

UniverSalud

REVISTA DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE
LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA (antes Altepepaktli)

ARTÍCULOS ORIGINALES

Proyecto de intervención:

Taller de motivación y sensibilización para personal de salud en Xalapa, Veracruz

*María Concepción Arrazate García, Rosalía Hernández
Cano, Alejandro Loya Jiménez, Monserrat Macías
Carballo, Perla Melgarejo Bibiano, Gabriel Riande
Juárez y Crescencio Norberto Galván Valentín*

Paradojas de Riesgo para Infecciones Nosocomiales y la imagen tradicional del médico en el ámbito hospitalario. Reflexiones sobre el uso de la corbata

*Mauricio Fidel Mendoza-González y Olga Adriana
Flores-Lomán*

Comorbilidad y riesgo agregado en pacientes hipertensos en control, en una unidad de primer nivel de atención en México, 2013

Mauricio Fidel Mendoza-González y Roberto Pérez-Cruz

Intervención educativa con un modelo interactivo: Determinación de conductas de riesgo para un embarazo adolescente

*Claudia Elena González Acevedo, Mayumi Guadalupe
Ortiz Cardona, María Luisa Lucía Pérez Humara, Ma
Lourdes Hernández Blanco y Darío Gaytán Hernández*

Interpretaciones sobre igualdad / equidad de género, su correlativo en salud y salud reproductiva

*Dulce Ma. Cinta Loaiza
y Angélica Ivonne Cisneros Luján*

El pasado imaginado: Una refutación a la historia tradicional del Hospital Civil de Xalapa

Héctor Strobel del Moral



VOLUMEN 9, NÚMERO 18, SEPTIEMBRE 2013

ISSN: 2007-3526

UniverSalud

REVISTA DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE
LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA (antes Altepepaktli)



Universidad Veracruzana



UniverSalud

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Proyecto de intervención:
Taller de motivación y sensibilización para
personal de salud en Xalapa, Veracruz** 7
*María Concepción Arrazate García, Rosalía Hernández
Cano, Alejandro Loya Jiménez, Monserrat Macías
Carballo, Perla Melgarejo Bibiano, Gabriel Riande
Juárez y Crescencio Norberto Galván Valentín*
- Paradojas de Riesgo para Infecciones Nosocomiales
y la imagen tradicional del médico en el ámbito
hospitalario. Reflexiones sobre el uso de la corbata** 17
*Mauricio Fidel Mendoza-González
y Olga Adriana Flores-Lomán*
- Comorbilidad y riesgo agregado en pacientes
hipertensos en control, en una unidad de primer
nivel de atención en México, 2013** 25
Mauricio Fidel Mendoza-González y Roberto Pérez-Cruz
- Intervención educativa con un modelo interactivo:
Determinación de conductas de riesgo
para un embarazo adolescente** 39
*Claudia Elena González Acevedo, Mayumi Guadalupe
Ortiz Cardona, María Luisa Lucía Pérez Humara, Ma
Lourdes Hernández Blanco y Darío Gaytán Hernández*
- Interpretaciones sobre igualdad / equidad de
género, su correlativo en salud y salud reproductiva** 47
*Dulce Ma. Cinta Loaiza y
Angélica Ivonne Cisneros Luján*
- El pasado imaginado: Una refutación a la historia
tradicional del Hospital Civil de Xalapa** 61
Héctor Strobel del Moral

CONTENIDO

EDITORIAL

Abrir y cerrar un círculo...

Hace casi 35 años la Universidad Veracruzana, bajo el mando de Don Roberto Bravo Garzón, inició la construcción teórica, técnica y filosófica de los que hoy es el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, en aquellos momentos los sueños y aspiraciones eran grandes, pero el más importante de todos era que nuestra Universidad tuviese un espacio de investigación y formación de recursos humanos en el campo de la salud pública que permitiera contribuir con las instancias responsables de atender la salud de los veracruzanos y de todas las entidades del sur de nuestro país.

Esta aspiración paulatinamente y con muchas dificultades se fue cubriendo, ya que el prestigio de nuestra dependencia pronto rebasó los límites de nuestra entidad y comenzamos a recibir alumnos de casi todas las entidades del país y particularmente de las del sur de nuestra patria, de igual manera, fuimos un receptáculo importante para alumnos de la mayoría de los países centroamericanos y de algunos países del sur de América.

En estos 35 años las condiciones en el campo de la salud han cambiado, en aquella época existían 203 municipios en Veracruz y apenas un centro de salud en la mayoría de ellos, los Servicios Coordinados de Salud que atendían a la población sin acceso a la seguridad social, dependían totalmente de la federación, los centros hospitalarios dependientes del gobierno del estado, en su mayoría eran escasos y empobrecidos; hoy en día estas condiciones han cambiado, los servicios de salud se han descentralizado de la federación, su número ha crecido de manera importante, actualmente existen alrededor de mil unidades en nuestra entidad, situaciones similares han ocurrido en las otras entidades en nuestro país, Centroamérica y el sur de América también se han modificado en este campo. Sin duda, muchos de nuestros egresados formaron parte de estos procesos de transformación, que han acercado los servicios a un mayor volumen de población, pero que aún hoy en día las evidencias empíricas y los resultados de los trabajos de

investigación permiten generar cuestionamientos sobre el efecto de las políticas programáticas emprendidas en los últimos años.

Las instituciones de seguridad social, también se han transformado, los asegurados enfrentan cada vez mayores problemas para tener acceso a los servicios de salud que tienen garantizados, de igual manera el acceso a los servicios intermedios como son laboratorio de análisis clínicos, radiología y el acceso a algunas especialidades médicas es cada vez más limitado; el personal de salud de estas instituciones, también enfrenta la problemática de trabajar con insumos insuficientes, así como, los riesgos que implican los cambios legislativos que se han dado en los últimos años.

Estas transformaciones en las instituciones de salud y en el acceso inequitativo a los mismos, han generado cambios muy importantes en los programas y procesos educativos que en el Instituto de Salud Pública se ofrecen. De especialidad se avanzó a la maestría y esta última ha generado cinco salidas alternativas que pretenden profundizar en aspectos de suma importancia para la salud pública de hoy en día, los alumnos también se han modificado, ya no se reciben muchos alumnos extranjeros, las agencias financiadoras de sus becas han cambiado de prospectiva, se han incrementado en otros espacios el número de programas educativos que ofrecen la formación de este tipo de recursos humanos, nuestros actuales alumnos en su mayoría son personas sin grandes antecedentes en los servicios de salud y proceden de licenciaturas muy diversas y ajenas a este campo, se han dejado subyugar por las posibilidades de formación que se ofrecen hoy en día y por la posibilidad de aplicar en alguna de las becas del Conacyt.

Por el lado de la investigación, el panorama para el Instituto de Salud Pública ha sido de un crecimiento muy lento, hoy en día coexisten áreas de investigación vinculadas estrechamente con los servicios de salud, a la par que se realiza investigación a nivel de biología molecular, el problema no es la existencia de dos áreas tan

disímbolas, sino la dificultad técnica y operativa para articular los procesos de investigación y los hallazgos. El Instituto de Salud Pública ha favorecido en los últimos años la incorporación de personal formado en el área de la biología y con doctorado en diferentes disciplinas de la misma, sin embargo, seguramente el plan de incorporación fue deficiente ya que no se ha logrado avanzar hacia la meta contemplada, hay que decir también que estos investigadores en su mayoría pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) por lo que logran atraer algunos recursos para impulsar sus investigaciones y atraen alumnos hacia sus áreas de interés.

Por otro lado, la mayoría de los investigadores que tuvieron formación en el campo de la salud pública, realizan su investigación en este campo sin buscar la correcta articulación con los compañeros de formación biológica; y sin intentar incorporarse al SNI, el financiamiento que logran para sus investigaciones generalmente procede de otras fuentes diferentes al Conacyt.

Casi para finalizar, ésta revista que de manera permanente intenta difundir los hallazgos y relevancias de la salud pública, ha sido un medio que crea el espacio para que propios y extraños contribuyan con sus resultados al conocimiento de la situación de la salud pública, en este número los artículos presentados son:

- Proyecto de intervención: Taller de motivación y sensibilización para personal de salud en Xalapa, Veracruz
- Paradojas de riesgo para infecciones nosocomiales y la imagen tradicional del médico en el ámbito hospitalario. Reflexiones sobre el uso de la corbata
- Comorbilidad y riesgo agregado en pacientes hipertensos en control, en una unidad de primer nivel de atención en México, 2013

- Intervención educativa con un modelo interactivo: Determinación de conductas de riesgo para un embarazo adolescente
- Interpretaciones sobre igualdad/equidad de género, su correlativo en salud y salud reproductiva
- El pasado imaginado: Una refutación a la historia tradicional del Hospital Civil de Xalapa

Como se observa todos los temas tienen que ver con el pasado, el presente y el futuro de la salud pública, ojalá y ello se convierta en una invitación permanente para todos aquellos lectores de nuestra revista.

Por último, el título de este prólogo tiene que ver con una situación particular de la que esto escribe, en 1980 me contrataron para que junto con otros compañeros configuráramos el proyecto de lo que hoy es el Instituto de Salud Pública, a partir del 31 de mayo dejé de prestar mis servicios a la Universidad Veracruzana, el ciclo se ha cerrado, con mucho amor y con mucho orgullo dejo el espacio que sin duda ocupará un o una joven sanitarista, ese es el ciclo de la vida y de cualquier proyecto que iniciemos. Lo importante es iniciar y tener claro que durante el trayecto laboral, cada uno de nosotros debe dar lo mejor de cada quien creciendo permanentemente en alguna de las áreas del proyecto y con la visión clara de que el ciclo que iniciamos se debe cerrar de manera digna y profesional. Mi agradecimiento a todas y todos los compañeros que se aliaron al proyecto de manera comprometida e incluso para aquellos que aún están en ese proceso de incorporación; Mi agradecimiento para los editores de esta revista que me permitieron este espacio.

Elsa Ladrón de Guevara Morales

Proyecto de intervención:
Taller de motivación y sensibilización para personal de salud en Xalapa, Veracruz
Intervention project:
Motivation and sensitization workshop for healthcare personnel at Xalapa, Veracruz

Arrazate García María Concepción¹, Hernández Cano Rosalía¹, Loya Jiménez Alejandro¹, Macías Carballo Monserrat¹, Melgarejo Bibiano Perla¹, Riande Juárez Gabriel², Galván Valentín Crescencio Norberto

RESUMEN

Se realizó un proyecto de intervención en salud pública denominado "Taller de motivación y sensibilización para personal de salud" en el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" en Xalapa, Veracruz, México. Objetivo: Proporcionar herramientas para fortalecer la comunicación y organización laboral del personal de salud de primer contacto mediante la realización de un taller. Metodología: Se elaboró un diagnóstico de la situación organizacional para identificar el área de oportunidad a intervenir. Posterior a ello se diseñó y desarrolló un taller de motivación y sensibilización dirigido al personal de salud de primer contacto. Resultados: Del diagnóstico situacional se identificó un clima laboral no satisfactorio. En el taller se identificó que la principal motivación de los trabajadores es de tipo personal. Al término del taller se incrementó la satisfacción respecto a la organización de su área laboral en 27%. Conclusiones: Se proporcionaron herramientas para el fortalecimiento de la comunicación y la organización laboral, además de planes para la motivación personal.

Palabras clave: Clima organizacional, Personal de salud, Planes para motivación del personal. (*Fuente: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

A public health intervention project called "Motivation and sensitization workshop" was made for healthcare personnel from the Regional Hospital "Dr. Luis F. Nachón" from Xalapa, Veracruz, México. Objective. To supply tools to strengthen the communication and work organization of the first-contact care personnel by conducting this workshop. Methodology. A diagnose of the organizational situation was carried out in order to identify the areas of opportunity. Then a motivation and sensitization workshop addressed for the healthcare personnel was designed and developed. Results. From the situational diagnose, a non satisfactory working environment was identified. In the workshop it was identified that personal motivation was the main type of motivation of the staff. At the end of the workshop the satisfaction regarding the organization of their workplace increased by 27%. Conclusions. Tools were provided to strengthen communication and labour organization, as well as plans for personal motivation.

Keywords: Labour climate healthcare personnel, plans to motivate the staff. (Sources: *DeCS, BIREME*).

1 Estudiantes de la maestría en Salud Pública. Instituto de Salud Pública UV. Xalapa Veracruz. dra.arrazate@hotmail.com, lia.h.kno@gmail.com, psi.cli.alejandrolive.com.mx, maciascarballo@gmail.com y pm.bibiano@gmail.com.

2 Director del Instituto de Salud Pública UV. Xalapa Veracruz. griandej@hotmail.com

3 Académico de la Maestría en Salud Pública, Instituto de Salud Pública UV. Xalapa Veracruz. norberto_galvan@yahoo.com

Introducción

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El primero lo integran instituciones de seguridad social e instituciones que atienden a población sin seguridad social. El sector privado está conformado por compañías aseguradoras y prestadores de servicios de salud a través de consultorios, clínicas y/o hospitales privados.¹

Dentro del sector público las instituciones que brindan la atención de salud son financiadas con recursos económicos de los gobiernos federal y estatal, así como patrones y/o empleados. Estas instituciones son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), además de los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina (SEMAR). Estas instituciones, además de proporcionar servicios de salud, otorgan prestaciones a sus derechohabientes: pensión, vivienda, guardería, créditos, gastos funerarios, entre otros.¹

Las instituciones y los programas que atienden a la población sin seguridad social son la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA), el programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) y el Seguro Popular de Salud (SPS). La población que acude a la SSA y los SESA recibe diversos beneficios como procedimientos ambulatorios básicos en centros de salud rurales y urbanos, además de una amplia variedad de intervenciones complejas en las grandes ciudades.²

Uno de los retos que tiene el Sistema de Salud en México es ofrecer una atención de calidad, lo cual se vincula no solo con la infraestructura y el presupuesto, también con la continua capacitación del personal de salud. La educación permanente opera sobre

el proceso de trabajo en salud orientada a incidir directamente sobre la calidad de los servicios y de manera indirecta con la situación de salud de la población. Los procesos educativos en el campo de la salud se consideran intervenciones capaces de movilizar, circular y transferir conocimiento, tecnología, valores y sentimientos.³ Para que estos procesos educativos sean efectivos es necesario ajustarlos a las necesidades específicas de cada una de las instituciones de salud. Por ello, se debe realizar un diagnóstico situacional con el propósito de identificar necesidades de capacitación en cada establecimiento de salud.

El hospital regional “Dr. Luis F. Nachón” ha consolidado su importancia en la región y en el estado por los servicios de salud que proporciona y porque ha sido un pilar en la formación de recursos humanos en el campo de la salud. Con el afán de responder a las políticas de salud establecidas desde hace más de trece años por el gobierno federal,⁴ este hospital en 2008 puso en marcha el “Modelo de Gestión de Calidad” como una filosofía que ha logrado desarrollar técnicas de participación, conocimiento y satisfacción del cliente-ciudadano, así como de aseguramiento de procesos y sistemas de calidad.⁵

Este modelo de calidad ha sido motivo de estudio en diversas investigaciones. Una de ellas, realizada por Hernández en 2009, evaluó el nivel de conocimiento en administración del personal directivo y encontró que el personal no contaba con una capacitación formal en administración y el nivel de conocimiento fue catalogado como “muy malo”.⁶

A pesar de la filosofía y de los objetivos de mejora propuestos en el “Modelo de Gestión de Calidad”, prevalecen situaciones problemáticas: clima organizacional no satisfactorio, comunicación organizacio-

nal no formal, clima de inestabilidad laboral, falta de sensibilidad por parte del personal para con los usuarios, conflictos laborales y carencia de soluciones.

Otras investigaciones evidencian deficiencias en liderazgo, reciprocidad, motivación y participación.⁵ Por último, un diagnóstico enfocado a la comunicación organizacional llegó a la conclusión de que la comunicación verbal era la más utilizada, y de ésta los rumores y asuntos personales se relacionaban y contribuían a generar un clima de inestabilidad laboral.⁷ Internamente se realizó un diagnóstico situacional donde se encontró un clima organizacional no satisfactorio y exceso de comunicación no formal, que comprometían el ambiente externo y conllevaban a un clima de inestabilidad emocional.⁸

En el estudio, que Delgado, López y Xochihua llevaron a cabo en el servicio de ginecología y obstetricia durante 2012, se enfocó en la búsqueda de maltrato hacia las usuarias del servicio y encontró que existía falta de sensibilización de parte del personal sanitario.⁹ Sobre este tema se hizo un estudio institucional derivado del programa de calidad llamado “Aval ciudadano”, puesto en marcha en las unidades de la SSA e indagó la percepción de los usuarios externos sobre

la unidad de salud y reveló insatisfacción referente a la oportunidad de atención en urgencias.²

Dados los antecedentes, el presente proyecto de intervención partió de la necesidad de identificar la situación organizacional que afecta al personal del Hospital Regional “Dr. Luis F. Nachón”, en particular a los trabajadores de primer contacto, quienes tienen menor oportunidad de capacitación y quienes conviven con las problemáticas y las demandas de los usuarios externos como, por ejemplo, las áreas de recepción de pacientes y trabajo social, las cuales repercuten en la dinámica organizacional.

Las bases teóricas que rigen este proyecto son la teoría del clima organizacional, la comunicación organizacional y la teoría general de sistemas, que permiten identificar al trabajador como un ser integrado por diversas esferas que inciden directamente en su desempeño laboral; y por la teoría de clima organizacional, que explica cómo una persona percibe su desempeño laboral, su rendimiento, su eficacia y su satisfacción, entre otros rasgos.¹⁰ Por ello, el objetivo de este trabajo es proporcionar herramientas que ayuden al personal de salud de primer contacto a enfrentar las problemáticas del clima organizacional.

Metodología

Gráfica 1. Metodología del proyecto de intervención: Taller de motivación y sensibilización



Este proyecto de intervención se llevó a cabo en cuatro fases: diagnóstico situacional, planeación de la intervención, desarrollo y evaluación de la misma, de acuerdo con los pasos establecidos en el Manual de Tesis y Proyectos de Intervención del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.¹¹

Diagnóstico situacional

Se realizó con el objetivo de identificar el problema a intervenir dentro de la institución y así describir los ambientes externos e interno del hospital y tener un amplio panorama de la unidad de salud a través del análisis de datos históricos, funcionamiento, evidencia empírica, características estructurales y organizacionales. Para ello, se realizaron dos sondeos de opinión, uno se aplicó a los trabajadores del hospital y otro a los integrantes de la Junta de Gobierno del mismo con el propósito de conocer la percepción de los trabajadores acerca de los problemas que ocurren en el hospital. Posterior a la información obtenida en estos sondeos se realizó un estudio de sombra en los servicios más concurridos del hospital: sala de urgencias y sala de consulta externa. Para llevar a cabo éste, se permaneció en los servicios mencionados como un observador no participante en un periodo de tres horas, registrando las conductas que el personal tenía para con los usuarios que solicitaban atención en dichos servicios.

Planeación del taller

Después de analizar los resultados que arrojó el diagnóstico se planeó la estrategia de intervención a aplicar en el personal de primer contacto. En aras de proporcionar herramientas al personal de salud para que fortalezcan la comunicación y organización laboral en el área de primer contacto, se llevó a cabo un taller que incluía temas de sensibilización, motivación laboral, comunicación como resolución de conflictos, trabajo en equipo, filosofía institucio-

nal, revisión de carpetas de gestión de calidad y adecuación de procesos de atención. Debido a la disponibilidad de tiempo, de parte de los trabajadores, hubo dos grupos de trabajo. Uno sesionaba los lunes y el otro los miércoles.

Estrategia del taller

El taller se impartió en cinco sesiones de dos horas cada una, iniciando el 23 de abril de 2012 y concluyendo el 23 de mayo del mismo año. El desarrollo de cada sesión se estructuró con base en la teoría Gestalt para trabajo en grupos, trabajo terapéutico y desarrollo de potencial humano propuesto por Polit.¹² Esta metodología constó de siete actividades por sesión, las cuales llevaron a los participantes por cuatro niveles de riesgo emocional.¹² Se diseñaron cartas programáticas¹³ con estrategias educativas y comunicacionales y puestas en marcha a lo largo del taller de manera secuencial e interrelacional. Se considera que el taller fue una intervención educativa porque implicó diseño y difusión de materiales gráficos para el fortalecimiento de las acciones realizadas.

Ejecución del taller

Se convocó al personal de salud de primer contacto que labora en las áreas de trabajo social, recepción de consulta, recepción de urgencias y admisión hospitalaria del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" a participar en un taller de sensibilización y motivación. La participación fue voluntaria. Se planeó como objetivo la asistencia de 20 trabajadores (100%) y se consideró como meta satisfactoria 80% de asistentes al término del taller. Los facilitadores se encargaron de que los participantes vivenciarán diversas actividades lúdicas, reflexivas y de aprendizaje de manera individual y grupal que fueron elegidas durante la intervención.

Evaluación

Se aplicó una evaluación inicial que constaba de quince reactivos sobre diversos aspectos de los participantes: motivación personal y laboral, manejo de conflictos, funciones laborales, empatía para con los usuarios de la unidad y características del proceso comunicacional en su área de trabajo. Al final de la última sesión se realizó un re-test con la finalidad de identificar modificaciones producidas por el taller en cuanto a la percepción de los trabajadores.

Resultados

De los sondeos de opinión realizados en el diagnóstico situacional, se encontró que los trabajadores percibían sobreocupación hospitalaria, falta de sensibilidad en ellos mismos y desorganización en recursos humanos. En el sondeo a los miembros de la Junta de Gobierno, éstos mencionaron como problemáticas principales la sobreocupación hospitalaria, la ausencia de personal y la falta de sensibilidad.

Para corroborar las problemáticas identificadas en los sondeos se llevó a cabo un estudio de sombra en los lugares más concurridos. Se observó maltrato verbal y físico, así como tiempo de espera prolongado. Concluyendo que las grandes problemáticas del hospital fueron: falta de sensibilidad por parte del personal, clima de inestabilidad laboral, falta de personal, comunicación no formal y tiempo de espera prolongado.

Una vez que se obtuvo y analizó la información del diagnóstico, se delimitó el problema a intervenir, se planeó y se llevó a cabo el taller de motivación y sensibilización. Participaron en su mayoría mujeres (18), siendo el área predominante la de trabajo social (73.7%) y con un tipo de contratación de base (52.6%). La antigüedad laboral de los asistentes al taller va desde 11 hasta más de 36 años. Es impor-

tante notar que son trabajadores con estabilidad laboral y que conocen de primera mano las diversas problemáticas comunicacionales que se presentan en la organización. Los detalles de las características del grupo se presentan a continuación. (Tabla 1).

En la primera sesión se trató el tema de sensibilización, donde los participantes debían reconocer que el fin principal de su labor es la satisfacción de los usuarios de la unidad hospitalaria. Al reconocer las necesidades de los usuarios se generó empatía en los asistentes hacia éstos y con esta reflexión lograron “ponerse en lugar del otro” y entender el estado de ánimo de quienes solicitan su atención.

La sesión dos buscó que el personal reconociera que su trabajo es importante, útil y necesario, pues se enfoca en el contacto como guía de las personas en el proceso administrativo para su atención. Con este objetivo se estableció el concepto de motivación interna y externa así como las diferencias que hay entre cada una de ellas, con ello los participantes fueron capaces de reconocer cuáles eran sus motivaciones para llevar a cabo su trabajo. La sesión cerró recordándoles lo importante y necesaria que es su función para el óptimo cumplimiento de las metas institucionales.

La sesión tres, titulada “La comunicación como resolución de conflictos”, tuvo como objetivo proporcionar herramientas para la resolución de conflictos para optimizar tiempos y esfuerzos en caso de presentarse una eventualidad en su área de trabajo. Los asistentes mencionaron que hay casos en los que personas “recomendadas” que acuden al hospital a solicitar atención suelen ser groseras con los trabajadores, circunstancia que genera conflicto en el interior del equipo de trabajo. La estrategia propuesta para minimizar el conflicto en estos casos es aten-

Tabla 1. Características de los asistentes al Taller de capacitación y sensibilización con el usuario externo en el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", Xalapa, Veracruz, México. Mayo 2012.

Datos		Pre-evaluación	Post-evaluación
Número de asistentes	Mujeres	18	15
	Hombres	1	1
Promedio de edad		46.2 años	48.6 años
Áreas de trabajo	Trabajo social	73.7%	87.5%
	Administrativos de coordinación de la consulta	15.8%	0
	Admisión hospitalaria	5.2%	6.2%
	Recepción de urgencias	5.2%	6.2%
Tipo de contratación	Personal de base	52.6%	50%
	Personal de contrato precario	36.8%	43.7%
	Personal de contrato eventual	5.3%	6.2%
	Servicio social	5.3%	0
Antigüedad laboral	11-15 años	21.1%	25%
	26-30 años	15.8%	19%
	36 y más	15.8%	19%

Fuente: Elaboración propia, base de datos de las evaluaciones aplicadas. Xalapa, Veracruz, México, 2012.

der a la o el paciente con amabilidad y prontitud para que su presencia no genere conflicto mayor y continuar la jornada laboral con la satisfacción de hacerlo siempre de la manera apropiada. Otra propuesta fue que en caso de que la situación parezca salirse de control sería importante nombrar un mediador o conciliador que apoye en el proceso de diálogo.

