



ISSN 1870-2759

Altepepaktli

Salud de la comunidad

Volumen 1, N° 1 y 2, marzo-septiembre 2005

Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública



Universidad Veracruzana

Dr. Raúl Arias Lovillo
Rector

Mtra. Ma. del Pilar Velasco Muñoz Ledo
Secretaria Académica

C.P. Elías Álvarez Vélez
Secretario de Administración y Finanzas

Dr. Victor Manuel Alcaraz Romero
Director General de Investigaciones

Dr. José Velasco Toro
Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado

Dr. Ramón Flores Lozano
Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud

Mtro. Enrique Hernández Guerson
Director del Instituto de Salud Pública



Comité Editorial

Mtra. S. Areli Saldaña Ibarra
Editor

Dr. Roberto Zenteno Cuevas
Co-Editor

Mtra. Dulce María Cinta Loaiza

Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales

Dr. Mauricio F. Mendoza González

Mtra. Ma. Cristina Ortiz León

Dra. Edit Rodríguez Romero

Comité Editorial

Elisa V. Rodríguez Zapata

Diseño Editorial

El contenido de los trabajos es responsabilidad exclusiva de los autores.

Requisitos para la publicación

La revista *Altepepaktli* es una publicación semestral cuyo objetivo es dar cuenta del quehacer científico en el ámbito de la Salud Pública, por medio de artículos originales, derivados de las actividades de investigación, docencia y práctica profesional de la Salud Pública.

TIPOS DE COLABORACIONES:

La revista *Altepepaktli* recibe trabajos en las modalidades de artículo de investigación originales, artículo de revisión o ensayo, nota breve, reseñas de libros y noticias sobre eventos científicos.

ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. Todos los artículos deberán dirigirse al Editor de la Revista, Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo s/n, Col. Industrial Ánimas, C. P. 91190, Xalapa – Enríquez, Veracruz. Se acusará recibo vía correo electrónico a la recepción de los mismos.
2. Se enviarán los artículos en original y tres copias, anexando el trabajo en un disquete con procesador en Word.
3. Los artículos se acompañarán de una declaración que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista a menos que medie la autorización expresa del Editor.

PRESENTACIÓN:

El título del trabajo no debe exceder de 15 palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente, tanto en inglés como en español. El nombre y el apellido del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título omitiendo el grado académico o profesión. Al pie de la primera página se indicará el nombre del autor o autores, el cargo oficial o académico, el nombre de la institución en que labora(n) el autor o autores y la dirección en que puede solicitarse(s) copias del artículo. Los autores deberán acompañar sus artículos de un resumen de máximo 300 palabras en español e inglés, y utilizando máximo cinco palabras claves que indiquen el contenido temático del texto. El artículo no deberá exceder de 15 páginas (21.59 x 27.94 cm ó 8.5 x 11 pulg. s.) a interlineado 1.5. La fuente será Arial 12.

En los artículos de investigación el texto se divide en Introducción, Método (materiales, sujetos, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados si fuera el caso.

Los cuadros e ilustraciones deberán ser incluidos en formato JPG, TIFF o PDF, con una resolución entre 150 y 300 DPI y deberán medir entre 7 y 15 cm. en su lado mayor. Los cuadros, tablas o figuras se incorporan al interior del texto y deberán estar identificados con un número correlativo. Se acompañarán de un título breve y claro. Cuando no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente de donde han sido tomados.

En caso de requerirse notas al pie de página, se separarán mediante una línea horizontal y se identificarán con letras sucesivas. La citación será en número superíndice en el cuerpo del trabajo. Las referencias bibliográficas deberán citarse de acuerdo al orden de aparición en el cuerpo del trabajo. Se sugiere tomar como base el sistema de la Asociación Psicológica Americana (APA), según el Manual del Estilo de Publicaciones adaptado al español por Editorial el Manual Moderno (1998).

Contenido

Editorial

Dr. Raúl Arias Lovillo

2

Artículos originales

Representaciones sociales de los ancianos sobre el proceso salud- enfermedad

Enrique Hernández Guerson, Sandra Areli Saldaña Ibarra

3

Comunicación e interacción; jóvenes poblanos sobre sexualidad y VIH/Sida. México

Janet García González

11

Características de atención obstétrica de la partera tradicional en México

Mauricio Mendoza Gonzalez, Olga A. Flores Loman, Jorge S. Azamar Martínez

17

Tuberculosis y conocimiento de la enfermedad

Fernando Santos Reyes , Roberto Zenteno Cuevas

26

Ensayos y artículos de revisión

Historia del Código Sanitario Panamericano

Edit Rodríguez Romero

33

Género, envejecimiento y salud: un campo en construcción

Edna Iveth Cortés Ramírez

39

¿Veracruz se está volviendo viejo?

Felipe R. Vázquez Palacios

48

Revisión breve de Leptospirosis en México

Everest De Igartúa López, Ma. Del Rocío Coutiño Rodríguez, Oscar Velasco Castrejón

52

Entornos y contrastes de ocurrencia de la muerte materna en Veracruz

Mauricio Fidel Mendoza González

59

Los sistemas de información geográfica como herramientas para la vigilancia epidemiológica

Manuel Salvador Luzanía Valerio

69

Reseñas

Reseña de libro

Public and private in thought and practice. Perspectives on a grand dichotomy

Dulce Ma. Cinta Loaiza

74

Eventos Científicos

76

ISSN 1870-2759, Volumen I, nº 1 y 2, marzo-septiembre 2005

Impreso en Xalapa, Ver., en los talleres de DIGITEX, Impresores profesionales, Leona Vicario 8, Centro, C.P. 91000

Sobre papel Bond de 36 kg..en interiores y Cartulina Couché en portada

Tiraje de 1000 ejemplares.

Editorial

Es un orgullo para nosotros dar la bienvenida a ALTEPEPAKTLI, la nueva revista de la Universidad Veracruzana. El Instituto de Salud Pública, responsable de su edición, ha demostrado a lo largo de los años seriedad, calidad y profesionalismo en sus quehaceres, gracias al trabajo de los académicos que en él laboran. Ello les ha valido reconocimiento nacional e internacional, tanto en la formación de recursos humanos, como en la investigación que desarrollan. Es por ello que estamos ciertos que este nuevo esfuerzo se verá igualmente coronado por un reconocimiento similar.

ALTEPEPAKTLI, salud del pueblo en lengua Náhuatl, nace en un momento muy importante para el Instituto de Salud Pública, cuando celebra 25 años de labores ininterrumpidas. La garantía del trabajo anterior asegura que este nuevo esfuerzo, con el tiempo, le permitirá constituirse en una revista universitaria de gran reconocimiento, que difunda y contribuya a la distribución social del conocimiento en temas fundamentales relacionados con la Salud Pública.

Proyectos como ALTEPEPAKTLI nos permiten reafirmar que el compromiso de la Universidad Veracruzana está no sólo con investigar, con hacer ciencia y generar conocimiento. Es necesario que éste sea puesto a disposición de la comunidad académica, de los estudiantes, de los empresarios, de los responsables de gestionar la salud pública y de la población en general. Es por ello que esperamos que ALTEPEPAKTLI se convierta en un recurso que contribuya a favorecer la toma de decisiones en pro de la salud y coadyuve así a elevar la calidad de vida de los veracruzanos.

Dr. Raúl Arias Lovillo
Rector
Universidad Veracruzana
Agosto del 2005

Representaciones sociales de los ancianos sobre el proceso salud- enfermedad

(Social representations of the elders about the health-sickness process)

Enrique Hernández Guerson*
Sandra Areli Saldaña Ibarra**

Resumen

El documento contiene los resultados de un estudio de corte cualitativo con el propósito de describir y comprender las representaciones sociales respecto del proceso salud-enfermedad. Se profundiza en los saberes, creencias, conocimientos y prácticas respecto de tal proceso en personas de 65 años y más, y su articulación con otros elementos de la realidad social.

La propuesta fue recorrer en sentido inverso el camino mediante el cual se sostiene la existencia de las representaciones sociales. Por tanto, en el camino inverso -la subjetividad de los individuos-, se exploró la perspectiva de los mismos adultos mayores. El modelo en el que se basó la investigación, se elaboró como una alternativa para mantener el equilibrio entre un determinismo social y la apuesta a la capacidad creativa de los individuos. El modelo supone que cada individuo es un punto donde convergen redes de relaciones: éstas atraviesan los individuos, pero también trasciende la vida de ellos y llegan a poseer una existencia independiente y un desarrollo propio. Los resultados más importantes destacan la dualidad entre salud y enfermedad, enfermedad débil y fuerte; resaltándose las representaciones sociales de que la enfermedad débil no es mortal y que la enfermedad fuerte no le toca a uno.

Palabras claves

Representación social, proceso salud enfermedad, ancianos.

Summary

This document contains results from a study of qualitative focus with the purpose of describing and understanding the social representation regarding to the health sickness process. It goes deeply into the cognitive, beliefs, knowledge and practice with regard to such process in 65 year old people and older and their articulation with other elements of the social reality.

The proposal was to cover backward the path through which the social representations existence is held. Therefore, in the inverse path- the individual subjectivity- it is explored the perspective from the elders themselves. The model in which the survey was based, was created as an alternative to keep the balance between a social determinism and the betting on the creative capacity of the individuals.

The model assumes that each individual is a point where the nets relation met: not only do these go through the individuals but they also go beyond their lives reaching one independent being and one own development. The most important outcomes outstand the duality either between health and sickness and between weak sickness and strong sickness; outstanding the social representations that weak sickness are not mortal and that strong sickness doesn't affect you.

Key words:

Social representation, health-sickness process, elders.

* Director del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, México. enhernandez@uv.mx

** Maestra del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, México. ssaldana@uv.mx

Introducción

El punto de inicio de las investigaciones sobre representaciones sociales es la obra de Serge Moscovici¹, cuyo propósito era mostrar cómo una nueva teoría científica, es difundida en una cultura determinada; cómo es transformada durante ese proceso y cómo cambia a su vez la visión que la gente tiene sobre sí misma y el mundo en el que vive.

En tanto fenómeno, las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas más o menos complejas: imágenes que condensan un conjunto de significados, categorías que sirven para clasificar hechos, acontecimientos, los individuos; como sistemas de creencias que permiten interpretar lo que sucede, dotar de sentido a la realidad social, “es un corpus organizado de conocimientos y una actividad psíquica gracias a la cual los hombres hacen inteligibles la realidad física y social, se integran en un grupo o en la relación de intercambios donde liberan los poderes de su imaginación”².

Como tipo particular de conocimiento, las representaciones sociales se refieren al pensamiento de sentido común. El modelo de Moscovici, plantea que una representación social se define^{3,4} como la elaboración de un objeto social por una comunidad, una modalidad particular, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos.

Como proceso social se construyen y reconstruyen en grupos y sociedades en las que el discurso social incluye comunicación. Comunicación que implica tanto puntos de vista compartidos como divergentes. Así, no son los atributos o fenómenos inherentes a un objeto lo que los convierte en social, sino la relación que la gente mantiene con ese objeto. El concepto de representación social, refiere una forma de conocimiento específico: el saber del sentido común, en el que sus contenidos muestran la especificidad de los procesos cognoscitivos y funciones socialmente asimiladas; esto es, designa una forma de pensamiento social. Apunta la importancia social de este tipo de pensamiento insistiendo

en que las sociedades modernas, con su pluralidad de ideas y su fluidez en el intercambio de las mismas, poseen tal tipo de fenómenos representacionales que juegan un papel dominante dada su forma, que se manifiesta como un conocimiento socialmente creado, que es compartido, que tiende a un carácter práctico y que se orienta a la elaboración de una realidad común en un conjunto social⁵.

El conocimiento popular o del sentido común, circula en las conversaciones banales de la vida cotidiana, en las charlas de amigos, los intercambios en los cafés, las fiestas, los lugares de trabajo, entre otros. Uno de los focos de interés para el estudio de las representaciones sociales es la metamorfosis del conocimiento científico y su efecto sobre el sentido común. Una función específica es la apropiación del contenido de teorías científicas, y su transformación en una forma digerible para el público. No se trata de fenómenos estáticos transgeneracionales como los mitos, ni sólo de conocimientos científicos o religiosos, se trata del conocimiento que circula de manera permanente y que día a día se intercambia y produce; tampoco de sólo un conocimiento ya hecho, sino de un conocimiento en permanente proceso de crearse; no se trata de un conocimiento que se pueda captar en toda su riqueza o que se pueda leer en un libro, trata las más de las veces, de un conocimiento que se está produciendo en el mismo momento en que se está estudiando. Ese proceso de construcción de representaciones se produce en la interacción cara a cara, dentro del cuadro de un contexto social particular. Un contexto que está marcado por un fondo cultural común, pero también por una posición particular dentro de la estructura social y por la pertenencia a grupos específicos dentro de los cuales se opera. Es una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, orientado hacia la práctica y que concurre a la construcción de una realidad común a un conjunto social.

Las representaciones sociales han mostrado ser útiles como una guía de la acción de las personas en su relación cotidiana con los he-

chos, siendo así que las personas elaboran actitudes, creencias, emociones, formas de explicación y conductas frente a los hechos, no de manera formal, ni razonadas lógicamente; sino a través de un saber social, con todas las contradicciones que ello implica. También se ha explicado cómo, en el proceso de adquisición de las creencias, existe un primer estadio en donde éstas son externas a la persona, y otro posterior en el que se internalizan, asimilan y se hacen propias; igualmente explica que los signos y símbolos son construcciones sociales que las personas hacen propias a través de la socialización y el aprendizaje vicario⁶.

Método

Este es un estudio de corte cualitativo,^a exploratorio, en el que se enfatiza el contexto en la reconstrucción de representaciones sociales⁷. Participaron 17 informantes identificados en la casa de recreación y apoyo de día "Quinta de las Rosas"^b. El enfoque básico para acercarse a los sujetos fue introduciéndose entre los miembros de los talleres, ganar su confianza y a continuación pedirle que presentaran a otros^c y concertar la entrevista o narrativa. Se realizaron las entrevistas y narrativas con aquellos que el grupo de ancianos consideró el mejor informante, apoyándose en el mues-

treo^d teórico⁸, combinando mínimos de homogeneidad y de heterogeneidad para asegurar la simetría y la diferencia necesaria en el discurso⁹. Se tomó en consideración la edad: 60 años y más; sexo: hombres y mujeres; con y sin padecimientos; con y sin seguridad social.

De las diversas opciones existentes en función de la problemática del estudio, el diseño^e consideró los siguientes informantes:

Informantes
2 Hombres con seguridad social/sin padecimientos
2 Hombres con seguridad social/con padecimientos:
3 Mujeres con seguridad social/sin padecimientos.
4 Mujeres con seguridad social/con padecimientos.
2 Mujeres sin seguridad social/ sin padecimientos.
2 Mujeres sin seguridad social/con padecimientos.

La obtención de la información se realizó entre enero y octubre del 2004, negociando el acceso desde noviembre y diciembre del 2003.

La fase de negociación permitió tener los registros disponibles sobre los hospitales, asilos, centros de día para atención de los ancianos existentes en el estado, establecer contacto con las autoridades responsables de

^aEl término investigación cualitativa suele ser aplicado a todas aquellas perspectivas de investigación que emergen como alternativa al enfoque positivista. Son toda una serie de tendencias de investigación y cada una de ellas con sus características diferenciales. En lo general este abordaje denota el privilegio por los constructos de los participantes, o los significados que los sujetos de la investigación asignan a sus acciones y se enfatiza el interés por el contexto del estudio; la relación entre el investigador y los otros participantes; los procedimientos y técnicas para la recogida de datos; los tipos de evidencias aducidas en apoyo de las afirmaciones realizadas y la importancia del análisis cualitativo de los datos. Se resalta la importancia de la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, documentos y la conducta observable. Considerando a la investigación cualitativa más que en un conjunto de técnicas para recoger datos: como un modo de encarar el mundo empírico.

^bSe trata de un centro de apoyo diurno para ancianos que tienen la capacidad de independencia y autocuidado. Localizado en la Ciudad de Xalapa, Ver., Su operación es responsabilidad del DIF estatal.

^cEn la experiencia de Polsky, es preferible empezar tan alto como se pueda, es decir, siendo presentado a la persona de mayor prestigio del grupo que se quiere estudiar. Polsky, N. (1969). Citado en Taylor, S.J. y R. Bogdan. 1995, Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México, Paidós

^dEn el muestreo teórico el número de casos estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada caso para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social. Se incorporan nuevos casos en la medida que los datos así lo indiquen. Se llega al punto de saturación cuando entrevistas adicionales no producen ninguna comprensión auténticamente nueva. Para mayor información revisar las obras de: Glasser, B.G. y Strauss, A. 1967, The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research. Chicago, Aldine. Taylor, (1995). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México: Paidós. Para Rodríguez el muestreo teórico es un proceso de recolección de datos a partir de la teoría, en la que el investigador al tiempo que recoge, codifica y analiza sus datos, decide que nuevos datos debe recoger. Rodríguez Gómez, 1999. Metodología de la investigación cualitativa. España: Aljibe.

^e El diseño de proceso es aquel que surge durante la ejecución; tiene que ver con la selección de los nuevos contextos relevantes al problema de investigación. Tiene que ver también con la selección de los nuevos casos individuales y grupales. El tránsito de una fase inicial a otra, está determinado por la capacidad del investigador para la identificación de nuevas rutas de investigación: principio de flexibilidad, e ir incorporando decisiones muestrales, sea hacia la variación o la tipicidad: principio emergente. Es posible imaginar trabajar con otras variaciones, por ejemplo rural e indigenismo, pero eso dependerá de que el dato así lo amerite.

los programas de los ancianos en el estado y hacer que nos “vieran” los ancianos que acuden a la Quinta de las Rosas.

Las técnicas cualitativas para obtener datos de la fase de campo que se reporta, fueron entrevistas^{10,11} y autonarraciones¹². Fueron 11 entrevistas^f que se realizaron en la “Quinta” (6); en el sitio de trabajo (3), y en el hogar (2). En promedio fueron dos encuentros con cada uno de los entrevistados. Las entrevistas fueron audiograbadas, su duración completa fue alrededor de 35 minutos por persona y se transcribieron en computadora, a más tardar el día siguiente de su realización.

En lo que respecta a las cuatro auto narraciones, se les proporcionaron instrucciones de manera verbal y las preguntas tema por escrito; la elaboración del documento les tomó entre 15 y 20 días, en este lapso de tiempo se les habló por teléfono al menos tres veces y en promedio se les visitó dos veces en su casa. En la casa, además de abordar otros tópicos, permitió conocer un poco más sus condiciones de vida, redes de apoyo y rutinas. Desde luego que no faltó la aparición de temas relacionados con los efectos del padecimiento en la vida de los ancianos y sus complicaciones. Casi la mitad de los participantes, después de haber entregado su material se comunicaron para saber si “había estado bien”, “si necesitábamos otros viejos”.

Para el análisis de datos se tomó como referencia la propuesta del análisis del discurso^{13,14,15}; fundamentalmente inductivista, trabajando con conceptos y subconceptos^g.

Para el análisis de la información, dada la diversidad de perspectivas^{16,17}, se siguieron criterios fundamentales, resumidos así:

- a) Estar alerta sobre la validez de los procedimientos de colecta.
- b) Convertir en texto la información recopilada.
- c) Teniendo como referente las observaciones de Renata Tesch respecto de lo que es información cualitativa.¹⁸
- d) Trabajar con codificadores.
- e) Apoyarse en los planteamientos del análisis del discurso.

Considerando el muestreo, la casa de recreación y apoyo de día “Quinta de las Rosas”^h fue el escenario específicoⁱ dado que ahí se reúnen diariamente poco más de 100 ancianos con las características especificadas y por las facilidades de acceso. Una característica que tienen los que asisten a la “Quinta” es que son autosuficientes y cognitivamente sin dificultades, pues son ellos mismo los que organizan, programan y ejecutan los talleres que deciden. Muchos llegan por su propio pie, otros en taxi, unos más los pasan a dejar un familiar. En cuanto entran empiezan a construir grupos y realizar sus actividades.

Resultados

Después de varias entrevistas con el personal de la “Quinta”, y al percibir el hecho que frecuentemente eran “visitados” y entrevistados por investigadores y estudiantes de diversas disciplinas, se constató que esto había provocado cierta desconfianza tanto del personal como de los ancianos hacia los investigadores sociales, incluso una de ellas decía: “ya me gustaría a mi preguntarles cómo piensan

^fPara tal fin se diseñó una especie de ficha técnica de identificación y el apoyo de una guía con: Dos temas semi estructurados de respuesta libre. Preguntas estandarizadas. Valles.1997, Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid, Síntesis.

^gLas evidencias, es decir tal cual se expresa el fenómeno, se le denomina subconcepto, los cuales conforman conceptos y estos categorías.

^hLa “Quinta” se localiza en la ciudad de Xalapa, Veracruz. Es un edificio regionalista con muros de tabique, cubiertas de teja a dos y tres aguas; unidos por circulaciones y rodeados por una extensa área verde. Es accesible para los ancianos. Su operación es responsabilidad del Gobierno del Estado de Veracruz, a través del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

ⁱEste apartado se ha elaborado con información obtenida en tres fuentes que registran y controlan las instituciones que prestan algún tipo de servicio a los ancianos: la sede estatal del Instituto Nacional de las Personas Ancianas (INAPAM), Jefatura de Asilos y Hospitales del DIF y la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario, dependiente de los Servicios de Salud de Veracruz.

^jPor parecer prudente se optó por el uso del significado de territorio específico de R. Sack que dice que un territorio para ser específico puede ser usado tanto para contener o restringir como para excluir X actividad; y los individuos que ejerzan tal control no precisan estar en él, ni siquiera cerca. La definición de territorialidad específica es una estrategia que establece diferentes vías de acceso para disponer de la gente, de los recursos y su interrelación. Sack, 1986, El significado de territorialidad, en Pedro Pérez Herrero (comp.), Nuevas tendencias en el análisis regional. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, pp. 194-204.

llegar hasta donde nosotros hemos llegado” o bien “nos preguntan para copiarnos y vivir más”. Por lo que se decidió presentarse como integrante del Instituto de Salud Pública y no como otro investigador social.

En los diferentes talleres se identificó a los ancianos que participaron, se registraron los datos que permitieron posteriormente localizarlos. Se concertaron reuniones de trabajo, tanto en la “Quinta” como en sus hogares.

Características generales de los participantes

El promedio de edad de los participantes es de 65 y 68 años, hombres y mujeres respectivamente. La escolaridad en los hombres fue: primaria 2 (33.0 %); secundaria 1 (17.0 %); bachillerato 2 (33.0 %) y carrera universitaria 1 (17.0 %). Los que aún trabajan (3), tienen como ocupación principal el ser empleados de gobierno. Todos viven con su familia, que incluye aún hijos conviviendo en el hogar y en dependencia de ellos.

La escolaridad de las mujeres igual que los hombres observa un amplio matiz, con la diferencia que en las mujeres predominan las que no tienen escolaridad y primaria o primaria incompleta: sin escolaridad 1 (9.0 %); primaria completa o incompleta 5 (46.0 %); bachillerato 2 (18.0%); estudios universitarios 3 (27.0 %). El 77.0 % de ellas trabajan, para otros o por su cuenta, y el resto viven de pensión, ayuda de la familia y trabajando en el sector informal.

