud, autoridades locales, municipales, educativas y grupos organizados de la población en la implementación de los diagnósticos de salud. Las áreas con mayor proporción de estudiantes fueron Ciencias Sociales y del Comportamiento, Administración en Salud y Epidemiología con 2/3 del total.

Para el desarrollo de los 102 protocolos de investigación del Diagnóstico de Salud, trabajo de campo e elaboración de informes finales, se asignaron y participaron 226 (promedio de 2 por equipo) profesores-investigadores del INSP, adscritos a los diferentes centros y líneas de investigación garantizando la integración de equipos de asesoría multidisciplinarios en apoyo a la gestión e implementación de los trabajos; del total de asesores(as), el 77 % fueron del sexo femenino y el 41 % del total con doctorado como grado académico.

Tabla 1. Diagnósticos Integrales de Salud Poblacional (DISP), Morelos, México, 2005-2022

	No.	%
Comunitarios	70	61
Municipales	34	30
Jurisdiccionales	3	3
Interculturales*	7	6
Total	114	100

*Con la Universidad Intercultural del Estado de México se trabajaron 4 DISP Comunitarios con enfoque intercultural

Fuente: Informes Finales DISP. Coordinación de Práctica Comunitaria, Subdirección de Operación Académica, SAC 2005-2022

CONSIDERACIONES FINALES

El DISP es el ejercicio principal de todo salubrista, que contribuye al desarrollo de las competencias en salud pública, de los conocimientos y habilidades teórico-prácticas; les permite tener un acercamiento con la población para conocer la percepción sobre los diferentes problemas que hay en su contexto y que afectan su salud, aplicando los diferentes enfoques de la salud pública, así como herramientas cualitativas y cuantitativas que permiten obtener resultados útiles para priorizar problemas de salud y emitir recomendaciones a los autoridades de salud, municipales y comunidad, para coadyuvar al diseño de acciones y estrategias de salud para la población.

El desarrollo de los Diagnósticos Integrales de Salud Poblacional, es una acción que contribuye al cumplimiento de la estrategia de vinculación social de la Escuela de Salud Pública de México y del Instituto Nacional de Salud Pública, con las instituciones de salud, autoridades estatales y municipales; pero sobretodo con la población, quien, mediante la estrategia de retribución social, se beneficia de proyectos de investigación-acción para el mejoramiento de su estado de salud.



Foto: Adriana Guadalupe Guillaumin Rodríguez, 2021

REFERENCIAS

- Frenk, Julio. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública/ Julio Frenk—3ª ed. - - México: FCE, SEP, CONACyT, 2003.
- Mario Testa. (1989). Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud. iris.paho.org. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18750>
- OPS. (2005). Guía para Diagnóstico Local Participativo. Washington, DC. OPS Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/40840>
- OPS. (2019). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción.iris.paho.org. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>
- OPS. (2011). Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición. Washington D.C.: OPS, © 2002, 36 p. -(Serie PALTEX N° para Técnicos Medios y Auxiliares N° 24). https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54459/9275324077_mod6_spa.pdf

De esta manera, la Salud Pública debería convertirse en un punto de incidencia, el blanco, de las políticas públicas, no solo ser considerada como competencia fundamental del sector salud sino del conjunto del desarrollo.

Entonces, necesitamos incorporar a las estrategias de atención primaria de la salud, de la promoción de la salud, las que conducen a elevar el Índice del Desarrollo Humano, también las que bajo diversos nombres han buscado la satisfacción de las necesidades esenciales y las del desarrollo sustentable. Además, destacar los beneficios económicos, sociales, culturales, para el ambiente, que resultan de esta operación de visibilizar, atender, de esta forma, los problemas más complejos de la sociedad.

IV. La Salud Pública se puede potencializar con la participación de áreas fundamentales de las Humanidades y convertirse en una disciplina aún más visible y explicativa. Esta relación con las Humanidades no es nueva, algunas disciplinas sociales y humanísticas han estado presentes en la Sociedad Mexicana de Salud Pública pero se deben actualizar, profundizar y agregar nuevas. Así, por ejemplo, mostrar que existe un incremento de casos por algún padecimiento es importante, también sus implicaciones para la condición humana afectada, en forma más amplia y precisa.

Disponemos como apoyos académicos a la Historia, la Antropología, la Filosofía (en sus apartados de Ética, Bioética, Hermenéutica, Epistemología, Economía Filosófica), Lingüística, Semiótica, Psicología.

Y sus mejores aliadas son las artes, la literatura, con sus poderes expresivos.

Con todas ellas podremos adentrarnos en el ámbito del imaginario de las poblaciones y ser capaces de entendernos y comunicarnos mejor.