La sesión cuatro abordó el tema de trabajo en equipo, donde se fomentó a realizarlo y fortalecer el sentido de pertenencia a la institución considerándola el medio por el cual se atiende la demanda de salud de una región. Para cumplir el objetivo se realizó una actividad de comunicación grupal, partiéndose del conocimiento previo de los asistentes sobre lo que es el trabajo en equipo y en plenaria se definieron las cinco “C” del trabajo en equipo (complementariedad, coordinación, confianza, compromiso y comunicación) y las diferencias entre equipo y grupo de trabajo.

En la sesión cinco se trató el tema de la Filosofía Institucional con el objetivo de mejorar los procesos de atención, mediante la revisión de Carpetas de Gestión de Calidad y manuales de procedimientos de atención, así como la divulgación de los mismos y la elaboración de materiales comunicacionales que sean de apoyo para la atención de los usuarios y apegados a las políticas de la Institución y su Modelo de Gestión de Calidad. Se desarrollaron temas sobre calidad de los procesos de atención, acreditación en términos generales y filosofía institucional revisando su misión, visión, valores institucionales, objetivos del hospital y políticas de calidad. Como dinámica se empleó la técnica expositiva con la relación de ejemplos de la vida diaria en el hospital y sus valores institucionales. Didácticamente se realizó un juego de mesa de la filosofía institucional que se distribuyó a los participantes, quienes también orde-

naron el organigrama institucional e hicieron una crítica propositiva sobre los procesos de atención de sus áreas. Estas actividades constituyeron el cierre del taller.

Durante las reuniones se percibió un grupo abierto a la autocrítica y con mayor disposición. La retroalimentación les ayudó a darse cuenta que necesitan mejorar su comunicación, así como fortalecer sus relaciones interpersonales y su red de apoyo en el trabajo. La reflexión les hizo ver que son capaces de ser mediadores y conciliadores ante los conflictos cotidianos y verlos como una oportunidad de aprender, además de darse cuenta que es posible controlar las emociones que hacen mayor un conflicto y modificar la sensación que éste deja y cómo repercute en la atención que se brinda a pacientes y compañeros de trabajo.

Respecto de las evaluaciones aplicadas al inicio y al final del taller mostraron un cambio en las respuestas de los asistentes. Entre lo más destacado fue sentirse muy satisfecho con las reacciones de agrado al proporcionar ayuda al usuario externo, que pasó de 15.8% a 69.2%. Es decir, los asistentes al taller percibieron brindar un mejor trato a los usuarios y, a su vez, el personal de primer contacto percibió que los usuarios se mostraban satisfechos con la atención brindada.

Es importante mencionar que los eventos que generan insatisfacción en el personal de primer contacto y que se presentan dentro de la institución suceden en el área laboral (68.4%), también consideraron que una parte esencial es el trabajo en equipo. Tanto la pre-evaluación como la post-evaluación mostraron que entre 31.6% y 38.5% de los asistentes al taller se apegan a las Carpetas de Gestión de Calidad para el desempeño de sus funciones. Además 60%

de los asistentes que no hace uso de las Carpetas de Gestión de Calidad es consecuencia de la escasa o nula difusión de las mismas en sus áreas de trabajo.

Discusión

Durante la fase de diagnóstico de este proyecto de intervención fue posible conocer la realidad laboral del personal de salud de primer contacto, el primer filtro de una constante demanda de servicios y sobrecarga laboral, lo que ha resultado en atención desensibilizada,⁶ tiempos de espera prolongados para los pacientes,⁹ clima organizacional no satisfactorio,⁵ percepción de sobredemanda hospitalaria⁹ y desigualdad de funciones.⁵

La evaluación del taller permitió saber que las actividades realizadas contribuyeron a que los participantes identificaran algunas condiciones de trabajo como oportunidades de cambio y también les permitió adquirir nuevos conocimientos. Este taller evidenció situaciones gestadas en el tiempo y arraigadas en la historia organizacional del hospital. Además propició la reflexión de los participantes acerca del sentido de pertenencia a un equipo de trabajo, pues en la pre-evaluación consideraron más importante trabajar con el objetivo de cumplir una actividad dentro de la institución, mientras en la post-evaluación consideraron más importante llevar a cabo sus actividades laborales como equipo de trabajo.

La motivación de tipo personal fue la categoría más importante identificada en las pre y post-evaluaciones para realizar el trabajo, es decir, más allá de un compromiso con la institución los participantes se ven motivados por aspectos personales para desempeñar su trabajo.

La revisión de las Carpetas de Gestión de Calidad clarificó las funciones correspondientes a su área de trabajo, pues en su mayoría la realizaban de manera empírica demostrándose que un alto porcentaje de asistentes no conocen en su totalidad ni en detalle los procedimientos administrativos. Lo anterior se da como consecuencia de la falta de comunicación entre jefes y subordinados, situación ya identificada por Hernández⁶ y Galván.⁷

Conclusiones

Entre las principales aportaciones del taller se encuentran: fortalecimiento de comunicación, motivación y sensibilización; además, se logró generar empatía de los trabajadores hacia los usuarios; reconocimiento de la importancia de sus funciones laborales e identificación de áreas de oportunidad en su quehacer laboral. También propició un ambiente de confianza donde los participantes expresaron sus necesidades e inquietudes dentro del hospital y propusieron posibles soluciones como brindar mayor número de talleres y capacitaciones a este tipo de personal.

No darle voz al personal de primer contacto y que no se le otorguen oportunidades de capacitación y actualización son factores que detienen el crecimiento personal y profesional, elemento que debe ser de primordial atención para las autoridades preocupadas por la mejora en el desempeño laboral de sus trabajadores. Debe ser una preocupación real, tácita y que se concrete en acciones responsables que permitan el crecimiento de la institución de salud en conjunto con los actores y en pro de un clima organizacional adecuado, lo cual tendrá como resultado proporcionar servicios con calidad y calidez.

Bibliografía

1. Knaul F, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Sal Pub Mex*, 2011; 53(2):S220-S32.
2. INEGI. Información en Salud. [Internet]. 2010. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/>
3. Rovere M. Gestión estratégica de la educación permanente en salud. Educación Permanente de Personal de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS, 1994.
4. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Premio Nacional de Calidad en Salud de la Secretaría de Salud Décima Segunda Emisión 2014. Modelo de Gestión de Calidad Total. [Internet]. 2014. Disponible en http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/pnc_modelo_gestion.pdf
5. Cortés N. Diagnóstico del clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009: Universidad Veracruzana.
6. Hernández E. Identificación del nivel de conocimiento en administración del personal directivo en Hospital "Dr. Luis F. Nachón, 2009: Universidad Veracruzana.
7. Galván C. Diagnóstico de la comunicación administrativa en el área de Cirugía General del Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón, 2010: Universidad Veracruzana.
8. Diagnóstico situacional del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" de la ciudad de Xalapa, Ver., 2010. 2010.
9. Delgado C. López J. Xochihua S. Diagnóstico de la Situación de la Salud de la Población Usaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", con respecto a la potencial sobreocupación en el servicio de toco cirugía, 2011.
10. Cascio A. Guillén C. Psicología del trabajo. Ariel, editor. España. 2010. 367 pp.
11. De Keijzer B. Ladrón De Guevara E. Mendoza MF. Montero H. Ortiz MC. Vázquez FD. Manual de Tesis y Proyectos de Intervención del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, 2010.
12. Muñoz M. La sensibilización Gestalt en el trabajo terapéutico. Pax, editor. México, 2008.
13. Monterrey T. Características de una Técnica Didáctica. México: Tecnológico de Monterrey. [Internet]. 2010. Disponible en http://sitios.itesm.mx/va/dide2/tecnicas_didacticas/caract_td.htm

Paradojas de Riesgo para Infecciones Nosocomiales y la imagen tradicional del médico en el ámbito hospitalario. Reflexiones sobre el uso de la corbata

Risk Paradoxes for Nosocomial Infections and the Traditional Image of the Doctor in the Hospital Setting; Reflections on Wearing Tie

Mauricio Fidel Mendoza-González,¹ Olga Adriana Flores-Lomán,²

RESUMEN

Las imágenes tradicionales del médico y del personal de salud que laboran en las unidades hospitalarias son una efigie, traducida al imaginario social mediante aditamentos, en ocasiones más ornamentales que necesarios en términos de las evidencias científicas actuales relacionadas con el conocimiento de la historia natural de las Infecciones Nosocomiales (IN). El médico con vestimenta formal –corbata y bata– y múltiples complementos utilizados en el ejercicio asistencial pueden ser vehículos de ingreso, transmisión y permanencia de microorganismos causantes de infecciones intrahospitalarias. Objetos que –algunos de reciente incorporación a la par del desarrollo tecnológico, otros de uso tradicional de cuestionable requisito indispensable– dan cuenta de la necesidad reflexiva de analizar en el contexto de la vida intrahospitalaria el entorno en el que se desarrollaría una posible modificación o recomendación de cambio. Se construye el presente ensayo con el propósito de generar una primera aproximación crítica que ponga en el centro de atención hechos de probable y potencial riesgo para infecciones evitables de adquisición nosocomial, con una mirada que establezca acciones de mejora y que reduzca complicaciones prevenibles para pacientes y población que transita diariamente por los hospitales.

Palabras Clave: Infección Intrahospitalaria, Infecciones Nosocomiales, Transmisión, Corbata, Bata, México.

ABSTRACT

The traditional image of doctors and health staff working in hospitals has been invested with an effigy, translated into the social imagination by a series of attachments occasionally more ornamental than necessary, in terms of current scientific evidence related to knowledge of the natural history of nosocomial infections. The doctor wearing formal clothing, with tie and coat, and multiple complements used in the medical routines may be objects for transmission and retention of microorganisms causing nosocomial infections. Objects recently added because of technological development and traditional objects of questionable necessity have made us realize the need for thoughtful analysis in the context of hospital life, the environment in which any modification or recommendation for making changes would be developed. This essay is written in order to generate a first critical reflection, which may focus on potential risk for acquiring preventable nosocomial infections, and permit us to establish improvement actions to reduce preventable complications for patients and the population that walks by hospitals daily.

Key words: Nosocomial infection, Nosocomial Transmission, Tie, Coat, Mexico.

1 Coordinador de Investigación Hospitalaria. Hospital Regional de Xalapa "Dr. Luis F. Nachón", Servicios de Salud de Veracruz. México. Académico Investigador. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. México.

2 Jefa del Departamento de Epidemiología. Hospital Regional Luis F. Nachón, Servicios de Salud de Veracruz. México.

Introducción

Las Infecciones Nosocomiales (IN) representan uno de los principales problemas de salud pública mundial, con impacto desfavorable en los sistemas de salud y los servicios de atención hospitalaria; tienen repercusiones de daño sustancial sobre los pacientes en una condición de práctica quizá iatrogénica o incluso errónea, en virtud de que su ocurrencia se corresponde con hechos predecibles y acciones conocidas que incrementan el riesgo y en una posición a veces lejana de las evidencias científicas actuales.^{1,2}

El conocimiento de dichas patologías de adquisición intrahospitalaria es sustancial en la comprensión de que el ambiente es propicio para la circulación y permanencia interna de microorganismos, que por sus características biológicas mantienen una reproducción perenne, además de ser diferentes a la convivencia biológica simbiótica que los pacientes viven en el exterior. Múltiples posibilidades para un estado de inmunidad deteriorada por diversas patologías o intervenciones terapéuticas; así como estados y procedimientos invasivos que facilitan el tránsito al ambiente interno corporal, son condiciones de facto sabidas.³

Las IN más frecuentes son las asociadas a procedimientos invasivos como aplicación de un catéter central, ventilación mecánica, cateterismo vesical o infección de un sitio quirúrgico, aun cuando cualquier procedimiento debe considerarse potencial criterio explicativo de infección. Se presentan con más frecuencia en los hospitales de mayor complejidad y alta mortalidad en casos de infecciones por gérmenes multirresistentes y en pacientes susceptibles, en quienes se incrementa el mal pronóstico.^{1,4} Sin embargo, la tendencia de mejora de la calidad en la atención hospitalaria y las acciones de seguridad

del paciente en dichos espacios de atención agudizan en este momento observaciones que quizá no se habían considerado anteriormente, como el uso de implementos personales de uniformidad en el personal e instrumental médico, que se ponen en el centro de la atención y sitúan en tensión las tradiciones en la atención para la salud.

El presente trabajo se elaboró con el propósito de hacer una revisión crítica que llame a la discusión y al discernimiento y normalice conductas en el personal de salud que labora en hospitales. Para alcanzar dichos objetivos se pusieron en el centro de atención hechos de probable y potencial riesgo para infecciones evitables de adquisición nosocomial, por el uso de aditamentos tradicionalmente no vistos en esa posición y que sin duda serían prescindibles.

Tal es el caso de la corbata, eje de la reflexión en el presente trabajo. Este accesorio ornamental, en un marco de vestimenta tradicional y uso de aditamentos complementarios, es de difícil erradicación por la visión estereotipada del médico varón en los hospitales, en virtud de razones de orden estético, jerárquico y costumbrista.

Un marco comprensivo agregado para las Infecciones Nosocomiales

Las teorías dominantes sobre salud poblacional durante las últimas décadas del siglo veinte enfatizaron criterios transicionales de orden epidemiológico y demográfico, que describían una sustitución de las enfermedades de origen infeccioso por aquellas crónicas no transmisibles, desplazando al mismo tiempo ciertas consideraciones de prioridad y, por ende quizá, desvalorización de la importancia en la vigilancia epidemiológica y sanitaria de aquellas.⁵ Si bien es cierto que hay un incremento en la magnitud

de las enfermedades crónicas y que el desarrollo tecnológico en la atención médica ha sido determinante para reducir ciertas patologías transmisibles, existen condiciones en las infecciones de adquisición intrahospitalaria que mantienen su preeminencia, así como en el patrón de persistencia, patogenicidad y virulencia.⁶

La circulación permanente de microorganismos tradicionales; el aumento en la resistencia a fármacos antimicrobianos con la necesidad consecuente de aumentar el espectro de uso; una modificación funcional en los servicios de salud que tienden hacia la medicalización hospitalaria desmedida, aunado a una disminución en estándares de calidad, especialmente en entornos de deterioro social; así como la emergencia de nuevos patógenos responsables de infecciones graves, son sólo algunas de las circunstancias de urgencia que hoy requieren observaciones emergentes y críticas hacia ese problema permanente.^{6,7}

Además de ello, hay evidencias concretas acerca del riesgo que representan ciertos objetos de uso clínico y superficies inertes de uso hospitalario como medios de permanencia y transporte de microorganismos entre los pacientes hospitalizados y, por tanto, mecanismo de transmisión de IN; igualmente, consideraciones controversiales del potencial riesgo que representa la indumentaria médica de uso tradicional, en contraste con evidencias que involucran estetoscopio, bata, corbata y camisa de los médicos, sólo por hacer mención de algunos.^{8,9}

Tal polémica es razonable cuando las observaciones se circunscriben a los complejos mecanismos de transmisión de las IN; sin embargo, en ese tenor hoy se sabe que existe un incremento del riesgo por la interacción de los pacientes internados con los tra-

bajadores de la salud, quienes serían vehículos o portadores de potenciales fómites que facilitan el tránsito de microorganismos. En el caso particular de la corbata, aunque aún son escasas las evidencias que muestran la presencia de mayores recuentos bacterianos en contraste con otras superficies de la ropa y el papel que juega en la dispersión de microorganismos, existen recomendaciones que sugieren su eliminación en los ámbitos hospitalarios.¹⁰

La imagen tradicional del médico en el ámbito hospitalario y el riesgo de transmisión de Infecciones Nosocomiales

El uso de la corbata por los médicos es algo que va más allá de un accesorio insignificante o inocuo. Su tradición histórica data del siglo XVII cuando hubo una transición en la escueta vestimenta de traje negro, a la que se sumó dicho aditamento en un proceso de acumulación de beneficios estéticos que pusieron en la relación médico paciente un estereotipo de comunicación no verbal, desde el médico hacia los pacientes en sus diferentes espacios de interacción. Mensaje que acuñó un toque de asociación con el saber y la respetabilidad, que ha definido hasta nuestros días un paquete mínimo de accesorios que componen la visión externa de ello: pantalón y camisa de vestir, corbata y bata blanca.^{11,12}

Por tal razón, la especulación que intente por lo menos modificar un atuendo en el vestir, a la vez que arsenal en la indumentaria tecnológica médica, requiere la evidencia suficiente que sustente una recomendación, útil por su mayor beneficio a un costo social trascendental y “sacrificable”. Pues por más que a la corbata *per se*, se le otorguen tantos beneficios aparentes, no deja de ser un atuendo complementario que no modifica la acción clínica integral y en ningún caso se debería perpetuar su uso, ante las dudas de inocuidad o riesgo.

Además de ser un objeto visual, la corbata ha jugado un papel de significación jerárquica en la indumentaria de aspiración para el médico novel, que en ocasiones se constituye en un trofeo acumulativo al conocimiento, en conjunto con la indumentaria al vestir. El estudiante de medicina y aun aquel en el periodo de entrenamiento durante el internado de pregrado, sin duda se conciben utilizando únicamente ropa blanca, filipina blanca de manga corta y camisa sin corbata.

Es entonces que la bata, junto con el permiso a la vez que premio y reconocimiento de poder usar la corbata, se inicia durante el entrenamiento médico de los residentes de especialidad, el cual se acrecienta durante los diferentes grados adquiridos durante su estancia hospitalaria hasta llegar al último grado formativo donde se otorga el permiso no escrito de vestir en forma similar al médico especialista y de mayor rango.

Existen evidencias concretas que han demostrado que en la corbata de los médicos se han aislado bacterias patógenas involucradas en procesos infecciosos intrahospitalarios, condición que quizá haga suponer que se deberían establecer medidas de regulación de su uso en el interior de los nosocomios, por lo menos durante las actividades que involucren potencialmente la transmisión de microorganismos entre pacientes o hacia los mismos.^{10,13}

Un estudio realizado en un ámbito hospitalario del Reino Unido demostró que un alto porcentaje (32%) del personal médico investigado nunca había lavado su corbata y un porcentaje superior (40%) no recordaba cuando ésta había sido lavada. En los recuentos bacterianos aislados en las corbatas se comprobó la presencia de *Staphylococcus aureus* en mayor proporción que lo encontrado en las camisas, con cierta

tendencia a una mayor frecuencia en los cirujanos¹⁰ y en contraste con observaciones aún no concluyentes, acerca del aislamiento de microorganismos patógenos encontrados en entornos similares.¹³

En México y en un ambiente hospitalario se realizaron evaluaciones específicas para determinar si la corbata era un fómite de microorganismos patógenos, identificando en dicho estudio la presencia de *Staphylococcus epidermidis*, hongos *sp*, *Bacillus sp*, *cocobacilos gramnegativos* y *cocos grampositivos*, con la presencia de desarrollo hasta en 60% de las muestras estudiadas, concluyendo que la corbata está identificada como un vehículo que contribuye a la transmisión de Infecciones Nosocomiales y sugiriendo limitar su uso en el ámbito hospitalario.¹⁴

Pero más allá de una recomendación aislada se hace indispensable una observación analítica integral acerca de los potenciales riesgos que representa la corbata al igual que el resto de los accesorios utilizados por el médico en su actividad hospitalaria: estetoscopio, bata, corbata, reloj, bolígrafos, calculadoras, teléfonos celulares, etcétera, que transitan libremente y sin ningún criterio de seguridad u observación por los sistemas de vigilancia epidemiológica de IN y que se adscriben innegablemente en los alcances de la regulación sanitaria mexicana vigente.

Sobre el sustento científico, normativo y legal de las Infecciones Nosocomiales en México

En el estricto apego a la normatividad nacional en México, cuando se hace referencia a una IN se definen los factores de riesgo y “... a las condiciones que se asocian con la probabilidad de ocurrencia de infección nosocomial dentro de las que se encuentran el diagnóstico de ingreso, la enfermedad de base o enfermedades concomitantes del paciente, el área física, procedimientos diagnósticos y terapéuti-

cos, el propio sistema hospitalario, políticas, el paciente mismo, la presencia de microorganismos o sus toxinas, la falta de capacitación, disponibilidad del personal, de evaluación, garantizar los insumos, la estandarización de los procesos y la calidad de éstos". Y la fuente de infección: "... a la persona, vector o vehículo que alberga al microorganismo o agente causal y desde el cual éste puede ser adquirido, transmitido o difundido a la población".¹⁵

De esta forma se hace necesario un recuento explicativo y crítico de las políticas y los procedimientos internos de cada hospital, según sus características técnicas y complejidad, por lo menos para aquellos que se involucran y son determinantes para el desarrollo de IN y reducen la seguridad del paciente. Máxime cuando dichas consideraciones no hacen énfasis en objetos que entran y salen libremente de los hospitales, en tránsito diverso e indiscriminado de microorganismos y riesgos hacia la población más vulnerable: los pacientes hospitalarios internados y potencialmente la población del exterior.

Así mismo es fundamental analizar las actividades intrahospitalarias en el acto pragmático y técnico que aduce a la definición de vigilancia epidemiológica específica: "*... a la observación y análisis sistemáticos, continuos y activos de la ocurrencia y distribución de las infecciones nosocomiales, así como de los factores de riesgo asociados a éstas*".¹⁵

Razones de más sobradas que obligan a enfocar la mirada juiciosa hacia una determinación reglamentaria útil, asequible, aceptable por los diferentes involucrados y que no la ponga en tensión. Pero, al mismo tiempo, sustentada en evidencias científicas conocidas y aquellas creadas ex profeso y que permitan la aplicación de acciones sistematizadas y útiles.^{16,17}

A pesar de que existen insuficientes referencias que abogan a través de la instrumentación de políticas sanitarias sustentadas sobre esta problemática, la pandemia de influenza A/H1N1 del año 2009 fue orientadora para voltear hacia ciertos mecanismos no tradicionales de transmisión intrahospitalaria. Éstos permitieron retomar ciertas estrategias emitidas pocos años atrás, en ese sentido se considera interesante una iniciativa británica emitida en 2007 denominada "Bare below the elbows" ("Desnudo debajo de los codos"), la cual buscaba reducir la dispersión y transmisión intrahospitalaria de *Clostridium* *sp* y *Estafilococos* *sp*.^{16,18}

Dicha estrategia es un antecedente singular que causó controversias y que en su momento fue contrastada con evidencias contrarias a la posibilidad de transmisión nosocomial de infecciones a partir del atuendo del médico y que probablemente también estaban contra la percepción de los pacientes hacia la vestimenta mejor aceptada en términos de profesionalismo, confianza y seguridad.

Aunque en el año 2009 en nuestro país se hicieron diversos pronunciamientos de posibles errores sanitarios aplicados para el control de la influenza A/H1N1, en ese momento se adoptó la supresión del uso de la corbata, particularmente en espacios intrahospitalarios, vista como un aditamento del atuendo masculino tan inútil como antihigiénico y anacrónico, además de catalogarse como un reservorio de polvo, mugre y gérmenes. La condición no fructificó en su erradicación y que, en palabras del Dr. Jorge Fernández de Castro, "probó ser un aditamento resistente a la sensatez y a la modernidad".¹⁹ Basado en esos antecedentes, desde hace poco tiempo se dan recomendaciones que intentan ser una guía de acciones institucionales y hospitalarias, con lo cual se incidiría en una reducción del riesgo para

la transmisión de IN y, quizá, contaminación del personal de salud hacia el exterior y del exterior al hospital.^{20,21} (Cuadro 1).