En lo que respecta a condición de tener o no, algún padecimiento, aunque refieren varios, los que resaltan son, en hombres: Diabetes (1) y problemas músculo esquelético (3). En las mujeres, secuela de cáncer cérvico uterino (1); neurológicos (1); problemas músculo esquelético (3); diabetes e hipertensión (1), e hipertensión y depresión (1)

El 77 % de los hombres y el 64 % de las mujeres refirieron disponer y utilizar los servicios de la seguridad social y otras posibilidades alternativas o complementarias. El resto utiliza para su atención en salud, la opción para población abierta, predominando y otras posibilidades

alternativas, tal como la medicina tradicional, herbolaria y procedimientos orientalistas.

Las representaciones sociales: la salud, un don; la enfermedad, una desgracia

La salud, un don

Uno de los rasgos comunes a todos los participantes fue el representar la salud como un don; estar sano se trae, se hereda, pero además de un don al que se le atribuye una especie de poder para enfrentar cualquier situación adversa, incluidas las cuestiones ambientales o climáticas, por ejemplo:

“Estar sano es el estado perfecto, la carga genética que cada uno trae al nacer”.

“Al estar sano te lleva a enfrentar cualquier condición tanto climática como de trabajo en condiciones adversas”.

Una de las prácticas que apareció reiteradamente para conservar este don fueron cuestiones asociadas al ejercicio físico y la alimentación. Pero lo más importante de la salud como representación como un don es que a pesar de tener evidencias de enfermedades, o que reconocían expresamente “estar medio loco”, el don solucionaba cualquier inconveniente y decían:

“Realizo caminatas y vivo en contacto con la naturaleza... fumo, estoy medio loco...pero como me mantengo sano no tengo problemas cardiacos ni diabetes”.

Llamó la atención las múltiples referencias en cuestiones de salud a la esfera psicológica. Así se referían a la salud en términos de autoestima alta, tensión, meditación, armonización con la familia, pero el más interesante fue el hablar de la salud en términos de la moralidad, por ejemplo:

“No tengo vicios, me dedico a mi familia, no me olvido de ellos...conservo la moral...no he perdido el sentido de las cosas”.

En este mismo sentido, Yolanda le atribuía la recuperación de su salud después de una enfermedad grave a los cuidados y afecto de sus familiares y por el contrario “muy enferma” cuando carecía de ello.

“Estar sana es estar bien, estar tranquila, tener mu-

cha paz, estar bien conmigo y con la familia”
La salud si bien está representada como don, éste no es eterno, nos decía Doña Eduviges:
“Yo no tengo ninguna enfermedad, ni presión, ni colesterol, ni diabetes...de esas enfermedades que mucha gente tiene...yo creo que más adelante sí las tendré”.

Otro matiz que adoptan las representaciones sociales sobre la salud es su valoración a partir de la enfermedad, a partir de que se pierde la salud:

“...y voy a ir y también para que me den por lo de la colitis, me estriño, sufro bastante por eso...” .

La enfermedad, una desgracia

Cuatro son los elementos que conforman la representación social de la enfermedad. El primero^k de ellos es que es algo a lo que hay que huirle por las limitaciones que conlleva:
“Estar enferma es lo peor que le puede pasar a un ser humano”.

Adoptando diferentes matices, por ejemplo se encontraron frases como:

“Depender de otras personas”, “No poder trabajar”, “No poder comer lo que te apetezca”, “Afectación anímica”, “Daño a la autoestima”, “Inestabilidad afectiva” “Inestabilidad económica”, “Cambiar la forma de vida”, “La vejez como enfermedad progresiva y mortal”.

El segundo es la presencia de dolor y con una representación social de que controlar el dolor, es controlar la enfermedad, por ejemplo, Magda decía con referencia a una intervención quirúrgica de columna:

“Era un dolor tan insoportable que ya me había acostumbrado, ni siquiera me había dado cuenta que estaba enferma”.

Alejandra al sufrir un accidente

“Como pude me incorporé y fui hacia el sanitario donde lloré y esperé que pasara el dolor, cuando salí una compañera me pregunto si me sentía mejor, tomé un analgésico, se me quitó el dolor y me sentí mejor”.

Yolanda ante un problema de salud en su marido

“Cuando se enfermó de la próstata...tenía que an-

dar con una sonda, pero se le tapaba la sonda y empezaba a sangrar, era sumamente doloroso”

El tercero es que la enfermedad obstaculiza o interrumpe actividades; por ejemplo, el caso de Antonio, cuyo dolor en la pierna y la cadera no lo deja caminar o trabajar:

“Yo tengo un dolor en la pierna, aquí, un dolor que se me sube hasta acá me llega hasta la cadera y ya llegando ese dolor a la cadera no me deja caminar, la cintura, la cintura ya no la puedo doblar”.

De una anciana, con “azúcar”:

“...y pues me dijeron que tenía yo mi azúcar bien alta porque andaba yo bien mareada me acostaba yo y bien mareada iba a tender ropa y me sentía bien mareada, tenía yo que andar bien despacito.”

Rosy, que sufrió una caída:

“...No quedó bien. Y me había quedado así, bien volteada y no podía yo agarrar nada, y ahorita ya tantito yo le hago así...”

El cuarto se relaciona con dos factores: con el grado de sufrimiento y con la duración de las molestias, así se refieren a “enfermedades simples” (a aquellas que se quitan rápido, tienen síntomas evidentes, no te dañan mucho y gastas poco) y a “enfermedades fuertes” (aquellas que no se quitan rápido, no sabes que las tienes, que no tienen síntomas evidentes, dañan mucho y gastas económicamente mucho para atenderte)

Así por ejemplo, para las enfermedades simples como una gripa: “remedios caseros, tes, miel, mucha agua”, entre otros; para problemas en las articulaciones, “frotar los pies y las coyunturas con alcohol”; para un problema de bronquios “poner vic en un periódico y pegarlo en el pecho y la espalda antes de dormir”; para un dolor muscular: “darse masaje”

Para las enfermedades fuertes, además de los remedios caseros es el acudir con alguien que sí sabe, por lo regular médicos o curanderos especializados.

^kPrimero no en término de mayor importancia. Únicamente se numeran por cuestiones de presentación.

Encontramos evidencias en los discursos de que las enfermedades simples suelen ser esperadas, mientras que las enfermedades fuertes son sorpresivas a pesar de su carácter crónico, por ejemplo, nos decía Julia:

“Fui al ginecólogo para tratar algo que yo pensaba era sólo una infección. El médico después de una entrevista y me dijo que sí que tenía una infección y que aprovecharía para tomar una muestra y que en unos días le llamará...era la primera vez que tomaba una muestra de Papanicolau...en los días siguientes todo siguió normal, si me inquietaba saber que pasaría, pero era una inquietud pasajera...se me olvidó...dejé pasar unos días más de lo que él (médico) me había dicho...por fin un día le llamé y me dijo que necesitaba hablar conmigo... que en mi examen habían encontrado el virus del Papiloma Humano”.

O bien como nos decía Yolanda

“Tuve una infección en la garganta con temperaturas muy altas y se me quitaban durmiendo... me salen fuegos en la boca y me pongo crema... tengo mucho líquido en las piernas, pero me siento a descansar...sin embargo, hace seis años me enfrenté a una enfermedad conocida como hipertensión arterial...cuando el médico me diagnosticó presión arterial alta realmente no me impactó la noticia, porque me sentía yo muy mal de una gripa que tenía”.

Los ancianos le atribuyen el tener una enfermedad fuerte el hecho de tener “el cuerpo débil”, “la falta de fuerza”, “haber tenido otras enfermedades anteriores” o bien “por algo que se hizo indebido”, a esto último le llaman “perder la armonía”.

Las evidencia que usan como señal de haber transitado por una enfermedad fuerte es la presencia de “cirugías”, “pérdida de órganos”, “mutilaciones médicas” y “el arsenal de medicamentos” que usan como acompañantes de la enfermedad fuerte, incluso hasta dan referencias de los efectos secundarios de los medicamentos y hasta pueden pronunciar el nombre por muy complicado que sea, así por ejemplo: dicen que toman bi-eglucon, avapro, ácido acetil salicílico, incluso da la impresión que estos aprendizajes les otorga poder hacia los demás.

Alrededor de la enfermedad y recuperando las aportaciones de Francisco Mercado respecto la trayectoria de los padecimientos es también posible identificar trayectorias de la enfermedad estable, inestable y deteriorada.

Discusión

Francisco Mercado refiere que se han formulado diversas propuestas teórico-conceptuales e incontables trabajos de campo en las ciencias sociales, con el propósito de explicar cómo los individuos entienden, interpretan y responden a su enfermedad¹⁹, y más adelante afirma: la existencia de tres perspectivas de análisis sobre el padecimiento: la primera ve la experiencia del padecimiento, pero desde fuera de la mirada de los sujetos, por lo cual se minimiza o ignora la realidad subjetiva de quien lo padece; una segunda línea de trabajo enfoca el padecimiento bajo una perspectiva desde adentro, o sea, centrada directa y explícitamente en la experiencia subjetiva de vivir con un padecimiento y no es sino hasta mediados de la década de los setenta cuando aparecen los primeros trabajos tendientes a dar una explicación de cómo las personas tratan de enfrentar su enfermedad y llevar una vida tan normal como les es posible, dándole así un énfasis social y psicológico; perspectiva que ayuda a identificar en los ancianos un esquema bipolar: salud/don y enfermedad/desgracia. Representaciones sociales que con claridad muestran la salud asociada con uno mismo y a una relación armoniosa con la naturaleza; la salud desprovista de causas: se tiene la suerte de haber nacido con una buena constitución; por el contrario, la enfermedad es atribuida en gran parte al entorno, al ritmo de vida, a una alimentación mal sana y por último representaciones sociales sobre la salud/enfermedad en el sentido de que las enfermedades comunes no son peligrosas y que las enfermedades graves no ocurren con frecuencia.

Referencias Bibliográficas

1. MOSCOVICI, S. 1979, *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Huemuel.
2. Ídem. p, 21.
3. IBÁÑEZ GRACIA, T. 1988, *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona, Sendai.
4. GERVAIS, M.C. 2001, The History and actuality of Social Representations, en Duveen G. (ed.), *Social representations. Explorations in social Psychology*. University Press, New York.
5. MOSCOVICI y M. Hewstone 1993, De la ciencia al sentido común, en S. Moscovici (ed.), *Psicología Social II*. Paidós, Barcelona.
6. Ídem.
7. HERNÁNDEZ GUERSON, E. 1998, Una aproximación al análisis cualitativo de los datos, en *Enseñanza e Investigación en Psicología*; vol, 3, núm, 2. *Época*: pp 16-37.
8. KUZEL, J. A. 1992, Sampling in qualitative inquiry, Benjamin F. Crabtree y Willian I. Miller (ed.), en *Doing qualitative research*, SAGE publications, Newbury Park, pp. 31-44.
9. CANALES M. P. 1994, Grupos de discusión, J.M, Delgado, J, Gutiérrez (ed.), en *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Síntesis psicológica, Madrid, pp.287-316.
10. GRAWITZ, M. 1984, *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*. Barcelona, Hispano Europea.
11. TAYLOR, S.J. y R. Bogdan. 1995, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México, Paidós.
12. REYNAGA, S. 1998, Etnografía y educación, Rebeca Mejía y S. Antonio Sandoval (comp.), en *Tras las vetas de la investigación cualitativa.*, ITESO, México, pp125-148.
13. BREILH, J. 1995, *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. Ecuador, Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
14. VAN DIJK T. A. 2000, *El discurso como estructura y proceso*. vol. I., España, Gedisa.
15. FAIRCLOUGH, N. y R. Wodak. 2001, Análisis crítico del discurso, en Van Dijk A. Teun (ed.), *El discurso como interacción social*. vol. II., Gedisa, España.
16. GUBA, E. 1990, *The paradigm dialog*. Newbury Park, Sage.
17. VAN DIJK T. A. Ibídem
18. BREILH, Ibídem. p, 55.
19. MERCADO MARTÍNEZ, Francisco. 2002, *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. México, Universidad de Guadalajara.

Comunicación e interacción; jóvenes poblanos sobre sexualidad y VIH/Sida. México

(Communication and interaction; poblanos young people on sexuality and HIV/AIDS Mexico)

Janet García González*

Resumen

Se abordó a la comunicación como proceso social, de interacción, difusión y mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública. El objetivo general se centra en tres vertientes: 1. Identificar elementos contextuales bajo el cual los adolescentes interactúan. 2. Cómo estos influyen en su calidad de vida. 3. La relación entre sus prácticas culturales y las representaciones sociales que éstos tienen sobre la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA. Estudio cualitativo efectuado entre febrero y septiembre de 2004, con población juvenil (13 a 19 años de edad) residentes en la ciudad de Puebla, Puebla, México. La referencia teórica fue desde una perspectiva fenomenológica, utilizando grupos de discusión como técnica para realizar el proceso de interpretación de la realidad. La individualidad de los jóvenes queda entredicha a partir de la interacción grupal: el significado y sentido de éstos ante la sexualidad, en este acercamiento con la parte femenina conlleva a la relación sexual, quedan fuera las prácticas homosexuales acorde a la cultura machista, sus representaciones sociales acerca de la sexualidad como praxis social y las consecuencias como el embarazo no deseado. Enfermedades como el VIH/Sida están fuera de contexto generacional. Es importante determinar el sentido de la interacción de los jóvenes en función de su calidad de vida, buena vida, a partir de redes sociales y representaciones sociales de la sexualidad, para comprender y utilizar símbolos y significados en su práctica social en la elaboración de herramientas comunicacionales e informativas para su prevención y concientización.

Palabras clave

comunicación, interacción, sexualidad y VIH/Sida.

Summary

Attack to the communication like social process, of interaction, diffusion and like mechanism of intervention to generate, on multitudinal scale, it influences social that provides knowledge, forges attitudes and causes favorable practices to the care of the public health. Those objectives for the action are enunciated in basic instruments of institutional programming. The general mission is centered in three slopes: To identify contextual elements under which the adolescents interact and as these influence in their quality of life; as well as the social relation between its cultural practices and representations that these have on the sexuality and diseases of sexual transmission like HIV/Aids. Qualitative study conducted between February and September of 2004, in youthful population (13 to 19 years of age) resident in Puebla, Puebla, Mexico. With theoretical reference from a phenomenological perspective using the groups of discussion like technique to make the process of interpretation of the reality. The individuality of the youths remains from the group interaction, the meaning and sense from these before the sexuality, in this approach with the female part involves us to the sexual relation, they remain was the harmonious homosexual practices to its sexist culture; its social representations about the sexuality as praxis social and the consequences like the embarrassment done not desire. Illnesses as the HIV/Aids are out of generation context. Is important to determine the sense of the interaction of the youths in function of its quality of life, good life, from social networks and social representations of the sexuality; to understand and to utilize symbols and meanings in its practices social in the elaboration of tools comuncation and informative for its prevention and awareness-raising.

Key words

communication, interaction, sexuality and HIV/Aids.

Investigadora docente de tiempo completo adscrita a la Escuela de Ciencias de la Comunicación de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), así como Profesor Titular en la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana., janetgarcia71@yahoo.com.mx.

Introducción

Aunque las investigaciones dentro del ámbito de la medicina y la salud son frecuentes, no sucede eso con las relacionadas a los resultados en la población sobre las acciones de la promoción de la salud, y aún menos de la sinergia que se puede lograr de ésta con la comunicación para lograr que la población se auto responsabilice de su salud. Además, hay que tener en cuenta que los resultados no son tangibles a corto plazo, que no son atribuibles del todo a las acciones realizadas, en lo que interviene la decisión de la persona, por lo que se encuentran en juego las esferas cognitivas y afectivas.

Por ello la necesidad de retomar el acontecer de la comunicación en áreas específicas de salud, analizando las teorías, estrategias y medios de comunicación entre otros elementos básicos utilizados por instituciones a nivel local, nacional, y en el ámbito global de la sociedad en donde se desarrolla. Se pretende que a través de enfoques multidisciplinarios se ponga en marcha una serie de estrategias que permitan desvincular el concepto de salud del de enfermedad. Uno de los asuntos básicos y objetivo general de esta investigación es analizar cómo la comunicación e información se incorporan a programas institucionales de salud como el de VIH/Sida^a, para mejorar la calidad de vida de los jóvenes, a partir de la identificación de condiciones socioculturales que decrementan su calidad de vida¹ por problemas de salud como el Sida; de conocer qué prácticas socioculturales se pueden generar programas de comunicación en salud, coherentes con las expectativas y necesidades de los jóvenes y las representaciones sociales de éstos ante los procesos de comunicación de dichos programas, así como desarrollar los procesos de interacción^b en relación al contexto sociocultural y de salud con la comunicación e identificar la relación que guarda la

comunicación para la salud con indicadores para el desarrollo sustentable^c.

La comunicación en salud tiene un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida. Por ello, se pretende abordar a la comunicación vista como proceso social, de interacción² y difusión, como mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública. Esos objetivos para la acción son enunciados en instrumentos básicos de programación institucional, ellos son: las políticas, las estrategias y los planes que buscan normar el desempeño de los organismos públicos y privados y, por su intermedio, lograr que la población adopte conductas propicias al cuidado eficaz de su salud. Los criterios actuales en políticas públicas, y muy especialmente en lo relativo a la salud, han variado -o más bien ampliado- su centro de aplicación estratégica de la atención a la prevención de las enfermedades y hacia la promoción de la salud.

Más que depender de la medicina, la salud del pueblo está cifrada en condiciones decorosas de vida y de trabajo, educación libre y medios adecuados de reposo y recreación y a la tarea de lograr el acceso de toda la gente a servicios básicos de salud, misión primordial de la medicina. Por tanto, la política de prevención (que implica la educación de la gente para que cuide su salud) es de primer lugar de importancia, mientras que la política de curación en el último lugar pues, en su criterio, sólo debía aplicarse en el caso de fallar la política de prevención. Ningún programa de

^aLos indicadores mundiales de VIH/SIDA acerca de prevalencia, contagio, mortalidad y morbilidad ubican a México como el segundo país latinoamericano con mayor número de casos registrados después de Brasil, en población adulta y sexualmente activa de entre 15 y 49 años con 71,526 casos reportados. Puebla por su parte se ubica en quinto lugar en número de casos y sexto por el número de defunciones a causa de VIH/SIDA, en relación hombre-mujer de 3:1. (Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2003 Datos al 1 de Noviembre de 2003. Secretaría de Salud-Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA, CENSIDA).

^b"La comunicación puede concebirse como la interacción mediante la que gran parte de los seres vivos acoplan sus conductas frente al entorno, se adaptan a el" (Rizo Martha; 2004).

^cPara que una comunidad sea realmente sustentable, se debe adoptar un enfoque en el que considere los recursos económicos, sociales y culturales, tanto a corto como a largo plazo, pero es indispensable tomar en cuenta aspectos tan variados como son el de la salud, ya que sin una población saludable no es posible ningún tipo de desarrollo sustentable.

salud que pretenda abarcar a sectores sociales cada vez más amplios puede siquiera pensarse al margen de la comunicación.

Por tanto, el artículo está organizado en tres partes: a) exposición del material y de los métodos de estudio con base en la presentación de los marcos teórico y metodológico, b) presentación de los resultados más relevantes de la investigación, y c) implicaciones de esta práctica en la esfera de la salud pública.

Marco teórico

Hay que considerar la parte central que sustenta el campo académico de la comunicación: la comunicología, asumida por Jesús Galindo como acción de poner en común a partir de un sistema de clasificación, identifica siete fuentes de información³, de las cuales, cuatro grandes están estrechamente relacionadas con la salud:

1. Sociología cultural

El desarrollo de un campo de la salud⁴ y la vinculación de diversas categorías como los factores históricos y socioculturales, mismos que la población regula para la aplicación de los objetivos de esta institución de salud. Tomando esta estructura institucional y social como principal variable y sus indicadores serán aquellos que indiquen las prácticas culturales de los factores de riesgo que en la sociedad aplique⁵.

2. Mediología

Difusión de la información y comunicación educativa no son excluyentes, sino actividades complementarias en el trabajo comunicacional, de tal modo que las acciones que tiendan a privilegiar la primera sobre la segunda adolecerán de las limitaciones que se han constatado en años recientes en el marco de los programas y campañas de salud en medios masivos dirigidos a adolescentes.

3. Fenomenología

Interaccionismo simbólico. Abordando a la comunicación en esta forma de interacción, donde se rechaza analizar el espacio interior de los

adolescentes, pero sí planteando la pertinencia de un espacio de realidad en las mediaciones. Un espacio interactivo, no biológico sino social, que es percibido en términos de significaciones como el análisis del acto social de los adolescentes. Para ello es pertinente el abordaje a partir de la naturaleza simbólica de la vida social^d.

Es de suma importancia el estudio de los procesos de interacción social dado que se fundamenta la acción comunicativa y de información sobre el padecimiento en función de la interacción del sujeto con el mundo, a partir de un estudio micro social, en donde la prioridad es determinar la capacidad de los adolescentes sobre la interpretación de lo que les rodea y no a partir de premisas "verdaderas" (bueno o malo), esto es, llegar al conocimiento a partir de la interacción.

El estudio pertinente de lo micro (significado) a lo macro (acción social) es determinante para la fundamentación de la comunicación⁶, dado que la distinción entre la sociedad humana a la animal está plasmada en la interpretación.

Es importante incluir en la línea de investigación las dimensiones con las cuales se abordan los objetos de estudio en una sola perspectiva posible, la comunicológica: la difusión, la interacción y la estructuración.

La interacción se fundamenta en la comunicación, básicamente vista como base de la existencia de lo social, dado que va en relación a una vertiente interpersonal. Para ser más específicos; es importante definir que la comunicación puede concebirse como la interacción mediante la que gran parte de los seres vivos acoplan sus conductas frente al entorno⁷. Sistema de transmisión de mensajes e informaciones entre personas físicas o sociales, o de una de éstas a una población, a través de medios personalizados o de masas, mediante un código de signos también convenido o fijado de forma arbitraria⁸. Como puede observarse en estas definiciones es básica la interacción para producir comunicación.

^dLos seres humanos actúan respecto a las cosas sobre la base de las significaciones que éstas tienen para ellos; en segundo lugar, la significación de estas cosas deriva, o surge, de la interacción social que un individuo tiene con los demás actores; y por último, estas significaciones se utilizan como un proceso de interpretación por parte de la persona en su relación con las cosas que encuentra, y se modifica a través de dicho proceso". Rizo Marta (2004)

Método

Este estudio exploratorio, con metodología cualitativa y la técnica de grupos de discusión, se ha concentrado en población juvenil de varones (13 a 19 años de edad) residentes en la ciudad de Puebla. El trabajo de campo se realizó entre febrero y septiembre de 2004 (Cuadro I), este universo se determinó a partir de que los casos acumulables y la prevalencia del VIH-Sida en el estado⁹ es a partir de la transmisión sexual, causante de casi 90%, en relación de hombre – mujer 3 a 1. Más de una cuarta parte de la población del estado se asienta en este municipio, con características particulares: el 52% son mujeres y el 48% varones; el 91.6% son de religión católica y el 95.3% es población alfabeta^e. La aplicación de la investigación se propuso en primera instancia en adolescentes (10 a 16 años de edad) por ser grupo de prevención, pero según la investigaciones¹⁰ previas, el comportamiento reproductivo del grupo de jóvenes revela que la vida sexual se inicia entre los 16 y 17 años en los hombres, y entre los 16 y 19 años las mujeres, por lo que era importante incluir este otro grupo, quedando así jóvenes de 13 a 19 años, encontrándose en los niveles de escolaridad secundaria y preparatoria.