La Sociedad Mexicana de Salud Pública es el organismo social adecuado para llevar adelante la discusión de estas propuestas a sus agremiados, interesar a las diversas secciones técnicas, incluso a otras sociedades comprometidas con la salud y el desarrollo social, económico, cultural, ambiental, más amplio; buscar su aplicación en programas por iniciar a nivel de la comunidad, ofrecer cursos breves o de diplomado. En resumen, escuchar propuestas y dialogar, de inicio, entre nuestra comunidad de la SMSP para integrar un programa colectivo de acción para los próximos años. ■



SOCIEDAD MEXICANA
DE SALUD PÚBLICA
SALUS • VERITAS • LABOR

Los siguientes puntos pretenden ser una reflexión ciudadana, desde una perspectiva de participación social.

El carácter de tesis indica que son discutibles y sujetas a comprobación.

I. La crisis pandémica desencadenada por el virus SARS CoV 2 ha llevado a dimensionar, en el nivel de prioridad, los problemas de salud como esenciales para el conjunto del desarrollo mundial, más allá del ámbito sanitario.

Esta crisis, como un temblor de tierra, sacudió con fuerza las estructuras construidas, derrumbó las débiles y las más fuertes no sufrieron daño. Las estructuras de los sistemas de salud, construidas con base hospitalaria curativa y no preventiva, requieren ser revisadas, de la misma forma que el Reglamento Sanitario Internacional.

En adición, se debe pensar en preparar a la sociedad para responder a este tipo de emergencias que no serán infrecuentes.

II. El personal del sector salud en el mundo se desempeñó con un sentido de cumplimiento ético único; desde los más sencillos hasta los de niveles de alta complejidad, los y las trabajadoras de salud actuaron en unidad, con un objetivo definido, el bienestar común, de manera solidaria admirable. Lleva a pensar en la medicina hipocrática que en su inicio se convirtió en una fuerza cultural de primer orden en la antigua Grecia, modelo concreto, real, donde tomó forma la filosofía socrática y platónica.

Ahora, el trabajador de salud, en sentido amplio, se ha mostrado como una fuerza ética, técnica, social, ejemplar.

Cómo no traer a la mente la conocida frase de Churchill durante otra circunstancia:

“En la historia de los conflictos humanos, nunca tantos debieron tanto a tan pocos”.

La peste negra se extendió a través de Europa por casi cuatro siglos con la cuarentena como única estrategia útil. La influenza de 1918 no encontró respuesta adecuada desde la ciencia y la tecnología de su época.

Ante la pandemia de Covid 19 se desarrollaron cauces preventivos y terapéuticos efectivos a partir del primer año. Esto debe ser bien documentado en nuestro medio.

III. Después de la crisis pandémica por el Covid 19, la Salud Pública debe ocupar un sitio central en las políticas del desarrollo global. Diversos problemas fundamentales de nuestro país, no solo de salud, pueden tener mejor solución con esta perspectiva: la desigualdad social, la lucha contra las adicciones, el narcotráfico, la violencia, los problemas de género. La misma idea puede ser extendida a la salud mental, un tema sensible, menos trazable en las estadísticas de salud o por el sistema de vigilancia epidemiológica.

Cuatro Tesis para la Salud Pública

Por: Dr. Jorge A. Ramírez Hernández

Director de la Sección Técnica de Humanidades y Salud, SMSP

Medtronic

TOP

10

cifras alarmantes

Accidente cerebrovascular (ACV)

600K

El Accidente Cerebrovascular se puede prevenir y tratar



80M

de personas han sobrevivido de un ACV en todo el mundo

<1% recibe tratamiento en centros avanzados⁶

Infórmate más en: www.heroescontraelacv.com
Sé un héroe contra el ACV.

#Más FuerteQue EIACV

Referencias:
1- 40 seconds - Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2017 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2017;135:e229-e445.
2- World Stroke Organization
3- Reference: Stroke. 2008;39:292-296.
4- <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/10/e005173.full.pdf>
5- http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf
6- <https://jnls.bmj.com/content/early/2018/11/10/neurintsurg-2018-014239>; https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf



Primera causa de discapacidad²



Segunda causa de muerte²



1 Cada 40 segundos alguien en el mundo sufrirá un accidente cerebrovascular (ACV)¹

2 Cada minuto mueren alrededor de 2 millones de neuronas²

3 1 de cada 4 personas sufrirá un ACV a lo largo de su vida²



4 80% de las personas no reconoce los signos de un ACV³

Algunos síntomas son:



Boca torcida



Dificultad para hablar



Debilidad en un brazo

5

85%

de los ACV son de tipo isquémico, provocados por un coágulo que obstruye alguna arteria²

6

55 mil personas morirán como resultado⁴

55K





35+

Gilead Sciences

Empresa estadounidense que desde hace más de **35 años** ha revolucionado la industria farmacéutica.

Nos enfocamos en el desarrollo, investigación y comercialización de terapias innovadoras en prevención y tratamiento del VIH y próximamente en oncología.

En **México**, llevamos **más de 9 años**, comprometidos con el gobierno y todos los actores clave para lograr las metas de **ONUSIDA**.

¡Hacemos
“Posible lo imposible”!