Conclusiones

El ambiente hospitalario constituye un ecosistema natural-“artificial”, en un medio físico propicio para la interacción con organismos vivos en interdependencia, lo cual, sin embargo, cuando se refiere a Infecciones Nosocomiales se asume en una condición de riesgo y vulnerabilidad que conduce a daño y detrimento de funciones hospitalarias, en la comprensión de un concepto sistémico ecológico de la salud, que requiere la vigilancia de morbilidad y mortalidad.^{22,23}

La sola idea de hacer cambios paradigmáticos en aditamentos de la vestimenta tradicional del médico o del personal de salud, regulación de funciones, criterios normativos o prácticas tradicionales, sin duda es un problema que generaría tensión a las dependencias hospitalarias y aun a los sistemas de salud, pues implica cambios de actitud, tolerancia comprensiva y voluntad política que apoye las posibles y potenciales modificaciones, aunado a un gasto directo inmediato y seguido de un beneficio mayor, pero que sería visto sólo hasta un mediano o largo plazo.²⁰

Para ello es necesario que en este momento histórico de innegable modernidad tecnológica se haga una valoración juiciosa y crítica que permita –por un lado– hacer los cambios inmediatos ante lo factible y viable con base en recomendaciones lógicas y de sentido común, como aquellos relacionados con el tránsito interno en el hospital y los traslados hacia el exterior y de ahí hacia el hospital; o sobre el uso de aditamentos que no son sensatos cuando comprendemos el riesgo que representa para el paciente, así

como para el propio personal de salud y –en su caso– los entornos familiares y sociales de éstos.²¹

Por otro lado, se deben realizar evaluaciones rutinarias permanentes con carácter de investigación operativa, las cuales, a partir de vacíos, generen el conocimiento necesario para cada hospital y de posible política sanitaria lógica, proactiva y útil, incidiendo favorablemente en la disminución de riesgos, costos y daños a la población, tal como sucede con la recomendación del lavado de manos, como la gran estrategia conocida y basada en evidencias sólidas para la reducción de riesgos y transmisión de las IN.^{24,25}

Así mismo, queda claro que existen acciones inmediatas de regulación interna hospitalaria normativa que pueden y deben aplicarse en el acto, tales son los casos del estatuto organizacional en los accesos hospitalarios, el tránsito interno entre las diversas áreas con grados diferentes de vulnerabilidad y de riesgo, así como el uso de vestimenta oficial dependiendo de la actividad específica para cada prestador de servicios hospitalarios de salud:

La corbata de uso insigne sólo para aquellas actividades que no impliquen riesgo elevado de transmisión de IN conocidas; el empleo de bata únicamente en el interior del hospital como un aditamento de trabajo; la valoración de un atuendo de manga corta para aquel personal de salud en contacto directo con el paciente internado y en áreas quirúrgicas, valorando costo y beneficio del lavado de dichas prendas como una prestación hospitalaria institucional, quizá en el entendido de un “*uniforme hospitalario basado en evidencias*” y el uso consciente de sólo aquellos aditamentos que sean estrictamente necesarios, cuando la atención clínica de los pacientes lo requiera.^{20,26}

Bibliografía

1. Olaechea PM, Insausti J, Blanco A, Luque P. Epidemiology and impact of nosocomial infections. *Med Intensiva*, 2010; 34:256-67.
2. Cerecedo-Cortina V. Iatrogenia y error médico. *Rev Med Hosp Gen Mex*, 1997; 60:75-83.
3. Lopez-Cerero L, Fernandez-Cuenca F, Pascual A. The Microbiology laboratory in nosocomial infection surveillance and control. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013; 31:44-51.
4. Angeles-Garay U, Velazquez-Chavez Y, Molinar-Ramos F, Anaya-Flores VE, Uribe-Marquez SE. Method to calculate the additional hospital stay in patients with cross infection. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2009; 47:387-92.
5. Gómez RD. La Transición Epidemiológica y Salud Pública: Explicación o Condena. *Rev Fac Nac Sal Pub*, 2001; 19:57-74.
6. De Kraker ME, Davey PG, Grundmann H. Mortality and hospital stay associated with resistant *Staphylococcus aureus* and *Escherichia coli* bacteremia: estimating the burden of antibiotic resistance in Europe. *PLoS Med*, 2010; 8:e1001104.
7. Wernli D, Hausteiner T, Conly J, Carmeli Y, Kickbusch I, Harbarth S. A call for action: the application of The International Health Regulations to the global threat of antimicrobial resistance. *PLoS Med*, 2011; 8:e1001022.
8. Baptista-González HA, Zamorano-Jiménez CA. Estetoscopio, bata y corbata, y el riesgo de infecciones nosocomiales. *Rev Invest Med Sur Mex*, 2011; 18:195-202.
9. Wiener-Well Y, Galuty M, Rudensky B, Schlesinger Y, Attias D, Yinnon AM. Nursing and physician attire as possible source of nosocomial infections. *Am J Infect Control*; 39:555-9.
10. Lopez PJ, Ron O, Parthasarathy P, Soothill J, Spitz L. Bacterial counts from hospital doctors' ties are higher than those from shirts. *Am J Infect Control*, 2009; 37:79-80.
11. Medrano J. la Importancia de la Ropa (II). Lencería, Complementos y Zapatería. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2011; 31:354-60.
12. Reinoso-Hermida S, Menéndez-Villalba C, Fernández-Álvarez R, Padrón-Chao A. La interpretación no verbal: ¿qué interpretan nuestros pacientes? *Cad Aten Primaria* 2009; 16:40-3.
13. Pisipati S, Bassett D, Pearce I. Do neckties and pens act as vectors of hospital-acquired infections? *BJU Int*, 2009; 103:1604-5.
14. Becerra-Torres E, Rubio-Guerra A, Rodríguez-López F, Ruiz Rodríguez S. La corbata como fómite nosocomial en personal de salud. *Med Int Mex*, 2013; 29:13-9.
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, 2009:1-28.
16. Weber RL, Khan PD, Fader RC, Weber RA. Prospective study on the effect of shirt sleeves and ties on the transmission of bacteria to patients. *J Hosp Infect*, 2012; 80:252-4.
17. Abuannadi M, O'Keefe JH, Brewer J. Neckties for physicians: Yes? No? Maybe? *Mo Med*, 2010; 107:366-7.
18. Baxter JA, Dale O, Morrit A, Pollock JC. Bare Below the Elbows: Professionalism vs Infections Risk. *Ann R Coll Surg Engl*, 2010; 92 (Suppl):248-51.
19. Fernández de Castro J. Notas sobre la Influenza. *Rev Fac Med UNAM*, 2009; 52:145-49.
20. Jacob G. Uniforms and Workwear. An evidence base for developing local policy. United Kingdom Department of Health, 2007; 1:1-10.
21. Boyce JM, Pittet D. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. *MMWR Recomm Rep*, 2002; 51:1-45, quiz CE1-4.
22. Ecosistema. In: Lengua RAEdl, ed. Diccionario de

- la Lengua Española. 22 ed. Madrid: Real Academia Española; 2001.
23. Méndez-Castellano H. Ecosistema de la salud: morbilidad y mortalidad según estrato social. Gac Med Caracas, 1999; 104:112-21.
24. Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. J Hosp Infect, 2009; 73:305-15.
25. Monistrol O, Lopez L, Riera M et al. Hand contamination during routine care in medical wards: The role of hand hygiene compliance. J Med Microbiol, 2013.
26. Clement R. Is it time for an evidence based uniform for doctors? BMJ, 2012; 345:e8286.

Cuadro 1. Evidencias de Buenas y Malas Prácticas, así como Recomendaciones sobre la vestimenta médica en Unidades Hospitalarias

Buenas prácticas	Evidencia
Usar ropa con mangas cortas y no usar batas blancas durante la actividad asistencial con los pacientes	TVU1
Cambio al entrar o salir del trabajo, o la cubierta del uniforme completo, cuando se viaja al trabajo y viceversa	TVU1 / TVU2
Cambiarse de inmediato si la ropa o el uniforme están visiblemente sucios o contaminados	TVU1 / TVU2
Lavado de uniformes y batas a la temperatura más elevada, adecuada para la tela	UCLH
Evitar uniformes que sólo pueden ser lavados a bajas temperaturas o lavado en seco	UCLH
Vestirse de una manera que inspire confianza al paciente y al público	TVU2
Mantener las uñas cortas y limpias, sin adornos	UCLH
Mantener el cabello corto o largo recoido	TVU2
Malas prácticas	Evidencia
Ir de compras o dedicarse a otras actividades fuera del trabajo en uniforme	TVU1 / TVU2
Uso de uñas postizas durante la actividad de atención al paciente	UCLH
Uso de adornos (como reloj de pulsera) en las manos o las muñecas durante la actividad de atención directa al paciente (las políticas locales pueden permitir un anillo liso, como anillo de bodas)	UCLH
En casos definidos, si el personal clínico requiere del uso de reloj de pulsera, la pulsera debe ser lavable	UCLH

Fuente: Modificado de Jacob G. Uniforms and Workwear. An evidence base for developing local policy. United Kingdom. Department of Health. 2007;1:1-10. (Ref. 20)

Nota: Criterios de las Evidencias:

TVU= Estudio realizado en Thames Valley University.

TVU1= Pruebas en torno al papel de los uniformes en la transferencia de las infecciones y la eficacia de las prácticas de lavandería en la eliminación de contaminaciones.

TVU2= Cómo los uniformes afectan a la imagen de la persona y

las organizaciones y los significados simbólicos que las personas asumen respecto de uniformes y ropa de trabajo.

UCLH= (University College London Hospital NHS Trust)

Evidencia empírica sobre la eliminación de la contaminación deliberada de muestras de material del uniforme cuando se lava a diferentes temperaturas, con y sin el uso de detergente. Eliminación de la contaminación del material conservado en los bolsillos de los uniformes y en la eliminación de contaminantes durante el lavado de los uniformes no controlado en casa.

Comorbilidad y riesgo agregado en pacientes hipertensos en control, en una unidad de primer nivel de atención en México, 2013

Comorbidity and Added Risks in Controlling Hypertensive Patients in a Primary Care Unit from Mexico, 2013

Mauricio Fidel Mendoza-González¹, Roberto Pérez-Cruz²

RESUMEN

Introducción: Por su magnitud estimada en mil millones de pacientes y 13% de la mortalidad mundial la hipertensión arterial es una de las enfermedades más relevantes para la salud pública. La mayor repercusión desfavorable se observa en países de ingreso medio y bajo, afectando en México a uno de cada tres adultos, de quienes la mitad aproximadamente desconoce su presencia. El objetivo fue conocer comorbilidad y riesgo agregado en pacientes hipertensos en seguimiento y control en una unidad de atención primaria a la salud. **Material y métodos:** Encuesta de prevalencia a partir de datos clínicos, antropométricos y de laboratorio. Se estimó la tasa de filtración glomerular mediante uso de la fórmula de Cockcroft-Gault y el diagnóstico de síndrome metabólico, empleando criterios de la Federación Internacional de Diabetes (FID) y el Adult Treatment Panel III (ATP III). Se realizó análisis descriptivo de resultados. **Resultados:** La prevalencia de descontrol hipertensivo fue de 33.4%; 90% en riesgo cardiovascular, según evaluación antropométrica combinada del Índice de Masa Corporal y obesidad abdominal, y de 47.8% en comorbilidad a Diabetes Mellitus. 37.4% presentó evidencia de daño renal potencial y 75% síndrome metabólico. **Conclusiones:** Población con patología de base conocida y en control médico que se encuentra en elevado riesgo metabólico cardiovascular. Las condiciones de seguimiento institucional del sistema de salud mexicano supondrían condiciones más favorables desde una perspectiva sanitaria más amplia, que permita establecer acciones efectivas con una perspectiva de promoción a la salud y la prevención.

Palabras clave: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Síndrome Metabólico, Prevalencia, Veracruz.

ABSTRACT

INTRODUCTION Due to the estimated magnitude consisting of billion patients and 13 percent of global mortality, hypertension is one of the most relevant public health concerns. Most adverse impact is observed in middle and low income countries, affecting in Mexico one in three adults, about half of them are unaware of its presence. The objective was to determine the comorbidity and added risk in hypertensive patients being monitored and controlled by a primary care unit. **METHODS.** A prevalence survey from clinical, anthropometric and laboratory data was conducted. Glomerular filtration rate was estimated by the Cockcroft-Gault formula and the diagnosis of metabolic syndrome was estimated by using the criteria of the International Diabetes Federation and ATP III. Descriptive analysis of results was carried out. **Results.** The prevalence of uncontrolled hypertension was 33.4%, 90% in cardiovascular risk according to combined anthropometric assessment of body mass index and abdominal obesity. Diabetes mellitus comorbidity was 47.8%. 37.4% showed evidence of potential kidney damage and 75% for metabolic syndrome. **Conclusions.** Population with known pathology and in medical control shows a high metabolic cardiovascular risk. Institutional monitoring of the Mexican health system would involve more favorable terms from a broader health perspective, which allows effective actions with a health promotion and prevention perspective.

Keywords: Hypertension, Diabetes Mellitus Type 2, metabolic syndrome, Prevalence, Veracruz.

1 Académico Investigador. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. México. [mmendoza@uv.mx]. Coordinación de Investigación Hospital Regional de Xalapa, Dr. Luis F. Nachón. SESVER. México.

2 Médico Especialista Medicina Familiar, adscrito al Hospital Regional de Xalapa, Dr. Luis F. Nachón. SESVER. México.

Introducción

El presente trabajo forma parte de un proyecto de evaluación predictiva de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos en el estado de Veracruz, México. Esta fase se realizó para conocer comorbilidad y prevalencia de factores de riesgo agregados en pacientes hipertensos en seguimiento y control en una unidad de atención primaria a la salud, a partir del momento en el que es clasificado con la enfermedad índice, lo cual supondría condiciones superlativas de descontrol metabólico no percibido.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, cuya magnitud la ubica como un problema de máxima importancia en la salud pública mundial. Algunos argumentos son: determinante de riesgo cardiovascular independiente, modificable y potencial factor de comorbilidad metabólica que acelera el deterioro individual; es una patología motivo de atención médica frecuente que reduce las condiciones de vida saludable y productiva; e incrementa las probabilidades de muerte prematura, complicaciones y costos, hasta puntos que se han catalogado como catastróficos para cualquier ámbito en los servicios de salud.¹⁻³

Según el imaginario colectivo, la hipertensión arterial es un padecimiento que está correlacionado con la edad adulta, la cronicidad y el envejecimiento, en una condición de agregación gradual de factores de riesgo y comorbilidades. En los últimos años, sin embargo, esta condición y un conjunto de factores acompañantes e interrelacionados se han observado, de forma creciente, en la población joven, lo cual supone la necesidad de atención extrema debido a la creciente vulnerabilidad acumulada en la edad adulta, pero también de reorientación paradigmática en la promoción para la salud, la prevención y la vigilancia epidemiológica.⁴⁻⁵

En el mundo se estima que la prevalencia para hipertensión arterial puede ser de hasta mil millones de personas y es la causa anual de aproximadamente 7.6 millones de fallecimientos, equivalente a 13% de la carga de mortalidad mundial y constituyéndose en el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular.⁶⁻⁸

En México, según la última Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT 2012), la prevalencia estimada de hipertensión arterial fue de 31.5 por cada cien habitantes mayores de 20 años, de los cuales 47.3% desconocía que padecía la enfermedad, en un panorama de incremento de 18% para el periodo 1993-2012. Circunstancia acompañada de condiciones patológicas como sobrepeso y obesidad en 71.2% de la población adulta, 9.2% de pacientes con diagnóstico previo de diabetes, 19.9% eran consumidores de tabaco y 53.9% de alcohol en forma consuetudinaria.¹

En términos de la atención otorgada por los servicios de salud, la prevención primaria, la detección oportuna y el control de la hipertensión arterial se deben realizar en la mayoría de los casos en las unidades de primer contacto, espacio institucional que aplica, con criterios normativos y científicos las bases de prevención integral, lo cual supone que la atención médica que se brinde a las personas detecte factores de comorbilidad o riesgo y restituya el estado de salud lo más posible.⁶⁻⁹

No obstante, las evidencias de atención médica, tomando en consideración la conformación actual distante de la relación médico paciente en las instituciones de salud y los criterios de observación segmentada de aquellos con enfermedad crónica, hace que frecuentemente se trabaje con los síntomas más evidentes como indicador de control (las

cifras de tensión arterial), dejando de lado en los pacientes portadores de hipertensión arterial el análisis integral de su enfermedad y los factores de riesgo o comorbilidad, que sin duda agravan la enfermedad, aceleran el deterioro y acortan las expectativas de vida.⁹⁻¹¹

En México y en la población latinoamericana existen evidencias de comorbilidad frecuente de la hipertensión arterial con Diabetes Mellitus, obesidad y dislipidemias, que son factores de riesgo inherentes a la enfermedad y alteraciones metabólicas diversas, incluyendo frecuentemente la presencia de síndrome metabólico, además de alteraciones a órgano blanco, que en el caso del daño renal crónico cobra especial relevancia como factor de riesgo cardiovascular independiente. Condición de comorbilidad y factores de riesgo agregados que establecen una constelación de multimorbilidad que, sin duda, agravan la hipertensión arterial y determinan una posición de elevada vulnerabilidad para los pacientes.^{2 12-14}

Metodología

Encuesta de prevalencia realizada en una población de pacientes hipertensos en seguimiento y control de un centro de atención primaria a la salud localizado en la ciudad de Xalapa, Veracruz, México, perteneciente a la Secretaría de Salud. Éste se encuentra conformado por 16 Núcleos Básicos (NB) de atención, una población de responsabilidad estimada en 39 mil 900 habitantes exentos de derecho a la seguridad social y una lista nominal de 330 pacientes portadores de hipertensión arterial en seguimiento y control, distribuidos para su atención entre los diferentes NB. Con base en esta cohorte se calculó una muestra estratificada proporcional en tres fases a partir de una prevalencia de 31.5%, considerando la población de adscripción, la distribución poblacional de los NB y la proporción de pacientes hiper-

tensos en control, con una selección aleatoria final estimada de 120 pacientes.

La información se obtuvo del expediente clínico individual, de las tarjetas de control, además de una corroboración y actualización de los datos antropométricos y valores estándar de tensión arterial en la última consulta de control de los pacientes hipertensos. La tensión arterial se midió con esfigmomanómetro de mercurio calibrado, utilizando técnica estandarizada de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana correspondiente.⁶⁻⁹ Se consideraron valores de descontrol de la tensión arterial sistólica cuando eran iguales o superiores a 140 mm Hg, iguales o superiores a 90 mm Hg para la tensión arterial diastólica y de ambos parámetros si coexistían las dos cifras por arriba de dichos valores.

Se empleó estadímetro de pedestal fijo para obtener datos de peso y talla; con cinta métrica se tomaron medidas de perímetro abdominal. Con las medidas de peso y talla se calculó el Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla}^2 (m)$), de acuerdo con el cual se ubicó a cada sujeto en sobrepeso cuando su IMC estaba entre 25 y 29.9 y obesidad cuando el IMC era ≥ 30 . Respecto del perímetro abdominal un valor igual o superior de 80 centímetros en las mujeres y 90 centímetros en los hombres estableció el límite de Obesidad Abdominal (OA).¹⁵

Se recabó información de la última solicitud de exámenes de laboratorio que no tuviera antigüedad mayor a 30 días y se tomaron cifras de glucosa sérica, creatinina, colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL y triglicéridos, procesadas en el laboratorio institucional de la unidad de salud. Se hizo el cálculo de síndrome metabólico con base en dos parámetros establecidos por la Federación Internacional de Diabetes (FID) y el Adult Treatment Panel III

(ATP III) y los parámetros específicos de diagnóstico para cada escala.¹⁶

Para el cálculo de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG) se empleó la fórmula de Cockcroft-Gault. Con el resultado obtenido —un valor menor a 60 ml/min/1,73 m²— se consideró daño renal y cuando era igual a superior a 120 ml/min/1,73 m² era sugestivo a hiperfiltración glomerular. De acuerdo con los valores estimados se definieron los siguientes estadios: Estadio 0, función renal normal con potencial estado de hiperfiltración glomerular ($\geq$ 120 ml/min/1,73 m²); Estadio 1, función glomerular normal (> 90 / ~ 120 / ml/min/1,73 m²); Estadio 2, función glomerular normal con disminución leve (60-89 ml/min/1,73 m²); Estadio 3, daño renal con función glomerular moderadamente disminuida (30-59 ml/min/1,73 m²); Estadio 4, daño renal con función glomerular severamente disminuida (15-29 ml/min/1,73 m²); Estadio 5, Insuficiencia Renal (< 15 ml/min/1,73 m²).¹⁷

La observación dimensional de riesgo agregado a hipertensión arterial consideró la evaluación comprensiva de cuatro dimensiones: aquella relacionada con el descontrol en las cifras de tensión arterial sistólica (HAS), diastólica (HAD) o combinada (HSD) y un valor integral de prevalencia porcentual; el cálculo de una prevalencia ponderada de riesgo a partir de valores antropométricos según el IMC y la OA, antecedente de Diabetes Mellitus o cifras de descontrol glucémico, consumo de tabaco y sedentarismo; los valores de prevalencia de las alteraciones en la función glomerular; y el diagnóstico de síndrome metabólico.

Para la integración de la información obtenida se realizó y validó una cédula que contenía, además de los valores antropométricos y bioquímicos descri-

tos, la edad en el momento de la entrevista y el tiempo de evolución estimado de la enfermedad desde el momento del primer diagnóstico realizado por personal de salud. Prácticas de riesgo como los consumos actuales y consuetudinarios de tabaco y alcohol, así como sedentarismo. Datos concentrados y analizados en una base de datos realizada en el programa estadístico PASW Statistics¹⁸. El análisis se realizó a partir de medidas estimadas de tendencia central, dispersión y frecuencia.

Resultados

Se obtuvo información de 117 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, quienes se encontraban en seguimiento de su enfermedad en una unidad médica de primer nivel de atención (atención primaria), perteneciente a la Secretaría de Salud de Veracruz, México, en el año 2013. La edad media en el momento de la entrevista era de 59 años (± 10 / $R=38-91$) y 75.2% eran mujeres. En el momento de la entrevista el tiempo de evolución promedio de la enfermedad era de 6.8 años (± 6.4 / $R=1-30$ años).

Control de la Tensión Arterial Sistólica, Diastólica y Combinada

La tensión arterial sistólica y diastólica promedio fue de 124.5 mm Hg (± 16.1 / $R=100-180$ mm Hg) y 76.3 mm Hg (± 11.5 / $R=60-110$ mm Hg) respectivamente. En su última valoración 25.6% de los pacientes tenían descontrol hipertensivo sistólico (≥ 140 mm Hg), 19.7% diastólico (≥ 90 mm Hg); y en 12% se conjugaron ambas circunstancias, condición observada en 13.8% en los hombres y 11.4% en las mujeres.

La evaluación en su última consulta permitió observar que la prevalencia de Hipertensión Arterial Sistólica Aislada (HSA) fue de 13.7 por cada 100 pacientes (/100); 7.7/100 en la Diastólica Aislada (HDA); 12.0/100 para ambas condiciones coincidentes

(HSD); y la prevalencia total de descontrol de la tensión arterial fue de 33.4/100 pacientes hipertensos. Situación que mostró diferencias según gradientes biológico del IMC, especialmente en la HDA y la condición conjugada (HSD), sin ser dicho comportamiento lo suficiente evidente cuando se analizó el tiempo de evolución y el grupo de edad (Tabla 1).

Según el tiempo de evolución se observaron dos momentos de mayor frecuencia de población controlada por cifras tensionales: cuando los pacientes tenían menos de cinco y en el estrato de 10 a 19 años de evolución la frecuencia de HSA fue más alta en el estrato de mayor tiempo de evolución; y la HDA en situación contraria. También hubo dos momentos evolutivos de mayor frecuencia en la

HSD, que impactaron en la prevalencia de descontrol total en los estratos de 5 a 9 años de evolución y de 20 a 30 años.

En los grupos de edad de población más joven se encontró mayor porcentaje de pacientes controlados en las cifras de tensión arterial, condición contraria en la frecuencia de la HSA, donde se ubica la mayor prevalencia de descontrol. De acuerdo con la distribución por IMC, el porcentaje de menor control de la tensión arterial se ubica en aquellos pacientes clasificados como obesos, condición que impacta sobre las frecuencias de HDA e HSD y una prevalencia de descontrol total de la tensión arterial de 40% para ese grupo de pacientes (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de control en las cifras de tensión arterial en pacientes hipertensos, según tiempo de evolución, grupo de edad e IMC. Veracruz, 2013

Variable	Número	Porcentaje	Porcentaje de pacientes con ubicación de la Tensión Arterial (TA) según detección					Total	Porcentaje de descontrol total por estrato
			En control de Tensión Arterial	Hipertensión Sistólica Aislada	Hipertensión Diastólica Aislada	Hipertensión Sistólica / Diastólica			
			Porcentaje						
Tiempo de Evolución									
< 5 años	60	51.3	71.7	10.0	10.0	8.3	100.0	28.3	
5-9 años	24	20.5	58.3	12.5	8.3	20.8	100.0	41.7	
10-19 años	22	18.8	77.3	9.1	4.5	9.1	100.0	22.7	
20-30 años	11	9.4	36.4	45.5	0.0	18.2	100.0	63.6	
Total	117	100.0	66.7	13.7	7.7	12.0	100	33.4	
Grupo de Edad									
38-49 años	21	17.9	61.9	9.5	19.0	9.5	100.0	38.1	
50-59 años	50	42.7	72.0	6.0	4.0	18.0	100.0	28.0	
60-70 años	32	27.4	71.9	18.8	6.3	3.1	100.0	28.1	
71-80 años	9	7.7	55.6	11.1	11.1	22.2	100.0	44.4	
81-91 años	5	4.3	20.0	80.0	0.0	0.0	100.0	80.0	
Total	117	100.0	66.7	13.7	7.7	12.0	100	33.4	
Estratificación según IMC									
NORMAL	23	20.0	78.3	13.0	4.3	4.3	100.0	21.7	
SOBREPESO	42	36.5	66.7	19.0	4.8	9.5	100.0	33.3	
OBESIDAD	50	43.5	60.0	10.0	12.0	18.0	100.0	40.0	
Total	115	100.0	66.7	13.7	7.7	12.0	100	33.4	

Fuente: Información propia.