Cuadro I
LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN. ESTUDIO CUALITATIVO
SOBRE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN EN JÓVENES VARONES
PUEBLA, PUEBLA, MÉXICO, 2004

Grupo Discusión	Nivel de estudios	Edad	Sector	Zona
1	Secundaria	13 a 15	Urbano	La Noria
2	Secundaria	13 a 15	Suburbano	La Margarita
3	Preparatoria	15 a 19	Urbano	Paseo Bravo
4	Preparatoria	15 a 19	Suburbano	Loreto

I Con base a INEGI. Censo de población y vivienda. Resultados preliminares del XII Censo de Población y Vivienda 2000

Para el reclutamiento se requirió de un equilibrio de homogeneidad y heterogeneidad, que hizo posible la interacción verbal, se formaron 4 grupos de discusión. Para la adecuada realización y aplicación de la técnica de investigación se solicitó apoyo a estudiantes de la licenciatura de la Escuela de Ciencias de la Comunicación de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. (cuadro 2)

Cuadro II
CAMPOS SEMANTICOS EN LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN
SOBRE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN EN JÓVENES VARONES
PUEBLA, PUEBLA, MÉXICO, 2004-2005

Condición de los jóvenes con la calidad de vida.
Condiciones de vida de los jóvenes.
Satisfacción de los jóvenes con la vida
Representaciones Sociales de los jóvenes frente al VIH/Sida.
Conocimiento sobre la enfermedad.
El VIH/Sida y la vida cotidiana del joven.
Mitos, sistema de creencias de los jóvenes ante el VIH/Sida.
Interaccionismo simbólico de los jóvenes.
Comprensión de los jóvenes ante símbolos y significados en su praxis social.
Asimilación de su individualidad.
Acomodación del propio joven con lo externo.
Acto social de los jóvenes en cuanto su espacio, significaciones y símbolos.
Conversación interior del joven (yo, mi, otro).
Prácticas Culturales y Comunicación:
Las condiciones socioculturales como constructoras de la cultura de la salud.
Identificación de contenidos a los que los jóvenes se exponen.
Interconexión mediática.
Contenidos: salud, VIH, sexualidad en la vida diaria.
Temáticas de salud.
Credibilidad de la fuente mediática y contratación con otras fuentes.

La técnica de análisis de información se llevó a cabo a través de la propuesta de análisis del discurso de Gilberto Giménez . Este discurso fue construido por cierto número de posiciones con respecto al saber y a lo real, de lo que estos grupos tienen acerca del VIH/SIDA y su entorno a través de la argumentación^f.

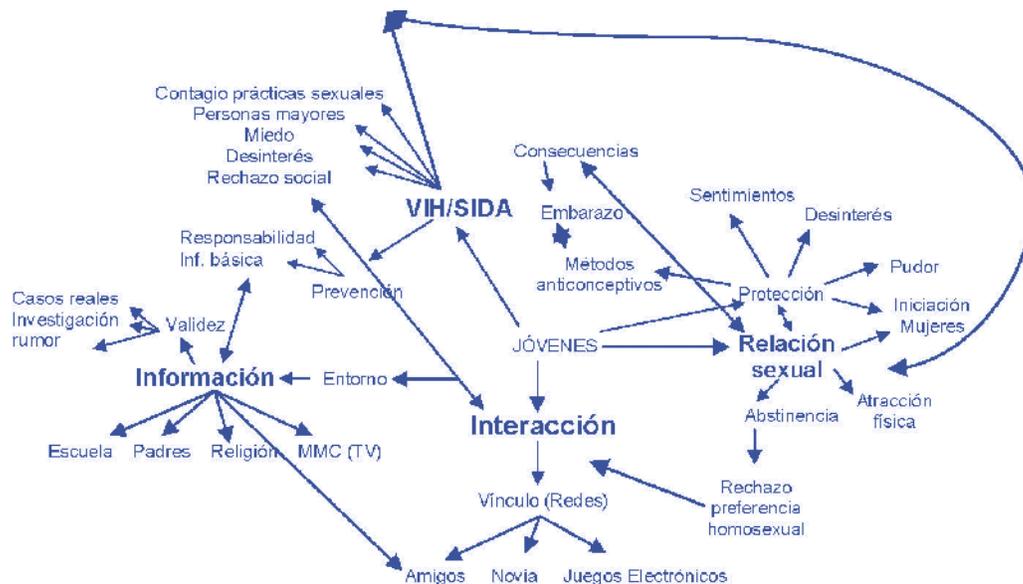
Resultados

De acuerdo a la gramática de argumentos que construyeron los grupos de discusión de los jóvenes se centran en interacción con redes sociales¹², su grupo de amigos, su novia, juegos electrónicos y con lecturas en general (tal y como se puede apreciar en el mapa ideológico), sus vínculos en los tiempos que ellos disponen. En esta posición la condición de calidad de vida en cuanto a lo que los jóvenes desean como su buena vida se basa en intereses fundamentados en estas redes sociales:

“Bueno, es que también, es que hay de amigos a amigos. Este... hay unos que te influncian bien, otros para mal. Pero hay veces que llevas a la chava, y, “ay ¿esa es tu chava?”, como que la critican, y entonces tú como que te cohíbes. O sea, los amigos influyen mucho en tu relación con cualquier cosa” (Grupo de discusión No.4)

^eCon base a INEGI. Censo de población y vivienda. Resultados preliminares del XII Censo de Población y Vivienda 2000.

^f Tomando a la argumentación como un proceso cuasi-lógico de esquematización o de “representación” de la realidad a partir de premisas ideológicas que se suponen compartidas. (Giménez; 1981: p. 140)



MAPA IDEOLÓGICO DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN EN JÓVENES POBLANOS SOBRE SEXUALIDAD Y VIH/SIDA 2004

En esta parte la individualidad de los jóvenes se queda entredicha a partir de la interacción grupal, el significado y sentido de las mujeres, en este acercamiento con la parte femenina nos conlleva a la relación sexual, esto a partir de sus representaciones sociales acerca de la sexualidad y las consecuencias como el VIH/Sida. En ellos el consenso se da en el recuerdo de la primera relación sexual, la cual es incitada por la mujer a edad temprana (entre 14 y 15 años) con una relación permanente y estable, así como la relación sexual a partir de la atracción física. Por otra parte, se da la abstinencia sexual, pero no como oposición a la preferencia homosexual sino al desinterés y apatía:

“bueno, pues, en verdad, este, yo no, a mi no me gustaría tener, es decir no es que sea de otro sexo, pero es que no me llama la atención, pero en sí que me gustaría que fuera inteligente, bueno a mí me gustan que sean güeritas, así pues normales, normales....o sea...así”. (Grupo de discusión No.2).

En las relaciones sexuales inesperadas no existe protección, dado que los jóvenes tienen pudor en solicitar protección sexual, por no sentirse inexpertos y débiles, recayendo al desinterés en la protección sexual a la nula utilización del condón. Así como la iniciación de la mujer en las relaciones sexuales sin protec-

ción, o su utilización sólo en función del uso de métodos anticonceptivos y no como protectores de enfermedades como el VIH/Sida, su precaución se basa en el embarazo no deseado.

Otro aspecto importante es el juego de los sentimientos, parte importante en la nula protección sexual, el encuentro del interior del joven con el sexo opuesto:

“Se siente más cabrón, porque, no mames, sí, sobres, la amo un chingo, y así de que no mames.. y así como que a veces es más chido de que, no mames te amo y un beso así como que más chido.” (Grupo de discusión No.4)

La información que los adolescentes adquieren acerca de la sexualidad y enfermedades se forma a partir de la publicidad masiva, de la escuela como institución formadora y por parte de la familia, en esta última como obligación de los padres; pero dicha información se centra en la función de los métodos anticonceptivos. Los jóvenes están concientes que la información es parte de la responsabilidad individual:

“bueno yo por las enfermedades que sé pues también por la escuela, pero bueno acerca de lo que habías hecho antes de la pregunta, yo creo que

† Con base a INEGI. Censo de población y vivienda. Resultados preliminares del XII Censo de Población y Vivienda 2000.

también no no es tanto, es tanto más la higiene en la persona que, por si tu preservativo, pues debes de tener mucha higiene en sus partes... de su cuerpo, sus partes de... tener también, tener cuidado.” (Grupo de discusión No.4).

Por otra parte, las representaciones sociales que tienen del VIH/SIDA es en consecuencia de contagio a partir de prácticas sexuales y contacto sanguíneo en personas mayores. Resignación y ocultamiento al contraer la enfermedad asumiendo la culpa de la irresponsabilidad. Existe un gran desinterés ante la enfermedad, dado que las experiencias son llevadas a cabo en personas mayores a ellos: “bueno yo también, pero pues, esa persona, que yo conozco es doctor. No, no siempre, bueno no tuvo esa enfermedad por tener relaciones con una mujer, sino que, ah también fue por un paciente que llegó.. y el paciente sí le había dicho perfectamente que tenía Sida, por decir, como es doctor, pues quiso sacarle un poco de la sangre y se picó con la misma inyección y bueno, una parte de la sangre se le quedó, bueno se le metió en una parte de la mano y entonces pues, de tantos años que tiene Sida, está en el hospital y ya nada más están esperando, bueno yo sé que nada más están esperando, porque se está muriendo”.(Grupo de discusión)

Los casos ejemplares son la fuente principal para verificar la información poseída, sin embargo, los jóvenes facilitan la labor guiándose por los rumores. La desinformación provoca rechazo social, por tanto, debe realizarse la difusión masiva a partir de la publicidad ya que esta es limitada por la TV.

Discusión

El abordaje que se ofrece ante la problemática que los jóvenes enfrentan ante padecimientos como el VIH/Sida, está relacionado indiscutiblemente con sus apropiaciones sociales y culturales que tienen a partir de la comunicación, vista como la inclusión de todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente, por lo cual, es indiscutible esta visión hacia la interacción tanto social como comunicativa en una evaluación de procesos comunicacionales en los que se encuentran los adolescentes de hoy. Es por ello la necesidad de su abordaje a partir de las acciones e

interacciones, enfatizado en la comunicación interpersonal, a la construcción de vínculos intersubjetivos, en los cuales identificamos elementos contextuales, como son las redes sociales a partir de sentidos, como son las significaciones que dan la satisfacción de ser jóvenes que ejercen su sexualidad con valor afectivo, compartido y bajo el cual los adolescentes interactúan y como éstos influyen en su calidad de vida está vista desde la buena vida que ellos determinan en el manejo de sus tiempos y espacios; así como la relación entre sus prácticas culturales en función de la ritualización la sexualidad y el VIH/SIDA.

Referencias Bibliográficas

1. ESTEVA Gustavo. 1994, *La construcción comunitaria más allá del desarrollo. Desarrollo sustentable y participación comunitaria*, México, UNAM.
2. RIZO, Marta. 2004, *La dimensión de la interacción en la comunicación. Reflexión teórica, balance y prospectiva* Trabajo presentado en AMIC, Veracruz, México.
3. GALINDO CÁCERES, Jesús. 1998, *Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación*. México, Consejo Nacional para las Culturas y las Artes. 523 p.
4. BOURDIEU, Pierre. 1991, *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid, Taurus.
5. THOMPSON, John B. 1993, *Ideología y cultura moderna*. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
6. MEAD, George H. 1973, *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social* Barcelona, Paidós.
7. LUHMANN, Niklas y De Georgi R. 1993, *Teoría de la sociedad*. México, Universidad Iberoamericana.
8. WINKIN Yves. 1994, *La nueva comunicación*. Barcelona, Editorial Kairós.
9. SSA – CENSIDA. 2003, *Epidemiología del VIH/SIDA en México*. Datos al 1 de Noviembre de 2003. México, Autor.
10. GARCÍA B. J., Figueroa P. J. G., Reyes Z. H., Brindis C., Pérez P. G. 1993, Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la ciudad de México, *Revista de Salud Pública de México*, vol.,35, núm.6 (nov-dic)
11. GIMÉNEZ, Gilberto. 1987, *La teoría y el análisis de la cultura*. México, SEP / Universidad de Guadalajara / COMECOSO.
12. GIDDENS, A. 1995, *La constitución de la sociedad*. s.l Amorrortu.

Características de atención obstétrica de la partera tradicional en México

(Characteristics of obstetric attention of the traditional midwives in México abstract)

Mauricio Mendoza Gonzalez

Olga A. Flores Loman, Jorge S. Azamar Martínez

Resumen

Objetivo. Conocer las características sociodemográficas y de atención obstétrica de la partera tradicional en el estado de Veracruz, México. Métodos. Se realizó un estudio transversal a parteras tradicionales registradas y activas, en los Servicios de Salud de Veracruz, durante 2002. Resultados. De 1224 parteras entrevistadas la edad promedio fue de 57 años (± 13 años), ubicándose el 87% entre los 40 y 79 años de edad. El 7.3% eran monolingües indígenas y el 25.7% bilingües al español, predominando el náhuatl. El 48.8% eran analfabetas, con frecuencia incrementada en los grupos de mayor edad. Predominó el aprendizaje autodidacta de la partería (44.9%), la atención del parto en la casa de la paciente (79%), en cama (80.4%) y en posición acostada (86.8%). En el pre-parto el 88.4% manifestaron actividades que garantizaban la higiene de manos; y el 80.8% cortar el cordón umbilical con tijera. Otorgan cuidados maternos posparto entre 1 y 42 días y recomiendan la ambulancia y la lactancia materna temprana. El riesgo de malas prácticas durante el parto se vio relacionado al analfabetismo (OR; 3.18, IC95%, 1.69-6.28), aprendizaje autodidacta (OR; 2.40, IC95%, 1.32-4.48) y la falta de capacitación (OR; 2.67, IC95%, 1.47-4.79). Discusión. El presente estudio delinea con cierta precisión el perfil sociodemográfico y cultural de la partera tradicional en el estado de Veracruz, así como importantes prácticas relacionadas a la atención obstétrica, que contrastan con resultados observados en otros estudios, lo cual permitirá contar con elementos locales de juicio para la implementación de estrategias de intervención, para la capacitación y mejora continua de las actividades relacionadas en salud materna y perinatal.

Palabras clave

Partera tradicional, atención obstétrica, estudio transversal, Veracruz, México.

Summary

Objective. To Know the sociodemographic characteristics and the obstetric attention of the traditional midwife in the State of Veracruz, México. Method: A survey was conducted, from cross-sectional to traditional, enrolled and active midwife, in the services of health of Veracruz, during 2002. Results: Of 1224 interviewed midwives whose average age was 57 years old (± 13 years), 87% of them between 40 and 79 years old, 7.3% of them were monolinguals indigenous and 25.7% of them were bilinguals (Spanish- indigenous languages) mainly Náhuatl. 48.8 % of them were illiterate, this frequently increased in elders. Self-learning of the midwifery predominated (44.9%), delivery at the patient's house (79%), on bed (80.4%), and lying down (86.8%). Before delivery 88.4% of the midwives did activities which showed that their hands were clean; and the 80.8% of them cut the umbilical cord using scissors. Mother care after delivery was given from 1 to 42 days and they advised the ambulatory and the early breast feeding. Risk due to non proper handle during delivery was related to illiteracy (OR; 3.18, IC95%, 1.69-6.28), self-learning (OR; 2.40, IC95%, 1.32-4.48) and the lack of training (OR; 2.67, IC95%, 1.47-4.79). Discussion. This study gives with some accuracy the sociodemographic and cultural profile of the traditional midwives from the State of Veracruz, as well as important activities related to the obstetric attention, which contrast with the results seen in other studies, this will allow to have judgment local elements for the establishment of intervention strategies, for the training and the continuing improvement of the activities related to perinatal and mother health.

Keywords

Traditional midwives, obstetric attention, cross-sectional study, Veracruz, México

* Investigador Tiempo Completo. Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. (mmendoza@uv.mx). ** Servicios de Salud de Veracruz, México. (flolom@yahoo.com) *** Investigador de tiempo completo Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. (jazamar@uv.mx)

Introducción

En nuestro país, la partera tradicional o comadrona ha sido descrita genéricamente como una persona que asiste a la madre en el curso de su parto y que goza del reconocimiento de su comunidad, constituyéndose en líder natural y componente activo en su localidad. Personaje comunitario estrechamente vinculado con la salud de las madres y los niños; particularmente con aspectos que se relacionan a la atención del embarazo, parto y puerperio¹.

Su participación comunitaria en ciertas regiones, especialmente en el ámbito rural cobra especial relevancia. En México, existen estimaciones que consideran que entre el 8% y el 25% de los nacimientos registrados anualmente pudieran haber sido atendidos por parteras; con reportes para el estado de Veracruz que van desde el 19%² hasta el 27%³, y en evaluaciones regionales aisladas con porcentajes que superan el 90%⁴, esto último en zonas donde su presencia es mucho mayor y donde coexisten áreas con una población predominantemente rural, indígena y de alta marginación.

El patrón de atención de partos y la situación de las parteras tradicionales presentan ciertos elementos de concordancia entre algunos reportes de nuestro país⁵ y de otros países latinoamericanos⁶, y contrasta diametralmente con la función de las parteras de los países desarrollados⁷. En México, nos referimos principalmente a mujeres con un promedio de edad superior a los 50 años, con escolaridad inferior al promedio poblacional, situadas en su mayoría en áreas rurales o suburbanas, de mayor marginalidad y con un marcado dualismo entre formas de atención tradicional y una marcada influencia de la medicina occidental⁸.

El estado de Veracruz representa la tercera entidad más poblada de México, con una población cercana a los siete millones de habitantes, 200,000 nacimientos registrados anualmente en promedio y una tasa de mortalidad materna para el año 2003 de 4.5 defunciones por cada 10,000 nacidos vivos registrados⁹; condiciones que coexisten en un territorio que para el año 2000 fue considerado el cuarto estado más marginado (4^o de 32 entidades federati-

vas), solamente superado por Chiapas, Guerrero y Oaxaca¹⁰. Con una condición de orden geográfico diversa, donde la accesibilidad a los servicios de salud aún es un problema real. La falta de derechohabencia a la seguridad social representa más del 65% de la población del estado, cuya responsabilidad de atención corresponde a un sistema de atención a población abierta (Servicios de Salud de Veracruz y el Instituto Mexicano del Seguro Social en su régimen Oportunidades)¹¹

La partera tradicional ha sido en el estado de Veracruz un personaje comunitario de cierto reconocimiento institucional, que en forma irregular se incorpora en actividades de capacitación y en el monitoreo informal de ciertos sistemas oficiales de información de los servicios de salud, sin embargo, los datos con que se cuenta sobre su accionar son insuficientes, por lo que se consideró necesario realizar un examen más acucioso de la situación actual de las parteras tradicionales, de las condiciones de sus viviendas, de sus experiencias en actividades de capacitación, de los resultados de las mismas y de los procedimientos y prácticas que habitualmente realizan, para lo cual se diseñó un estudio, que tuvo por objetivo el conocer las características sociodemográficas y de atención obstétrica de la partera tradicional en el estado de Veracruz, México.

Método

Se realizó un estudio transversal^{12,13} a parteras incluidas en los registros institucionales de los servicios estatales de salud en Veracruz (Servicios de Salud de Veracruz), según la siguiente definición operacional: "Toda partera tradicional, registrada en las actividades operativas de los servicios estatales de salud reproductiva en el estado de Veracruz en el periodo enero a diciembre del año 2002", lo cual se constituyó en el criterio de inclusión; donde la eliminación se relacionó con la negación de este personaje a participar en el estudio.

Fue construido un cuestionario precodificado de respuestas cerradas para la recolección de la información, el cual fue previamente piloteado y validado, dicho instrumento se relacionó con la construcción de variables que

se encontraban integradas en los siguientes estratos: características sociodemográficas básicas, características de las localidades de residencia y de la vivienda de la partera, aprendizaje de actividades relacionadas a la partería, operatividad o toma de decisiones relacionadas con la atención del embarazo y el parto y actividades complementarias ligadas a la salud reproductiva.

Para la evaluación analítica fueron instrumentadas dos variables de resultado que se relacionaban con la posibilidad de una toma de decisión inadecuada en dos momentos críticos de la atención del proceso obstétrico por las parteras tradicionales: “ante la presencia de un embarazo complicado” y “ante la presencia de un parto complicado”. Dichas variables fueron contrastadas con una serie de variables causa, relacionadas principalmente con, a) el antecedente de falta de capacitación formal; b) analfabetismo; c) la carencia de servicios de salud en la localidad de residencia de las parteras; d) el aprendizaje autodidacta de la partería, y; e) una variable que consideró un punto de corte de la edad de las parteras y que fue establecido en una edad igual o mayor a 60 años de edad (definido a partir de la distribución por edad presentado en este estudio)

Previo proceso de capacitación del personal encuestador y a partir del listado nominal de parteras tradicionales de los servicios estatales de salud, se realizó una evaluación de la concordancia con los listados que se encontraban vigentes en las Jurisdicciones Sanitarias y posteriormente en las unidades médicas, con la intención de determinar el número aproximado de parteras y programar el trabajo de campo, que consistió en la visita a las comunidades de origen de las parteras.

En el periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre del año 2003, se realizaron las visitas por parte del grupo de encuestadores en cada uno de los domicilios de las parteras, sitio donde se efectuó la entrevista. Cuando se trataba de una partera monolingüe a lengua indígena, esta entrevista se apoyó en personajes clave que realizan funciones de traducción simultánea, cuya actividad ya ha sido

validada en la institución, por el antecedente de colaboraciones previas. Verbalmente fue explicado el objetivo de la entrevista y se solicitó consentimiento informado para incorporar la información obtenida en el presente trabajo de investigación, asegurando el anonimato y la confidencialidad de la misma.

La información resultante fue compilada en una base de datos construida y analizada en el programa estadístico epidemiológico Epi Info 6.04d (CDC/USA/2001). Para el análisis se calcularon medidas de tendencia central y dispersión, de frecuencia, medidas de diferencia de promedios (estadístico Z) y la alternativa no paramétrica cuando los datos no presentaban una distribución normal (prueba de Bartlett para homogeneidad de varianzas y prueba de Kruskal-Wallis para observar las diferencias) y odds ratio (OR) como medida de asociación. En el presente trabajo un valor de P menor o igual a 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados

Características sociodemográficas básicas

En el presente estudio fueron incluidas un total de 1224 parteras. La edad promedio fue de 57 años (± 13 años) con un rango de 20 a 98 años de edad. El 8.1% eran menores de 40 años, el 4.9% contaban con 80 años y más y el 87% se ubicaron en el estrato de 40 a 79 años de edad. De acuerdo al estado civil, la mayor frecuencia reportó estar casada (49.7%) seguido en frecuencia por viudez (23.4%) y unión libre (16.3%)

El 67% de ellas tenía como idioma único el español, las que hablaban el español más un idioma indígena representaron el 25.7% y las parteras monolingües indígenas el 7.3%. Entre las principales lenguas reportadas en la totalidad de la población encuestada predominaron el náhuatl (44.4%), totonaco (22.9%), huasteco (17.0%) y popoluca (10.3%); el resto (5.4%) se distribuyó en una miscelánea de variantes lingüísticas.