Nota: IMC= Índice de Masa Corporal (peso (kg)/talla² (m)). Normal < 25, Sobrepeso= IMC 25 – 29.9, Obesidad= IMC ≥ 30. Hipertensión Sistólica Aislada ≥140 mm Hg, Hipertensión Diastólica

Aislada ≥90 mm Hg, Hipertensión Sistólica/Diastólica ≥140 mm Hg/≥90 mm Hg.

Comorbilidad y factores agregados a hipertensión arterial, pacientes en control médico.

Tabla 2. Comorbilidad y factores agregados en pacientes hipertensos en control en el primer nivel de atención. Veracruz, 2013

Variable	Número	Porcentaje	Fracción Proporcional de Riesgo Agregado
EDAD DE INICIO (AÑOS)			
< 40 años	11	9.4	9.4
40 A 49	38	32.5	
50 A 59	45	38.5	
Igual o mayor a 60 años	23	19.7	
	117	100.0	
TIEMPO DE EVOLUCIÓN (AÑOS)			
< 5 AÑOS	60	51.3	48.7
5 A 9 AÑOS	24	20.5	
10 A 19 AÑOS	22	18.8	
≥ 20 AÑOS	11	9.4	
	117	100.0	
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m ²) [IMC]			
NORMAL	23	20.0	80.0
SOBREPESO	42	36.5	
OBESIDAD	50	43.5	
	115	100.0	
OBESIDAD ABDOMINAL			
SI	94	80.3	80.3
NO	16	13.7	
No consignado	7	6.0	
	117	100.0	
IMC (kg/m ²) / OBESIDAD ABDOMINAL			
IMC NORMAL con OBESIDAD ABDOMINAL	12	10.4	90.4
IMC NORMAL sin OBESIDAD ABDOMINAL	11	9.6	
IMC > 25 kg/m ² con OBESIDAD ABDOMINAL	81	70.4	
IMC > 25 kg/m ² sin OBESIDAD ABDOMINAL	11	9.6	
	115	100.0	
DIABETES MELLITUS			
CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE DIABETES			
≤ 130 Mg/dl	28	24.8	23.0
> 130 Mg/dl	26	23.0	
	54	47.8	
SIN DIAGNÓSTICO PREVIO DE DIABETES			
< 100 Mg/dl NORMAL	37	32.7	19.5
100-125 Mg/dl PREDIABETES	20	17.7	
> 125 Mg/dl HIPERGLUCEMIA	2	1.8	
	59	52.2	
	113	100.0	
CONSUMO DE TABACO			
SI	13	11.1	11.1
NO	104	88.9	
	117	100	
SEDENTARISMO			
SI	28	23.9	23.9
NO	44	37.6	
No consignado	45	38.5	
	117	100	
Prevalencia Ponderada de Riesgo (/100 IC 95%)			47.5 (16.8 - 78.2)

Fuente: Información propia.

La edad promedio de inicio de la enfermedad en esta población fue de 52 años (± 9.9 / R= 31-90 años) con un tiempo de evolución promedio de 6.8 años (± 6.4 / R=<1-30 años). De la totalidad de pacientes, 9.4% inició la enfermedad antes de los 40 años de edad y 48.7% tenía una progresión de la enfermedad conocida de cinco y más años.

De acuerdo con el IMC ocho de cada diez pacientes se ubicaron en sobrepeso (36.5%) y obesidad (43.5%), frecuencia similar a la observada en la obesidad abdominal (80.3%); con un valor combinado que en la población total se incrementó a 90.4% , cuando se adicionó una fracción de pacientes, que a pesar de ubicarse en un rango de normalidad según IMC, presentaron Obesidad Abdominal Aislada (10.4%).

La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, conocida y diagnosticada por un médico o personal de salud, fue de 47.8/100 pacientes hipertensos, estrato de comorbilidad donde se observó que, casi la mitad (48%), se encontraba en un rango de descontrol metabólico, con un valor de glucemia en ayunas superior a 130 mg/dl, lo que significó una prevalencia de descontrol de 23.0/100 de la totalidad de pacientes del estudio.

En el estrato de pacientes sin diagnóstico previo de diabetes, 22 de 59 (37.3%) se ubicó en una cifra de glucosa en ayunas que podría considerarse como sugestiva de prediabetes o franca hiperglucemia y que correspondió a una prevalencia de descontrol metabólico de 19.5/100. De la totalidad de pacientes estudiados la prevalencia de tabaquismo fue de 11.1/100 y 23.9/100 en la consigna de sedentarismo. Con estas variables se estimó una prevalencia total ponderada de riesgo agregado de 47.5/100 (IC95% 16.8-78.2) (Tabla 2).

Comorbilidad con Enfermedad Renal Crónica en pacientes hipertensos en control médico

El cálculo de la TFG ubicó 14.5% de los pacientes en un estadio de filtración glomerular menor a 60 ml/min/1.73m², distribuyéndose en los estadios 3 y 4 sin ubicarse ninguno en el estadio 5. En el estrato de hiperfiltración glomerular (>120 ml/min/1,73m²) se ubicó 22.9% de los pacientes hipertensos; condiciones extremas que en conjunto acumularon una prevalencia de comorbilidad a lesión glomerular potencial en esta población de 37.4/100.

Para contrastar otra condición de alteración metabólica se compararon los diferentes estadios de la TFG con los valores de lípidos y glucosa sérica. En la mayoría de los casos el valor puntual promedio se ubicó en un rango de normalidad; sin embargo, la distribución de valores máximos o mínimos en el caso del colesterol-HDL puso dichas constantes en un rango patológico a tomarse en consideración; en el caso particular de la glucosa sérica, especialmente en el estadio de hiperfiltración, se observa en un promedio de descontrol y en la mayoría de los otros estratos el valor máximo fue de hiperglucemia (Tabla 3).

Comorbilidad con síndrome metabólico en pacientes hipertensos en control médico

El indicador integral de riesgo estimado —a través del diagnóstico de síndrome metabólico— mostró condiciones de alta prevalencia entre ambos criterios de cálculo empleados, con diferencias sutiles a considerar. De acuerdo con la FID, la prevalencia fue de 73.5/100 pacientes portadores de hipertensión arterial y según el ATP III fue de 76.9/100.

Según los grupos de edad y la clasificación de la FID, los valores de prevalencia más elevados se ubicaron

Tabla 3. Tasa de filtración glomerular comparada con valores promedio de lípidos y glucosa sérica. En pacientes hipertensos en control médico. Veracruz, 2013

Estadio funcional renal por Tasa de Filtración Glomerular (ml/min/1,73 m2)	Número pacientes	%	Colesterol total			Colesterol LDL			Colesterol HDL			Trigliceridos			Glucosa		
			Media	Mn	Mx	Media	Mn	Mx	Media	Mn	Mx	Media	Mn	Mx	Media	Mn	Mx
0 Hiperfiltración (> 120)	22	22.9	195.0	138.0	345.0	130.7	59.0	242.0	43.6	29.0	58.0	185.0	72.0	349.0	133.9	72.0	223.0
1 (90 - 120)	33	34.4	192.5	93.0	286.0	114.0	21.0	202.0	50.4	24.7	86.0	170.4	55.0	423.0	128.6	84.0	374.0
2 (60 - 89)	27	28.1	188.1	104.0	241.0	125.3	40.0	183.0	45.9	27.5	76.0	160.2	77.0	313.0	124.7	83.0	369.0
3 (30 - 59)	13	13.5	179.8	127.0	267.0	106.5	77.0	153.0	48.6	30.0	62.0	142.9	64.0	216.0	101.9	67.0	152.0
4 (15 - 29)	1	1.0	197.0	197.0	197.0	ND	ND	ND	ND	ND	ND	146.0	146.0	146.0	89.0	89.0	89.0
5 (< 15)	0	0															
Total	96		192.1	93.0	345.0	120.1	21.0	242.0	46.9	24.7	86.0	166.4	55.0	423.0	121.2	67.0	374.0

Nota: ND = Valor no disponible; Mn = Valor mínimo; Mx = Valor Máximo / No fue posible el cálculo de la TFG a 21 pacientes quienes no contaban con los parámetros requeridos.

Fuente: Información propia.

en la edad intermedia de los pacientes, en un rango equidistante entre 75 y 77.8/100. ATP III ubicó el valor extremo de prevalencia en la población de 50 a

59 años de edad (84.0%), seguido por la población más joven de 38 a 49 años (76.2%) (Tabla 4).

Tabla 4. Prevalencia de síndrome metabólico por grupos de edad, según criterios de la FID y el ATP III. En pacientes hipertensos en control médico. Veracruz, 2013

Grupo de edad	Síndrome metabólico (Federación Internacional de Diabetes)								
	Positivo			Negativo			Total		
	Número	% Grupo edad	% Comparativo entre grupos	Número	% grupo edad	% Comparativo entre grupos	Número	% grupo edad	% Total grupos
38-49 años	14	16.3	66.7	7	22.6	33.3	21	17.9	100.0
50-59 años	38	44.2	76.0	12	38.7	24.0	50	42.7	100.0
60-70 años	24	27.9	75.0	8	25.8	25.0	32	27.4	100.0
71-80 años	7	8.1	77.8	2	6.5	22.2	9	7.7	100.0
81-91 años	3	3.5	60.0	2	6.5	40.0	5	4.3	100.0
Total	86	100.0	73.5	31	100.0	26.5	117	100.0	100.0

Grupo de Edad	Síndrome metabólico (ATP III)								
	Positivo			Negativo			Total		
	Número	% Grupo edad	% Comparativo entre grupos	Número	% grupo edad	% Comparativo entre grupos	Número	% grupo edad	% Total grupos
38-49 años	16	17.8	76.2	5	18.5	23.8	21	17.9	100.0
50-59 años	42	46.7	84.0	8	29.6	16.0	50	42.7	100.0
60-70 años	23	25.6	71.9	9	33.3	28.1	32	27.4	100.0
71-80 años	6	6.7	66.7	3	11.1	33.3	9	7.7	100.0
81-91 años	3	3.3	60.0	2	7.4	40.0	5	4.3	100.0
Total	90	100.0	76.9	27	100.0	23.1	117	100.0	100.0

Fuente: Información propia.

Tabla 5. Distribución de pacientes de acuerdo con la tasa de filtración glomerular, estratificada según Índice de Masa Corporal y síndrome metabólico (ATP III). En pacientes hipertensos en control médico. Veracruz, 2013

Estadio funcional renal por Tasa de Filtración Glomerular (ml/min/1,73 m2)	Número pacientes	Síndrome Metabólico (positivo)				Síndrome Metabólico (negativo)			
		Índice de Masa Corporal			Total	Índice de Masa Corporal			Total
		Normal	Sobrepeso	Obesidad		Normal	Sobrepeso	Obesidad	
0 Hiperfiltración (> 120)	22 (22.9%)	0	4	17	21	0	0	1	1
1 (90 - 120)	33 (34.4%)	2	11	17	30	2	1	0	3
2 (60 - 89)	27 (28.1%)	3	8	7	18	5	4	0	9
3 (30 - 59)	13 (13.5%)	3	2	2	7	4	2	0	6
4 (15 - 29)	1 (1.0%)	0	1	0	1	0	0	0	0
5 (< 15)	0 (0%)	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	96 (100%)	8	26	43	77	11	7	1	19
0 Hiperfiltración (> 120)	22 (22.9%)	0.0	19.0	81.0	100.0	0.0	0.0	100.0	100.0
1 (90 - 120)	33 (34.4%)	6.7	36.7	56.7	100.0	66.7	33.3	0.0	100.0
2 (60 - 89)	27 (28.1%)	16.7	44.4	38.9	100.0	55.6	44.4	0.0	100.0
3 (30 - 59)	13 (13.5%)	42.9	28.6	28.6	100.0	66.7	33.3	0.0	100.0
4 (15 - 29)	1 (1.0%)	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5 (< 15)	0 (0%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	96 (100%)	10.4	33.8	55.8	100.0	57.9	36.8	5.3	100.0

Fuente: Información propia.

La relación integral entre la función renal, el estado nutricional alterado y el diagnóstico de síndrome metabólico en estos pacientes es estrecha; no obstante la condición de sobrepeso y obesidad parece ser determinante, especialmente en aquellos pacientes que integran el diagnóstico de síndrome metabólico, ubicándose nueve de cada diez en dicha condición coincidente, con alta prevalencia en los pacientes obesos en el estrato de hiperfiltración glomerular (81%), circunstancia que no se observa en aquellos pacientes que no integraron diagnóstico de síndrome metabólico. (Tabla 5).

La observación integral de las dimensiones de riesgo agregado en pacientes hipertensos permitió observar diferentes criterios de superposición que considera afectados hasta 33.4% de los pacientes por cifras de descontrol en la presión arterial; 37.4% de potencial daño glomerular renal; 47.5% en una conjunción de valores que integran: inicio de la enfermedad, tiempo de evolución, valoración antropométrica y expresión sindromática metabólica, que afecta por lo menos a 75% de esta cohorte de

pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (Tabla 6).

Discusión

El presente trabajo permitió observar condiciones de riesgo agregado en el paciente hipertenso en vigilancia médica, en quienes el índice de control metabólico se circunscribe frecuentemente a las cifras de tensión arterial. Uno de cada tres pacientes en seguimiento de su enfermedad (33.4%) registró cifras de descontrol, indicador de potencial riesgo que coincide con los trabajos realizados por Alonso-Moreno, AJ (2013) y Guerra-Cepeda, E (2011) en población atendida en unidades de atención primaria en control médico.¹⁸⁻¹⁹

No obstante, lo estimado representa un valor de prevalencia menor a trabajos realizados en México, donde las cifras de descontrol metabólico se ubican alrededor de 50%, como lo observado por Campos-Nonato, I (2013) y que corresponde a datos de la ENSANUT 2012; o aquello encontrado por Ortiz-Domínguez, ME (2011) realizado en centros de

Tabla 6. Dimensiones de riesgo agregado y comorbilidad.
Pacientes hipertensos en control médico. Veracruz, 2013

Dimensiones de Riesgo Agregado a Hipertensión Arterial	Prevalencia %	
	Individual	Integrada
Descontrol Hipertensivo		
Hipertensión Sistólica Aislada (≥ 140 mm Hg)	13.7	33.4
Hipertensión Diastólica Aislada (≥ 90 mm Hg)	7.7	
Hipertensión Sistólica/Diastólica (≥ 140/90 mm Hg)	12.0	
Prevalencia Ponderada de Riesgo		
Edad de inicio de la Enfermedad < 40 años	9.4	47.5
Tiempo de evolución ≥ 5 años	48.7	
Índice de Masa Corporal ≥ 25.0 Kg/m ²	80.0	
Obesidad Abdominal (Mujer ≥ 80 cm / Hombre ≥ 90 cm)	80.3	
Diabetes Mellitus (comorbilidad)	23.0	
Prediabetes	17.7	
Hiperglucemia aislada	1.8	
Consumo de Tabaco	11.1	
Sedentarismo	23.9	
Disfunción Renal (ml/min/1.73 m ²)		
< 60 ml/min/1.73 m ²	14.5	37.4
> 120 ml/min/1.73 m ²	22.9	
Síndrome Metabólico		
FID (federación Internacional de Diabetes)	73.5	~ 75
ATP III (Adult Treatment Panel III)	76.9	

Fuente: Información propia.

salud, pero obtenido a través de información de expedientes clínicos, condición atribuida al descontrol del IMC y al aumento de la edad por arriba de 65 años.¹⁻²⁰

El tiempo de evolución menor a cinco años parece ser un momento de mayor control en la cifras tensionales, lo cual se relaciona con una edad menor y un periodo de latencia corto en el desarrollo de la enfermedad. No obstante, otras variables como el sobrepeso y la obesidad juegan un papel sustancial en el control metabólico de la tensión arterial, variable que mostró un gradiente biológico en el porcentaje de descontrol en esta población como aquellos con

peso normal (21.7%), con sobrepeso (33.3%) y obesidad (40%), relación de comorbilidad que incrementa el riesgo cardiovascular y el daño a órganos blancos específicos.^{21, 22}

Las cifras de sobrepeso y obesidad estimadas en la población de estudio son superiores (80%) a lo reportado en la población adulta mexicana en la ENSANUT 2012 —ubicada alrededor de 70% (mujeres, 71.9 %; hombres, 66.7 %)— condición que por sí sola ya es un factor de riesgo independiente para el desarrollo y la progresión de enfermedades crónicas, mortalidad prematura y elevado costo social a la salud.¹³

Estas variables —en forma individual y en conjunto— constituyen un espectro de daño potencial acumulado que incrementa el riesgo de los pacientes hipertensos, tales como la edad de inicio o detección de la enfermedad, el tiempo de evolución y los valores antropométricos de riesgo, los cuales se suman a patologías de elevada frecuencia como la Diabetes Mellitus. En esta cohorte, 47.8% de los pacientes hipertensos en control médico eran pacientes diabéticos conocidos y diagnosticados previamente; de éstos se evidenció que 48% presentaba cifras de descontrol metabólico en su última evaluación. Estas dos patologías crónicas se encuentran frecuentemente asociadas y en conjunto incrementan sustancialmente el daño y el riesgo.¹²⁻²³

Adicionalmente se evaluó en este trabajo la condición metabólica de la glucosa sérica en ayunas en aquellos pacientes que no se sabían diabéticos, de los cuales 37.3% presentaron en su última medición cifras sugestivas de prediabetes o hiperglucemia y que por supuesto deben ser candidatos de evaluación diagnóstica y seguimiento.²³ En esta población también se indagó el consumo de tabaco, determinándose que 11% de ellos eran fumadores activos y 23.9% manifestaron franco sedentarismo. Elaborando una evaluación ponderada de las prevalencias individuales de las diferentes variables de riesgo se calculó 47.5% (16.8%-78.2%) de riesgo agregado como carga a la hipertensión arterial.

La enfermedad renal crónica, estimada por el cálculo de la tasa de filtración glomerular, demostró en este grupo de pacientes que 14.5% presentaba evidencias sugestivas de daño renal moderado o severo, 28.1% leve y 22.9% de filtración glomerular sugestiva a hiperfiltración, condición esperable en esta población. Situación de un órgano blanco que

frecuentemente constituye una variable de riesgo cardiovascular independiente, causa o efecto de un complejo de multimorbilidad observado en estos pacientes.²⁴⁻²⁶

La relación entre hipertensión arterial y enfermedad renal crónica constituyen dos de los complejos de comorbilidad más frecuentes; en este sentido hay evidencias que ubican a la hipertensión arterial como un factor relacionado con inicio y progresión del daño renal, a partir de dos mecanismos básicos: transmisión del incremento de la presión arterial a la microvascularización renal y presencia de proteinuria, por tanto, el control en las cifras tensionales es un elemento clave para disminuir la progresión de la Enfermedad Renal Crónica, tal como lo describe Santamaría-Olmo, R (2013).²⁷

Un criterio integral de daño metabólico evaluado tomó como base el diagnóstico de síndrome metabólico, empleando dos criterios de amplio uso y recomendación internacional, con valores de prevalencia en esta población de 73.5 a 76.9% y que representan cifras superiores en pacientes con patología similar en espacios poblacionales análogos a este trabajo. Éstos, en términos generales, hacen una conjunción de variables de elevado riesgo cardiovascular.²⁶⁻²⁸

El síndrome metabólico es un conjunto de diversos factores de riesgo interrelacionados, que incrementa sustancialmente el riesgo cardiovascular y el daño renal en pacientes hipertensos. Condición que, por tanto, juega un papel fundamental de visión amplia e integral hacia sus componentes y hacia una afectación comprensiva global, la cual debe tomarse en cuenta si se pretende incidir favorablemente en ellos y que haga posible una acción sanitaria más eficaz con visión de promoción a la salud.^{16,29-30}

Si bien los diagnósticos para síndrome metabólico descritos por la FID y el ATP III constituyen dos de los criterios más empleados en el ámbito mundial, no es frecuente encontrar estudios que aborden la relación de hipertensión arterial como entidad nosológica cardinal y la agregación de factores diagnósticos de este síndrome. En este trabajo los valores son en extremo elevados y similares a lo descrito por Bernardo Lombo y colaboradores (2006) en Colombia, en una población de pacientes hipertensos.³¹

Nuestro trabajo pretendió evidenciar la situación que guarda una cohorte de pacientes hipertensos en seguimiento y control médico en una unidad de primer nivel de atención del sistema nacional de salud mexicano en su asignación pública, donde se determina que el estándar de atención se apega a criterios normativos nacionales, guías de práctica clínica, evidencias científicas y diversas recomendacio-

nes internacionales.^{6-7,9-32}

Este grupo poblacional supone un seguimiento estricto de la enfermedad cardinal y una atención integral, donde idealmente se esperaría una condición de reducción de riesgos ante la comorbilidad posible, los diversos factores potenciales y las evidencias que son contundentes en diversas experiencias longitudinales, donde, sin embargo, se determinó una situación de elevado daño y riesgo metabólico.³³

Los resultados pretenden llamar la atención de la comunidad médica y autoridades sanitarias, pues evidencia fallas sustanciales en el control de pacientes con una enfermedad conocida, que impone daño y riesgo. Su identificación oportuna establecería acciones preventivas de modificación, aunque la evidencia es una situación de alta vulnerabilidad y de riesgo predictivo para mortalidad prematura.

Bibliografía

1. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Rojas-Martínez R, Pedroza-Tobías A, Medina-García C, Barquera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Sal Pub Mex*, 2013; 55 (supl 2):S144-S50.
2. Gershenson C, Wisdom TN. Preventing chronic degenerative diseases with social vaccines. *Cir Cir*, 2013; 81(2):83-4.
3. Castillo-Álvarez Y, Chávez-Vega R, Fernández J, Alfonzo J, Alfonzo-Guerra J. Incidencia y prevalencia de hipertensión arterial registradas en el Día Mundial de la Hipertensión 2011. Experiencia de un grupo de trabajo. *Rev Cubana Med*, 2012; 51(1):25-34.
4. Gonzalez-Jimenez E, Aguilar-Cordero MJ, Garcia-Garcia CJ, Garcia-Lopez PA, Alvarez-Ferre J, Padilla-Lopez CA. Prevalence of nutritional overweight and obesity and hypertension as well as their relationship with anthropometric indicators in a population of students in Granada and its provinces. *Nutr Hosp*, 2011; 26(5):1004-10.
5. Viggiano D, De Filippo G, Rendina D, Fasolino A, D'Alessio N, Avellino N et al. Screening of metabolic syndrome in obese children: a primary care concern. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009; 49(3):329-34.
6. SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. En: Salud Sd, editor. México, DF, 2009.
7. NIH. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. In: Health Nlo, editor, 2004.
8. Cordero A, Facila L, Galve E, Mazon P. Progress in hypertension and diabetes mellitus. *Rev Esp Cardiol*, 2010; 63 Suppl 1:101-15.
9. CENETEC. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. En: Salud Sd, editor. México, 2009.
10. Hermida RC, Ayala DE, Fontao MJ, Mojon A, Fernandez JR. Ambulatory blood pressure monitoring: importance of sampling rate and duration--48 versus 24 hours--on the accurate assessment of cardiovascular risk. *Chronobiol Int*, 2013; 30(1-2):55-67.
11. Jay M, Kalet A, Ark T, McMacken M, Messito MJ, Richter R et al. Physicians' attitudes about obesity and their associations with competency and specialty: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*, 2009; 9:106.
12. Bendersky M, Sanchez R. Arterial Hypertension in patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*, 2013; 70(2):83-90.
13. Barrera-Cruz A, Rodriguez-Gonzalez A, Molina-Ayala MA. The current state of obesity in Mexico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2013; 51(3):292-9.
14. Garcia-Garcia E, De la Llata-Romero M, Kaufer-Horwitz M, Tusie-Luna MT, Calzada-Leon R, Vazquez-Velazquez V et al. Obesity and the metabolic syndrome as a public health problem: a reflection. *Sal Pub Mex*, 2008; 50(6):530-47.
15. SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. México, D.F., 2010.
16. Redon J, Cifkova R, Laurent S, Nilsson P, Narkiewicz K, Erdine S et al. The metabolic syndrome in hypertension: European society of hypertension position statement. *J Hypertens*, 2008; 26(10):1891-900.
17. Delanghe JR, Cobbaert C, Harmoinen A, Jansen R, Laitinen P, Panteghini M. Focusing on the clinical impact of standardization of creatinine measurements: a report by the EFCC Working Group on Creatinine Standardization. *Clin Chem Lab Med*, 2011; 49(6):977-82.
18. Alonso-Moreno FJ, Llisterri-Caro JL, Rodriguez-Roca GC, Prieto-Diaz MA, Divison-Garrote JA, Barrios-Alonso V et al. Medical conduct in primary care as regards blood pressure control. *PRESCAP 2010 study*. *Semergen*, 2013; 39(1):3-11.

19. Guerra-Cepena E, Vázquez-Trigo J, Dominica-Esteris Y, Hinojosa-Rivero Y, Chang-Fong A. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial en el Policlínico Universitario "Ramón López Peña". *MEDISAN*, 2013; 17(4):599-604.
20. Ortiz-Dominguez ME, Garrido-Latorre F, Orozco R, Pineda-Perez D, Rodriguez-Salgado M. Quality of health care for diabetic and hypertensive patients in primary care settings servicing Mexican Seguro Popular. *Sal Pub Mex*, 2011; 53 Suppl 4:436-44.
21. Bastidas-Vivas R, Castaño-Castrillón J, Enríquez-Cadena D, Giraldo J. Relación entre Hipertensión Arterial y Obesidad en Pacientes Hipertensos atendidos en Manizales (Colombia), 2010. *Arch Med (Manizales)*, 2011; 11(2):150-58.
22. Fletcher GF. Central obesity--more weight in cardiovascular disease prevention. *Am J Cardiol*, 2009; 103(10):1408-10.
23. Chavez-Negrete A, Marquez-Celedonio FG, Soler-Huerta E, Rojas-Carrera SI, Gonzalez-Santes M, Blanco-Cornejo AV et al. Demographic factors and comorbidity associated to prehypertension. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2013; 51(3):276-83.
24. Murphree DD, Thelen SM. Chronic kidney disease in primary care. *J Am Board Fam Med*, 2010; 23(4):542-50.
25. Praga M. Hyperfiltration nephropathy. *Nefrología*, 2000; 20(4):311-35.
26. Acosta-Leyva J, Ruiz-Ríos R, Preza-Martínez J, Calderón-Garcidueñas A. Frecuencia de Daño Renal y Síndrome Metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y/o Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención rural y evaluación de respuesta a tratamiento. *Rev Med UV*, 2012; Enero-Junio:14-19.
27. Santamaría-Olmo R, Goroztini-Pérez M. Presión Arterial y progresión de la Enfermedad Renal Crónica. *NefroPlus*, 2013; 5(1):4-11.
28. Von Bernhardt R, Zanlungo S, Arrese M, Arteaga A, Rigotti A. The metabolic syndrome: from an aggravating condition to a pathogenic risk factor for chronic diseases. *Rev Med Chil*, 2010; 138(8):1012-9.
29. Bradshaw PT, Monda KL, Stevens J. Metabolic syndrome in healthy obese, overweight, and normal weight individuals: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Obesity (Silver Spring)*, 2013; 21(1):203-9.
30. Chen MM, Tsai AC. The effectiveness of IDF and ATP-III in identifying metabolic syndrome and the usefulness of these tools for health-promotion in older Taiwanese. *J Nutr Health Aging*, 2013; 17(4):413-6.
31. Lombo B, Villalobos C, Tique C, Santizabal C, Franco C. Metabolic syndrome prevalence in patients attending the hypertension clinic at the Fundación Santa Fe de Bogotá. *Rev Colombiana Cardiol*, 2006; 12(6):472-8.
32. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 2013.
33. Franklin SS, Wong N. Hypertension and Cardiovascular Disease: Contributions of the Framingham Heart Study. *Global Heart*, 2013; 8(1):49-57.

Intervención educativa con un modelo interactivo: Determinación de conductas de riesgo para un embarazo adolescente

Educational Intervention with an Interactive Model: Risk Behavior Determination for Teenage Pregnancy

*González Acevedo Claudia Elena¹, Ortiz Cardona Mayumi Guadalupe¹, Pérez Humara María Luisa Lucía¹, Hernández Blanco Ma. Lourdes¹, Gaytán Hernández Darío¹

RESUMEN

En México los jóvenes inician su vida sexual entre los 15 y 17 años de edad. La maternidad y paternidad en los adolescentes significa un riesgo para su salud y la de su hijo, debido a la inmadurez fisiológica en la que se encuentran y a la carencia de información y responsabilidad. Dicho suceso es determinante para su calidad de vida.¹

Se diseñó un estudio cuantitativo cuasi experimental prospectivo, donde el objetivo fue determinar las conductas de riesgo para un embarazo adolescente. Antes y después de la intervención se evaluó a los alumnos a través de un instrumento que midió las conductas de riesgo para un embarazo. Dicha intervención se implementó en dos Instituciones de Educación Media Básica, la población total fue de 126 alumnos, de los cuales 69 participaron en la intervención educativa de enfermería. El simulador recreó la conducta de un recién nacido real; los adolescentes asumieron la responsabilidad de cuidarlo en forma continua y conocieron las exigencias de una paternidad responsable. El promedio de la interacción con el bebé por alumno fue de 21 horas 30 minutos y el promedio que obtuvieron al brindar un buen cuidado que incluía atender las necesidades básicas como alimentación, higiene y afecto fue de 63.5%. El resultado de la prueba T de Student fue de una mejora significativa al obtener 0.022 posterior a la intervención de enfermería.

Palabras clave: Adolescencia, embarazo, bebé virtual, conductas de riesgo.

ABSTRACT

In Mexico young people become sexually active between 15 and 17 years of age. Both maternity and paternity in teenagers mean a risk for their health and their children due to the physiological immaturity occurring in them and the lack of information and responsibilities. Thus, these events are determinant for their quality of life. A prospective quasi-experimental quantitative study, where the objective was to determine the risk behaviors for teenage pregnancy. The simulator recreation the conduct of a newborn real; adolescents assumed responsibility for care on an ongoing basis and they knew the demands of a responsible parenthood. Students were evaluated before and after the intervention using an instrument that measured the risk behaviors for pregnancy. Such intervention was conducted in two basic secondary schools. The total population was composed by 126 students, from which 69 participated in this nursing educational intervention. The simulator recreated the behavior of a real newborn baby. Teenagers assumed responsibility for looking after the baby and learned about the requirements regarding a responsible parenthood. The average of the interaction with the baby per student was that of 21 hours 30 minutes. 63.5 % was the average they scored for providing a good care that included meeting the basic needs such as feeding, hygiene and affection. The result of the Student's t-test was a significant improvement as it got 0,022 in a later nursing intervention.

Key words: Teenager, pregnancy, virtual baby, risk behavior.

* L.E. Claudia Elena González Acevedo, MEP. yayaclaudia@hotmail.com. L.E Mayumi Guadalupe Ortiz Cardona. tronix_88@hotmail.com. L.E. María Luisa Lucía Pérez Humara. mluisap89@hotmail.com. L.E. Ma. Lourdes Hernández Blanco mlourdeshb123@hotmail.com. Ing. Darío Gaytán Hernández. Dariogaytan@hotmail.com

1. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Introducción

La adolescencia es una etapa donde ocurren diversos y complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales, muchos de ellos generadores de crisis, conflictos y contradicciones,¹ además se desarrollan las potencialidades intelectuales de la persona y cobran importancia las relaciones interpersonales y las vivencias que experimentan día a día.²

El desarrollo en la adolescencia cobra importancia pues a nivel internacional la Organización Mundial de la Salud menciona que el inicio de la vida sexual cada vez es a edades más tempranas. En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, el 23% de los adolescentes de 12 a 19 años de edad han iniciado vida sexual activa, con una proporción mayor en hombres, con 25.5%, y en las mujeres con 20.5%.³

Del total de adolescentes sexualmente activos, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual.³

El embarazo en esta etapa es una probabilidad muy alta y se convierte en una situación de riesgo para los padres y el hijo, debido a la carencia de información, responsabilidad y simultáneamente por la inmadurez fisiológica en que se encuentran, hecho que afectará la dinámica personal y familiar generando un cambio en la calidad de vida del adolescente.⁴

Método

La Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, a través de la Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud (UCIIS) observó el número creciente de casos de embarazo en las adolescentes, por tal motivo se llevó a cabo un estudio cuantitativo cuasi experimental de carácter

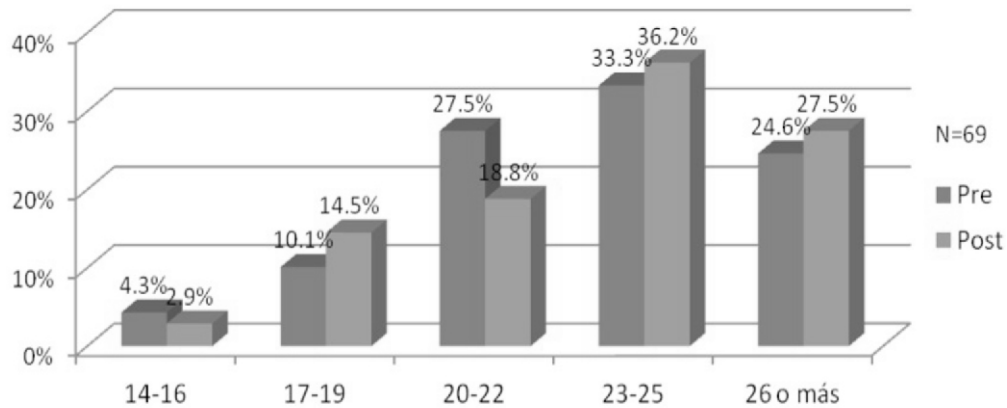
prospectivo ya que se dará seguimiento a los participantes durante su educación media básica, el objetivo fue determinar las conductas de riesgo para un embarazo adolescente.

El programa se implementó en las escuelas secundarias aledañas al centro comunitario de la UCIIS en la Delegación de Pozos, S.L.P. donde se evaluó el impacto de la intervención educativa para la prevención del embarazo en los adolescentes.

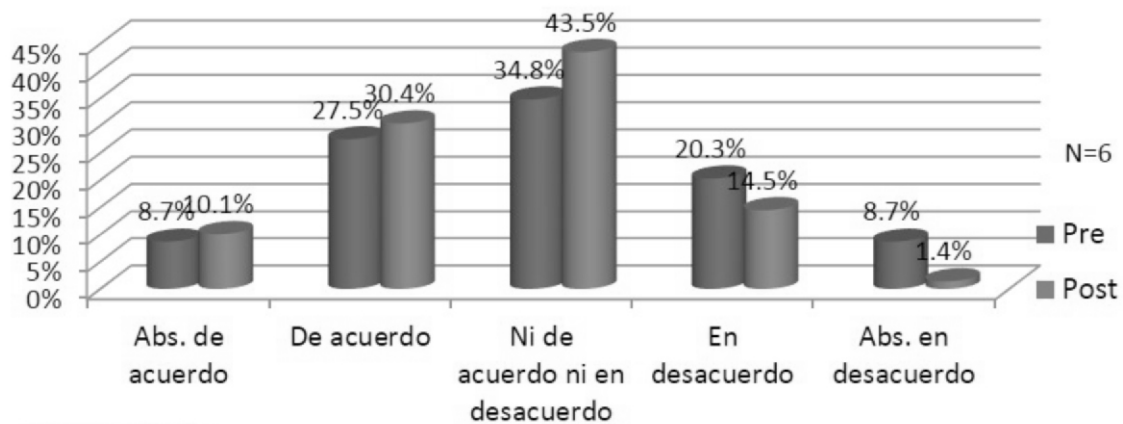
Los adolescentes participantes en el estudio son estudiantes del primer y segundo año de secundaria, los cuales recibieron información sobre temas relacionados con la sexualidad, además vivieron la experiencia de cuidar a un recién nacido a través del modelo interactivo: *Baby Think it Over* o bebé virtual.

Se aplicó un instrumento de 29 ítems antes y después a la intervención educativa de enfermería para evaluar el impacto de ésta; el instrumento midió las conductas de riesgo para un embarazo en la adolescencia, estas preguntas estaban basadas primeramente en conocer la situación sociodemográfica del participante, posteriormente las preguntas abordaban posibles conductas de riesgo como presión de amigos para el IVSA, amigos con IVSA, las diferentes formas de mostrar cariño, sus fuentes de información sobre sexualidad, el interés de un embarazo a esa edad y la responsabilidad de la paternidad y maternidad durante esta etapa.

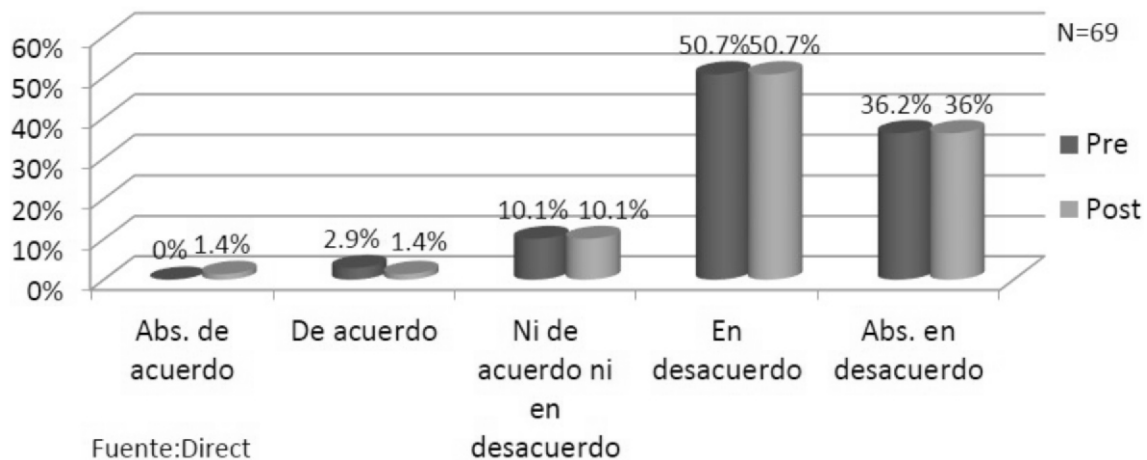
Una vez evaluadas las conductas de riesgo, se entregó a los jóvenes el modelo interactivo *Baby Think it Over* durante 48 horas, posteriormente se abordaron temas de educación sexual (adolescencia y sexualidad, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, paternidad y maternidad

Gráfico 1. Mejor edad para IVSA

Fuente: Directa

Gráfico 2. Métodos anticonceptivos afectan la actividad sexual

Fuente: Directa

Gráfico 3. Me gustaría tener un bebé a esta edad

Fuente: Direct

responsable) en sesiones de dos horas con horarios establecidos por las autoridades educativas del plantel, previamente se obtuvo carta de anuencia de los adolescentes y consentimiento informado de los padres de familia.

Resultados

En la actualidad, el embarazo en la adolescencia es un problema de Salud Pública por el que se han implementado diferentes estrategias para intentar disminuir la prevalencia de estos casos. Por ello, se diseñó una intervención educativa con apoyo de un modelo interactivo para la determinación de conductas de riesgo para un embarazo.

Se llevó a cabo en dos escuelas secundarias aledañas a la Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud (UCIIS) dependiente de la Facultad de Enfermería de la UASLP, se seleccionó este lugar por atender a población de bajos recursos y que no tienen acceso a servicios de salud.

Los adolescentes participantes en el estudio cursaban el primer y segundo año de secundaria, recibieron información sobre temas relacionados con la sexualidad y vivieron la experiencia de cuidar a un recién nacido a través del modelo interactivo *Baby Think it Over* o bebé virtual.

Se aplicó un instrumento antes y después a la intervención educativa de enfermería para evaluar el impacto de esta; el instrumento midió las conductas de riesgo para un embarazo en la adolescencia.

Una vez evaluado el riesgo, se entregó a los jóvenes el modelo interactivo *Baby Think it Over* durante 48 horas, posteriormente se abordaron temas de educación sexual (adolescencia y sexualidad, infecciones de transmisión sexual, métodos anticoncepti-

vos y paternidad y maternidad responsable) en sesiones de dos horas cada una.

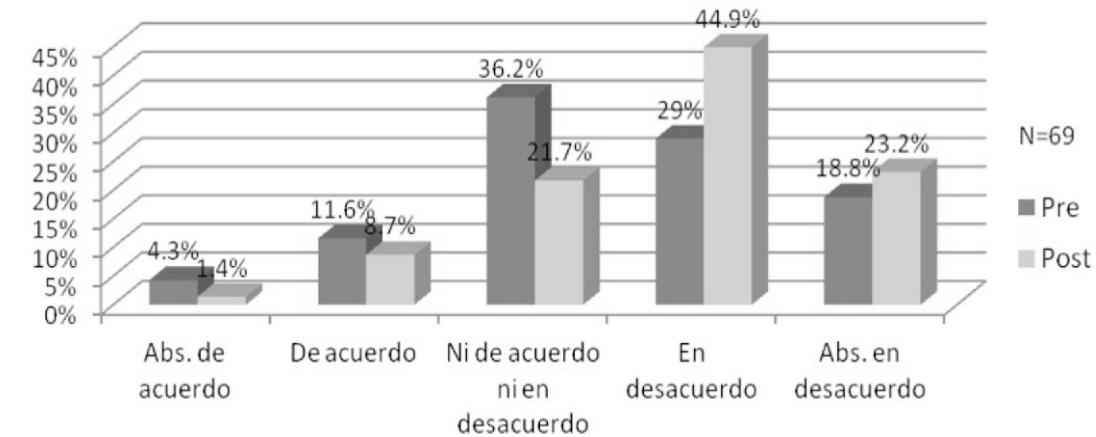
En la intervención educativa de enfermería participaron 69 alumnos de los cuales 52 eran mujeres y 17 hombres; la edad promedio fue de 13 años, la edad máxima fue de 15 años y la mínima de 12 años, el 69.6% cursaba primer año de secundaria y el resto 30.4% cursaba segundo año de secundaria. La mayoría vive con ambos padres, sin embargo un porcentaje menor vive solo con su mamá.

Los principales resultados obtenidos de la aplicación del instrumento, sobre cuál sería la mejor edad para iniciar la vida sexual fueron: el 36.2% lo consideró entre los 23 y 25 años y el 2.9% entre los 14 y 16 años (Ver gráfico 1). El 43.5% se mostró indiferente con la cuestión de si los métodos anticonceptivos afectan la actividad sexual, el 14.5% estaba de acuerdo y el 10.1% de acuerdo. (Ver gráfico 2)

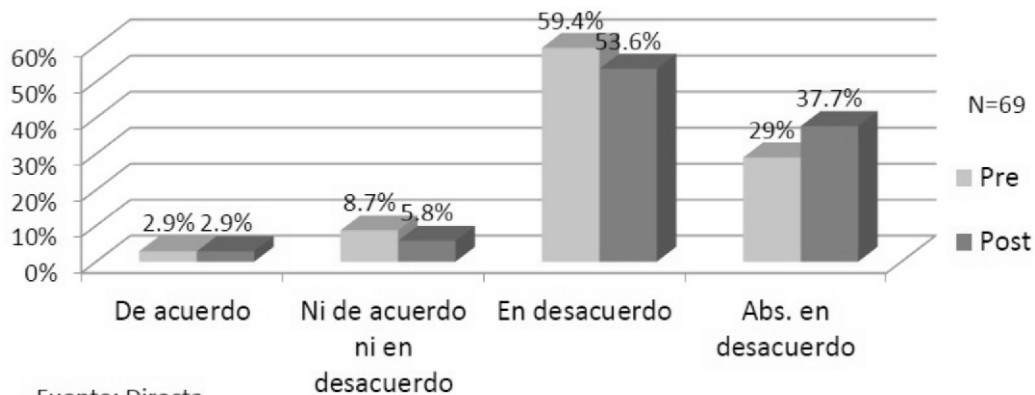
El 50.7% de los participantes respondió que no le gustaría tener un bebé a esta edad, mientras que el 1.4% respondió afirmativamente (Ver gráfico 3). Otro cuestionamiento abordó si su futuro sería mejor con un bebé y el 44.9% estuvo en desacuerdo (Ver gráfico 4).

El 53.6% de los adolescentes estuvo en desacuerdo en que tener un bebé es la solución a sus problemas, mientras que el 2.9% se mantuvo de acuerdo. (Ver gráfico 5).

El promedio de horas de interacción con el bebé virtual fue de 21 horas 30 minutos por alumno, el 63.5% de buen cuidado que incluía atender las necesidades básicas como alimentación, higiene y afecto, también se observó que el 94% de los bebés presentó abuso, principalmente por mal manejo del

Gráfico 4. Mejor futuro con un bebé

Fuente: Directa

Gráfico 5. Tener un bebé es la solución a mis problemas

Fuente: Directa

Tabla 1. Estadísticos de muestras relacionadas Conductas de Riesgo

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Pre	116.6087	69	9.76672	1.17577
	Post	119.2174	69	9.11022	1.09674

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Pre y Post	69	0.521	0.022

sostén cefálico, lo que provocó que la actividad del simulador se detuviera.

Se analizaron los resultados que se obtuvieron en dicho instrumento mediante la prueba paramétrica T-Student, que es utilizada para muestras relacionadas o apareadas con un 95% de confiabilidad; en la cual se obtuvo en la medición de conductas de riesgo para un embarazo un cambio significativo al obtener 0.022, (Ver tabla 1).

En la intervención educativa se obtuvo significancia estadística, lo que refleja que los adolescentes tuvieron un aprendizaje significativo y la intervención educativa de enfermería fue de impacto para ellos en cuanto a la prevención del embarazo en la adolescencia.

Discusión

El presente estudio tiene el propósito de determinar las conductas de riesgo para un embarazo adolescente a través de la intervención educativa de enfermería con apoyo de un modelo (bebé virtual) para prevenir el embarazo adolescente, experiencia que genere la conciencia de la paternidad prematura y responsable.

El inicio de vida sexual es un evento crucial de los individuos y de su vida futura, ya que implica asumir nuevos roles y patrones de comportamiento que tendrán efectos en su salud sexual y reproductiva. El 36.2% de los adolescentes del grupo de estudio, consideran que la mejor edad para iniciar a ser sexualmente activo es entre los 23 y 25 años, sin embargo la ENSANUT 2012 reportó que el promedio de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han iniciado vida sexual alcanza el 23%, con una proporción mayor en hombres (25.5%), en relación con las mujeres (20.5%).³

En cuanto a si ellos consideraban que el uso de métodos anticonceptivos afectaban la actividad sexual, el 43.5% se mostró indiferente con esta situación y el 49.2% de los participantes mencionaron estar de acuerdo en que el uso del condón debe ser usado cuando las relaciones sexuales son esporádicas; en comparación, según la ENSANUT 2012, entre los métodos más utilizados por este grupo de edad se ubica, en los hombres: el condón con 80.6% y el 6.2% indicó que su pareja usó hormonales. En las mujeres: el 61.5% mencionó que su pareja usó condón y 7.3% usó hormonales.³ Esto en comparación con un informe sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes en el área metropolitana de la ciudad de México donde el 34% de los adolescentes han utilizado un método anticonceptivo durante la primera relación sexual, 6 de cada 10 adolescentes que regularon su fecundidad recurren a los métodos del ritmo y al retiro.⁴ Existe la idea entre los adolescentes que los métodos anticonceptivos afectan la actividad sexual y esta idea errónea evita el uso adecuado de estos y como consecuencia embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.

La percepción que los adolescentes tenían acerca de si estarían preparados para la responsabilidad de tener un bebé o si consideraban que su futuro sería mejor, en este estudio el 50.7% respondió que no le gustaría tener un bebé en esta edad, mientras que el 44.9% mencionó estar en desacuerdo en que su futuro sería mejor con un bebé.

Mencionaron además que la experiencia con el bebé virtual les permitió darse cuenta de la responsabilidad y compromiso que representa un bebé, ya que dejaron de hacer cosas dentro de su rol en el hogar y con sus amigos.

La literatura refiere datos similares, como los mencionados por Gutiérrez en el 2007, quien menciona que la maternidad adolescente limita el proyecto de vida, sus oportunidades de estudio o en otro caso la temprana inserción en el campo laboral.⁵

En un estudio sobre el nivel de autoestima de 22 adolescentes embarazadas en Santa Marta Colombia (G. A. Ceballos Ospino) se encontró que el 32% de las adolescentes embarazadas tenían un nivel de autoestima baja, el 45% se encontraba soltera, el 55% vivía con sus padres, el 45% de las adolescentes embarazadas ha sido objeto de maltrato, y el 14% manifestó haber sido objeto de violación sexual en su infancia.⁶

Dentro de nuestro estudio había preguntas que reflejaban si el estado emocional podría influir en un embarazo, el 34.6% de los participantes respondió estar en desacuerdo que tener un bebé lo haría sentir querido, mientras que el 22.4% contestó estar de acuerdo. El 35.5% respondió en desacuerdo en que un bebé no los haría sentir solos, mientras que el 21.7% estaba de acuerdo, por lo que podría existir una relación con el bajo nivel de autoestima dado por el ambiente familiar, social o educativo y el deseo de un embarazo.

No obstante, Rosenberg (2007)⁷, menciona que el embarazo a temprana edad es un gran problema para la adolescente y el bebé; porque no se estaría fomentando un ajuste saludable del estado emocional de la adolescente. Además los riesgos del embarazo se incrementarían, desde el punto de las condiciones socioeconómicas bajas, el nivel educativo de la adolescente y el rechazo social al estado de embarazo.