Una de cada 2 parteras (48.8%) era analfabeta real (no sabía leer ni escribir), condición que observa una frecuencia incrementada en los grupos de mayor edad. En el grupo de

analfabetas el 86% eran mayores de 50 años, porcentaje que en el grupo de alfabetas corresponde al 48%. Con respecto a los antecedentes de escolaridad el 47.3% mencionaron no haber tenido instrucción escolar alguna y el 34.8% haber acudido a la primaria, pero no haber concluido dicha instrucción; una de cada 10 parteras cuenta con instrucción primaria completa y una más de esta proporción tiene un grado de escolaridad superior a la primaria. Con respecto a la religión, predominó la católica en un 81.4%, seguido por una miscelánea de variantes religiosas. (Cuadro 1)

Localidad de residencia y vivienda de la partera

De las localidades donde residen las parteras en el 13.9% no contaban con energía eléctrica, en el 44.1% no había suministro de agua entubada, no había drenaje en el 70% y carecían de servicio telefónico en el 44.7%. Con respecto a los servicios de salud, en el 81.4% de las localidades donde viven las parteras hay servicios de salud o son localidades de influencia de alguna unidad de salud, predominando los servicios públicos en el 89.9% y algún otro tipo de atención a la salud en el resto.

De la vivienda de las parteras, el 16.5% no contaban con energía eléctrica, una de cada dos viviendas no tenía piso de cemento o loza (53.5%), en una proporción similar, había carencia de servicio de agua entubada (46.5%) y en el 68.4% de las viviendas de las parteras no se contaba con drenaje. Situación que se magnifica, por ejemplo, en el grupo de parteras analfabetas con porcentajes de 23.3%, 70.5%, 52.3% y 79.8% respectivamente para cada uno de los servicios mencionados anteriormente. Pero que inversamente se comportan hacia la mejoría en aquellas parteras que en algún momento han recibido algún tipo de capacitación (13.7%, 50.5%, 41.1%, 65.7%). (Cuadro 1)

Cuadro 1
Características sociodemográficas básicas
Parteras tradicionales, Veracruz, México. 2003

VARIABLE	No.	%
Sociodemográficas básicas		
Grupo de Edad ($\mu 57 \pm 13$)		
20 - 29	12	1.0
30 - 39	85	7.1
40 - 49	246	20.6
50 - 59	321	26.9
60 - 69	300	25.1
70 - 79	172	14.4
80 - 89	49	4.1
90 - 99	10	0.8
Total	1195*	100.0
Estado Civil		
Casada	606	49.7
Viuda	285	23.4
Unión libre	199	16.3
Soltera	98	8.0
Divorciada	31	2.5
Total	1219*	100.0
Idioma		
Español	807	67.0
Bilingüe (Español / Indígena)	310	25.7
Monolingüe indígena	88	7.3
Total	1205*	100.0
Alfabetismo		
Analfabeta	594	48.8
Alfabetada	622	51.2
Total	1216*	100.0
Escolaridad		
Sin escolaridad	569	47.3
Primaria incompleta	419	34.8
Primaria completa	123	10.2
Secundaria completa	63	5.2
Preparatoria completa	9	0.7
Licenciatura	2	0.2
Carrera Técnica	18	1.5
Total	1203*	100.0
Religión		
Católica	943	81.4
Otra religión	215	18.6
Total	1158*	100.0
Localidad de Residencia		
Energía eléctrica		
Con servicio de energía eléctrica	1051	86.1
Sin servicio de energía eléctrica	170	13.9
Total	1221*	100.0
Agua entubada		
Con suministro de agua entubada	679	55.9
Sin suministro de agua entubada	536	44.1
Total	1215*	100.0
Drenaje sanitario		
Con drenaje sanitario	363	30.0
Sin drenaje sanitario	845	70.0
Total	1208*	100.0
Localidad con Servicios de Salud		
Con servicios de salud	973	81.4
Sin servicios de salud	222	18.6
Total	1195*	100.0
Vivienda de la Partera		
Energía eléctrica		
Con servicio de energía eléctrica	990	83.5
Sin servicio de energía eléctrica	196	16.5
Total	1186*	100.0
Piso de la vivienda		
Con piso de loza o cemento	545	46.5
Sin piso de loza o cemento (tierra)	627	53.5
Total	1172*	100.0
Agua entubada		
Con suministro de agua entubada	628	53.5
Sin suministro de agua entubada	545	46.5
Total	1173*	100.0
Drenaje sanitario		
Con drenaje sanitario	369	31.6
Sin drenaje sanitario	800	68.4
Total	1169*	100.0

* N = 1224 parteras entrevistadas

Actividades relacionadas a la partería (atención obstétrica)

En lo que se refiere a la atención del embarazo y parto, el 44.9% de las parteras refirieron un aprendizaje autodidacta para desempeñar dichas actividades, el 22.3% recibieron enseñanza de un familiar, el 20% de un personaje del equipo de salud y sólo el 12.8% le fue transferido por otra partera.

Tres de cada cuatro parteras (75.4%) mencionaron haber recibido por lo menos un curso de capacitación relacionado con la actividad de la partería, con una mediana de tiempo de haber recibido ésta de dos años. La mayoría de ellas refirió haber recibido dicha capacitación coordinada por los servicios públicos de salud (84.9%). Otorgada ésta, preferentemente por un médico (75.8%), seguido en frecuencia por una enfermera (20.3%) y por otro tipo de personajes, donde la figura de un promotor comunitario fue bien identificada (3.9%). (Cuadro 2)

El promedio de años en el desempeño de la partería fue de 23 años (± 14) con un rango (R) de 0.2 a 79 años. Estos parámetros analizados entre la condición de capacitación, muestran un promedio de 24 años (± 13) en aquellas que han sido capacitadas y 21 años (± 15) en las que no lo han sido, con valores de mediana de 22 y 17 años respectivamente ($P < 0.01$)

Para dimensionar el tiempo de desarrollo de la actividad en las parteras y considerando una estratificación decenal podemos observar en el grupo de 20 a 29 años un promedio de 6 años (± 3) de práctica de la partería, condición que se incrementa en forma gradual hasta llegar al grupo de 90 a 99 años, quienes manifestaron 46 años promedio (± 19) de práctica, lo cual pone de manifiesto el alcance de esta actividad en la vida de las parteras.

Con la intención de ser más precisos en las actividades propiamente ligadas a la partería, fueron seleccionadas aquellas parteras que en el momento de la entrevista aún realizaban prácticas integrales relacionadas al evento obstétrico y que culminaban con la atención del parto y el recién nacido. En este sentido 1097 de ellas refirieron aún realizar esas funciones (90% del

grupo entrevistado). Este grupo es el que se analizó para estas actividades. (Cuadro 2)

Preferentemente la atención del parto se realiza en la casa de la parturienta (79.0%) seguido en frecuencia por la atención en la casa de la partera (18.9%) y en menor frecuencias refirieron realizar esta actividad en una unidad de salud (0.9%), en una posada comunitaria de nacimiento (0.8%) y en otro sitio alternativo (0.4%). Esta última situación dio pie a valorar la segunda opción en preferencia o alternativa para la atención del parto la cual se ubicó en la opción de la casa de la partera (11%)

La atención del parto y del recién nacido en cama lo realizan 4 de cada 5 parteras, situación que se correspondió, en mayor proporción (86.8%), con la posición en decúbito dorsal (acostada boca arriba) para la atención del evento obstétrico. Cuando estas variables fueron contrastadas contra la característica de capacitación, se observó que esta condición determinó una mayor frecuencia de atención en cama (81.9% vs. 76.3% / $p = 0.028$) y en decúbito dorsal (90.1% vs. 76.7%; $p < 0.01$) con relación a quienes no habían recibido capacitación alguna.

Las actividades complementarias que realizan las parteras previas a la atención del parto estuvieron referidas preferentemente por las prácticas de acomodo del feto (56.9%), la administración de infusiones de medicina tradicional (20.4%) y maniobras catalogadas como de "sobado" en el vientre de la paciente durante el trabajo de parto (19.9%). Característica que no mostró diferencias cuando ésta fue contrastada contra la condición de capacitación ($p > 0.05$).

La manera de garantizar la higiene durante la atención del parto fue manifestada preferentemente por las prácticas de lavado de manos, la desinfección de manos y el uso de guantes estériles, que en conjunto correspondió al 88.4% de las actividades manifestadas, seguido por una miscelánea de acciones que incluyeron el baño de la paciente previo a la atención del parto, la utilización de material estéril, así como maniobras de desinfección aplicados a la par-

Cuadro 2

Actividades relacionadas a la partería (atención obstétrica)
Parteras tradicionales, Veracruz, México. 2003

VARIABLE	No.	%
Aprendizaje		
Autodidacta	535	44.9
De un familiar	266	22.3
Personal médico	238	20.0
Otra partera tradicional	153	12.8
	1192*	100.0
Capacitación		
Recibió capacitación	903	75.4
No recibió capacitación	294	24.6
	1197*	100.0
Otorgante de capacitación		
Médico	684	75.8
Enfermera	183	20.3
Promotor de salud comunitaria	35	3.9
	903***	100.0
Sitio de atención del parto		
Casa de la parturienta	860	79.0
Casa de la partera	206	18.9
Unidad de salud	10	0.9
Posada comunitaria de nacimiento	9	0.8
Sitio mal definido	4	0.4
	1089***	100.0
Lugar para atender el parto		
Cama	872	80.6
Suelo	136	12.6
Mesa de parto	48	4.4
Otro sitio (mal definido)	26	2.4
	1082***	100.0
Posición para atención del parto		
Acostada (decúbito dorsal)	944	86.8
Arrodillada	106	9.8
En cuclillas	26	2.4
Otra posición	11	1.0
	1087***	100.0
Actividad complementaria (parto)		
Acomoda al niño (versión externa)	601	56.9
Administración de infusiones	216	20.4
"Sobado" de la paciente (vientre)	210	19.9
Otras actividades	30	2.8
	1057***	100.0
Actividad higiénica para el parto		
Lavado de manos	765	72.8
Desinfección de manos	91	8.7
Uso de guantes estériles	72	6.9
Otras actividades	129	11.6
	1057***	100.0
Corte de cordón umbilical		
Tijera	832	80.8
Navaja de rasurar	154	15.0
Bisturí	25	2.4
Otros	19	1.8
	1030***	100.0
Recomendación posparto		
Deambulacion inmediata	427	40.3
Baño	425	40.1
Reposo en cama ("cuarentena")	123	11.6
Otras actividades	85	8.0
	1060***	100.0
Atención del recién nacido		
Lavado de ojos	294	32.0
Cubrir al niño (proporcionar calor)	208	22.6
Aplicar desinfectante ocular	184	20.0
Reanimación del recién nacido	118	12.8
Otras actividades	115	12.5
	919***	100.0

* N = 1224 parteras entrevistadas.

** En relación con las que habían recibido capacitación.

*** N = 1097 parteras seleccionadas que atienden partos.

turienta. El lavado de manos considerado como eje central de las acciones manifestadas, presentó una frecuencia mayor en las parteras no capacitadas que en aquellas que habían recibido capacitación (80.6% vs. 70.4%)

El corte de cordón umbilical es realizado preferentemente mediante el uso de tijera (80.8%), hoja de afeitar (15.0%) y bisturí (2.4%), seguido por una mezcla de técnicas que agrupan el 1.8%, entre las que se incluye el corte con una hoja de carrizo, el uso de onfalotomo, cuchillo, etc. El uso de la tijera es más frecuente en las parteras capacitadas que en aquellas sin esta condición (82.9% vs. 74.5%). Posterior al corte del cordón umbilical, la práctica predominante fue la aplicación de una gasa o apósito (94.1%) en el muñón, práctica más frecuente con la condición de capacitación contra quienes no tenían ese antecedente (95.3% vs. 89.7%)

De 0 a 42 días es el rango de días manifestado para el otorgamiento de cuidados a la parturienta posterior a la resolución del evento obstétrico, con una mediana de 7 días, similar medida encontrada en el grupo de parteras capacitadas y de 8 días en las no capacitadas ($p < 0.05$). Las recomendaciones para el posparto incluyen que la paciente camine inmediatamente (40.3%), el baño (40.1%) y el reposo en cama "cuarentena" (11.6%). Vale la pena mencionar que esta última recomendación fue más frecuente en las parteras no capacitadas que en las capacitadas (20.8% vs. 8.8%). La recomendación de reincorporarse a la deambulacion, considero que se realizara preferentemente entre el primero y segundo día posparto.

En lo que se refiere a la atención del recién nacido en el posparto, el conjunto de las recomendaciones (87.5%) se concentraron principalmente en el lavado de ojos y aplicación de desinfectante ocular, reanimación del neonato y proporcionarle calor cubriéndolo. Con respecto a la condición de capacitación, las parteras capacitadas privilegian las actividades de lavado y desinfección de ojos que las no capacitadas (57.5% vs. 36.5%), con un porcentaje similar en la actividad de reanimación (12.8% y 12.4%) y mayor porcentaje en la activi-

dad de proporcionar calor en las no capacitadas (36.5%) con relación a las que han recibido capacitación formal (18.0%). (Cuadro 2)

Toma de decisiones relacionada a la atención del embarazo y el parto

La presencia de un embarazo complicado, en aquellas parteras activas en el momento de la entrevista, permitió observar que el 96% de ellas mencionaron que esa circunstancia les conducía a tomar la decisión de referirla con un médico; porcentaje similar (94.6%) ante la presencia de un parto complicado. Los porcentajes complementarios supusieron malas decisiones que en el primer caso se correspondieron con el no realizar ninguna actividad y seguir atendiendo a la paciente, dejar de lado su atención sin ninguna recomendación precisa y en otro caso, la administración de medicamentos; en lo que se refiere al parto se relacionó con el seguir atendiendo el parto.

Riesgo de malas decisiones ante el embarazo o el parto complicado

La decisión tomada ante un embarazo complicado, relacionada con los antecedentes de capacitación, incrementó en más de tres veces las posibilidades de una mala decisión, cuando la partera no tenía el antecedente de haber sido capacitación (OR 3.52; IC95% 1.85–6.72; $P < 0.01$), condición semejante, pero con un incremento superior a cuatro veces cuando se tenía el antecedente de analfabetismo (OR 4.60; IC95% 2.16–10.73; $P < 0.01$). Las variables de falta de servicios de salud en la localidad de la partera (OR 0.78; IC95% 0.29–1.81; $P > 0.05$) y el aprendizaje autodidacta de la partería (OR 1.27; IC95% 0.66–2.46; $P > 0.05$) no mostraron asociación alguna con aquella variable de resultado.

Ante un parto complicado los antecedentes de falta de capacitación (OR 2.67; IC95% 1.47–4.79; $P < 0.01$), el analfabetismo (OR 3.18; IC95% 1.69–6.28; $P < 0.01$) y la falta de servicios de salud en la localidad de residencia de la partera (OR 0.86; IC95% 0.37–1.80; $P > 0.05$), presentaron un comportamiento análogo a lo observado en la condición de embarazo complicado, con valores de estimador puntual ligeramente inferiores. Sin embar-

go, el aprendizaje autodidacta de la partería si mostró una posibilidad incrementada de tomar una mala decisión ante un parto complicado en más de dos veces (OR 2.40; IC95% 1.32–4.48; $P < 0.01$)

Se estableció un punto de corte sobre la base de la distribución de la edad de estas parteras en 60 años y más, que representaron el 43.6% del total de ellas.

Con esta condición, la posibilidad de una mala decisión ante un embarazo complicado se incrementó en más de tres veces (OR 3.55; IC95% 1.78–7.48; $P < 0.01$) y en casi dos veces (OR 1.96; IC95% 1.10–3.57; $P < 0.05$) con relación a un parto complicado, cuando se contrastó con aquellas que tenían una edad menor a 60 años. (Cuadro 3)

Actividades complementarias ligadas a la salud reproductiva

Cuatro de cada cinco parteras recomiendan el inicio de la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento, con una frecuencia acumulada superior al 96% en todo el grupo de ellas, cuando se incorpora la recomendación de inicio de la lactancia materna durante el primer día de vida. La frecuencia en estos estratos es inferior en las parteras no capacitadas, a expensas de la recomendación de inicio de la lactancia materna después del primer día de edad ($P < 0.01$)

El tiempo que las parteras indican que se extienda la lactancia materna es de 9 meses en promedio (± 5 meses) con una diferencia observada según la condición de capacitación, mayor en las no capacitadas (9 vs. 10 meses; $P < 0.01$). Cabe mencionar que cuando este análisis se realizó contra aquellas parteras que en el momento ya no atendían partos no se observaron diferencias significativas (9 meses; > 0.05)

El 81.5% de las parteras entrevistadas y activas acostumbran recomendar el uso de un método de planificación familiar en el postevento obstétrico, porcentaje que observa diferencias significativas ($P < 0.05$) cuando se midió entre aquellas parteras capacitadas (88.5%) versus las no capacitadas (58.3%).

Cuadro 3
Distribución de Riesgos según Prácticas relacionadas con la Atención de la Embarazada de Riesgo y el Parto Complicado. Parteras tradicionales, Veracruz, México. 2003.

Variable de Resultado (Efecto)	Variable de Exposición (Riesgo)	Condición de exposición	Toma de decisión ante el evento		OR	IC 95%	Valor F
			Incorrecta	Correcta			
Decisión incorrecta ante un embarazo complicado	Capacitación	No capacitada	20	225	3.52	1.85-6.72	<0.01
		Capacitada	20	794			
		total	40	1019			
	Analfabetismo	Analfabeta	32	479	4.60	2.16-10.73	<0.01
		Alfabeta	8	551			
	total	40	1030				
Servicios de salud	Sin servicios de salud	6	191	0.78	0.29-1.81	>0.05	
	Con servicios de salud	13	822				
	total	39	1013				
Aprendizaje	Autodidacta	19	445	1.27	0.66-2.46	>0.05	
	No autodidacta	19	567				
	total	38	1012				
Edad	60 años y más	29	431	3.55	1.78-7.48	<0.01	
	Menos de 60 años	11	581				
	total	40	1012				
Decisión incorrecta ante un parto complicado	Capacitación	No capacitada	21	220	2.67	1.47-4.79	<0.01
		capacitada	28	783			
		total	49	1003			
	Analfabetismo	Analfabeta	36	472	3.18	1.69-6.28	>0.01
		Alfabeta	13	543			
	total	49	1015				
Servicios de salud	Sin servicios de salud	8	189	0.86	0.37-1.80	>0.05	
	Con servicios de salud	40	810				
	total	48	999				
Aprendizaje	Autodidacta	31	430	2.40	1.32-4.48	<0.01	
	No autodidacta	17	566				
	total	48	996				
Edad	60 años y más	29	424	1.96	1.10-3.57	<0.05	
	Menos de 60 años	20	574				
	total	49	998				

OR = Odds Ratio
 IC 95% = Intervalo de confianza al 95%
 Valor P = Valor de P.

Discusión

El presente trabajo constituye una revisión exhaustiva de las características básicas de perfil sociodemográfico de la partera tradicional, así como los conocimientos y habilidades relacionados con y para la salud reproductiva en el estado de Veracruz, México, con énfasis en prácticas ligadas a los procesos de atención obstétrica y la toma de decisiones ante dos hechos concretos considerados de riesgo; para este personaje comunitario.

Sin lugar a dudas, estamos ante un personaje comunitario de amplia influencia en las actividades relacionadas a la salud reproductiva

para el estado de Veracruz; cuya constante es similar a lo observado en otros trabajos realizados en nuestro país y algunos ámbitos latinoamericanos.^{4,5,6,14} Mujeres con un promedio de edad avanzado, de baja escolaridad y un amplio porcentaje analfabetas; hablantes de lengua indígena y católicas en su mayoría, lo cual denota en términos generales su espectro de acción, pero que al mismo tiempo pone de manifiesto cierta condición de desventaja. Esas observaciones se hacen más contundentes cuando observamos las condiciones de sus viviendas y en los sitios de residencia habitual que se encuentran.

Es indudable que existen fuertes manifestaciones de comportamiento “medicalizado” en la atención de los eventos obstétricos, los cuales han sido incorporados quizá, a través de los años mediante los procesos de capacitación, en su gran mayoría, otorgados por personal médico institucional, lo cual sin embargo, contrasta fuertemente con el hecho de su aprendizaje autodidacta en una de cada dos parteras incluidas en este estudio.

Las actividades de la partera tradicional en la atención del embarazo y del parto, están ampliamente difundidas en el estado de Veracruz, por lo tanto, es fundamental considerar que hay ciertas condiciones que pueden incrementar las posibilidades para la toma de una decisión incorrecta en esos momentos y que por ende podrían ser negativos para la salud materna y perinatal.

De manera sustancial la falta de capacitación, el analfabetismo y una edad mayor a 60 años influyen para que, ante un embarazo complicado o de riesgo, se adopten decisiones que pueden ser consideradas como incorrectas, condición que es análoga ante un parto complicado, adicionándose a esta última situación el riesgo que representa el antecedente de aprendizaje autodidacta de la partería.

Los resultados aquí obtenidos, han sido puestos a consideración de las instituciones de salud en el estado de Veracruz, para que sean tomados en cuenta en los procesos de trabajo compartido que se realizan con las parteras tradicionales; constituyen un sustrato que igualmente puede ser empleado para evaluar las intervenciones comunitarias, relacionadas a este personaje y que permita regular actividades integrales de trabajo, relacionadas a los hechos de la salud reproductiva que fueron aquí abordados.

Referencias bibliográficas

1. SECRETARÍA DE SALUD. 1994, *El Perfil de la Partera Tradicional en México*. 5-138.
2. OLAIZ G, ROJAS R, BARQUERA S, SHAMAH T, AGUILAR C, CRAVIOTO P, LÓPEZ P, HERNÁNDEZ M, TAPIA R, SEPÚLVEDA J. 2003, *Encuesta Nacional de Salud 2000*. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública.
3. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO). 1998, *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 1997* (ENADID), México.
4. BARRAGÁN-FLORES J. 2003, *Desarrollo de Programas de Salud en Comunidades Indígenas, Aportaciones desde la Comunicación Intercultural*. Tesis de Maestría en Comunicación, Universidad Veracruzana.
5. CASTAÑEDA-CAMEY X. 1992, Embarazo, parto y puerperio: Conceptos y prácticas de las parteras en el estado de Morelos. *Salud Publica Mex.* 34:528-32.
6. HINCAPIÉ E. VALENCIA CP. 2000, Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía, Colombia. *Colombia Med.* 31:11-5.
7. ASHCROFT B. ELSTEIN M. BOREHAM N., HOLM S. 2003, Prospective semistructured observational study to identify risk attributable to staff deployment, training, and updating opportunities for midwives. *BMJ.* 327:584-7.
8. FLORES-CISNEROS C. 2003, Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca. *Perinatol Reprod Hum.* 17;1:36-52.
9. SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ. 2004, *Programa Estatal de Salud Materna y Perinatal, Estrategia Arranque Parejo en la Vida. Evaluación 2003*. México.
10. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO). 2001, *Índices de Marginación, 2000*. México.
11. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). 2004, *Anuario de Estadísticas por Entidad Federativa*, Edición 2004. México.
12. HERNÁNDEZ-ÁVILA M. GARRIDO-LATORRE F. LÓPEZ-MORENO S. 2000, Diseño de Estudios Epidemiológicos. *Salud Publica Mex.* 42:144-54.
13. HERNÁNDEZ B. VELASCO-MONDRAGÓN HE. 2000, Encuestas Transversales. *Salud Publica Mex.* 42:447-455.
14. GARCÍA-BARRIOS C. CASTAÑEDA-CAMEY X. ROMERO-GUERRERO X. GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ D. LANGER-GLAS A. 1993, Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo. *Salud Publica Mex.* 35:74-84.