Un ambiente familiar crítico y conflictivo puede llevar a la adolescente a ver en la iniciación sexual, además de compañía grata, la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida. Nueva vida que, por lo general, no llega y sí complica el futuro adolescente.⁸

Conclusión

Durante la adolescencia es necesario que el adolescente sienta que puede confiar en las personas que lo rodean, que estas personas no lo van a cuestionar sobre las decisiones que toma sino que lo apoye y aconseje.⁹

Es fundamental que el apoyo surja de la familia o de la escuela, sin embargo cuando el adolescente se encuentra en una situación difícil y no hay una persona que lo aconseje y guíe para la buena toma de decisiones, buscará una salida errónea que afecte su vida.¹⁰

Algunas de las situaciones que hacen creer a un adolescente que tener un hijo lo haría salir de sus problemas es el hecho de buscar su independencia, la intolerancia a la autoridad, dejar de sentir soledad o que es querido por otro.¹¹

La experiencia con el simulador dejó una enseñanza y una percepción de las consecuencias de un embarazo en esta etapa de la vida, se concientizaron de la paternidad adolescente, esto permitirá una reflexión más crítica y real sobre su autocuidado en la salud sexual y reproductiva.

Si bien es cierto que la educación sexual tiene una función preventiva, su función primordial es la formativa para que desarrollen y estructuren valores, actitudes y conocimientos que les sirvan para diferenciar, identificar y discriminar lo conveniente y lo inconveniente.

Bibliografía

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2003. Estado de la Población Mundial. UNFPA.
2. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas. 2004. Aspectos Teóricos Para la Consejería en Población Adolescente.
3. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Salud Resultados Nacionales. Salud Reproductiva: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
4. SSA Dirección General de Planificación Familiar 2002. Informe sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México.
5. Albarracín E, Gonzalo D; Rodríguez V, S. 2008. "Estamos muy jóvenes para tener hijos": vivencias de la Planificación familiar de un grupo de adolescentes en un municipio de Risaralda" Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 10, núm. 2, julio-diciembre, pp. 115-132 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=145217279005> Redalyc Sistema de Información Científica
6. Ceballos Ospino G.A.; 2011 "Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la 5 comuna de Santa Marta Colombia" vol.3 num.1, Santa Marta, Colombia.
7. Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image. The Spanish Journal of Psychology 2007; 10 (2): 458-467. Cambridge University.
8. Soto de J.M. 2010. Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada. Universidad de Guadalajara. México.
9. Stern, Claudio.2008. Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva. El Colegio de México-Population Council. México, 414 pp, Coordinador.
10. Menkes, C y Suárez L. 2003. Sexualidad y embarazo adolescente en México Papeles de Población Universidad Autónoma del Estado de México cieap@uaemex.mx ISSN 1405- 7425.
11. Cruz, MV, Romero, MJ. 2005. Conocimiento Sobre los Factores de Riesgo de las Embarazadas Adolescentes. Universidad Politécnica de Nicaragua.

Interpretaciones sobre igualdad/ equidad de género, su correlativo en salud y salud reproductiva

Equality interpretations / gender equity, its correlative in healthcare and reproductive health

Dulce Ma. Cinta Loaiza¹, Angélica Ivonne Cisneros Luján²

RESUMEN

Objetivo: Conocer si las interpretaciones que sobre igualdad/equidad de género, y su correlativo en salud y salud reproductiva, que tuvieron actores clave involucrados en la toma de decisiones sobre el programa presupuestario “salud reproductiva e igualdad de género en salud” en el año 2010, fueron coincidentes con los consensos alcanzados a través de los diversos organismos internacionales. **Método:** Estudio cualitativo fundamentado en el interaccionismo simbólico, con base en los discursos de actores clave involucrados en el programa estudiado. **Resultado:** Se encontró una coincidencia razonable del discurso de los actores clave con la conceptualización aceptada a nivel internacional sobre igualdad/equidad de género, pero no así en el tema de salud reproductiva, ya que en este aspecto hubo omisiones de algunos temas incluidos en la agenda internacional y una tendencia a equiparar salud reproductiva con planificación familiar. **Conclusión:** Las debilidades en la interpretación de salud reproductiva entre los diferentes actores, no favorecieron las acciones que sobre este aspecto debieran realizarse según lo acordado a nivel internacional por los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, entre ellos México.

Palabras clave: Igualdad de género, Equidad de género, Salud, Salud reproductiva.

ABSTRACT

Objective: To know whether the interpretations on gender equity/equality, and its correlative in healthcare and reproductive health, which had key players involved in the decision-making on the budget program called "Reproductive Health and Gender Equality in Healthcare" in 2010, were coincident with the consensus reached by the various international organizations. **Method:** A qualitative study based on symbolic interactionism, and the key players' speeches involved in the program we studied. **Results:** We found a reasonable coincidence with the key players' speech and the internationally accepted conceptualization of gender equity/equality, but we did not find it in the reproductive health area, as there were some omissions on the international agenda and a tendency to equate reproductive health with family planning. **Conclusion:** The weaknesses in the interpretation of the reproductive health among the different actors did not favour the actions that should be done on this matter as agreed internationally by the members of the United Nations Organization, including Mexico.

Key words: Gender equality, Gender equity, Healthcare, Reproductive health.

1. Investigadora Instituto Salud Pública UV. dcinta@uv.mx

2. Investigadora Instituto Salud Pública UV. cisneluj@hotmail.com

Introducción

Impulsar políticas públicas con perspectiva de género y destinar recursos públicos para su concreción, tiene como antecedente una larga historia en la lucha feminista, siendo en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, convocada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en Beijing en 1995 y la Plataforma de Acción que de ella se derivó, cuando se lograron explicitar estrategias para estos propósitos, siendo México parte de estos Acuerdos como país miembro, con la consecuente obligación de llevarlos a cabo.

De manera precisa en dicho documento se estableció como uno de los objetivos estratégicos, que:

El éxito de las políticas y de las medidas destinadas a respaldar o reforzar la promoción de la igualdad de género y la mejora de la condición de la mujer debe basarse en la integración de una perspectiva de género en las políticas generales relacionadas con todas las esferas de la sociedad, así como en la aplicación de medidas positivas con ayuda institucional y financiera adecuada en todos los niveles¹.

Congruente con lo anterior, en el mismo documento al abordar los aspectos financieros, se estableció que²:

La principal responsabilidad de la aplicación de los objetivos estratégicos de la Plataforma de Acción corresponde a los gobiernos. Para lograr esos objetivos, los gobiernos deberían tomar medidas para revisar sistemáticamente la manera en que las mujeres se benefician de los gastos del sector público; ajustar los presupuestos para lograr la igualdad de acceso a los gastos del sector público, tanto para aumentar la capacidad productiva como para satisfacer las necesidades sociales; y lograr los compro-

misos en materia de género contraídos en otras cumbres y conferencias de las Naciones Unidas. Para elaborar buenas estrategias nacionales de aplicación de la Plataforma de Acción, los gobiernos deberían asignar suficientes recursos, incluidos los necesarios para llevar a cabo análisis de las repercusiones de género. Los gobiernos también deberían alentar a las organizaciones no gubernamentales, al sector privado y a otras instituciones a que movilicen recursos adicionales.

Este marco de acuerdos internacionales da la pauta para que en la primera década del nuevo milenio, el destinar recursos públicos para afrontar las brechas de género se empezara a extender a diferentes países del mundo, entre ellos México, lo que obliga a que los actores del sector público y social que intervienen en su implementación deban conocer las implicaciones conceptuales que sustentan esta política pública.

UNIFEM reconoce que para el año 2007 más de 90 países contaban con alguna iniciativa presupuestal con perspectiva de género³, en tanto que un mapeo realizado para los países de América Latina revela que todos los países de la región contaban ya para 2008 con alguna experiencia en la implementación de presupuestos con perspectiva de género⁴, estando entre ellos México.

Los temas abordados por cada país para disminuir brechas de género a través de estos presupuestos han sido múltiples y variados, encontrando que de manera recurrente, es en temas de salud en los que se ha hecho un mayor énfasis.

Se debe resaltar que en la lucha feminista una de las banderas más relevantes ha sido la salud reproductiva y sexual, logrando en 1994 que la Conferencia

Internacional sobre la Población y el Desarrollo llevada a cabo en el Cairo se le reconociera como parte del derecho a la salud⁵, lo que explica que en la asignación de presupuestos con perspectiva de género esta temática sea una de las más apoyadas.

En México la asignación de presupuesto con perspectiva de género, se empezó a impulsar desde el año 2000, pero fue hasta el ejercicio fiscal 2008 que ésta se institucionalizó firmemente a través de un capítulo específico y un anexo en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) a través del cual se etiquetan los recursos que cada año serán destinados para disminuir las brechas de género en diversos ámbitos de la sociedad, siendo uno de los más significativos cuantitativa y cualitativamente el de salud y de manera particular el de salud reproductiva.

En el ejercicio fiscal 2010, se destinaron un total de 992.4 millones de pesos al programa presupuestario (PP) “salud reproductiva e igualdad de género en salud”, identificado con la clave programática P017, lo que justifica la importancia de conocer las interpretaciones sobre igualdad/equidad de género y su correlativo en salud y salud reproductiva, que tenían los actores involucrados en las decisiones relacionadas con las diversas fases del ciclo presupuestal de dicho PP.

Considerando lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente trabajo fue conocer si las interpretaciones que sobre igualdad/equidad de género y su correlativo en salud y salud reproductiva, que tuvieron actores clave involucrados en la toma de decisiones sobre P017 en el año 2010, fueron coincidentes con los consensos alcanzados a través de los diversos organismos internacionales en esta materia, signados por México.

El marco conceptual en el que se apoyó la valoración sobre la interpretación que los actores clave tuvieron sobre igualdad/equidad de género en salud partió del reconocimiento de que hablar de estos conceptos, no es abordar las diferencias biológicas intrínsecas al “sexo” entre mujeres y hombres, sino al significado social atribuido a esa diferencia biológica. Esto en salud significa que por factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) la salud, el riesgo a enfermar, las causas de muerte de mujeres y hombres en algunos aspectos pueden ser distintas, pero las inequidades y las desigualdades se materializan desde la vivencia del proceso salud-enfermedad, sus necesidades, perfiles y comportamientos hacia la salud, hasta el proceso de atención, lo que hace que la mirada hacia la salud de mujeres y hombres se tenga que plantear con una perspectiva de género.

Por lo que corresponde a igualdad/equidad se retomó lo establecido en la Guía para la transversalización de género en proyectos de desarrollo del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la cual señala que “la igualdad de género significa que no hay discriminación con base en el sexo de las personas para la asignación de los recursos o beneficios, ni en el acceso a los servicios”⁶.

En materia de salud, esta declaratoria es reforzada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al señalar que: “la igualdad de género en la salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. El logro de la igualdad de género exige medidas concretas destinadas a eliminar las inequidades por razón de género”⁷.

Por lo que respecta al concepto de equidad de género, el PNUD señala que “implica la posibilidad de tratamientos diferentes para corregir desigualdades de partida, y medidas no necesariamente iguales, pero conducentes a la igualdad en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades”⁶. Siendo esto último lo que justifica el impulso de acciones diferenciadas para combatir las inequidades y por supuesto, es lo que da fundamento a políticas públicas con perspectiva de género.

En el ámbito de la salud, la OPS señala que la equidad, se basa en principios de justicia social y se refiere a las intervenciones dirigidas a eliminar disparidades sistemáticas, injustas y evitables entre grupos sociales —mujeres y hombres— respecto al nivel de salud, al acceso a recursos necesarios para su promoción, recuperación y mantenimiento —incluyendo pero no limitándose a la atención de la salud— y a la participación en los procesos de desarrollo de la salud⁷.

Las nociones de igualdad y equidad que orientan la Política de Igualdad de Género de la OPS se articulan, como ya se mencionó, con una visión de la salud como derecho humano, en la cual la igualdad aparece como el fin y la equidad como un medio. La igualdad se asocia con principios de no discriminación en cuanto al ejercicio de derechos, referidos en este caso particular a la salud y sus determinantes y a la participación en el desarrollo de la salud⁷.

Estas propuestas internacionales sobre igualdad y equidad de género en salud han sido recogidas en México de diferente forma, ya que desde el artículo cuarto de la Constitución Política se establece que “El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera

libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”⁸. Este artículo fue la base sobre la cual se construyó la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGIMH), promulgada el dos de agosto de 2006, la cual tiene como objetivo central regular y garantizar la igualdad entre mujeres y hombres. Se trata de un documento que recoge el espíritu de los tratados internacionales, mencionados anteriormente, de los cuales México forma parte. La ley como ordenamiento normativo se basa en los principios rectores de la igualdad sustantiva en los ámbitos económico, político, social y cultural, la no discriminación y la equidad. Su principal objetivo es establecer la política nacional en materia de igualdad a través del Programa Nacional para la Igualdad de Mujeres y Hombres vía el Sistema Nacional para la Igualdad de Mujeres y Hombres.

Respecto a salud reproductiva, la base para este análisis es la definición de la Conferencia del Cairo retomada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual establece que “es una condición de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”⁵. De manera puntual la OMS establece que la atención a la salud reproductiva debe cubrir cinco aspectos fundamentales: mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cérvico-uterino y otras afecciones ginecológicas; y promover la salud sexual⁵.

En realidad la definición de la OMS establece claramente que las personas tienen derecho a una vida sexual satisfactoria y segura, así como a la capacidad para tener hijos/as, decidir cuántos/as y en qué momento hacerlo. La intención básica de esta visión es prever y solucionar todos los problemas de salud reproductiva incluyendo también la atención en salud sexual que es básica en las relaciones personales. En ese sentido, los derechos reproductivos de hombres y mujeres deben responder a una equidad de género en salud, es decir, la perspectiva de género en salud debe cuidar que la distribución de la atención a la salud no propicie situaciones injustas y desfavorables para uno de los sexos.

No sobra destacar que cuando la OMS y otras organizaciones internacionales se avocan a revisar lo que debe entenderse por salud reproductiva y las consideraciones de género, se encuentra claramente que sus conceptualizaciones aplican a los dos sexos.

Metodología

La metodología utilizada en el presente artículo fue de carácter cualitativo, realizando un análisis temático de contenido a través de categorías que permitieran alcanzar el objetivo planteado en este trabajo, las cuales se derivaron del marco conceptual consensuado a nivel internacional y aprobado por México, es decir: igualdad de género en salud, equidad de género en salud y salud reproductiva, por considerar que son las que dan la pauta de la orientación de lo que “debe ser” un programa presupuestario con perspectiva de género en salud, y de manera específica en salud reproductiva e igualdad de género en salud.

En términos cualitativos se trabajaron tres contextos dentro de los cuales se ubicó el programa estudiado: Poder Ejecutivo, Poder Legislativo y Sociedad

Civil Organizada. En cada contexto se identificaron los actores claves relevantes a la investigación. De esta forma, dentro de Poder Ejecutivo se seleccionó a la Secretaría de Salud (SS) ya que varias de las unidades a su cargo diseñan y ejecutan el programa presupuestario analizado; la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) puesto que integra el PEF, asigna y da seguimientos a esos recursos, y al Instituto Nacional de la Mujeres (INMUJERES) al ser la instancia rectora en la Administración Pública Federal del tema de género.

De la SS se escogió al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) ya que es la instancia rectora en el tema de género y salud y la mayoría de los recursos del programa analizado estuvieron etiquetados para esta dependencia, y a la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPOP).

En el caso de la SHCP inicialmente se seleccionó la Unidad de Política y Control Presupuestario de la Subsecretaría de Egresos al estar vinculada a la integración del PEF, pero a sugerencia de esta área se consideró a la Dirección de Seguimiento a Indicadores (DSID).

Dentro del contexto del Poder Legislativo, de la Cámara de Diputados de la LXI Legislatura, se seleccionó a la Comisión de Equidad y Género y la Comisión de Salud ya que ambas coadyuvan a la aprobación del presupuesto con perspectiva de género, previo examen, discusión y, en su caso modificación del proyecto enviado por el Poder Ejecutivo.

Finalmente, dentro del contexto de la sociedad civil, se propuso trabajar con algunas de las asociaciones integrantes de la Coalición por la Salud de las Mujeres, que desde 2007 han incidido directamente en el

Poder Legislativo para la negociación del presupuesto con perspectiva de género. En este sentido se trabajó con siete organizaciones de esta coalición y se amplió a una organización más que trabaja el tema de masculinidad.

El total de informantes seleccionados fue de 27, siendo 5 de la Cámara de Diputados, 13 del poder ejecutivo y 9 de organizaciones de la sociedad civil.

El instrumento manejado fue la entrevista a profundidad basada en una guía de preguntas generadoras semiestructurada, llevadas a cabo en el año 2012. Las dimensiones de análisis que se plantearon fueron las conceptualizaciones sobre las categorías seleccionadas.

El sustento analítico del discurso de las entrevistas a los actores claves seleccionados, fue el interaccionismo simbólico en tanto la construcción de los presupuestos públicos con perspectiva de género ha implicado una interacción entre actores con perspectivas e intereses diversos que no siempre le dan el mismo significado a las acciones y decisiones del otro.

De acuerdo con Blumer⁹ el interaccionismo simbólico busca precisamente dar cuenta de cómo los seres humanos actúan, basándose en los significados que las acciones sociales tienen para ellos cuando las personas ponen en juego la interacción. De esta manera, se busca rescatar el sentido que los actores clave dan a las situaciones en las cuales se enmarca su actuar cotidiano como funcionarios/as públicos y legisladores/as, en tanto diseñadores y ejecutores de política pública o como organizaciones de la sociedad civil que buscan tener incidencia en los asuntos públicos y las consecuencias de su interacción.

Para el análisis de las conceptualizaciones establecidas se crearon tres dimensiones evaluativas: Fortaleza cuando la mayoría de los actores involucrados distingan las diferencias entre los conceptos de equidad/igualdad de género y de equidad/igualdad de género en salud así como de salud reproductiva; Fortaleza razonable cuando en general queden claros los conceptos de equidad e igualdad de género y su correlativo en salud, pero no se distinga la conceptualización de salud reproductiva. Debilidad cuando los actores no identifiquen ninguno de los conceptos señalados.

Este ejercicio analítico-conceptual fue realizado como un trabajo a priori a lo que fue propiamente la evaluación del presupuesto asignado al programa, y se hizo necesario para entender por qué, en muchos casos, parecía no haber relación entre el recurso asignado y las metas a cumplir en el programa. Debe de recordarse que dependiendo de lo bien que se plantee una definición conceptual para tomar acciones, dependerá en buena parte el éxito de la misma.

Resultados

El plano discursivo o interpretativo de los actores clave seleccionados se valoró como fortaleza razonable, ya que la interpretación de la mayoría de ellos sobre igualdad y equidad de género y sus correlativos en salud refleja en lo general las ideas centrales desarrolladas y acordadas a través de diversos organismos internacionales, lo que significa una interpretación simbólica congruente, pero no así en su relación con el concepto de salud reproductiva, lo que podría llevar a un actuar diferenciado de las personas que intervienen en la aplicación de la política pública. Así tenemos que las ideas centrales sobre igualdad de género desarrolladas por los organismos internacionales, que versan sobre *la no discriminación de derechos con base en*

el sexo de las personas, así como lo relativo a que la igualdad es el fin en tanto que la equidad es el medio, estuvo presente en los testimonios dados por los entrevistados, aunque no de manera literal, sí de forma interpretativa, como puede verse en los siguientes testimonios:

Uno de los actores del poder legislativo expresó:

“La igualdad es un tema genérico y una demanda importante desde la perspectiva de que hay que eliminar todas aquellas cuestiones discriminatorias para las mujeres”. LEG 01

Dos funcionarias del poder ejecutivo al referirse a la igualdad de género expresaron:

“Estamos hablando de un derecho, eso es a lo que quisiéramos llegar, es un derecho normado y previsto en el derecho internacional y nacional... entonces la igualdad es un derecho tutelado y es la aspiración de ser de las políticas de género”. E-02.:

“El concepto de igualdad es igualdad sustantiva, igualdad de oportunidades, igualdad quiere decir que el Estado proporcione condiciones para que tengan un acceso igualitario al ejercicio pleno de sus derechos. Entonces cuando hablamos de igualdad de género estamos hablando de igualdad sustantiva”. E-07

Dos actores clave de las organizaciones civiles manifestaron:

“La igualdad implica una orientación estratégica, una orientación histórica incluso ¿no? o sea un “hacia dónde vamos”, la intención es que las acciones afirmativas y la situación de excepción que implica la desigualdad tienda a desaparecer”. OSC-01

“El término de igualdad pues es más reciente, a partir de que Naciones Unidas dice, bueno pues no queremos ser iguales a los hombres sino queremos que se fomenten mecanismos que reconozcan la diferencia y que no traten igual a los desiguales sino los traten con ciertas diferencias para que estas acciones afirmativas, diferentes cuotas, cupos para compensar las desigualdades pueden estar en una situación más equiparada”. OSC-03

No obstante, también en otros actores clave del poder ejecutivo se encontró una visión escéptica a la temática, lo que refuerza el calificativo de fortaleza razonable ya que en la interpretación simbólica que hacen incluyen elementos que no corresponden a las definiciones conceptuales analizadas y pudieran afectar el interactuar entre ellos, como ejemplo puede verse los siguientes discursos:

“Está bien ir trabajando en el asunto de igualdad de género, me parece que está bien, hay que abordarlo pero vamos cerrando brechas que traemos abiertas, abiertas desde hace muchos años, y esas brechas se dan entre géneros y al interior de los géneros ¿no? Entonces yo creo que, a mí por lo menos, personalmente, estoy más interesado en cerrar las brechas de desigualdad que hay al interior de las propias mujeres ¿no? Te explicaba, me gustaría mucho que las mujeres indígenas, que las mujeres pobres pudieran tener acceso a todos los servicios y recursos que el Estado tiene para la salud porque eso también significa para esas mujeres, una esperanza de vida mayor. Y lo mismo pasaría con la población de hombres, o sea, vayamos resolviendo los problemas de desigualdades que hay entre las poblaciones, al interior de los propios grupos poblacionales, porque ahí todavía tenemos una tarea pendiente”. E-09

Por lo que toca a las ideas centrales sobre equidad de género desarrolladas por los organismos internacionales, que se resumen en “*la posibilidad de tratamientos diferentes para corregir desigualdades de partida, y medidas no necesariamente iguales, pero conducentes a la igualdad en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades*”⁸; se encontró una mayor coincidencia en la interpretación de los actores que la que se tuvo al indagar la interpretación sobre el concepto de igualdad de género, esto particularmente en lo que se refiere a los actores del poder ejecutivo y legislativo, como se puede apreciar en los siguientes discursos:

“La equidad tiene que ver con el sentar pisos parejos a través de acciones afirmativas para que mujeres y hombres tengamos los mismos niveles y podamos ejercer derechos. Entonces, equidad es un concepto que sí se utiliza, pero sobre todo en las políticas que se han venido diseñando con el objetivo de que las mujeres tengan estas medidas de compensación...para dejar el mismo piso que permita superar la desigualdad”. E-02

“Ahora ¿qué cosa es la equidad? La equidad es todo lo que hacemos para eliminar, reducir, atenuar las barreras que social y culturalmente existen para conseguir esa igualdad ¿sí? Entonces la equidad es, en el concepto más simple que uno puede manejar, es dar a cada quien según su necesidad, de manera que, se emparejen en términos de oportunidad ¿sí? Si las mujeres tienen barreras de acceso económico porque no tienen seguridad social, porque no tienen trabajos... formales”. E-07

“La equidad es un medio, no es el fin, el fin es el logro de la igualdad o que las políticas públicas den una atención con igualdad de género, pero la equidad la concebimos como un medio es decir, se

debe...se debe de, cuando instrumentas una acción o una política, debes de partir de visualizar las diferencias y de actuar con un sentido de justicia, que la equidad contiene estos dos elementos ¿no? Para poder lograr un trato igualitario ¿no? o una igualdad sustantiva”. E-04

Por su parte una de las legisladoras abordó la temática con suficientes bases conceptuales, que diferían notablemente de las percepciones del poder ejecutivo evidenciando una fuerte apropiación de las definiciones conceptuales de orden internacional, esto por supuesto complementa la interacción en la implementación de las acciones públicas que usan recursos para atender la perspectiva de género. Se transcribe el testimonio:

“Bueno hay un problema, primero en la traducción, porque equidad viene de *equity*, que quiere decir igualdad ¿no? Sin embargo desde el punto de vista de la filosofía jurídica existe un concepto diferente entre igualdad y equidad ¿no? Que equidad lo definió Aristóteles, como aquel principio de justicia del cual se tenía que echar mano en el momento de que la aplicación de la ley crea injusticia, entonces se trata normalmente de situaciones, en que están ciertos grupos de la sociedad en desventaja que en los cuales, la simple aplicación de la ley no les procura justicia... Esa es como la definición clásica de equidad. Entonces equidad es algo para corregir las injusticias, es un principio para corregir las injusticias que produce la aplicación de la ley. De esa manera creo yo que en materia de género el tema de la igualdad es un tema genérico y una demanda importante desde la perspectiva de que hay que eliminar todas aquellas cuestiones discriminatorias para las mujeres. Pero, en el tema de eliminar las discriminaciones no solamente el bracero de la igualdad se debe de echar mano, sino también se debe de echar

mano del principio de la equidad cuando el bracero de la igualdad no produzca igualdad. Entonces lo que pasa es que se usa, no con esa conciencia, yo pienso que se usan simplemente como sinónimos a veces... pero la CEDAW desde 2006, desde el informe 2006 ya advertía que no se usara equidad y que se usara igualdad". LEG-01

Al entrevistar a actores clave de la sociedad civil se encontró que si bien existe un acercamiento al concepto de equidad de género y su diferencia con el de igualdad de género establecidos en los acuerdos internacionales, emergió una mayor dificultad para poderlos interpretar, como se observa a continuación:

"La diferencia es que equidad, es, dice la literatura, la bibliografía, es como el medio para alcanzar el fin que es la igualdad ¿sí? Entonces... no es lo mismo equidad que igualdad, la igualdad... no hay el derecho a la equidad, la igualdad es un derecho, un derecho de las personas, un derecho en especial de las mujeres de alcanzar la igualdad respecto a los varones, entonces podría yo sintetizarlo". OSC-06

"En la época post-Beijing se hablaba de que igualdad era como que poner en un plano igual a hombres y a mujeres y que más bien había que ir a una visión de equidad que tomara en cuenta también diferencias, que la equidad planteaba el... igual acceso de oportunidades a diferentes satisfactores como la educación o la salud, pero que podía requerir de pronto de ciertas estrategias afirmativas o estrategias de posicionamiento preferencial de las mujeres, todo el sistema de cuotas y todo...". OSC-04

Respecto a la categoría igualdad de género en salud, así como su interpretación, se encontró que –aunque con mayor dificultad– la mayoría de los actores lograron reconocer la idea principal relacionada con

la definición ya apuntada en párrafos anteriores, la cual señala que: "las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos", como se observa en el siguiente discurso:

"La igualdad de género en salud implica que, mujeres y hombres atendiendo a sus necesidades particulares tengan las mismas oportunidades de tener acceso, utilizar y financiar los servicios de salud que requieran". E-07

Sin embargo algunos de los entrevistados de las organizaciones de la sociedad civil y el poder legislativo, no siempre lograron interpretar el concepto, lo que sin duda afecta la interacción entre los tres grupos de actores que intervienen en los procesos decisorios del presupuesto con perspectiva de género. Como ejemplo de lo anterior tenemos:

"En salud... pues sería... el acceso también, el acceso tanto de mujeres y hombres no sólo a poder ser atendidos por el sector salud sino también a los elementos necesarios para prevenir y tener un buen nivel de una calidad de vida, tener la información suficiente para tener una buena calidad de vida en el polo de la salud, no nada más en el polo de la enfermedad". OSC-04

"Digamos que la igualdad sería que la mujer tiene el derecho a ser atendida como lo dice la ley ¿no? o sea... para que mantenga niveles óptimos de salud y una condición de vida digna, por decir ¿no? Y cualquier mujer tiene derecho a eso ¿no? tiene que ser igual a cualquier ciudadano mexicano en cuanto al cuidado de su salud y de su dignidad ¿no?". OSC-06

"Nosotros no lo tenemos conceptualizado". LEG-02

Al indagar la interpretación que los actores clave hacen del término equidad de género en salud, se encontró una mayor dificultad para que pudieran interpretar la idea principal que ha resumido la Organización Panamericana de la Salud (OPS) relativa a que la equidad de género en el campo de la salud, se trata de “intervenciones dirigidas a eliminar disparidades sistemáticas, injustas y evitables entre grupos sociales —mujeres y hombres— respecto al nivel de salud”.

De todos los discursos recabados de actores del poder ejecutivo para la interpretación acerca de este concepto, solo uno logró acercarse al concepto aludido, el cual se transcribe a continuación:

“En realidad la equidad es el medio para llegar a la igualdad y esas son las políticas que nosotros pues trabajamos ¿no?, o sea trabajas con el concepto de equidad, pero el concepto de equidad es digamos, el medio para, llegar a tener una mayor condiciones de oportunidades, más igualitarias ¿no? o en este caso cuando se trata, reducción de desigualdades de género en salud”. E-06

En tanto en los discursos de actores de la sociedad civil se encontró mayor coincidencia interpretativa con los enunciados internacionales, como se muestran a continuación:

“Para hacerlo muy esquemáticamente, yo les decía que equidad es tratar de manera desigual a los que son desiguales, entonces cuando hablamos del tema de salud, como cualquier otro derecho humano, hablamos de cuestionar las condiciones que están impidiendo a las mujeres a vivir y ejercer plenamente sus derechos. Entonces en el tema de la salud no solamente es un tema de servicios sino es, fundamentalmente, es un tema de acceso ¿por qué

las mujeres no pueden acceder a los servicios de salud? por problemas económicos, por problemas de control de su cuerpo, por problemas de negociación con la pareja o sea, por problemas de violencia. Entonces todos estos implican una serie de medidas tendientes a que primero, las mujeres puedan acceder a los servicios para empezar...”. OSC-01

“La equidad sería... por ejemplo... hacer como acciones específicas para garantizar que las mujeres tengan, y los hombres, tengan acceso por ejemplo a los servicios de salud o a los programas de salud en las mismas condiciones como físicas, digamos, unidades móviles por ejemplo o centros de atención a salud, o programas... campañas locales de salud, sería que tuvieran el mismo acceso”. OSC-06

Finalmente, respecto de la última categoría analizada que enmarca las interpretaciones de los actores clave sobre la temática de salud reproductiva, mostró una debilidad ya que fue la que tuvo menos acercamiento a la visión integral que ha sido definida por los organismos internacionales.

Incluso pudo encontrarse que, además de no lograrse una interpretación integral de la temática, se mostró una desagregación de ideas, e inclusive, existió una coincidencia en algunos actores respecto de que hasta hoy, el término tiende a asociarse más a aspectos de planificación familiar, lo que se encuentra lejos de ser la posición internacionalmente aceptada sobre el concepto. Lo anterior se evidencia en los siguientes ejemplos de discursos de actores del poder ejecutivo:

“El concepto de salud reproductiva es muy amplio y por ejemplo, presupuestalmente VIH-SIDA está aparte de lo que es salud sexual y reproductiva”. E-06

“Entonces si usted me pregunta en relación a salud reproductiva, salud reproductiva, tiene en este momento ocho programas, y de estos ocho programas, tiene cuatro prioritarios para el estado y aún para el país...Serían: Arranque Parejo en la Vida, que lo seguimos manejando como salud materna y perinatal; Panificación Familiar, que fue el pionero en salud reproductiva, con ese nace la salud reproductiva ¿no? Y Cáncer Cervicouterino y Cáncer de Mama, que no estaban inmersos en salud reproductiva estaban inmersos en lo que era vigilancia epidemiológica y que pasaron a ser parte de salud reproductiva por considerarse por la salud de la mujer y la salud sexual ¿no? porque tenía que ver con esta parte. Pero yo creo... esos son los cuatro prioritarios dentro del área de salud reproductiva, pero tenemos Violencia ¿sí?, Equidad y Género, tenemos Discapacidad que no es... que es relativamente nuevo dentro de la salud reproductiva ¿no? Y al interior manejamos separado planificación familiar y atención sexual y reproductiva de los adolescentes ¿no? se trabaja como parte por este proceso de grupos de edades ¿no? O sea trabajar con la planificación en general y trabajar con este grupo de adolescentes en la salud sexual. Entonces tenemos ocho programas dentro del área pero de ésta, si usted me pregunta pues todos tienen que ver con esta parte de salud reproductiva”. E13

En los discursos de los actores del poder legislativo, no se logra encontrar una línea conceptual clara sobre salud reproductiva, lo que es preocupante ya que son un actor central en la asignación de los presupuestos públicos con perspectiva de género, y como ya se dijo es precisamente la salud reproductiva uno de los hitos en la lucha por la equidad e igualdad de género en salud.

Es en el discurso de algunos de los actores clave de las organizaciones de la sociedad civil, cuando se percibe una mejor comprensión de la temática, lo que es comprensible si se reconoce que son precisamente las organizaciones de la sociedad civil las que históricamente más han luchado por el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Los testimonios que a continuación se presentan dan cuenta de lo antes señalado:

“...tenemos un concepto o una definición que viene a través de la Plataforma de... Acción de Cairo...del Cairo, donde nos define la salud sexual y la salud reproductiva como un estado de bienestar físico...”.
CD-01

“...todo está como parcelado ¿no? Por un lado están los que promueven la prevención del VIH-SIDA, por otro lado están los de todo lo que es la cuestión del embarazo y mortalidad materna, por otro lado los de planificación familiar, el programa de los adolescentes ¿no? –cómo se llama– de los espacios amigables para adolescentes, entonces está todo, como separado, hay una relativa desarticulación, ese es uno, es un problema que habría que superar. Y realmente re concebirlos como programas de salud, de sexualidad y salud reproductiva o salud sexual y reproductiva ¿no? como que lo sexual todavía no, no, no se animan a nombrarlo cuando tiene que ver todo con lo reproductivo. Y la otra es bueno, realmente asumir la mirada relacional...O sea realmente incorporar. El programa de adolescentes hizo un trabajo con, más específico con hombres y mujeres, creo que hay muchas oportunidades perdidas en todo lo que es el trayecto de la planificación familiar, toda la parte del embarazo, realmente plantearse la posibilidad, la presencia de los... las parejas o de familiares en todo el proceso del embarazo. Los hombres juegan un rol central en el manejo de recur-

sos y de los permisos por ejemplo que tienen que ver con muertes maternas. Que el programa de VIH esté atento a cómo se está feminizando la epidemia y realmente empiece a generar programas hacia las mujeres. No hay un programa nacional de prevención del cáncer de próstata, siendo que ya es el primer cáncer que mata a hombres adultos y con toda la resistencia que tienen los hombres a trabajar esa parte, bueno, pues ya está en tasas muy altas cuando... o sea como que no hay una actitud anticipatoria a las tendencias que muestra la epidemiología. Hay países en donde por ejemplo es mucho más frecuente la vasectomía que la oclusión tubaria, entonces realmente...durante un tiempo el programa de vasectomía tuvo buena promoción y bastante buena aceptación entre los hombres, pero quedó en desuso y actualmente por cada hombre que se liga hay 25 mujeres, entonces hay un desnivel ahí, cuando es mucho más barato, mucho más eficaz y más indoloro...bueno más, sí, más leve pues. Pero también ha desaparecido esa promoción de la vasectomía, entonces hay como muchas oportunidades ahí, cosas que se han hecho y que se han ido perdiendo...esperamos, que haya cierta contaminación positiva, para ir más allá de la planificación familiar y sí llenar una mirada más amplia de salud reproductiva, que todavía creo que no se ha logrado, todavía la inercia de planificación familiar, como control natal, pesa mucho en... no sé qué tanto en los mandos superiores pero sí en mandos medios y la gente de campo todavía es “muy la vieja escuela de la planificación familiar” aunque ya le hayan cambiado el nombre”. OSC-04

Discusión y conclusiones

La interpretación conceptual que los diferentes actores responsables y/o involucrados tienen en la implementación de una política pública –en este caso, los presupuestos públicos con perspectiva de

género–, es fundamental para comprender la coherencia o incoherencia en su concreción a través de acciones de gobierno.

Por ello el análisis del discurso de los involucrados en el ciclo de elaboración de políticas públicas es una forma de entender el proceso de apropiación y transformación de realidades sociales, lo que puede proporcionar además elementos para conocer algunos de los motivos que pudieran afectar lo consecución de los objetivos previstos, ya que cuando se tienen visiones contradictorias o parciales sobre el fenómeno a transformar, dificulta la interacción que debe existir entre los involucrados.

A través de las entrevistas realizadas a 27 actores clave de los poderes legislativo, ejecutivo y organizaciones de la sociedad civil se pudo comprender que en términos de presupuesto con perspectiva de género en salud, el aspecto más débil en la interpretación de la realidad a transformar, fue el relacionado con la salud reproductiva, impactando con ello un tanto desfavorablemente, las acciones que sobre este aspecto debieran realizarse según lo acordado a nivel internacional por los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, entre ellos México.

Una explicación a esta debilidad podría encontrarse en lo que uno de los informantes dijo respecto de la disgregación de las diferentes acciones de salud reproductiva en programas presupuestales diversos y desarticulados que no abordan integralmente los cinco aspectos marcados por la OMS como aquellos que deben ser abordados por los países en esta materia. Lo anterior explica que algunos temas como lo es lo relativo a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH no formen parte del programa de salud reproductiva y que otros se traten

desde una visión tradicional orientada principalmente a la planificación familiar, como es el caso de los programas relacionados con la sexualidad.

Con base en lo anterior, es recomendable que se impulse un amplio proceso de diálogo y búsqueda de consensos respecto a la temática de salud reproductiva que permitan encontrar puntos de acuerdo en las interpretaciones de los actores involucrados en esta temática, y que se fortalezca la rectoría de la Secretaría de Salud a efecto de garantizar que los acuerdos alcanzados a través de los organismos internacionales se logren concretar en políticas públicas que reflejen la integralidad que se pretende alcanzar a nivel mundial.

Nota: Este trabajo se deriva de un proyecto de investigación general titulado: “Evaluación de la metodo-

logía para la integración del programa 'Atención a la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud' (P017), así como su ejercicio presupuestal y la participación social de las mujeres en su construcción y seguimiento”, que se realizó con apoyo del Fondo Sectorial de Investigación y Desarrollo INMUJERES-CONACYT, convenio 148440, durante 2011-2012.

Note: This paper is a product of a wider research project called “Evaluation of the approach and budget management of the programme 'Reproductive Health and Gender Equality in Healthcare' (P017), and the social participation of women in its development and follow-up”, which was carried out from 2011-2012 with support from the INMUJERES-CONACYT Research and Development Fund, project number 148440.

Bibliografía

1. UNIFEM. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Anexo II de Dicha Plataforma, capítulo IV relativo a Objetivos Estratégicos y Medidas se apuntan en el inciso 57. Año 1995
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20S.pdf> (consultada 8 de mayo 2012)
2. UNIFEM Op. Cit.. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Anexo II, el capítulo VI. Punto 346
3. UNIFEM Op. Cit. Pág. 44
4. Coello Cremades, Raquel. Experiencias de Presupuestos con Enfoque de Género en América Latina: Una mirada desde la economía Feminista. Ponencia presentada en el tercer Congreso de Economía feminista "La economía feminista en un contexto de crisis global". Abril de 2009. Disponible en: <http://www.upo.es/congresos/economiafeminista/Comunicaciones/area2/index.jsp> (consultada 13 de mayo de 2012)
5. ONU. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, 7.2
https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf (consultada 18 de mayo de 2012)
6. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Guía Transversalización de Género en Proyectos de Desarrollo. México: 2006
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Página WEB Género y Salud
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2680%3Agender-and-health&catid=3344%3Agdr-gender&lang=es (consultada 20 de mayo de 2012)
8. Organización de la Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (ONU/PNUD). Marco Estratégico Regional de Género del PNUD para América Latina y el Caribe. 2005-2009. Pág. 10
http://www.pnud.org.co/img_upload/196a010e5069f0db02ea92181c5b8aec/Marco_Regional_Genero_PNUD-LAC.pdf (consultada 22 de mayo de 2012)
9. Blumer, H. (1982) El Interaccionismo Simbólico. Perspectiva y Método. Barcelona: Hora S.A. (Original en inglés: 1969. Symbolic Interactionism Perspective and Methods)

El pasado imaginado: Una refutación a la historia tradicional del Hospital Civil de Xalapa

The invented past: A rebuttal of the traditional history of the Hospital Civil of Xalapa

Héctor Strobel del Moral¹

Un Hospital no es otra cosa por su naturaleza que una oficina de disgustos

Gerardo Zavaleta, prior del convento de la Inmaculada Concepción de Xalapa (1808)

RESUMEN

Introducción: Un Hospital como objeto histórico es un bien social de mayor utilidad cuando su análisis es crítico en origen y va más allá del recuento de hechos. En ese sentido, en este artículo nos proponemos exponer cómo y por qué razón fue elaborada una historia ficticia para el Hospital Civil de Xalapa.

Método: Lo anterior fue planteado en un inicio como problemática. El trabajo empírico se sustentó en la consulta e interpretación de archivos históricos. Con ellos fue fundamentada la hipótesis planteada y se elaboró, de la misma forma, un análisis y una crítica.

Resultados: La idea de la hospitalización medieval, elaborada con tentativas meramente caritativas y desvirtuadas de cualquier intención médica o quirúrgica, fue el móvil de la génesis del ancestro directo del Hospital Civil de Xalapa. La reconfiguración en el imaginario occidental de estos principios dominantes a lo largo del siglo XVIII, aunado al naciente espíritu capitalista, llevó a los intelectuales del momento a replantear propósitos nuevos y objetivos utilitarios en los nosocomios antiguos, los cuales fueron esparcidos y adoptados en éstos con un furor nunca antes visto. Semejantes pautas no pasaron en balde, por supuesto, ante la faz del antecedente directo del Hospital Civil de Xalapa, el cual, de hecho, quedó comple-

tamente reformado a razón de la implantación de dichas medidas en su seno.

Discusión: Menos por ceguera que por el abuso excesivo de un método y por la falta de interés en profundizar en el tema, una serie de investigadores a escrito y reescrito hasta hoy una historiografía ajena, en sus cimientos, a cualquier acontecimiento relacionado con la historia del Hospital; e ignorante y falto, por lo tanto, de toda evidencia archivística.

Palabras clave: Hospital, Historia, Xalapa.

ABSTRACT

Introduction: The Hospital, as a historical object, is a social resource with a high impact when its analysis is critical and goes beyond a mere recount of events. In that sense, this article will show how and why a fictional history for the Hospital Civil of Xalapa was made.

Method: The above statement was identified as problematic. The empirical work was based on the consultation and interpretation of historical records. With this data the hypothesis was supported. Then an analysis and a critical review were developed.

Results: The idea of the medieval hospitalization created for merely charity purposes and diverted of any medical or surgical intention, was the genesis of

1. Héctor Strobel del Moral, Licenciado en Historia, Universidad Veracruzana, correo electrónico: hiperion50@yahoo.com.mx.

the direct ancestor of the Hospital Civil of Xalapa. The reconfiguration in the western imaginary of these dominant values during the 18th century, in connection with the new capitalist spirit, led the intellectuals of that moment to reconsider new proposes and utilitarian objectives for these ancient hospitals, in which they were disseminated and adopted with a frenzy that had never seen before. These patterns did not happen in vain, certainly, in the direct ancestor of the Hospital Civil of Xalapa, which, in fact, was com-

pletely reformed due to the implantation of these patterns within.

Discussion: Least for blindness than for the excessive abuse of a method and because of the lack of interest in deepening the topic, a group of researchers have written and rewritten until today a foreign historiography, in its foundations, of any event related to the history of the hospital; Therefore, it is ignorant and lacking of record evidence.

Key words: Hospital, History, Xalapa.

INTRODUCCIÓN

Por décadas, el Hospital Civil de Xalapa ha contado con orgullo a sus integrantes y concurrentes una historia que toman por sentado como verdadera. Una historia que utiliza como respaldo una placa, un nombre y un libro. Cual relato oral de la antigüedad –cuyo discurso se valía de los elementos de la bóveda celeste para volverlo verídico y tratar de acercarlo a la experiencia del interlocutor¹– aquellos que cuentan la historia del Hospital señalan una agrietada placa de mármol y hacen referencia a un individuo (mostrando en ocasiones una vieja reproducción de su rostro), sin dudar ni un minuto de la autenticidad del relato debido a la autoridad con la que ha sido cubierto, a la cantidad de años que tiene, a que ha sido publicado y a la posición de la gente que lo narra.

En efecto, hace ya más de cincuenta años que el licenciado Leonardo Pasquel escribió su historia del Hospital Civil² como parte del festejo del sesquicentenario de lo que se creía era la fecha de fundación del nosocomio, 1862, sin basarse en más que en la citada placa, en la interpretación que se le había dado y en la que este autor le dio según sus conocimientos de la época.

El objetivo del presente artículo es, primero, esbozar sucintamente la investigación histórica en torno al Hospital Civil de Xalapa que se ha realizado tras consultar archivos históricos, para así proceder a exponer cómo fue tejida y nutrida –sin ninguna base sólida– la *historia tradicional*, contada como ha sido contada hasta ahora, que narra la fundación del Hospital Civil (entendiendo por *historia tradicional* del Hospital Civil, por supuesto, aquella que sostiene que fue fundado el 1° de marzo de 1862 por Sebastián Canóvas y Pérez de Tudela).

La realización de la investigación presente requirió la ruptura con ciertos mitos monolíticos que en un inicio su autor no contemplaba. Una cosa conllevó a la otra. La principal base empírica de todo historiador: el archivo. La labor fue iniciada en el Archivo Histórico Municipal de Xalapa. Cuando éste fue consultado la evidencia que arrojaba nada tenía que ver con lo que se había dicho del Hospital ni tampoco, sorprendentemente, cuando se procedió a revisar la literatura de hace más de un siglo concerniente a su historia. Esto no sólo fue el móvil que originó en el autor el interés sobre sus verdaderos orígenes, sino también lo instó para adoptar una actitud escéptica sobre todo lo que se había escrito de él a partir de los años sesenta hasta la actualidad.

Lo siguiente fue continuar trabajando con los resultados empíricos obtenidos. Éstos poseían la lógica y el peso del cual la historia tradicional carecía. Su rastro era tan largo que continuar la investigación significaba buscar en libros cada vez más antiguos, al igual que en acervos públicos y particulares que en un inicio no se contemplaban consultar. De intentar contribuir con la historia tradicional del Hospital se terminó por romper con ella.

MÉTODO

Como gran parte de la labor del historiador, el método empleado³ en el presente trabajo de investigación fue, en síntesis, el siguiente:

- 1) Plantear el problema (en nuestro caso, el supuesto de que la historia tradicional del Hospital Civil fue inventada) y una hipótesis (su historia es mucho más antigua de lo que se ha creído).
- 2) Realizar la investigación empírica en documentos que arrojaran alguna clase de testimonio sobre la historia del Hospital. En general, en este trabajo, el punto fue cubierto con la consulta de archivos históricos, fuentes documentales compiladas y litera-

tura antigua en ediciones antiguas o reeditadas.

- 3) La exposición en forma de relato de los resultados obtenidos, presentando el *cómo* y los *porqués* de las cosas; la comprobación de la hipótesis y la crítica a la historiografía sobre el tema.

Cabe mencionar que este trabajo forma parte del proyecto de investigación del Hospital Civil denominado “Historia del Hospital Civil de Xalapa” y registrado con la cifra JSV/HRLFN/2013/02.

RESULTADOS

Al igual que gran parte de los Hospitales de Hispanoamérica anteriores al siglo XX, el origen indiscutible del Civil de Xalapa fue una fundación pía encargada a una corporación religiosa: el convento de la Inmaculada Concepción, administrado por los hermanos de la orden hospitalaria de San Hipólito.

A mediados del siglo XVI resultaba urgente construir algún sitio intermedio y de buen temple en el cual los migrantes españoles, tras surcar el Atlántico, pudieran recuperarse de su viaje y de las enfermedades contraídas en él, puesto que hasta entonces para ello sólo contaban con dos opciones poco ideales: el cercano Hospital de San Martín en el islote de San Juan de Ulúa, cuyo clima resultaba perjudicial para su salud en ciertas épocas del año; y el de Bethlem, en el lejano páramo de Perote, que, aunque de buen clima, alcanzarlo significaba realizar un lato esfuerzo.

Atendiendo esta gran necesidad, el franciscano fray Joan de Mancilla^b estableció el que sería denominado para la época como *Hospital de Xalapa*, en ésta población, fundación pía que –aunque carecemos de docu-

mento alguno que nos aclare la fecha precisa de su fundación– podemos datarla entre los años de 1562 y 1563 gracias a las menciones que se hicieron de él⁴.

Por falta de documentos no es posible saber a ciencia cierta por cuánto tiempo fray Mancilla estuvo al frente del Hospital, o si éste fue administrado por otra u otras personas, pero hacia finales de 1580 y mediados de 1584 dicha obra filantrópica recayó en manos de otra orden religiosa, los hermanos de la caridad de San Hipólito^c, por razones que desconocemos. Podemos suponer que pudo deberse a alguna invitación que les hicieron para presidirlo, o a iniciativa suya, con la intención de concluir la red de hospitales que tenían proyectada desde la cota hasta la capital novohispana (se habían hecho cargo de los citados de San Marín y de Bethlem; y habían fundado en Puebla el de San Roque y el de San Hipólito en México). Los hipólitos anexaron un claustro al nosocomio y le cambiaron el nombre de *Hospital de Xalapa* al de *Hospital convento de la Inmaculada Concepción*, debido a la advocación que fray Bernardino de Álvarez, fundador de la orden, le otorgó^{d5}.