Tuberculosis y conocimiento de la enfermedad

(Tuberculosis and knowledge of the disease)

*Claudia de Jesús Ramírez Palacios

Araceli Mariscal Méndez, *Eliás Flores Maciel, ****Fernando Santos Reyes y*****Roberto Zenteno Cuevas

Resumen

Una de las directrices más importantes en la prevención, tratamiento y control de la tuberculosis pulmonar (TB) es incrementar el conocimiento sobre la TB en los pacientes y familiares, ya que a mayor conocimiento se incrementa el apego y se evita el abandono. A partir de lo anterior es que el objetivo del presente trabajo fue, a partir de un cuestionario estructurado, evaluar el grado de conocimientos que posee la población diagnosticada con TB y un familiar cercano, en el periodo 2003-2004, en Tierra Blanca, Veracruz, México. Los resultados muestran que el conocimiento general sobre la TB es *medio* y la prevención *baja*, lo que evidencia un enfoque curativo más que preventivo de la información que recibe el paciente.

Palabras clave

Tuberculosis, Conocimiento.

Introducción

La Tuberculosis (TB) continúa siendo considerada como una de las enfermedades infecto-contagiosas de mayor impacto en la salud pública y requiere, una atención inmediata. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha calculado que tanto por el crecimiento de las poblaciones, como por la aplicación insuficiente de los medios disponibles para el control de esta enfermedad, a finales del presente siglo habrá más enfermos tuberculosos que los que había cuando se descubrieron los primeros fármacos antituberculosos. Por otro lado, la TB es una de las enfermedades más importantes asociadas al SIDA y la Diabetes Mellitus, a una magnitud tal que hace prácticamente inviable la posibilidad de erradicarla y amenaza con interferir en las previsiones que la humanidad ha tardado décadas en conseguir.

La OMS declaró en 1993 que la tuberculo-

Abstract

One of the most important directives of the Health Services in the prevention, treatment and control of pulmonary tuberculosis (TB), is to increase the levels of knowledge of TB patients and relatives, because it has been demonstrated that to greater knowledge, there is a increase of the adherence to the treatment and abandonment is avoided. So the goal of this work was to evaluate the grade of knowledge of people diagnosticated with TB and one relative in the 2003-2004 period in Tierra Blanca Veracruz, Mexico. The results shows that the knowledge in general is medium and the prevention is low, which evidence one healing more than preventive information that the patient receives.

Key words

Tuberculosis, knowledge.

sis había adquirido carácter de emergencia mundial; y aunque han pasado ya algunos años, esta emergencia cobra hoy una gran actualidad, pues la situación en lugar de mejorar parece empeorar, por ejemplo tenemos: 1) La tuberculosis es entre las enfermedades infecciosas la segunda causa de muerte en el mundo, con dos millones de muertes cada año, incluyendo 250.000 niños. 2) Una tercera parte de la población mundial ha estado en contacto con la micobacteria, y uno de cada 10 humanos desarrollará la enfermedad en algún momento de su vida. 3) Cerca del 1% de la población del mundo, está adquiriendo la infección por M. tuberculosis cada año. 4) Más de la mitad de las personas que desarrollan la enfermedad cada año morirán si no reciben el tratamiento adecuado. 5) Una persona con tuberculosis pulmonar bacilífera, infecta de 10 a 15 personas en el transcurso de un año. 6)

*Claudia de Jesús Ramírez Palacios, **Araceli Mariscal Méndez, ***Eliás Flores Maciel, ****Fernando Santos Reyes. Pasantes de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

*****Roberto Zenteno Cuevas. Profesor-Investigador del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana., rzenteno@uv.mx

Cada año ocho millones de personas en el mundo se enferman de tuberculosis. 7) Cada día en el mundo 20.000 personas desarrollan tuberculosis y hasta 5.000 mueren a causa de ella. 8) Una persona muere por tuberculosis cada 10 segundos. 9) Una persona en el mundo está siendo infectado por *M. tuberculosis* cada segundo. 10) La tuberculosis causa más muertes entre mujeres de todo el mundo que todas las causas de mortalidad materna combinadas. 11) América Latina se establecen de 250 a 300 mil nuevos casos y de 20 a 25 mil muertes por año, por lo que se coloca en tercer lugar de incidencia por debajo de África y de Asia, número uno y dos respectivamente. 12) México, Brasil y Perú, son los países con mayor incidencia de Tuberculosis en Latinoamérica. En conclusión podemos decir que el deterioro de los servicios de salud, los desplazamientos forzados, la mayor concentración de la riqueza en cada vez más pocos, la indigencia, la diseminación del VIH/SIDA y la emergencia de la multidrogoresistencia y el desconocimiento de la enfermedad y sus particularidades, están contribuyendo a empeorar el impacto de esta enfermedad¹⁻⁴.

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por bacterias del complejo *Mycobacterium*, en los cuales se encuentra incluido *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. Mircroti*, y el recientemente *M. Canetti*. La *Mycobacteria* penetra al cuerpo a través del tubo digestivo, el sistema genitourinario y el sistema respiratorio, siendo esta última la vía de infección más frecuente¹.

Como se mencionó, México es uno de los países con mayor prevalencia de TB en Latinoamérica y Veracruz es uno de los estados con mayor número de aportaciones²⁻⁵, la mortalidad de 1990 a 1997 se ha reducido en 38%, pasando de una tasa de 11.9 a 7.3 por 100,000 habitantes. Al contrario de la mortalidad, la morbilidad va en aumento, debido a la búsqueda intencionada y aun mejor registro de casos, siendo este incremento de 1990 a 1998 del 36.8%. En Veracruz en el año 2001 se reportaron 1,989 casos; en el 2002, 1,975; en el 2003, se contabilizaron 1,725. Y hasta la semana 22 del 2004, 696 nuevos casos^{6, 7}. La

tuberculosis pulmonar se presenta en el 95% de los casos, afectando principalmente a población de 15 a 49 años de edad y de 65 años y más^{6,7}. En la Jurisdicción Sanitaria de Cosamaloapan hasta la semana 20 del 2004 se reportaron 45 casos⁸ ubicándose de acuerdo al número de casos en lugar número 7 del estado.

En el período 2002 – 2003 la localidad de Tierra Blanca registró 48 casos de TB. En el año 2002, únicamente el 54% de los casos reportados curaron y un 46 % se englobaron en un fracaso al tratamiento, sin embargo en el 2003 y 2004, gracias a la implementación de las modificaciones a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993 para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud⁹, se observó una reducción importante en los fracasos reportados. Y es precisamente el incremento de actividades que permitan al paciente incrementar su conocimiento sobre su enfermedad y evitar el abandono, una de las acciones más favorecidas en la norma modificada.

A partir de todo lo anterior, el objetivo de este estudio fue determinar el grado de conocimiento que tienen los pacientes con tuberculosis y un familiar cercano sobre la enfermedad, en la localidad de Tierra Blanca, Veracruz.

Método

El presente estudio es de tipo transversal y se realizó en el ámbito geográfico de la Jurisdicción Sanitaria No. IX de Cosamaloapan, Ver.; específicamente en las unidades médicas dependientes de los Servicios de Salud del Estado de Veracruz y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la localidad de Tierra Blanca, Ver., y que en el período del 1 de enero del 2003 al 1 de junio del 2004, hayan registrado casos de tuberculosis pulmonar.

A partir del listado nominal de casos de tuberculosis en el período establecido para Tierra Blanca, Ver., se constituyó el grupo de estudio de n=22 casos y por cada caso se incluyó a un contacto siendo entonces el tamaño final del grupo de n=44. En ambos casos se consideró la edad mínima a participar de 15 años de edad o más, sin importar el sexo. A

todos ellos se les aplicó en sus domicilios y por separado, para evitar algún tipo de sesgo o interferencia, un cuestionario de tipo estructurado con 17 preguntas cerradas. Este cuestionario fue construido por nosotros a partir de antecedentes bibliográficos y la Norma Oficial Mexicana 006-SSA2-1993 (NOM) para el tratamiento de tuberculosis⁹⁻¹¹, posteriormente se validó por expertos y se piloteó en una muestra representativa de pacientes y contactos en otra zona geográfica; El cuestionario se conformó de los siguientes elementos: 1) Una cédula de identificación del paciente o el familiar (sexo, edad, grado de escolaridad y lugar de residencia); 2) Cuatro apartados, de cuatro preguntas cada uno y que evaluaron: a) conocimiento de la enfermedad; b) conocimiento sobre los procedimientos de diagnóstico; c) conocimiento sobre el tratamiento, y d) conocimiento para prevenir un contagio. 3) Finalmente se estableció una pregunta para identificar la fuente de información que recibieron los pacientes y los contactos. Se salvaguardaron los principios éticos básicos, solicitando el consentimiento informado al sujeto de la entrevista para incluirlo en el estudio y se mantuvo en todo momento el anonimato de los mismos, en caso de ser menores de edad se solicitó la autorización de el padre o tutor. Los resultados se evaluaron con estadística descriptiva e inferencial mediante el programa *Statistica 6.0*.

Resultados

Se entrevistaron 22 pacientes y 22 familiares. De los pacientes, 15 (68.2%) pertenecían a la SSA y 7 (31.8%) al IMSS. En términos globales 11 (50%) de los pacientes ya habían terminado su tratamiento, 7 (31.8%) se encuentran en tratamiento por primera vez, 2 (9.1%) se encontraban en tratamiento por recaída y 2 (9.1%) abandonaron el tratamiento.

Características de los pacientes y sus familiares

El 45% de los sujetos fueron hombres y el 54% mujeres. Sus edades fluctuaron entre los 16 y los 78 años de edad, siendo el grupo predominante el de 45 a 54 años (29.5%). La mayoría de los sujetos reportaron primaria incompleta (29.5%), (Tabla 1)

	Participantes n(%)	Medial del Conocimiento Gral.	Desviación Estandar
Sexo			
Masculino	19 (43.2)	10.37	2.59
Femenino	25 (56.8)	9.68	3.39
Grupos de edad			
15 - 24	7 (15.9)	10	3.27
25 - 34	9 (20.5)	9	2.65
35 - 44	4 (9.1)	10.25	3.86
45 - 54	13 (29.5)	10.38	2.18
55 - 64	8 (18.2)	10.75	4.46
65 y más	3 (6.8)	8.67	3.06
Escolaridad			
Sin escolaridad	6 (13.6)	8.33	4.37
Primaria incompleta	13 (29.5)	10.54	2.63
Primaria completa	9 (20.5)	11.67	1.94
Secundaria Incompleta	3 (6.8)	7	4
Secundaria Completa	4 (9.1)	9.25	1.89
Preparatoria Incompleta	1 (2.3)	6	-
Preparatoria Completa	4 (9.1)	10	2.50
Licenciatura Incompleta	1 (2.3)	6	-
Licenciatura Completa	3 (6.8)	12.33	2.08
Área de residencia			
Urbana	37(84.09)	9.97	3.17
Rural	7 (15.91)	10	2.52
Fuente de conocimiento			
Personal Médico	30 (68.2)	10.53	2.73
Otros	14 (31.8)	8.79	3.47

Tabla 1. Conocimiento General por sexo, grupo de edad, escolaridad, área de residencia y fuente de conocimiento en pacientes y familiares, SSA-IMSS. Tierra Blanca, Ver. 2003-2004.

Fuente: Directa, Cédula de captura levantada por alumnos del Instituto de Salud Pública, U.V. Tierra Blanca, Ver. Julio 2004.

Conocimiento general por sexo, grupo de edad, escolaridad, área de residencia y fuente de conocimiento en pacientes y familiares.

El conocimiento general sobre la tuberculosis (enfermedad, diagnóstico, tratamiento y prevención) fue de 9.97 +/- 1.85.

Conocimiento general de la Tuberculosis en pacientes y familiares

El conocimiento general sobre la tuberculosis no muestra significancia estadística (0.305) entre los pacientes y sus familiares. (Tabla 2) Conocimiento de la enfermedad en pacientes y familiares.

El 40.9% de los pacientes y el 36.4% de los familiares saben que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica, mientras que una proporción similar de los pacientes (40.9%) y la mayoría de los familiares (45.5%) consideran que se trata de una enfermedad infecciosa aguda, sólo el 2.3 % de los familiares cree que es una enfermedad hereditaria y el resto de pacientes y familiares, lo desconocen (Tabla2)

El 95.4% de los pacientes y el 81.8% de los familiares identificaron a la tos como el síntoma característico de la tuberculosis mientras que el 9.1% de los familiares, mencionaron al vómito y sólo 4.5% de los pacientes y 9.1% de los familiares, dijeron desconocer un síntoma característico.

El 100% de los pacientes y de sus familiares, saben que la tuberculosis es una enfermedad contagiosa y la mayoría de los pacientes y de sus familiares (90.9%) reconocen que la tuberculosis se contagia por el contacto directo con personas enfermas, mientras que una baja proporción de ambos (9.1%), consideran que se contagia por otras causas.

Conocimiento del diagnóstico en pacientes y familiares

El 95.5% y 90.9% de los pacientes y familiares, saben que la enfermedad se diagnostica a través de exámenes de espectoración, mientras que una baja proporción de los familiares (4.5%) mencionó que la enfermedad se diagnostica con exámenes de sangre, y el resto de los pacientes y familiares (4.5% para cada uno) mencionaron no saberlo (Tabla 2).

El total de los familiares y la gran mayoría de los pacientes (9.5%) saben que es necesario realizar exámenes de diagnóstico a todas las personas que están en contacto con los pacientes con tuberculosis, mientras que el 4.5% de los pacientes, no lo sabe.

El 72.7% y 68.2% de los pacientes y sus familiares, conocen que deben hacerse 3 exámenes de laboratorio para diagnosticar la tuberculosis. El 9.1% de los pacientes y el 13.6% de sus familiares dijeron no conocer el número necesario de análisis positivos para diagnosticar la enfermedad y, el resto de pacientes y familiares, mencionaron otro número de exámenes de laboratorio necesarios para tal fin. El 90.9% y el 68.2% de los pacientes y familiares respectivamente mencionaron conocer que se debe realizar cada mes el seguimiento de la enfermedad mediante el diagnóstico por baciloscopia.

Conocimiento del tratamiento en pacientes y familiares

El total de los familiares y la gran mayoría de los pacientes (95.5%) saben que los medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis deben darse en el centro de salud u hospital, mientras que el 4.5% de los pacientes mencionó su domicilio como el lugar para la administración del medicamento (Tabla 2).

La mayoría de los pacientes (72.7%) y de sus familiares (68.2%) saben que el personal médico es el encargado de dar los medicamentos al paciente con tuberculosis, sólo el 4.5% de los pacientes y el 4.5% de sus familiares, dijeron no saberlo y el resto (de ambos), mencionaron a otras personas como las responsables de administrarlo.

El 81.8% de los pacientes y de sus familiares, saben que la duración del tratamiento para la tuberculosis es de 6 meses, una pequeña minoría de pacientes y de sus familiares (4.5% para cada uno) mencionaron no saberlo, y el resto mencionó otro tiempo de duración del tratamiento.

El 90.9 de los pacientes y 95.5% de sus familiares identificaron el tener una recaída como una consecuencia del abandono del tratamiento mientras que una pequeña minoría de los familiares (4.5%) mencionaron como consecuencia del abandono del tratamiento que se presente otra enfermedad y el 9.1% de los pacientes dijeron no saberlo.

SECCION	RANGO DE CALIFICACION	SUJETOS n = 44	MEDIA	IC 95%	Valor de p
Conocimiento General	3 - 14	Pacientes	10.45	9.32 - 11.58	0.305
		Familiares	9.5	7.95 - 11.05	
		Total	9.97	9.04 - 10.89	
Conocimiento de la Enfermedad	0 - 4	Pacientes	2.81	2.33 - 3.30	0.265
		Familiares	2.41	1.83 - 2.97	
		Total	2.61	2.24 - 2.97	
Conocimiento del Diagnóstico	0 - 4	Pacientes	3.36	2.91 - 3.80	0.210
		Familiares	2.91	2.31 - 3.50	
		Total	3.14	2.77 - 3.49	
Conocimiento del Tratamiento	-2 - 4	Pacientes	3	2.45 - 3.54	1.0
		Familiares	3	2.45 - 3.54	
		Total	3	2.59 - 3.40	
Conocimiento sobre Prevención	-1 - 4	Pacientes	1.27	0.68 - 1.85	0.825
		Familiares	1.18	0.56 - 1.86	
		Total	1.23	0.82 - 1.64	

Tabla 2. Resultados del Conocimiento General de la Tuberculosis en pacientes y familiares, SSA-IMSS, Tierra Blanca, Ver. 2003-2004.

Fuente: Directa, Cédula de captura levantada por alumnos del Instituto de Salud Pública, U.V. Tierra Blanca, Ver. Julio 2004.

Conocimiento sobre la prevención en pacientes y familiares

El total de los pacientes y la gran mayoría de sus familiares (95.5%) dijeron que la tuberculosis es una enfermedad prevenible, mientras que sólo el 4.5% de los familiares, mencionó que ésta no se puede prevenir. (Tabla 2)

La mayoría de los familiares que dijeron que la tuberculosis se puede prevenir, y que esto se puede lograr teniendo buenos hábitos alimenticios (38.1%), mientras que un 31.8% dijeron que era necesario no fumar, tener buenos hábitos de higiene y buenos hábitos alimenticios, para prevenir la tuberculosis. Sólo el 18.2% de los pacientes y el 14.3% de sus familiares, dijeron que sólo son necesarios el tener buenos hábitos alimenticios y de higiene para prevenir la tuberculosis.

El 63.6% de los pacientes y 63.6% de sus familiares dijeron que en las áreas de trabajo pueden existir sustancias o productos contaminantes que favorezcan la aparición de la enfermedad. El 18.2% de los pacientes y familiares, dijeron que ello no es posible y el 18.2% restante, dijo no saberlo.

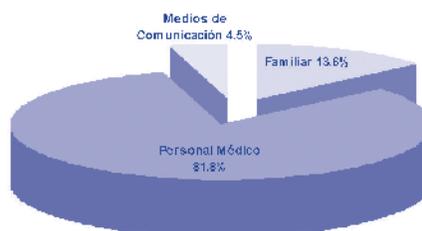
El 100% de los pacientes y familiares mencionaron que en las áreas de trabajo pueden existir sustancias o productos contaminantes que favorezcan la aparición de la enfermedad, el 85.7% identificó a los polvos, humos, fibras y animales enfermos y el 14.3% restante, dijo que tales factores eran productos tóxicos.

Fuentes de Información sobre la Tuberculosis

El 68.2% de los pacientes y de sus familiares mencionaron haber recibido información acerca de la tuberculosis a partir del personal médico de su centro de salud, mientras que el 31.8% restante adquirieron este conocimiento a través de algún familiar, de algún conocido o de un medio de comunicación. (Gráfica 1)

Conocimiento general de la Tuberculosis en pacientes de la SSA y el IMSS

El conocimiento general sobre la tuberculosis no mostró significancia estadística entre los pacientes de las dos instituciones.



Gráfica 1. Fuentes de Información sobre la Tuberculosis en Pacientes, SSA-IMSS. Tierra Blanca, Ver. 2003-2004
Fuente: Directa. Cédula de captura levantada por alumnos del Instituto de Salud Pública, U.V. Tierra Blanca, Ver. Julio 2004.

Discusión

En primera instancia, los hallazgos de nuestro estudio muestra que los pacientes con tuberculosis pulmonar y sus familiares en Tierra Blanca, Veracruz, tienen un conocimiento medio sobre su enfermedad, dato coincidente con lo reportado para una población rural¹⁰. Liam en 1999, demostró que el grado de escolaridad es un determinante importante para el nivel de conocimiento sobre tuberculosis en la gente¹¹, sin embargo en este estudio, a pesar de que pacientes con educación superior contestaron mejor el cuestionario que el resto de la población, no existió una relación estadísticamente significativa entre la escolaridad y el conocimiento sobre la enfermedad.

Aunque la mayoría de los individuos tienen un conocimiento medio acerca de las características generales de la enfermedad, se observó que el 43.18% de los pacientes y familiares identificaron a la tuberculosis como una enfermedad infecciosa aguda, y el 38.63% como una enfermedad crónica, lo cual indica una aparente confusión en el término crónico e infeccioso, que no les permite distinguir el tipo de enfermedad que padecen.

En lo que respecta sobre el conocimiento del diagnóstico y el tratamiento se registró un conocimiento medio por parte de los participantes, 3.1 y 3 respectivamente, (tabla 2). En lo que se refiere a la duración del tratamiento y los riesgos del abandono y sus consecuencias, un gran porcentaje (93.18%) mostró un alto conocimiento del mismo, lo cual concuer-

da con otros reportes¹², en donde se establece que ante un conocimiento amplio sobre la tuberculosis, se observa una actitud favorable a la terapia, lo que resulta importante para poder garantizar una alta adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

Se observó un conocimiento limitado, 1.23, en cuanto a la prevención de la enfermedad (Tabla 2), si bien el 95.5% saben que es una enfermedad prevenible, el 81.81% no sabe como prevenirla. Por otro lado el 68% de los pacientes y familiares recibieron información sobre TB a partir de personal médico, información coincidente con otros autores^{10,12,13}, pero existe un alto porcentaje 32% que recibe información de otras fuentes. Estos últimos hallazgos son de llamar la atención y en donde se deberá incidir con mayor énfasis en los programas de comunicación dentro de las campañas contra la TB, de manera que se incremente la información y se incluya el 100% de la población afectada, es decir, pacientes y contactos.

Si bien, porcentualmente se observa un conocimiento ligeramente mayor sobre la enfermedad en personas con escolaridad alta y que recibieron la información por el personal de salud. A diferencia de otros autores^{10,12}, en este estudio con la población total, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la fuente de información acerca de la tuberculosis y con el conocimiento, lo cual pudiera deberse básicamente a dos factores: a que la muestra con la que se trabajó fue muy pequeña o a que la población estudiada presenta características muy homogéneas debido al tamaño de la localidad de trabajo.

Se encontró una diferencia porcentual muy pequeña de 0.03 entre el conocimiento de personas que habitan en el área urbana y rural, siendo ligeramente mayor para las áreas rurales que para las de áreas urbanas, también se encontró que respecto a las variables de sexo y edad no hay una asociación significativa con el conocimiento de la enfermedad, lo que coincide con otros autores¹⁰⁻¹¹.

El instrumento utilizado demostró ser útil para evaluar el grado de conocimiento, el tipo y la calidad de información que recibe la población

afectada. Además se considera que el instrumento constituirá una aportación importante para la valoración del conocimiento adquirido por los pacientes de TB y que podría utilizarse como una herramienta dentro de las actividades de educación para la salud indicadas en la NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud⁸.