Cada Hospital convento de la orden estaba bajo la responsabilidad de un hermano mayor, ante el cual rendían cuentas los demás frailes del claustro (en el caso del de Xalapa eran generalmente dos) junto con los sirvientes y los esclavos. Aunque en general poseían muy pocas rentas, los hipólitos recibían cuantiosas limosnas de sus feligreses. El hábito que utilizaban era de paño color pardo. Los fundamentos de su regla eran sencillos: en cuanto su vida interior sus votos eran la obediencia, la pobreza, la uni-

b Fray Joan de Mancilla fue prior y fundador del convento de San Francisco de Xalapa.

c Los orígenes de la orden hospitalaria de San Hipólito datan de la licencia que le otorgó el arzobispo de México a fray Bernardino de Álvarez en 1566 en la Ciudad de México para desempeñar la labor hospitalaria que hasta entonces había emprendido como congregación religiosa. Aunque no fue su intención, la vida de hermandad que este individuo llevó con sus ayudantes lo condujo a solicitar la autorización del Papa para instituirse como orden (la primera mexicana), la cual le fue concedida algunos años después.

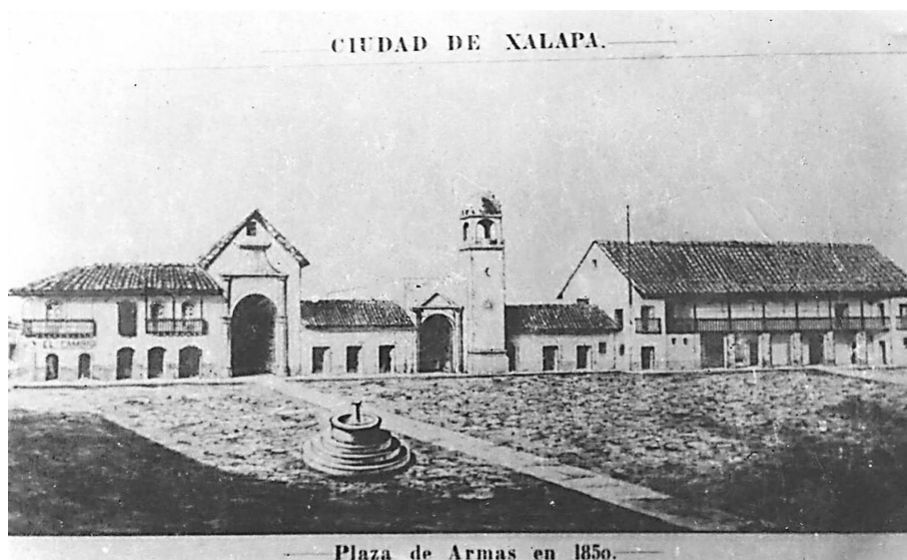
d Cabe mencionar que fue por esta razón que la Virgen María en su Inmaculada Concepción –según la Iglesia Católica– es hoy en día la patrona de Xalapa.

dad y la paz; mientras que su vida externa debía de guiarse por el voto de la hospitalidad y por la virtud de la caridad. Por esa razón era requisito que desde el noviciado fueran entrenados en brindar atención a los pobres. Las limosnas que recibían eran encausadas a las obras hospitalarias y a los pobres, destinando los sobrantes al sostén de sus otros hospitales.

El Hospital de Xalapa permaneció al cargo de los monjes de San Hipólito por alrededor de 240 años. Éste se encontró en la mayor parte del terreno en el que hoy en día se levanta el Palacio de Gobierno que estaba compuesto por el edificio del Hospital, el del claustro, por el de un par de locales que poseía para rentar y el de la capilla dedicada a la Inmaculada Concepción, en donde se oficiaban misas en favor de los enfermos y del ánima de los difuntos (ver imagen 1). En la parte posterior de dicho conjunto se encontraban, lindando con algunas casas, el patio del convento, en donde se encontraba el huerto, un corral de piedra, una cocina (construidos ambos en 1621⁷) y la puerta trasera⁸ que daba a la calle que hoy en día se llama Ignacio Zaragoza. De frente, el Hospital colindaba al este con una casa particular y al oeste con las Casas Reales (edificio en donde se albergaba el alcalde mayor, la cárcel de la población y, a partir de 1794, su ayuntamiento).

No podremos comprender la naturaleza de un hospital de los siglos XVI al XVIII si lo asociamos con uno actual. Para empezar en aquellos tiempos éstos se encontraban en gran parte alejados de las prácticas médicas, puesto que su objetivo principal no era ni la sanación ni –mucho menos– la prevención. El hospital de aquella época devenía de la tradición medieval, cuyo principal objetivo era la atención caritativa a los pobres, principalmente aquellos que se encontraban moribundos y que necesitaban urgente asistencia material, espiritual y hospedaje antes de expirar. Sus condiciones por lo general eran deplorables, siendo frecuente que cualquiera que entrara muriera por una enfermedad contagiada dentro de él que por la razón por la cual ingresó. Por ello estos hospitales eran, literalmente, lugares “para morir”, según una expresión de la época. El origen del hospital moderno no lo podremos hallar sino hasta la segunda mitad del siglo XVIII cuando, debido al elevado costo económico que había adquirido la vida humana y al intentar evitar la propagación de epidemias, fueron replanteados sus propósitos, neutralizados sus efectos negativos, introducidos médicos profesionales para su servicio y puestos en práctica nuevos métodos de disciplina y control social⁹.

Imagen 1. Al Centro, el hospital convento de la Inmaculada Concepción de Xalapa



A continuación, en la tabla 1, podemos observar un listado de los administradores y hermanos mayores que poseyeron el Hospital de Xalapa y su

continuidad, el hospital convento de la Inmaculada Concepción:

Tabla 1. Administradores del Hospital de Xalapa y el de la Inmaculada Concepción

Administrador (o hermano mayor)	Periodo
Fray Joan de Mancilla	1562 o 1563-¿?
Domingo Hernández (¿Fray?)	1584-¿?
Fray Andrés Martín (primer periodo)	1590-1600
Fray Alonso Sánchez	1601-¿?
Fray Martín Bartolomé Gutiérrez	1609-1611 (mención)
Fray Andrés Martín (segundo periodo)	1613-1617
Fray Diego de la Ossa	1618
Fray Gonzalo Hernández	1618-1621
Fray Francisco Felguera	1622 (mención)
Fray Manuel Cano	1625 (mención)
Fray Juan Gaitán	1631 (mención)
Fray Francisco Vieyra	1647 (mención)
Fray Miguel Martínez	1647-1648 (mención)
Fray Pedro Romero	1658 (mención)
Fray Francisco de Guevara	1660 (mención)
Fray Juan Marín Mata	1665 (mención)
Fray Miguel Hernández	1667 (mención)
Fray Francisco de Llerena	1668-1673
Fray José de Rojas	1673-¿?
Fray Luis Román (primer periodo)	1676 (mención)
Fray Juan Vázquez	1677-1678 (mención)
Fray Cristóbal Quintero	1680 (mención)
Fray Luis Román (segundo periodo)	1684-1688 (mención)
Fray Alonso de San Antonio	1691 (mención)
Fray Antonio de Luna y Arellano	1692-1696 (mención)
Fray Juan de Gaviola	1703 (mención)
Fray Rodrigo de la Fuente	1714 (mención)
Fray Juan Coca	1716 (mención)
Fray Manuel Rodríguez Melo (primer periodo)	1734-1736 (mención)
Fray José Enríquez	1744 (mención)
Fray Juan de Cuéllar	1748 (mención)
Fray Manuel Rodríguez Melo (segundo periodo)	1754 (mención)
Fray Antonio Juvera	1763 (mención)
Fray Juan Santiago Lobo	1770-1775 (mención)
Fray José de Salazar	1777 (mención)
Fray Manuel Quinto	1788-1789 (mención)
Fray José María de Santa Cruz	1793 (mención)
Fray Miguel Pardo	1795 (mención)
Fray Ignacio González	1799 (mención)
Fray José Gerardo Zavaleta	1804-1809 (mención)
Fray Juan Ignacio Saldaña y Bonilla	1816-1822

Fuente: Archivo Notarial de Xalapa, Protocolos: 1578-1594, 1594-1600, 1600-1608, 1609-1617, 1617-1631, 1645-1651, 1651-1663, 1663-1667, 1668-1674, 1675-1680, 1681-1693, 1694-1699, 1700-1706, 1713-1719, 1733-1735, 1736-1736, 1743-1745, 1747-1748, 1752-1754, 1754-1757, 1762-1763, 1769-1770, 1775-1776, 1789-1790, 1793, 1795, 1799, 1804.

El siglo XVII fue el esplendor de las órdenes hospitalarias novohispanas en general. La caridad de los feligreses los dotó de cuantiosas limosnas en efectivo y en especie, con las cuales los hermanos mayores pudieron atender sin muchos problemas a los enfermos que llegaban a sus puertas. Por el contrario, conforme pasaba el tiempo y la razón ilustrada de los fieles se iba sobreponiendo sobre los principios católicos, los hospitales dejaron de percibir los mismos ingresos que antes, disminuyendo radicalmente la calidad de sus servicios y obligándolos a vender sus propiedades¹¹.

Un acontecimiento que llegó a demostrar la ineficacia en la que habían caído los conventos hospitales fue la llegada a ellos de fuerzas militares durante la segunda mitad del siglo XVIII, que por los tiempos de guerra fueron enviadas a la intendencia de Veracruz desde la España borbónica. Durante su estancia tanto en Xalapa como en otras poblaciones, los comandantes militares tuvieron problemas con las órdenes hospitalarias debido a que, según ellos, les brindaban a sus soldados una pésima atención en todos los sentidos¹².

No hay registro de la razón, pero a finales de la década de 1780 el Hospital de la Inmaculada Concepción comenzó a ser llamado también *San Juan de Dios*, al punto que ya para principios del siglo XIX al Hospital ya no se le nombraba por su antiguo nombre. Este hecho llegó a confundir a historiadores como Manuel Rivera Cambas y Leonardo Pasquel, afirmando el primero que las riendas del nosocomio habían sido tomadas por la orden hospitalaria de San Juan de Dios y a suponer el segundo que ésta y la orden de San Hipólito llegaron a ser vecinas la una junto a la otra en la población¹³.

Durante el estallido de la guerra civil de independencia la situación del Hospital de San Juan de Dios se tornó más complicada, debiendo atender sin recursos ni personal calificado a los militares heridos en los enfrentamientos. Por esa razón el ayuntamiento de Xalapa debió auxiliarlo económicamente y tratando de buscar otras alternativas para sanar a los enfermos, comenzando así a desempeñar sobre él una suerte de tutela¹⁴.

Esto, aunado a la supresión de las órdenes hospitalarias promulgada por las Cortes españolas el 1º de octubre de 1820 y al restablecimiento de la Constitución de Cádiz de 1812 (que transfería los ramos de beneficencia al amparo de los ayuntamientos) vinieron a ponerle fin al hospital convento que por años se había dedicado a atender a los enfermos de la villa.

Cuando el ayuntamiento de Xalapa se dirigió a pedirle cuentas a José Ignacio de Saldaña y Bonilla, prior del convento hospital de San Juan de Dios, éste, en vez de acceder, solicitó su autorización para poder separarse de él y otorgarle el control del sitio a la corporación municipal. A pesar de ello el ayuntamiento no accedió a sus demandas de inmediato, limitándose a continuar apoyándolo económicamente, hasta agosto de 1822 cuando, "mirando el abandono en que se hallaba la humanidad doliente", decidió tomar las riendas de dicho Hospital¹⁵. Fue de esa forma como nació el *Hospital Civil de Xalapa* (también conocido en aquel tiempo como *Hospital de Caridad de hombres*, puesto que sólo admitía hombres) como institución laica administrada por el gobierno, y no hasta 1862, como tanto se ha insistido.

De los dos moradores del convento, el novicio Juan Vázquez marchó a la Ciudad de México a reunirse con sus hermanos, mientras que José Ignacio de

Saldaña y Bonilla optó por secularizarse y continuar dedicándose a la política municipal, a la caridad y al ejercicio de la medicina como director del Hospital de Caridad de Xalapa, sirviendo hasta enero de 1843.

Una buena cantidad de los ingresos anuales del ayuntamiento eran destinados al sostén del Hospital. Para su cuidado, uno de sus regidores era el encargado de inspeccionarlo, y poco a poco se fueron contratando nuevos empleados para su funcionamiento, creando los cargos de director, practicantes, sirvientes y topiqueros, todos ellos asalariados por el municipio. Para conseguirles alimentos a los enfermos, el encargado le pagaba a un contratista con dinero del municipio. Los servicios que ofrecía el hospital eran gratuitos para los pobres, cobrando cierta cantidad de dinero cuando atendía a quienes no lo eran¹⁶.

El puesto de director del Hospital de Caridad era cambiado o ratificado cada año por el ayuntamiento. Debido a la falta de médicos en la población, el puesto fue alternado entre ellos a lo largo del siglo XIX: José Ignacio de Saldaña y Bonilla, Joaquín García, Agustín Díaz del Guante, José Ignacio Rivadeneira, Carlos M. Casas y Sebastián Canóvas y Pérez de Tudela¹⁷.

Durante la primera mitad del siglo XIX, una vez secularizado el hospital, llegó a suceder que por periodos los militares llegaran a ocuparlo para sanar a sus enfermos o que el gobierno federal se hiciera del inmueble del ex-convento, razón por la cual se decidía trasladar interinamente a los enfermos a la *Casa de Recogidas de Xalapa* cada vez que ocurría esto, hasta que, debido a la demolición del ex-convento

para comenzar la construcción en su lugar del actual Palacio de Gobierno entre 1853 y 1855, la mudanza se tornó permanente y se debió de acondicionar su reducido espacio a la gran cantidad de enfermos que ahora recibía¹⁸.

La citada *Casa de Recogidas de Xalapa*, antes de serlo propiamente, surgió en diciembre de 1808 como *Hospital de mujeres*^e gracias a la iniciativa tomada por el ayuntamiento y al respaldo de las cuantiosas donaciones dejadas por varios vecinos acaudalados en sus testamentos. Para 1818 y 1819 llegó a ubicarse definitivamente en una casa que adquirió, situada en “los confines” de la Calle de Alba (hoy Nicolás Bravo), esquina con el Callejón de los Luises (Pedro Rendón)¹⁹. Para el 24 de abril de 1819, y debido al abuso que los guardias de la cárcel pública cometían contra las mujeres presas, el ayuntamiento acordó que éstas fueran recluidas en el Hospital de mujeres, conformando así la *Casa de Recogidas* de la villa –muy comunes en el hemisferio Occidente– dedicadas al alivio de las enfermas, a que las mujeres cumplieren su penitencia y a contener y a “corregir” a las prostitutas. Para tales efectos, el pequeño hospital se debió de ampliar, terminando las obras el 3 de octubre del mismo año, siendo trasladadas las presas a él de inmediato²⁰.

Discusión

Podemos atribuirle varios supuestos orígenes al nacimiento de la *historia tradicional* del Hospital Civil. Por ahora sólo nos centraremos en exponer aquella interpretación que puede ser corroborada con un par de escritos publicados.

El origen más remoto que hemos encontrado y al que le podemos atribuir el invento de dicha historia

e Puesto que el Hospital de la Inmaculada Concepción sólo admitía hombres.

tradicional –a reserva de encontrar otro de mayor antigüedad– es el artículo escrito por el Dr. Solón Sanginés^f. Fue sacado a la luz en dos publicaciones diferentes, pero con títulos distintos²¹, sin embargo es lógico pensar también que desde algunos años antes la idea ya se había comenzado a incubar en el imaginario colectivo de los trabajadores del Hospital desde que alguno de sus miembros, tras percibir lo antiguo de la placa de mármol consideró, sin ningún sustento, que la fecha gravada en ella era testimonio suficiente de su fundación.

Es de notar, claro está, que la placa^g nada dice ni sugiere de la supuesta fundación, ni menos aún de la donación de terreno o edificio alguno, como lo afirma el Dr. Sanginés²². Por el contrario, la famosa placa no es más que un agradecimiento al acaudalado Francisco de Paula Gutiérrez y Fernández²³, quien con su peculio apoyó económicamente al Hospital en las obras de ampliación que recibió.

Francisco de Paula Gutiérrez y Fernández (1808-1871) fue el hermano menor del coronel José Julián Gutiérrez y Fernández (1801-1857), propietario de la hacienda de Pacho y pariente político y compadre del general Antonio López de Santa Anna²⁴. Durante la dictadura de dicho caudillo (1853-1855), en la que se hizo llamar “Su Alteza Serenísima”, José Julián recibió el cargo de jefe político del cantón de Xalapa, lo cual aumentó considerablemente su fortuna. El 19 de octubre 1857, a la edad de 56 años José Julián falleció, heredando su hermano Francisco de Paula la hacienda de la familia junto con una suma considerable de dinero, donando parte de él al Hospital Civil para que lo empleara en concluir varias de las obras de ampliación que había emprendido²⁵. Es por

ello, y no por otra cosa, que a Francisco de Paula se le debió “este edificio”, según reza la gruesa placa que se colocó en su agradecimiento.

En su narración, Pasquel afirma que la fundación del Hospital Civil de Xalapa fue posible gracias a una charla que tuvo el Dr. Canóvas con la familia Gutiérrez, sin mayor sustento que aludir a la vecindad que los unía (la cual no era falsa²⁶), sin embargo sabemos en primer lugar que, como quedó expuesto anteriormente, ya existía un Hospital Civil y además que el Dr. Canóvas trabajó en él como director o como practicante en diversas ocasiones desde un par de años antes de 1862 hasta su muerte, de forma alternada, como se mencionó atrás²⁷.

Conclusiones

Ya es bastante arriesgado basar una historia en supuestos como para continuar nutriéndola y tratar de hacerla encajar con la tradición oral y con algunos hechos históricos.

La necesidad de otorgarle al Hospital Civil de Xalapa una historia ha reducido a sus creadores a deducir acontecimientos que jamás ocurrieron. Se trata sin duda alguna no sólo del abuso de un método, sino de una muestra de apatía por realizar un trabajo adecuado de investigación. Un trabajo, claro está, que no ignore los archivos históricos y que no permanezca hermético y ciego ante otras posibilidades. Hasta aquí ha quedado muy claro que Sebastián Canóvas y Pérez de Tudela está muy lejos de haber sido el primer director del Hospital Civil, mucho menos su fundador; que la fecha de nacimiento de dicha institución no se acerca ni siquiera al año de 1862, y aún menos si tomamos como antecedente

f El Dr. Solón Sanginés Villaba fue un distinguido cirujano y director del Hospital Civil de Xalapa desde 1948 hasta 1950.

g Su leyenda es la siguiente: “En memoria del Sr Dn Francisco Gutiérrez y Fernández, a cuyos filantrópicos sentimientos se debe este edificio que dedico al alivio de la humanidad doliente. Jalapa, marzo 1° de 1862 (sic)”.

directo al hospital convento que lo precedió; y que la tan citada y famosa placa “fundadora” de la que tanto se ha hablado no corresponde y nada tiene que ver con el significado que se le ha atribuido.

Las líneas precedentes son sólo el comienzo de una investigación histórica de esta institución, que tiene a gritos mucho que contar sobre todo lo que ha vivido y que hasta ahora ha sido reducida a unas cuantas líneas y a una lista genealógica de sus directores. Una historia que está llena de protagonistas olvidados, que le otorga voz a aquellas personas que lo han hecho posible pero que hasta ahora han quedado silenciados, a aquellos viejos muros que a tantos ha cobijado y de los que tan poco se sabe; a toda esa “humanidad doliente” de la que se ha hablado demasiado pero de la cual no han quedado ni sus nombres.

Es importante por lo tanto mantener siempre la guardia en alto, desconfiar de todo aquello desconfiable que muestre argumentos endebles y mantenerse siempre investigando, no conformarse con aquellas verdades susceptibles y tambaleantes, ni siquiera con aquellas generadas por uno mismo.

Agradecimiento

Agradezco sobre todo a los Dres. Mauricio Mendoza González y Dolores Vázquez Cabrera, sin su atento apoyo e interés este trabajo no se hubiera realizado; así como a los encargados del Archivo Histórico Municipal de Xalapa, cuyo envidiable profesionalismo y entrega facilitaron el apartado empírico de la presente investigación.

Bibliografía

1. Eliade, Mircea. *El mito del eterno retorno: arquetipos y repetición*. Buenos Aires: Emecé; 2001. Carbonell, Charles-Oliver. *La historiografía*. México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
2. Pasquel, Leonardo. *El hospital civil de Xalapa*. México: Citlaltépetl; 1961.
3. Aróstegui, Julio. *La investigación histórica: Teoría y método*. Barcelona: Crítica; 2001: 350-397.
4. Archivo General de la Nación (en adelante AGN). Mercedes. vol. 6: 29 vis. En: Bermúdez Gorrochotegui, Gilberto. *Jalapa en el siglo XVI* [Tesis de Maestro en Historia]. Xalapa: Universidad Veracruzana; 1984: 277. Archivo Notarial de Xalapa (en adelante ANX). Protocolo 1578-1594: 262 vis.-263. "Carta de fray Joan de Mancilla a Felipe II", Xalapa, 24 de mayo de 1562. En: Melgarejo Vivanco, José Luis. *Totonacapan*. Xalapa: Talleres Gráficos del Gobierno del Estado; 1943: 53. Bravo de Lagunas, Constantino. *Relación de Xalapa (1580)*. México: Citlaltépetl; 1969: 19.
5. Díaz de Arce, Juan. *Libro de la vida del próximo evangélico*, el vener. padre Bernardino Álvarez. 2ª ed. México: Impr. Nueva Antuerpiana; 1762: 288-290.
6. Muriel, Josefina. *Hospitales de la Nueva España*: vol. II. 2ª ed., México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1991.
7. ANX. Protocolo 1617-1631: 316.
8. ANX. Protocolo 1681-1693: 587 vis.
9. Foucault, Michel. *Incorporación del hospital en la tecnología moderna*. Educ Med Salud. 1978; 12(1): 22-7.
10. Pasquel, Leonardo. *Cronología ilustrada de Xalapa*: vol. I. México: Citlaltépetl; 1978: 14.
11. Alberro, Solange. *Apuntes para la historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en la Nueva España-México, 1604-2004*. México: El Colegio de México; 2005.
12. Archer, Christon Irving. *El ejército en el México borbónico 1760-1810*. México: Fondo de Cultura Económica; 1983.
13. ANX. Protocolos 1786-1787, 1788, 1789-1790, 1791-1792, 1793, 1794, 1799, 1804, 1805, 1808 y 1810. Rivera Cambas, Manuel. *Historia antigua y moderna de Jalapa y de las revoluciones del Estado de Veracruz*: vol. II. Imprenta de I. Cumplido, México; 1869: 235. Pasquel, Leonardo. *El hospital civil de Xalapa*. México: Citlaltépetl; 1961: 32.
14. Carbajal López, David. *Exclaustración o continuidad: conventos hospitalales y frailes hospitalarios en Veracruz, 1820-1834*. Ulúa. 2008; 6(11): 50.
15. *Ibíd*: 52-53.
16. Archivo Histórico Municipal de Xalapa (en adelante AHMX). México Independiente. 1842; caj. 1: exp. 1. México Independiente. 1853; caj. 13: exp. 7.
17. AHMX. Libros de acuerdos: 1827-1873.
18. AHMX. México Independiente. 1853; caj. 13: exp. 6. ANG. Instituciones coloniales: Ayuntamientos; vol. 46: 333-36.
19. AHMS. Libro de acuerdos: 1808; f. 66. ANX. Protocolos 1811-1812, 1815-1817.
20. Rivera Cambas, op. cit.: vol. II: 100 y 101.
21. Sanginés Villaba, Solón. *Centenario del Hospital Civil. Xalapa: síntesis de evocaciones provinciales*. 1962; 115-116: 25-27; y Sanginés Villaba, Solón. *Nuestro Hospital*. En: Pasquel, Leonardo. *El hospital civil de Xalapa*. México: Editorial Citlaltépetl; 1962: 101-104.
22. *Ibíd*.
23. Archivo de la Parroquia del Sagrario Metropolitano de la Arquidiócesis de Xalapa. Libro de matrimonios de 1822 a 1845: 19 vis.
24. Pasquel, Leonardo. *Xalapeños distinguidos*. México: Citlaltépetl; 1975: 301.
25. AHMX. México Independiente. 1853; caj. 13: exp. 6.
26. Pasquel, Leonardo. *El hospital civil de Xalapa*. México: Citlaltépetl; 1961: 51-55.
27. AHMX. Libros de acuerdos: 1827-1873. Colección Boone-Canovas. Fondo Sebastián Canóvas y Pérez de Tudela.

UniverSalud Vol. 9 No. 18, abril - septiembre 2013

Impresa por PROAGRAF S.A. DE C.V, Av. 20 de Noviembre No. 649, Col. Badillo, CP. 91190, Xalapa, Veracruz. Tel. (0122) 88906204. Éste número se terminó de imprimir en diciembre de 2014 con un tiraje de 500 ejemplares.



Universidad Veracruzana



INSTITUTO
DE SALUD
PÚBLICA
Universidad Veracruzana