Por último se remarca la importancia que recobra la enfermedad, sobre todo si consideramos que la tuberculosis es una enfermedad curable, por lo que es necesario generar compromisos a todos los niveles: las personas infectadas con TB y sus contactos inmediatos, deben ejercer un auto cuidado de su salud y los profesionales de la salud tienen una posición clave para educar a la población y aconsejar respecto a los factores que afectan a la salud.

Referencias bibliográficas

1. TIRUVILUAMALA P., REICHMAN L., 2002. Tuberculosis. *Rev. Public Health.* 23:403-26.
2. MARISCAL A., RAMÍREZ C., SÁNCHEZ GONZÁLEZ L., ZENTENO R. 2005. Pobreza, drogoresistencia, diagnóstico, VIH-SIDA y su impacto en la evolución de la Tuberculosis en México. *MedUNAB* 8(1): 37-42.
3. World Health Organization, 1990. Tuberculosis control and research strategies for the 1990s: memorandum from a WHO meeting. *Bull World Health Organ* 70 (1): 17-21.
4. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis 2002; Fecha de consulta: 4 de junio del 2004. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-boletin-2002-1.pdf>.
5. SSA. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; Boletín Epidemiológico 2004; Fecha de consulta: 14 de junio de 2004. <http://www.epi.org.mx/boletin/2004/sem22/pdf/cua5.pdf>
6. RAMIREZ C., MARISCAL A., RODRIGUEZ E., ZENTENO R. 2004. Tuberculosis en Veracruz. *Tlamatini.* 1: 41-44.
7. PVS (*Programa Veracruzano de Salud*) 1999-2004. pp. 98-99
8. SECRETARIA DE SALUD DE VERACRUZ: Boletín epidemiológico 2004; Fecha de consulta: 14 de junio de 2004. http://portal.ssaver.gob.mx/pls/ssaver/docs/FOLDER/BOLETIN/BOLETIN_EPIDEMIOLOGICO/BOLETIN_SEMANAL_2004/SEMANA232004
9. Norma Oficial Mexicana NOM-006SSA2-1993, *Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud, modificaciones.* Publicada en el Diario Oficial de la Federación el martes 31 de Octubre del 2000.
10. HOA N.P., DIWAN V.K., CO N.V., TORZON A.K. 2003. Knowledge about tuberculosis and its treatment among new pulmonary TB patients in the north and central regions of Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis.* 8 (5): 603-608.
11. LIAM C.K., LIM K.H., WONG C.M.M., TANG B.G. 1999. Attitudes and knowledge of newly diagnosed tuberculosis patients regarding the disease, and factors affecting treatment compliance. *Int J Tuberc Lung Dis.* 3: 300-309.
12. PETERSON T.J., CASTLE M., YOUNG J, STREET T. 1999. Knowledge and attitudes about tuberculosis and tuberculosis control among homeless adults. *Int J Tuberc Lung Dis.* 3(6): 528-533.
13. BARREIRO R.E., PIMENTEL D.R. 2000. Estudio sobre el conocimiento y las actitudes de la población del cruce de Arroyo Hondo (Matanzas, Bani) con respecto a la tuberculosis. *Rev. Med. Dom.* 61(1):14-17

Agradecimientos.

Nuestros agradecimiento al Dr. Javier Fuentes Domínguez, Coordinador Estatal del Programa de Micobacteriosis, y a todo el personal médico de los hospitales y clínicas en Tierra Blanca por su apoyo para la realización de este trabajo.

Historia del Código Sanitario Panamericano

(Sanitary law history)

Edit Rodríguez Romero*

Palabras clave: código sanitario, vigilancia sanitaria, morbilidad, mortalidad.

Key words: sanitary law, sanitary vigilance, morbidity, and mortality.

Conocer la historia del Código Sanitario Panamericano permite adentrarse a través de su contenido en el conocimiento y los esfuerzos de los que tenían en sus manos el trabajo sanitarista, muchos de ellos sin la formación específica, pero con una gran visión y compromiso.

Nuestro país es buen ejemplo de lo anterior, puesto que la preocupación por evitar la transmisión de enfermedades y las epidemias estuvo presente tanto en los médicos, como en los legisladores de las diferentes épocas.

En 1846 se creó el Consejo Superior de Salubridad, y el primer Código Sanitario se expidió en 1894, en éste, se le concedieron al Ejecutivo Federal, facultades sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios, lo que nos lleva suponer que se tenía claro que las enfermedades podían transmitirse a través de los procesos comerciales y con los movimientos migratorios de las personas.

Si bien las vías de comunicación no estaban desarrolladas, ya existían lazos comerciales con los Estados Americanos y Europeos y se vieron en la necesidad de reglamentar estos procesos.

Entre los años 1889 y 1890, se celebró en Washington, D. C., la Primera Conferencia Internacional Americana, en ella se aprobó crear una Comisión compuesta por siete miembros de cinco países: Brasil, Estados Unidos, Nicaragua, Perú y Venezuela, para in-

formar sobre los nuevos métodos de prevención de enfermedades y establecer reglamentos sanitarios, para el comercio entre los países.

La Segunda Conferencia se celebró en la ciudad de México, del 22 de octubre de 1901 al 22 de enero de 1902, en ella se acordó recomendar a la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas (actual Organización de los Estados Americanos), convocar a los representantes o encargados de las oficinas de salubridad de estos países, con el objeto de constituir una Oficina Internacional Sanitaria, que tendría como sede permanente la ciudad de Washington, D. C., con el fin de formular acuerdos y disposiciones sanitarias y reunirse periódicamente para su revisión y actualización.

Uno de los cuatro miembros del comité organizador fue el Dr. Carlos Finlay (1833 - 1915), distinguido médico cubano que dedicó su vida a estudiar la fiebre amarilla; fue uno de los cuatro miembros del comité organizador que en 1902 tuvo a su cargo la creación de la nueva Oficina Sanitaria Internacional, precursora de la actual Organización Panamericana de la Salud.

Los miembros del Primer Consejo Ejecutivo fueron: Dr. Juan J. Ulloa, de Costa Rica; Dr. Juan Guiteras, de Cuba; Dr. Eduardo Moore, de Chile; Dr. Rhett Goode, de Estados Unidos; Dr. Eduardo Liceaga, de México. El Dr. Walter Wyman director de los Servicios de Salud de los Estados Unidos fue el primer presidente de la Oficina.

En 1903 se inauguró en París la XI Conferencia Sanitaria Internacional, que tuvo como su principal tarea unificar los cuatro convenios sanitarios aprobados en conferencias anteriores, para constituir un instrumento único, el "Convenio Sanitario Internacional de 1903", que contenía disposiciones aplicables al cólera, la peste y la fiebre amarilla. Las tres enfermedades con modos de transmisión totalmente distintos; y para las

*Coordinadora General de Docencia. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. edrodriguez@uv.mx

cuales por primera vez se disponía, de datos científicos aceptados universalmente.

El Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, William C. Gorgas, informó sobre los trabajos realizados por la Cuarta Comisión para el Estudio de la Fiebre Amarilla, aplicados por el Ejército de los Estados Unidos, que pudo confirmar el supuesto de Finlay, de que la enfermedad se transmite por el *Aedes aegypti*; lo que apoyó la campaña encaminada a erradicar el vector de La Habana.

El Convenio Sanitario Internacional de París de 1903 no tenía vigencia para las Américas. Por lo tanto, en 1904 las repúblicas de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay firmaron, en Río de Janeiro, una nueva Convención Sanitaria Internacional, del todo ajena a las actividades de la Oficina Sanitaria Internacional de Washington.

En el año de 1905 se celebró en Washington, D.C. la Segunda Convención Sanitaria Internacional, la cual fue muy importante, pues en ella se definió que la acción principal de la Oficina debía ser recopilar y estandarizar las medidas aplicadas en Cuba, la Zona del Canal de Panamá y México, particularmente en el control de la fiebre amarilla. Estas medidas fueron tomadas en forma recíproca en dicha Convención y firmadas el 14 de octubre de 1905, como Primer Código Sanitario Panamericano.

Para las Américas este primer Código, revistió suma importancia, y en diciembre de 1907 la Oficina recibió en México la autorización por parte de la Tercera Convención Sanitaria Internacional para establecer relaciones con la recién creada Oficina Internacional de Higiene Pública con sede en París y para recomendar a los países europeos que adoptaran el Código Sani-

tario de Washington de 1905, por tomar en cuenta la necesidad de que las colonias de Francia, Gran Bretaña y los Países Bajos, asentadas en el hemisferio occidental, observaran las resoluciones de las Repúblicas Americanas sobre la fiebre amarilla.

Tal vez por lo precario de las vías de comunicación, casi simultáneamente, en Río de Janeiro, también se celebró una Tercera Conferencia Internacional Americana, del 21 de junio al 26 de agosto de 1906; ante esta situación que prevalecía en el continente de realizarse dos convenciones sanitarias, se estudió y analizó el primer Código Sanitario Panamericano firmado en Washington, D. C. en 1905, decidiéndose su adhesión. Años más tarde, la Cuarta Conferencia Internacional Americana, realizada en Buenos Aires, del 12 de julio al 30 de agosto de 1910, también recomendó la adopción de dicho Código a aquellos gobiernos de América que no lo habían adoptado todavía.

En el seno de la celebración de la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional, en San José, Costa Rica en 1910, se plantea la necesidad de la cooperación interamericana para la vacunación contra la viruela, reforzar la lucha contra tuberculosis y el paludismo e instalar laboratorios en puertos y ciudades importantes, para realizar diagnóstico de enfermedades tropicales y otras que se juzguen necesarias en cada uno de los países.

Si bien la Oficina tenía pleno desarrollo en su proceso de institucionalización e internacionalización de la salud pública y se habían establecido normas de operación, éste era incompleto, pues carecía de un instrumento político-científico que obligara a los países miembros al cumplimiento de esas normas y disposiciones, a fin de responder a las necesidades de las poblaciones, que cada día se veían mejor comunicadas y con mayor contacto comercial.

Por estas fechas ya se imponía la influencia del capital norteamericano, que exigía eliminar todos los obstáculos que impidieran su expansión, por lo que se hacía impostergable la emisión de un código que reglamentara las formas de "profilaxis" de las enfermedades y prevenir la propagación internacional de enfermedades susceptibles de transmisión directa o por vector.

Los otros países del continente se constituyen en colonias de los Estados Unidos, con economías productoras de materias primas y exportadoras de productos agrícolas, por lo que los puertos de estos países fueron los puntos

clave para las relaciones comerciales requiriéndose de su buen funcionamiento; por lo que representaron el objetivo fundamental de las acciones sanitarias.

El saneamiento de los puertos y de los sitios de producción se constituyó, en una necesidad fundamental para el desarrollo económico de los países de América, que debían atender constantemente epidemias de fiebre amarilla, peste bubónica, cólera y paludismo.

En Santiago de Chile en 1911, se celebró la Quinta Conferencia Sanitaria, en ella se recomendó a los gobiernos la formación de especialistas calificados en salud pública "mediante cursos formales y prácticas de higiene y saneamiento". También se expresó, por primera vez, la conveniencia de conformar comisiones de información sanitaria para comunicar a los gobiernos las obligaciones impuestas por las conferencias.

Un acuerdo fundamental fue que la Séptima Conferencia Sanitaria debía estudiar detenidamente las siguientes proposiciones:

1. Debe considerarse infectada una embarcación en la cual se constate la presencia de ratas pestosas, aunque durante el viaje no se produzca ningún caso humano de peste;
2. La rehabilitación de una localidad infectada por la peste, sólo debe hacerse efectiva treinta días después de constatada la existencia de ratas pestosas y de puestas en práctica todas las medidas más rigurosas de desinfección;
3. Los navíos portadores de enfermos de fiebre amarilla no deben ser considerados como infectados;
4. El plazo para aplicar las medidas sanitarias en los casos de fiebre amarilla debe ser de trece días;
5. En las embarcaciones procedentes de puertos contaminados por el cólera debe hacerse sistemáticamente un examen bacteriológico de los pasajeros y los tripulantes;

6. Debe ser obligatoria la permanencia de los inspectores sanitarios a bordo de las embarcaciones que se dirijan a los puertos americanos;

7. Debe incluirse el tifus exantemático entre las enfermedades de notificación obligatoria;

8. Debe crearse una Sub-Comisión de Higiene en cualquiera capital suramericana, para el estudio de las cuestiones sanitarias de interés común a los diferentes países. Dicha Sub-Comisión estará constituida por higienistas de cada país y sus decisiones serán sometidas, antes de ser aprobadas, a la consideración de la Comisión Central de Higiene de Washington.

Además en esta Quinta Conferencia Internacional se resolvió que "La Oficina Sanitaria Internacional" fuera conocida y designada como Oficina Sanitaria Panamericana y que las Conferencias Sanitarias Internacionales, que desde 1901 habían adoptado este nombre, en lo sucesivo, fueran designadas como "Conferencias Sanitarias Panamericanas".

A pesar de los escasos diez años de vida institucional, la labor desarrollada, se había convertido en un combate de todos los países de América, contra las enfermedades y las pérdidas humanas y económicas consiguientes¹.

La Sexta Conferencia Sanitaria, programada para 1915, como consecuencia de la Primera Guerra Mundial, se postergó hasta 1920, celebrándose en Montevideo; dos fueron sus principales resoluciones, una editar un boletín que se llamaría "Boletín Internacional de las Repúblicas Americanas", que posteriormente se llamó "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana" y actualmente corresponde a la "Revista Panamericana de Salud Pública", la otra resolución fue reorganizar la Oficina, dándole mayores posibilidades para llevar a cabo sus actividades.

Finalmente durante la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana², celebrada en La Habana, Cuba, fue firmado El Código Sanitario Panamericano por 18 países de las Américas en el Salón de Actos de la antigua Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales (actual Museo de Historia de las Ciencias Dr. Carlos J. Finlay), el 14 de noviembre de 1924. Posteriormente ratificado por todas las Repúblicas Americanas, y aún vigente hoy en día, el Código representa el mayor logro de la normalización de la salubridad en el continente americano y la culminación de décadas de iniciativas internacionales dirigidas a prolongar la vida y a lograr la felicidad humana.

En ese acto estuvieron presentes los Presidentes de las siguientes Repúblicas: Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, República Dominicana, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Haití, Honduras, Estados Unidos Mexicanos, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y los Estados Unidos de Venezuela, nombraron como sus representantes a los siguientes participantes: Argentina, Dr. Gregorio Araos Alfaro (pediatra) y Dr. Joaquín Llambías; Estados Unidos de Brasil, Dr. Nascimento Gurgel y Dr. Raúl Almeida Magalhaes, (Secretario General del Departamento de Salud Pública de Brasil); Chile, Dr. Carlos Graf; Colombia, Dr. R. Gutiérrez Lee; Costa Rica, Dr. José Varela Zequeira; Cuba, Dr. Mario G. Lebrede, Dr. José A. López del Valle, Dr. Hugo Roberts, (fundador de la organización de la sanidad cubana, creador del Servicio de Cuarentena en 1902), Dr. Diego Tamayo, Dr. Francisco M. Fernández y Dr. Domingo F. Ramos; El Salvador, Dr. Leopoldo Paz, (Director General de Sanidad y Presidente de la Asamblea Nacional Legislativa de El Salvador); Estados Unidos de América, Dr. Hugh S. Cumming, Dr. Richard Creel, (Jefe de Cuarentenas del Puerto de San Francisco, California), Dr. P. D. Cronin y Dr. Francis D. Patterson; Guatemala, Dr. José de Cubas y Serrate; Haití, Dr. Charles Mathon; Honduras, Dr. Arístides Agramonte Simoni (bacteriólogo y sanitarista cubano de prestigio internacional); Estados Unidos Mexicanos, Dr. Alfonso Pruneda, (prestigioso profesor de Patología General de la Escuela Nacional de Medicina); Panamá, Dr. Jaime de la Guardia; Paraguay, Dr. Andrés Gubetich; Perú, Dr. Carlos E. Paz Soldán, (sanitarista de prestigio internacional, profesor de Higiene de la Universidad de San Marcos de Lima y autor de más de 600 trabajos científicos); República Dominicana, Dr. R. Pérez Cabral, (profesor de la Universidad de Santo Domingo); Uruguay, Dr. Justo F. González, (profesor de Higiene de la Universidad de Montevideo); Estados Unidos de Venezuela, Dr. Enrique Tejera, Jefe del Laboratorio de Microbiología de la Dirección de Sanidad de Venezuela y Dr. Antonio Smith John D. Long (Oficina Sanitaria Panamericana, higienista eminente, Cirujano General Auxiliar del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y Auxiliar del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana).

El Código se estructuró en XIII capítulos, destinando el primero a sus fines y definición de términos³

-Entre sus fines podemos resaltar que se proponía prevenir la propagación internacional de infecciones o enfer-

medades susceptibles de transmitirse a seres humanos.

-Estimular la adopción de medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los Gobiernos Signatarios o procedentes de los mismos.

Las definiciones que se expresan en dicho código, debemos conocerlas, no únicamente como cultura general, sino que a 80 años de haberse suscrito, muchos de los países del Continente, -entre ellos México- aún hoy enfrentan problemas con el *Aedes aegypti*, ahora no como vector de la fiebre amarilla, sino del dengue y la virola ha sido erradicada del mundo.

BUQUE AÉREO. Así se denominará cualquier vehículo que puede transportar personas o cosas por el aire, incluso aeroplanos, aviones marítimos, helicópteros, buques aéreos, globos y globos cautivos.

ÁREA. Una porción de territorio bien limitada.

DESINFECCIÓN. La acción y efecto de destruir los agentes causantes de las enfermedades.

FUMIGACIÓN. Un procedimiento modelo merced al cual los organismos de la enfermedad o sus transmisores potenciales se someten a la acción de un gas en concentraciones letales.

ÍNDICE DE LOS AEDES AEGYPTI. La proporción por ciento que se determina después de un examen entre el número de casas en un área determinada y el número de ellas en el cual se encuentran las larvas o mosquitos de *Aedes aegypti* en un período de tiempo fijo.

INSPECCIÓN. Examen de las personas, edificios, terrenos o cosas que puedan ser capaces de alojar, transmitir, transportar, o de propagar o estimular la propagación de dichos agentes. Además, significa el acto de estudiar y observar las medidas declaradas

vigentes para el exterminio o prevención de las enfermedades.

INCUBACIÓN, PERIODO DE. Este período es de seis días cuando se trata de la peste bubónica, el cólera y la fiebre amarilla; de catorce días cuando se trata de la viruela, y de doce días cuando se trata del tifus exantemático.

AISLAMIENTO. Separación de seres humanos o de animales respecto de otros seres humanos o animales de tal manera que se impida el intercambio de enfermedades

LA PESTE BUBÓNICA. Peste bubónica, peste septicémica, peste pneumónica y peste de las ratas o roedores.

PUERTO. Cualquier sitio o área en el cual un buque o aeroplano pueda albergarse, descargar, recibir pasajeros, tripulación, cargamento o víveres.

ROEDORES. Ratas domésticas y silvestres y otros roedores.

El capítulo II, está dedicado a la notificación de enfermedades.

Algo de suma importancia fue uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad; así como estimular el intercambio de informes que pudieran ser valiosos para mejorar la salud pública y combatir las enfermedades propias del hombre.

Las enfermedades sujetas a notificación fueron: la peste bubónica, el cólera, la fiebre amarilla, la viruela, el tifus exantemático, la meningitis cerebroespinal epidémica, la encefalitis letárgica epidémica, la poliomielitis aguda epidémica, la influenza o gripe epidémica, fiebres tifoideas y paratíficas y preveía que la Oficina Sanitaria Panamericana, mediante resolución estaba facultada para agregar enfermedades que considerara importantes.

En el capítulo III, se establecen los documentos sanitarios y las Patentes de Sanidad, es decir un documento que

se exigía al capitán de la nave, donde se enlistaban todos los pasajeros, señalando el puerto donde se embarcaron y el de destino, así como a toda la tripulación. Además debían cubrirse ciertos requisitos de tiempo de expedición y se señala claramente a los responsables de su expedición.

Los capítulos IV y V contienen la clasificación de los puertos y buques respectivamente como: limpio, sospechoso o infectado, dependiendo de que hayan aparecido enfermedades sujetas a vigilancia; el VI está destinado al tratamiento de los buques; el capítulo VII a los modelos de fumigación y el VIII a los médicos de los buques.

Es muy importante el capítulo IX, se refiere a la Oficina Sanitaria Panamericana: se definen sus funciones y deberes, señalando que se deberá constituir en la agencia sanitaria central de coordinación de las Repúblicas que forman la Unión Panamericana, así como el centro general de recolección de informes sanitarios procedentes de dichas Repúblicas y enviados a las mismas, además deberá suministrar a los países miembros los informes sobre el estado de las enfermedades, la estadística de la morbilidad y la mortalidad, así como los nuevos métodos disponibles para combatirlos. Además establece el mecanismo de su financiamiento.

El saneamiento de los buques aéreos, se describe en el capítulo X. El capítulo XI está destinado a la Convención Sanitaria de Washington; en el XII, se establece que el Código no anula ni altera la validez de los tratados anteriores entre los países signatarios y el XIII incluye las Disposiciones transitorias.

Ratificaciones y enmiendas al Código Sanitario Panamericano:

-El 13 de abril de 1925 fue ratificado por Chile, Costa Rica, Honduras y Perú y Nicaragua declaró su adhesión.

-En la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Lima del 12 al 20 de octubre de 1927, se aprobó ad referendum un Protocolo Adicional que expresa que las ratificaciones se depositarán en la Secretaría de Estado de Cuba y éste las comunicará a los demás Estados Signatarios o Adheridos.

Cabe destacar que desde un inicio se pensó que el Código debía sufrir modificaciones, previstas confor-

me avanzaran los conocimientos sobre las enfermedades y los mecanismos de prevención.

En 1923 la Oficina Sanitaria Internacional, cambia su nombre por el de Oficina Sanitaria Panamericana y se alberga en el edificio de la sede de la Unión Panamericana, predecesora de la Organización de los Estados Americanos y finalmente a partir de 1958 toma el nombre de Organización Panamericana de la Salud, que conserva hasta la fecha.⁴

Conclusión

En la actualidad, la importancia de los procesos regulatorios en los ámbitos internacionales, que inician en aquella época en la que se suscribió el Primer Código Sanitario Panamericano es un buen ejemplo de la oportuna intervención de los gobiernos en el control y prevención, tal y como lo constituyó el Cólera y más recientemente el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS). Ambos padecimientos se pudieron controlar por la notificación inmediata y la aplicación de las medidas establecidas en los convenios internacionales.

Hoy que las vías de comunicación han acortado las distancias entre los países del Continente y los de todo el mundo, se hace indispensable tener un acercamiento a las disposiciones sanitarias que rigen las relaciones internacionales, políticas, comerciales, culturales y de cualquier otra índole.

Referencias bibliográficas

1. BUSTAMANTE, Miguel E. 1952, Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 33., 6: 471-531.
2. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. 1925, Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas. En: *Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas de América*. Autor, Washington D. C. Estados Unidos de América, 25-121.
3. *Código Sanitario Panamericano, Habana, Cuba, 14 de noviembre 1924. En la VII Conferencia Sanitaria Panamericana*. [en línea] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dbi/ecp/sanitarycode.htm> [2005, 20 de julio].
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1983, *Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud*. Autor, Washington D. C. Estados Unidos de América.

Género, envejecimiento y salud: un campo en construcción

(Gender, aging and health: a field in construction)

Edna Iveth Cortés Ramírez*

Palabras clave

Género, Envejecimiento, Salud..

Key words

Gender, Aging, Health.

Introducción

En los próximos años las características demográficas de los países latinoamericanos serán diferentes: la disminución de la fecundidad y la mortalidad impactará la estructura por edades haciendo patente un envejecimiento de la población. Esta cercana realidad obligará a atender las necesidades de una población adulta mayor cada vez más numerosa, desigual en los aspectos socioeconómicos y con enfermedades crónico-degenerativas.

En México, según la Secretaría de Salud¹, los efectos de la transición epidemiológica junto con la demográfica han contribuido a un incremento de la esperanza de vida pasando de 44 años en la década de los cuarenta, a más de 75 años en el 2000. Este importante alargamiento de la supervivencia, ha propiciado un paulatino proceso de envejecimiento en la población, el cual se agudizará en años venideros, con lo que se espera que, para el año 2050, uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años. Para la población de adultos mayores, las enfermedades crónico-degenerativas más importantes son la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y el cáncer. Aunado a ello, la depresión, la demencia y los problemas relacionados con el exceso de ingesta de alcohol y uso de medicamentos, son los problemas de salud que impactarán a la población mayor de 60 años.

Ante estas perspectivas se hace patente la necesidad de establecer políticas públicas dirigidas a las personas de 60 años y más, con acción en los planos económico, social, político y cultural que obedezcan a una mejora de su calidad de vida, dimensionando las di-

námicas institucionales que tendrán que darle respuesta a sus necesidades y demandas: “El envejecimiento se convierte en un problema social cuando está acompañado de pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento social. Las diferentes dimensiones de la desigualdad como son la clase social, la etnicidad y el género se entrecruzan y refuerzan mutuamente en la vejez, atrapando a las personas en una telaraña de desventajas múltiples respecto de la cual resulta hoy en día muy difícil escapar”². El género es una categoría de análisis que otorga conceptos que explican la multideterminación de los procesos sociales y de desarrollo: “Género se entiende, entonces como una construcción social basada en la diferenciación biológica de los sexos (fenotipo y genotipo), que se expresa a través de relaciones de poder-subordinación representadas en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombres y mujeres en cada sociedad”³. Cuando la salud de la mujer es analizada a partir del enfoque de género, se delimitan las interrelaciones entre la biología y el medio social, y se descubren las situaciones de desventaja de las mujeres frente a los hombres en términos de la probabilidad de gozar la salud, de enfrentar la enfermedad y de morir. El género considerado como herramienta analítica, que, junto a los reconocidos de clase social, raza y edad ofrecen un marco explicativo del proceso salud-enfermedad.

Es necesario reconocer que el envejecimiento no significa lo mismo para unos que para otros: “Las mujeres se enfrentan a problemas que hasta hoy han sido casi exclusivamente

* Pasante de la Maestría en Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. edna_cr@yahoo.com.mx

suyos. Han cuidado siempre a otras personas, marido, hijas e hijos, nietas y nietos y, sin embargo, no tienen quién las cuide cuando son mayores. Los hombres esperan recibir en la última etapa de su vida el cuidado de su pareja (lo saben cierto); las mujeres, sin embargo, se ven abocadas a confiar en el de sus hijas e hijos”⁴. Por ello, es de suma importancia explorar las diferentes experiencias del envejecer vinculados al género y las implicaciones que ello tiene para la salud de las ancianas: qué significa para ellas estar sanas y enfermas, cómo y a quién comunican su sentir, cuáles son sus recursos, sus prácticas de autocuidado, su asistencia hacia los demás, los roles que desempeñan en diferentes ámbitos y la toma de decisiones en sus vidas cotidianas.

El pensamiento feminista ha construido un cuerpo teórico que permite ubicar la problemática de género, por ello, en el primer apartado de este ensayo, se hace un recuento preliminar de los principales momentos y perspectivas teóricas del feminismo y en la segunda parte, se analizan las vinculaciones entre género, envejecimiento y salud.

I. La trayectoria del feminismo

Es necesario revisar la trayectoria del feminismo para rastrear la construcción de la categoría género. La del feminismo, es a la vez la historia de la lucha de las mujeres para explicar y conseguir el acceso a sus derechos y a su participación en la sociedad. Aunque: “El pensamiento feminista ha dejado, desde hace mucho, de ser exclusivamente un voluntarismo o una militancia para convertirse en una disciplina con una genealogía, una historia, unos textos fundacionales, un cuerpo de doctrina y toda una serie de corrientes bien diferenciadas en sus componentes ideológicos y su geografía específica, amén de impregnar campos colindantes como puedan ser la crítica literaria, la historiografía, la crítica artística, la filosofía de la ciencia o la crítica cinematográfica”⁵.

Para las ciencias sociales, la teoría feminista se ha constituido como un sistema de ideas, que explican la vida social desde una perspectiva centrada en las mujeres: “Primero, su principal ‘objeto’ de investigación, el punto

de partida es la situación (o las situaciones) y experiencias de las mujeres en sociedad. Segundo, considera a las mujeres como ‘sujetos’ centrales del proceso de la investigación; es decir, intenta ver el mundo desde el distintivo y ventajoso punto (o puntos) de vista de las mujeres en el mundo social. Y tercero, la teoría feminista es una teoría crítica y activista que actúa en nombre de las mujeres; su objetivo es producir un mundo mejor para las mujeres y, por tanto, para toda la humanidad”⁶.

Los primeros rastros del feminismo los podemos ubicar en el s. XIV-XV, en el denominado feminismo premoderno que manifiesta la necesidad de hacer visibles a las mujeres y la denuncia de la misoginia. En este sentido, la obra de Christine de Pisan, *La ciudad de las damas* (1405), ataca el discurso de la inferioridad de las mujeres y ofrece una alternativa a su situación.

El feminismo moderno, nace con el espíritu ilustrado que manifiesta el deseo de igualdad y emancipación. Si bien, el feminismo premoderno se caracteriza por declaraciones individuales de ilustrados personajes, el feminismo moderno significa el paso del gesto individual al movimiento colectivo. La historia ubica a la famosa obra de Poulain de la Barre, *Sobre la igualdad de los sexos* (1673) como un momento de articulación teórica para el feminismo al ser la primera obra que se centra explícitamente en fundamentar la demanda de igualdad sexual. El momento práctico llega con los movimientos de mujeres en la Revolución Francesa. La República desestima la petición que Condorcet hace en su escrito, *Sobre la admisión de las mujeres al derecho de ciudadanía* (1790), para que se educase igualmente a mujeres y varones. Es entonces como se hace presente la figura de Olympe de Gouges al presentar su *Declaración de los derechos de la mujer y la ciudadana* en 1791. Simultáneamente, Mary Wollstonecraft redacta en Inglaterra la *Vindicación de los derechos de la mujer* (1792).

La Primera Ola del Feminismo (s. XIX) contiene al movimiento sufragista que luchaba por la igualdad en todos los terrenos apelando a la auténtica universalización de los valores

democráticos y liberales. El acceso al voto se planteaba como un punto estratégico a partir del cual se podría tener acceso al parlamento para cambiar las leyes y las instituciones.

En Estados Unidos, el movimiento sufragista se vio fuertemente hermanado con el movimiento abolicionista. Elizabeth Cady Stanton, autora de La Biblia de las mujeres, y Susan B. Anthony, fueron dos de las más significativas sufragistas estadounidenses. En Europa, el movimiento sufragista inglés fue el más fuerte y radical representado en la figura de John Stuart Mill, autor de La sujeción de la mujer (1866) quien presentó la primera petición de voto femenino al Parlamento. Aunque, tendría que pasar la Primera Guerra Mundial y llegar el año 1928 para que las mujeres inglesas pudiesen votar en igualdad de condiciones.

Para finales del s. XIX, empiezan a establecerse las relaciones entre feminismo y socialismo. Los socialista utópicos empiezan a plantear el tema de la mujer. Por un lado, Fourier (con la propuesta de la vuelta a las pequeñas comunidades donde la igualdad gobierne también a los sexos), Saint-Simon y Owen (quienes declaraban que la salvación de la sociedad sólo podía proceder de lo femenino) aportaban en sus proyectos la transformación de la institución familiar. Pensadoras que surgen en este momento son: Flora Tristan, (cuya obra Unión obrera, 1843, donde expone que la educación de las mujeres es fundamental para el progreso de las clases trabajadoras), Concepción Arenal, Lou Andreas-Salomé, Rosa Luxemburgo y Alexandra Kollontai (ministra en el primer gobierno de Lenin que señala que la igualdad entre los sexos había sido establecida por decreto, pero no se había eliminado la ideología patriarcal)

El salto cualitativo hacia el feminismo contemporáneo, lo constituyó la aparición de la obra: El segundo sexo de Simone de Beauvoir en 1949, que traía a discusión el viejo debate: si las mujeres habían conseguido el voto y con ello habían logrado varias reformas para la consecución de una sociedad legalmente igualitaria, ¿por qué hablar de desigualdad o de opresión?

Surge así la Segunda Ola del Feminismo para los años 60-70 que más allá de la consecución

del voto femenino busca una igualdad formal. Pero este feminismo no es homogéneo en su interior: por un lado, surge el denominado feminismo liberal con representantes como Betty Friedan (La mística de la feminidad, 1963), Juliet Mitchel, (Psicoanálisis y feminismo, 1972). Los planteamientos del feminismo liberal llevan a la creación de la Organización Nacional para las mujeres (NOW por sus cifras en inglés) y del Women's Liberation Movement. Por otra parte, caracterizado por su aversión al liberalismo, un rechazo total al sistema patriarcal y una segregación del varón, son manifiestos del feminismo radical que domina la escena para la década de los sesenta en su alianza con la izquierda. Las propuestas vienen de autoras como Valerie Solanas, (Manifiesto SCUM, 1967); Kate Millet (Política sexual, 1969), Shulamith Firestone (La dialéctica del sexo, 1970), Germaine Greer (La mujer eunuco, 1971), Evelyn Reed y Lidia Falcón.

A partir del desarrollo del feminismo radical, podemos rastrear la aparición de otros feminismos: el feminismo de la diferencia que, partiendo de la diferencia sexual, busca profundizar en la esencia femenina y profundizar en un imaginario, un lenguaje y una genealogía propios. En Italia, Luisa Muraro, Rosi Braidotti, Carla Lonzi, (Escupamos sobre Hegel, 1970); en Francia Luce Irigaray, Hélène Cixous y en España, Victoria Sendón de León y Milagros Rivera Garretas son las pensadoras que configuran este espacio del feminismo.

El feminismo cultural propone vivir en un mundo de mujeres para mujeres: una contracultura que exalta el "principio femenino" y sus valores y denigra lo "masculino". Su mayor desarrollo es en Estados Unidos con Mary Daly (ecofeminismo).

Por su parte, el feminismo de la igualdad plantea que toda esencia femenina es una creación del patriarcado, por lo que, si no se quiere caer en las trampas del "eterno femenino", se debe luchar por la consolidación de espacios de reconocimiento en pie de igualdad con los varones y propone la equiparación de derechos, espacios de poder y legitimidad intelectual. Sus representantes son: Iris Young, Silla Eiseinstein, Nancy Fraser, Seyla Benhabib, Christine Delphy, Celia Amorós y Amelia Valcárcel.

La Tercera Ola del Feminismo, ubicada en los años 80-90 del s. XX, retoma varios elementos del feminismo cultural: Adrienne Rich (feminismo lesbiano), Andrea Dworkin (lucha contra la pornografía) Carole Vance y Ann Snitow (feminismo contra la censura) son las representantes de este pensamiento.

Rodríguez (2004) habla de una “Cuarta Ola del Feminismo” que arranca de la crítica post estructuralista, apuesta por la deconstrucción de los conceptos de género, raza, sujeto, identidad y domina el escenario del s. XXI. De esta forma, surgen el feminismo queer (Judith Butler, Eve Kosovsky Sedgwick), el ciberfeminismo (Donna Haraway, Faith Wilding, Sadie Plant) y el feminismo transexual (Sandy Stone).

Feminismo cultural

El feminismo cultural se sustenta en la existencia de un “carácter femenino” o “personalidad femenina” con aspectos positivos y superiores, esto es, se aceptan definiciones esencialistas acerca de lo que es la mujer. El feminismo cultural propone la censura de la masculinidad y el compromiso para mantener, y no reducir, las diferencias entre los géneros. Es necesario crear un entorno saludable lejos de los valores que favorezcan lo masculino (como la pornografía) para poder instaurar un principio femenino: proponer una contracultura femenina.

Para el feminismo cultural, la cooperación, el cuidado de los demás, el pacifismo y la no violencia son virtudes femeninas innatas. Además, afirma que hay un estilo femenino de comunicación y que las mujeres tienen mayor apertura a la experiencia emocional, entre otros aspectos.

El feminismo cultural reconoce el problema del imperialismo cultural de los varones entendido como un proceso en el que las mujeres son definidas por los varones, siendo éste un grupo con un punto de vista e intereses opuestos a los de aquéllas.

El feminismo cultural resalta la necesidad de asumir un nuevo sujeto colectivo: un nosotras, donde se establezca una reidentificación: autoestima del propio grupo para consigo. Se trata además de dar una formulación teorizable a los relatos de las mujeres, dar una verba-

lización a experiencias comunes de opresión: “palabra de mujer”.

Feminismo existencialista

El feminismo existencialista es aquel que surge a partir de la obra de Simone De Beauvoir. Son dos las ideas centrales que destacan en *El Segundo Sexo*: la mujer ha sido hechura de la cultura y de la civilización, no está biológicamente determinada y, por lo tanto, no está llamada a ser exclusivamente una esposa y una madre.

Para Beauvoir no hay coincidencia entre la identidad natural y la de género, es por ello que afirma: “No se nace mujer, se llega a serlo”. El género se refiere a las características humanas consideradas como “femeninas” y que son adquiridas por las mujeres a través de un largo proceso individual y social y que no se derivan de forma “natural” de su sexo. Surge de esta forma, una teoría del género que le da sentido cultural al llegar a ser mujer, a las elecciones, a las destrezas que se incorporan al ser mujer.

En el análisis existencial, las categorías de “lo uno” y “lo otro” son categorías de oposición. Las mujeres representan la Alteridad. Las mujeres son marginadas como el Otro en una cultura creada para y desde los hombres (El Otro es un objeto que tiene rasgos opuestos al sujeto masculino activo). El hombre es el sujeto que define al mundo. Beauvoir no niega que existan diferencias entre hombres y mujeres a diferentes niveles como el genético, endocrino y anatómico, pero estas diferencias no son suficientes para definir lo femenino.

Se rechaza el “eterno femenino”, es decir, atribuir ciertos rasgos que se creen inherentes al carácter femenino como la coquetería y la sumisión, entre otras. La mujer es vista como subordinada, como un ser que no tiene autonomía, que ocupa un sitio secundario como “lo otro”, definida desde una perspectiva masculina que retrae a las mujeres a la esfera de lo corpóreo.

A las mujeres se les educa a partir de la pasividad, que es considerada una característica femenina, y con un destino determinado a partir

de la maternidad, del cuidado de los niños, los trabajos domésticos, se basa en la inmanencia tradicional y femenina mientras que en los hombres, la trascendencia (ir más allá de lo biológico, tener un destino abierto e independiente) es lo que caracteriza su proceso educativo.

El feminismo existencialista propugna porque todas las personas, sean hombres o mujeres, procuren su libertad a partir del desenvolvimiento de su personalidad e intereses: en ello radica la felicidad.

Feminismo liberal

El feminismo liberal empieza por definir la situación de las mujeres como una situación de desigualdad -y no de opresión y explotación- y por postular la reforma del sistema hasta lograr la igualdad entre los sexos. De esta forma se expone el principio de igualdad que consiste en el reclamo de derechos iguales a los de los hombres y un tratamiento igualitario.

El feminismo de la igualdad tiene como antecedente histórico a la Ilustración y como raíz filosófica el racionalismo de Kant. De ahí es que se retoma el concepto de universalidad: todos los seres humanos cuentan con estructuras racionales que son comunes, pero los hombres son los que detentan la universalidad, en cuanto sujetos (dominantes) que definen los valores dominantes (patriarcales). En la modernidad, el campo de la razón está identificado en la esfera pública, que es dominada en términos masculinos relegando a las mujeres a la demostración constante de su ser racional (ya que por naturaleza son más cercanas a las emociones, sentimientos y deseos).

Para las feministas liberales, el principal problema de las mujeres es su exclusión de la esfera pública y propugnan el cambio en las relaciones en el mercado laboral y promover a las mujeres para ocupar cargos públicos. Por ello es que se sostiene la tesis de “lo personal es político”, fundamento de la moralidad feminista que señala que el poder debe ser reconocido en la esfera de las relaciones íntimas de la misma manera que en la esfera pública: todas las relaciones son morales y políticas.

La desigualdad es resultado de un modelo sexista y patriarcal de división del trabajo. El patriarcado significa para el feminismo liberal, el orden sociomoral y político que tiene como fin el predominio masculino (constituye el poder del padre, el patrón eterno para controlar la naturaleza, a otros hombres y a todas las mujeres). El patriarcado surge del deseo por controlar la naturaleza, la paternidad e imponer una organización sociopolítica. Este orden se manifiesta en lo social, en lo económico y en lo ideológico. Por ello es que surge la segunda gran tesis del feminismo: la abolición del patriarcado.

Tópico del análisis feminista liberal es el matrimonio igualitario (donde la pareja se sienta libre de los constreñimientos institucionales predominantes para negociar el tipo de matrimonio que satisfaga sus necesidades y expectativas). El cambio requiere eliminar al género como principio ordenador de la vida social: implica que cada individuo elija el modo de vida que más le convenga y que la sociedad respete y acepte esa elección.

II. La relación entre género, envejecimiento y salud

Mientras que es amplia la literatura sobre género y el envejecimiento ha sido considerado desde diferentes enfoques (como la demografía, la epidemiología, la sociología y psicología de la vejez por mencionar algunos), la relación entre género, envejecimiento y salud ha sido poco explorada: desde la academia hasta el sector público se nota una ausencia o carencia de propuestas teóricas y de investigación y, por ende, de construcción de estrategias para dar respuesta a la problemática.

Es por ello, que en una primera revisión de las investigaciones que empiezan a descubrir esta relación, encontramos, en primer lugar, a aquellas que abordan el fenómeno de la vejez y sus concepciones, los procesos de interacción y el cuidado de la salud, otras que plantean las particularidades del envejecimiento de las mujeres, abundantes sobre la salud de las mujeres y algunas de la comunicación desde la perspectiva de género.

En el primer lugar de esta revisión, tenemos a las investigaciones que abordan el fenómeno de la vejez desde los procesos de comunicación y los patrones de interacción en esta etapa de la vida⁷, las concepciones sobre envejecimiento exitoso⁸ hasta las necesidades de información y tendencias de autocuidado en la vejez⁹.

En este sentido, es importante lo que recalca Casas¹⁰ cuando hace un estudio de tipo cualitativo para identificar necesidades de información y tendencias de comportamiento sobre autocuidado, y conocer la forma en que los ancianos desean ser “educados” por el equipo de salud siendo parte de un proceso de construcción de estrategias en educación para la salud. La investigadora trabajó con 5 grupos de ancianos, en total 70 personas mayores, de ambos sexos, casados y viudos, pertenecientes a una misma religión (católica) y estrato social, originarios de diferentes estados de la República Mexicana, residentes de la colonia Los Reyes del DF. a partir de materiales como un video sobre estilo de vida en la población de la 3ª edad, dibujos de imágenes que representan el ciclo de vida y la guía de temas, se obtuvieron resultados que giran en torno a variables como demandas a la familia, información sobre la prevención (de accidentes y enfermedades), comprensión sobre enfermedades o padecimientos, actitud de las personas ante la valoración de la salud y demandas al equipo de salud, teniendo como referencia el concepto de autocuidado. La autora concluye que el valor que los ancianos dan a su salud, se refleja en el interés de vivir más años, pero con calidad, y la calidad está en función de poder vivir con tranquilidad y en armonía con sus seres queridos, los ancianos demandan a la familia comprensión, cariño, motivación, convivencia y revaloración de ellos mismos ante la familia y la comunidad, y las demandas al equipo de salud son de información precisa y práctica, acompañada de buenos tratos y ambiente de camaradería.

En segundo lugar, se aborda el envejecimiento como un fenómeno con implicaciones particulares para la salud de las mujeres y es por ello de suma relevancia recalcar los hallazgos de estas investigaciones.

Moya de Madrigal¹¹ hace un estudio de los patrones de utilización de los servicios médicos que hacen las mujeres de edad avanzada en Costa Rica a partir de los datos disponibles en la Caja Costarricense de Seguro Social. El patrón observado para la población de 60 años y más es el siguiente: los hombres se hospitalizan más que las mujeres y las mujeres permanecen casi el mismo tiempo que los hombres en el hospital, sin embargo, las mujeres continúan acudiendo a consulta más frecuentemente que los hombres. Las causas más frecuentes de atención son la diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedad isquémica del corazón, artropatías y dorsopatías. El primer lugar como causa de hospitalización y consultas médicas lo ocupan la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. La autora concluye que podría cambiarse este patrón si los servicios de salud se adecuan a las verdaderas necesidades de las ancianas en la atención de su salud.

Bialik¹² hace un investigación con 770 mujeres ancianas de diferentes substratos socioeconómicos y de tres ambientes distintos de México (urbano, rural e indígena) para poder construir un perfil de la mujer anciana. Los resultados se centran en las características generales del grupo, su situación laboral y distribución de ingresos, la salud, vida social, actividad sexual, autopercepción de los problemas, autoestima, percepción de su condición de mujeres ancianas, expectativas y aceptación de cambios. En cuanto a salud, la mayor proporción (37 por ciento) calificó su salud como “relativamente buena”, mientras que un 29 por ciento manifestó que era “buena” y 33 por ciento dijo que “no era buena”. Los problemas de salud (refiriéndose a enfermedades percibidas y no necesariamente a las diagnosticadas o tratadas) más frecuentes fueron osteoartritis (22 por ciento), trastornos digestivos (13 por ciento), problemas cardíacos (8 por ciento) y la diabetes (8.7 por ciento). Sólo un 1 por ciento de las entrevistadas se refirió a problemas mentales como problema de salud. Con respecto a la atención de su salud, el 42 por ciento manifestó ser atendida por un médico, 25 por ciento por instituciones de salud, 9 por ciento dependía de su familia o de sí misma

y en pequeños porcentajes se respondía que acudían a servicios paramédicos o tradicionales. Acerca de los hábitos en el consumo de alcohol y tabaco, 10 por ciento de la muestra aceptó que fumaba y 30 por ciento que ingería bebidas alcohólicas (tanto el grupo urbano como el rural especificaron que bebían en reuniones sociales). La autora concluye que este estudio pretendía evaluar el proceso de envejecimiento a través de las percepciones de las propias mujeres aunque es evidente que las ancianas no constituyen un grupo homogéneo y que los datos de primera mano recopilados por este tipo de estudios deberían ser tomados en cuenta al diseñar los programas que abordan el envejecimiento.

En un tercer lugar, se plantea la salud de las mujeres atendiendo al proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de género¹³, los procesos en la toma de decisiones frente a la enfermedad¹⁴ y la importancia de las redes sociales para la promoción de la salud de las mujeres¹⁵.

Para empezar a construir la relación entre envejecimiento y género, es necesario retomar las aportaciones de Cuesta-Benjumea¹⁶ quien estudia de forma cualitativa, en un diseño basado en entrevistas individuales y semiestructuradas con 25 mujeres de la región de Antioquia, Colombia para recuperar el proceso de búsqueda atención médica que va desde la percepción individual de la salud, los signos, los síntomas y la enfermedad. Esta investigación pretende responder a la necesidad de integrar el punto de vista de las mujeres en los diagnósticos de salud que realizan los profesionales. La autora encuentra que las mujeres tienen un proceso de enfrentar el síntoma constituido por tres etapas: a) valoración del síntoma, b) medición de capacidades y evaluación de opciones y c) selección de ayuda. En primer lugar, se clasifica al síntoma de forma subjetiva comparando las variaciones en el estado de salud en el transcurso del tiempo y además se le atribuye una explicación que deviene directamente en autocuidado o el tipo de ayuda que se busca. En un segundo momento, las mujeres valoran si pueden hacerse cargo de su dolencia sopesando los recursos tanto socioeconómicos y las fuerzas para

autocuidarse como las consecuencias de su decisión. El proceso finaliza cuando se decide por el tipo de ayuda que se va a requerir: la ayuda legal, profesional o el autocuidado. La autora concluye que es de suma importancia reconocer la parte subjetiva del proceso salud-enfermedad y específicamente, en el caso de las mujeres por la importancia que tienen como productoras de salud. Además, el papel del círculo familiar, de las amistades y de la comunidad en general deben ser atendidos en el momento de formular estrategias de prevención y promoción de la salud.

En cuarto lugar, se presentan aquellas investigaciones que se acercan a explorar los procesos de comunicación a través de la perspectiva de género, con implicaciones para la salud¹⁷, para la relación médico paciente¹⁸ y para las relaciones interpersonales¹⁹.

Es necesario abordar las aportaciones de Gabbard-Alley²⁰ quien hace una recopilación y una crítica de las diferentes investigaciones que se han hecho para explicar la relación entre género y comunicación en salud. La autora revisa las relaciones entre género, comunicación en salud, corresponsabilidad y satisfacción. Las investigaciones revisadas están divididas en varios apartados: género, morbilidad y mortalidad; género y comunicación verbal; género y comunicación no verbal; comunicación en salud y corresponsabilidad; corresponsabilidad y género; comunicación y satisfacción; y género y satisfacción. La crítica que hace la autora va dirigida a los diseños metodológicos para abordar la relación género y comunicación en salud, pues se trata de diseños estadísticos en donde se pierden las diferencias de género por la falta de correlación o porque no hay diferencias significativas, se propone entonces hacer una revisión de cuales serían los mejores procedimientos estadísticos para el análisis de los datos. Las propuestas para este campo de investigación son en primer lugar, la necesidad de cambiar el acercamiento epistemológico puesto que las investigaciones han adoptado un matiz positivista cuando hace falta adoptar un modelo más descriptivo que permita abarcar más las formas que los efectos del género en la comu-

nicación en salud y, en segundo lugar, retomar el contexto en el que se llevan a cabo las interacciones entre prestadores de servicios de salud y pacientes (como las diferentes áreas en un hospital, las preferencias para elegir los servicios de salud a los cuales recurrir, el ambiente, las relaciones de poder) así como las dimensiones psicológicas del género. La autora concluye que es necesario desarrollar una acercamiento epistemológico que abarque los cambios y los atributos del género en las sociedades contemporáneas y que al reconocer que la comunicación interpersonal es requisito para la corresponsabilidad y la satisfacción es necesario responder cómo el género influye en la comunicación en salud.

Asimismo, Haug hace una revisión de las diferentes investigaciones que se han realizado para abordar la comunicación entre médico-paciente. Todas ellas parten del hecho de que las variaciones en edad, sexo, clase, raza y religión son relevantes para una comunicación médico-paciente exitosa. Los estudios analizados se centran en la comunicación verbal y tratan de cómo las características demográficas tanto del médico como del paciente, así como el contexto en el que se da la interacción son determinantes para la comunicación médico-paciente. En cuanto a las diferencias de edad entre el médico y el paciente, los estudios muestran que los médicos que son más jóvenes que sus pacientes son menos atentos, menos respetuosos, menos pacientes y les proporcionan menos tiempo de consulta en comparación con personas más jóvenes. Los estereotipos acerca de los ancianos, hacen que los doctores hablen más despacio, en un tono más alto, usen lenguaje sencillo y los culpen de sus descuidos (esta relación se establece en médicos cuya edad está por debajo de los 45 años cuando interactúan con pacientes que están por arriba de los 80 años). La edad del paciente determina los tratamientos a seguir, sobre todo cuando se trata de cáncer. En cuanto al sexo de los pacientes, se ha encontrado que las mujeres reportan más los síntomas y acuden con más frecuencia a consulta, hablan y preguntan más en el encuentro con su médico, pero también obtienen respuestas menos técnicas que sus con-

trapartes masculinos. Por su parte, las doctoras tienden más a hablar y a darle más tiempo a historia clínica, a preguntarle al paciente cuál es su opinión sobre sus síntomas, a dar un trato igualitario, a pasar más tiempo en visitas médicas, dar más información y mostrar más apoyo (independientemente del sexo de sus pacientes). Después de revisar los efectos de la clase social, la etnicidad, el papel de la religión, el estado de salud, el autor concluye que es necesario seguir investigando sobre estas diferencias para poder mejorar los procesos de comunicación entre médico-paciente y esto repercuta en mejores tratamientos y mayor adherencia a ellos.

III. A manera de conclusión

A partir de la revisión de las diferentes perspectivas que confluyen al interior del feminismo (y que imprimen un particular sello al enfoque de género) así como de las investigaciones que pretenden aproximarse al género, el envejecimiento y la salud, se enfatiza la necesidad de integrar el enfoque de género al estudio del envejecimiento y que, desde estos marcos teóricos se pueda comprender la situación de salud-enfermedad en las ancianas, desde su propia perspectiva, a partir de la forma en que construyen sus significados sobre salud y enfermedad. Esto responde a una necesidad inaplazable de aplicación y reconstrucción de marcos teóricos para la investigación que sustenten las acciones en salud desde el sector público para hacer algunas propuestas, en particular, para la participación de las ancianas en su salud, para satisfacer sus requerimientos en servicios de salud y en general, para su integración social y mejoramiento de su condición de género.

Referencias bibliográficas

1. SECRETARIA DE SALUD. 2001, *Programa de Atención al Envejecimiento*, México. Autor.
2. TUIRÁN, Rodolfo. 1999, Desafíos del envejecimiento demográfico en México, En: *Consejo Nacional de Población, El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, CONAPO, México, pp. 15-22.
3. DE LOS RÍOS, Rebecca. 1993, Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción, Elsa Gómez Gómez (ed.) *Género, mujer y salud en las Américas*, OPS, EUA, pp. 3-18.
4. ARBER, Sara; Jay Gin. 1996, *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, España, Narcea, p. 271.
5. RODRÍGUEZ, Magda Rosa María. Presentación, *Debats*, núm. 76. Revista trimestral editada por Institució Alfons el Magnànim, Disponible en <http://www.alfonselmagnanim.com/debats/index.htm>
6. RITZER, George. 2002, *Teoría sociológica moderna*, España, Mc Graw Hill, p. 742.
7. BALTES, Margret; Hans-Werner Wahl. 1996, Patterns of Communication in Old Age: the Dependence-Support and Independence-Ignore Script, *Health Communication*. vol 8., núm. 3: 217-232.
8. TORRES, Sandra. 2002, Relational Values and Ideas regarding Successful Aging. *Journal of Comparative Family Studies*. vol 33., núm. 3: 417.
9. CASAS TORRES, Graciela. 2001, Necesidades de información y tendencias de autocuidado en población de tercera edad. Estudio cualitativo, *Higiene*. vol., III, núm. 1: 45-51.
10. CASAS TORRES, Op. Cit.
11. MOYA DE MADRIGAL, Ligia. 1990. *Patrones de utilización de los servicios médicos de las mujeres de edad mediana y edad avanzada en Costa Rica*, Organización Panamericana de la Salud, Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe, EUA, OPS y Asociación Americana de Personas Jubiladas, pp. 190-203.
12. BIALIK, Raquel. 1990, Perfil de la mujer anciana en México: estudio comparativo, En: Organización Panamericana de la Salud, *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*, EUA, OPS y Asociación Americana de Personas Jubiladas, pp. 261-272.
13. SAYAVEDRA HERRERÍAS, Gloria; Flores Hernández Eugenia. 1997, El enfermar de las mujeres, Gloria Sayavedra Herrerías y Eugenia Flores Hernández (comp). *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud*, Red de Mujeres, México, pp. 141-179.
14. CUESTA-BENJUMEA, Carmen de la. 1999, Las mujeres y el manejo de un síntoma, *Salud Pública de México*, vol, 41, núm. 2: 124-129.
15. HURDLE, Donna. 2001, Social support: A Critical Factor in Women's Health and Health Promotion, *Health and Social Work*. vol, 26, núm. 2: 72.
16. CUESTA DE BENJUMEA, Op. Cit.
17. GABBARD-ALLEY, Anne S. 1995, Health Communication and Gender: a Review and Critique, *Health Communication*, vol, 7, núm. 1: 35-55.
18. HAUG, Marie R. 1996, The Effects of Physician/Elder Patient Characteristics on Health Communication, *Health Communication*, vol, 8, núm. 3: 249-263.
19. KIRTLEY, Michelle D.; James B. Weaver. 1999, Exploring the Impact of Gender Role Self-Perception on Communication Style, *Women's Studies in Communication*, vol, 22, núm. 2:190.
20. GABBARD-ALLEY, Op. Cit.
21. HAUG, MARIE R., Op. Cit.

¿Veracruz se está volviendo viejo?

(Veracruz is being done old?)

Felipe R. Vázquez Palacios*

Palabras Clave: vejez, población, demandas

Key words: aging, population, request

Introducción

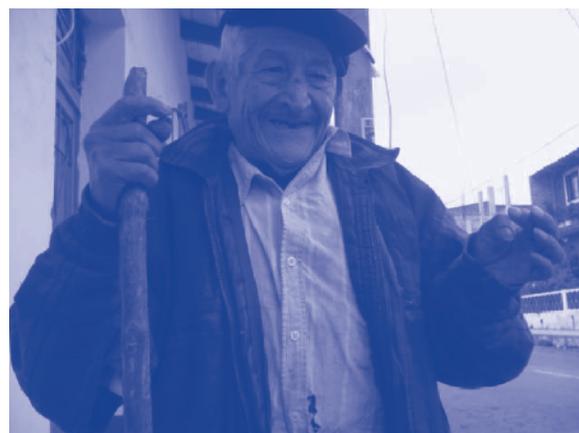
El trabajo tiene como objetivo dar algunas pinceladas con datos cuantitativos y cualitativos de la imagen de un Veracruz que ya pinta canas; resultado de su transición demográfica lenta, constante y marcada por un descenso de la mortalidad y la fecundidad. Pero también de la emigración de la última década, básicamente de hombres y mujeres jóvenes de zonas rurales, que buscan mejores oportunidades de empleo y salario; lo que ha venido a teñir con rapidez de canas a los veracruzanos.

De éstos, el 42.78% viven en áreas urbanas y el 57.22% en áreas rurales.^a

Los 10 municipios veracruzanos que más destacan por su población entrada en años son: Landero y Coss (12.1%), Tuxtilla (10.5%), Apazapan (10.2%), Chacaltianguis (9.3%), Orizaba (9.2%), Tlacojalpan (9.2%), seguidos por Tancoco, Otatitlán, Tampico Alto y Cerro Azul.

Veracruz y sus canas en aire nacional

Veracruz es en la actualidad una de las tres entidades con más personas de edad avanzada. La lista la encabeza el Estado de México con 13.1%, le siguen el Distrito Federal que tiene 8.6%, Veracruz con 6.9%, Jalisco con 6.3% y Puebla con 5.1%¹

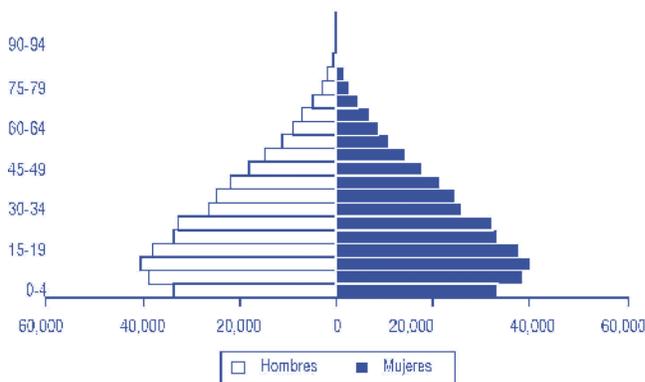


La esperanza de vida de la población veracruzana es estimada en 74.29 años en general (71.7 para los hombres y 76.8 para las mujeres). Pero la esperanza de vida para los que ahora en el 2004 tienen 60 años, es de 21 años (19.95 para los hombres y 22.12 para las mujeres). En datos absolutos, Veracruz cuenta en el 2004 con 7 millones 378 mil habitantes, de los cuales cerca de 600 mil son personas con más de 60 años; 320 mil mujeres y 280 mil hombres que representan el 8.64% de la población. (Gráfica 1)

De acuerdo a la distribución de la población anciana por municipios en Veracruz, se observa que esta concentración de población está ligada a características tales como:

a) zonas donde la crisis agrícola ha obligado a sus moradores a emigrar.

b) zonas donde la incertidumbre de las políticas públicas, orientadas a los sectores primarios, son latentes, ligadas con el repliegue del Estado en el sector agrícola y agroindustrial sobresale por ejemplo, la zona del Papaloapam, bastión del cultivo de la caña de azúcar y la ganadería;^b



Gráfica 1
ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD, 2005
Fuente: CONAPO, 2000.

*Investigador de tiempo completo del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Golfo. fevaz@ciesas-golfo.edu.mx

^aTendencia contraria de lo que sucede a nivel nacional según Resano y Olaiz (2003:25).

^bPareciera que los cultivos tradicionales como el maíz, el frijol, el chile entre otros, están siendo dejados por las personas de edad avanzada, pese a la tradición y la fuerte especialización y estructura social que han generado. La tendencia según podemos observar viendo las actividades agrícolas a las que se dedican la mayor parte de los campesinos de edad avanzada son hacia monocultivos (caña, cítricos, cocos, entre otros) y ganadería donde ellos puedan ser apoyados en el proceso de producción y básicamente en el de la comercialización, por agroindustrias o por sus familias.

c) zonas que antes fueron grandes centros industriales, por ejemplo, aquellas donde antes hubo extracción petrolera y que ahora están en receso o acabadas por la sobreexplotación, pero que han dejado a su paso grandes contingentes de personas jubiladas. En cambio resaltan poblaciones indígenas con poca migración y otras localidades con gran concentración de mercado y comercio y poco porcentaje de ancianos.

Por otra parte, en todo el Estado destacan un sinnúmero de localidades fundamentalmente agrícolas, en las que empieza a marcarse la disminución de la fecundidad y la prolongación de las edades avanzadas en sus habitantes. Lo anterior, es notable en las calles y en los lugares públicos de muchas poblaciones que muestran significativos movimientos migratorios, donde los hombres y mujeres de cabeza blanca se abandonan a su suerte, empezando a disminuir su población económicamente activa de entre 15 y 55 años de edad, especialmente hombres. Las tendencias demográficas en el estado de Veracruz no solamente son visibles a nivel rural sino también a nivel urbano en poblaciones mayores de 15 mil habitantes².

Esto último se dejó ver desde la década de los años 30s hasta los 70s, debido al auge de la industria petroquímica y la migración, ambas demandantes básicamente de mano de obra masculina.³

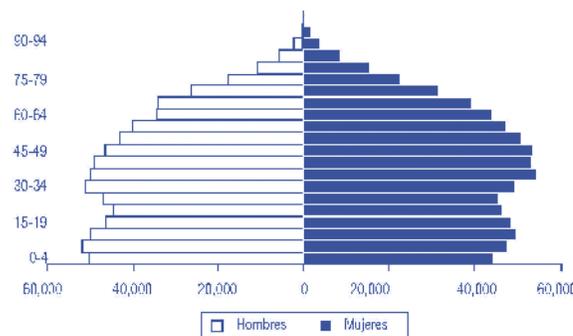
En la década de 1970 finaliza el reparto efectivo de tierras y en los ochentas, se da una fuerte contracción de la actividad económica relacionada con el petróleo; lo cual conduce a inicios de los noventas, a un descenso de la curva de masculinidad en todos los grupos de edad. En la segunda mitad de esa misma década, se intensifica el flujo migratorio de veracruzanos hacia la frontera norte y los Estados Unidos afectando a todas las regiones del estado.

Veracruz encanecerá con el correr de los años

Tanto a nivel nacional como estatal, el ritmo de crecimiento de la población es muy similar y será hasta el 2020 cuando el estado experi-

mente un descenso tanto en la población en general, afectando un poco el alto crecimiento de la población adulta mayor.

Según estimaciones, la población que peine canas para el 2030, alcanzará un total de un millón 548 mil personas. (Gráfica 2)



Gráfica 2
ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD, 2030.
VERACRUZ
Fuente: Proyecciones de población para el estado, CONAPO, 2000

La vejez será relevante en la vida de Veracruz, no sólo por las canas y arrugas de su población, sino por la crudeza de la discapacidad y la falta de servicios de salud para los viejos del futuro. De acuerdo al censo del 2000, una de cada 10 personas mayores de 60 años padece algún tipo de discapacidad,^c el factor que más incide es la edad, pues a medida que se incrementan los años, la dependencia es más patética. La principal discapacidad que se vislumbra según los pronósticos, es la motriz, seguida por la visual y la auditiva. En cuanto a los servicios de salud, éstos serán insuficientes para la demanda que se espera y deficientes a pesar de los adelantos tecnológicos y científicos.

En la actualidad, un porcentaje alto de personas entradas en años no son derechohabientes de ninguna institución de salud y como sucede en todo el país, es el Instituto Mexicano del Seguro Social el que concentra el mayor número de pacientes para su atención. Dado que las mujeres viven más, serán ellas las que más sufran la mala calidad de los servicios. El tipo de enfermedades variará muy poco en relación con las que nos reportan los añosos: infecciones respiratorias, enfermedades crónicas, dolor de cabeza, artritis, problemas esto-

^cEl 9.8% tiene una discapacidad, entre hombres (8.6%) y en mujeres (15.89%). En el 2030 según las proyecciones se triplicará la discapacidad en las personas de edad avanzada.

macales, hipertensión, diabetes, destacándose principalmente los golpes por accidentes.

El 38.3% de ancianas y ancianos veracruzanos son analfabetas. No porque no hayan querido estudiar, sino porque las oportunidades educativas simplemente no llegaron a su espacio en el momento adecuado. Esta situación obviamente se agrava para hombres y mujeres mayores que residen en áreas rurales.

La vida al final de la vida, no sería vida si no estuviera apoyada por la familia. La mayor parte de las experiencias de la senectud en Veracruz se comparten en el hogar, donde el 60% de los ancianos son casados, un 16.22% vive en unión libre, un 5% lo representan los divorciados y separados, otro 5% los solteros y un 14% los viudos. En cambio las ancianas casadas y en unión libre representan el 42.17%, rebasadas por las viudas que alcanzan un sorprendente 43.73%; mientras las solteras sólo el 6.27% y las separadas y divorciadas el 7.83%^d. Esto significa que la vejez se vive en hogares con dos y tres generaciones. Hay que resaltar el gran capital social que las mujeres acumulan a su alrededor con la familia, vecinos y grupos religiosos, que son vitales para la sobrevivencia. A diferencia de los hombres, quienes restringen su círculo social a la familia y cuando más a algunos vecinos o grupos pequeños.

De acuerdo a las proyecciones de especialistas, para el 2050 Veracruz verá incrementada su población anciana en dos millones; por tanto, el porcentaje de adultos en plenitud será de 31%. Una de cada tres personas será anciana^d. Las cifras no serían preocupantes si tuviésemos la certeza de que esa multitud de abuelos y abuelas van a contar con una pensión, a trabajar en un negocio familiar, a ser parte de la fuerza de trabajo del grupo doméstico o a formar parte de un grupo cultural de prestigio en su comunidad. Pero la realidad muestra que el 75% de los ancianos de hoy carece de pensión.^e Tan sólo en la capital del estado hay más de 600 pensionados y jubilados, y a nivel estatal son cerca de 14 mil que reciben 1200

pesos mensuales, pero hay quienes tienen que sobrevivir con menos de 500 pesos.^f Y aunque reciben otros tipos de transferencias, lo cierto es que se concentran en niveles salariales muy bajos, con los cuales no pueden pagar gastos médicos, medicinas, ni taxis, entre otros.

Esta situación es alarmante, pues los limita para prevenir o atender las enfermedades; y a falta de asesoría médica se ven obligados a buscar atención no formal con curanderos, farmacéuticos o se automedican; aunque otros optan por recurrir a la sanación divina, como única alternativa. Esto nos muestra el por qué de la necesidad de continuar trabajando. Entre los que trabajan, poco más de un 60% obtiene menos de un salario mínimo, 15% de uno a dos salarios mínimos y el resto recibe cantidades superiores a dos salarios mínimos. A pesar de que muchos de ellos y ellas son propietarios o poseedores de tierra, o algún terreno o casa que aún explotan, la mayoría cuentan sólo con su fuerza de trabajo para subsistir.

El 53.36% de la población anciana que continúa económicamente activa, se dedica a actividades del sector primario, 33.66% al terciario y 12.98% al secundario. Cabe señalar que la mayoría de ancianos y ancianas se insertan principalmente en el sector de la economía informal y sólo el 14.15% se desempeñan en el sector formal de la economía veracruzana⁵.

Imagen y realidad

Como podemos darnos cuenta, Veracruz ya tiene canas, y por más tintes y cremas que maquillen su imagen, la edad se le nota, pese a que nuestros políticos nos digan que seguimos siendo un Veracruz joven, dinámico, "más bello y más fuerte que nunca". La "juventud acumulada" marca sus huellas en las discapacidades físicas y mentales, en las enfermedades crónicas y las incapacidades para trabajar y mantener la autosuficiencia, entre otras; y a pesar de que estas deficiencias las vemos con normalidad a cierta edad, sólo empiezan a preocuparnos cuando nos damos cuenta que no existen disposiciones institucionales

^d Ver: Diario A.Z. Xalapa, 29 de agosto del 2001, Pág. 8A

^e El 83.6% de los mayores en áreas urbanas no cuentan con pensión y el 93% de quienes residen en áreas rurales no hay nada de estos beneficios.

^f Véase, Alma Rosa Quiroz: "Pensionados subsisten con 400 pesos" Diario de Xalapa. 20 de julio de 2001, pág. 9A.

que nos garanticen una mejor calidad de vida, para cuando nosotros encabecemos la lista de los mayores de edad.

La pérdida de la salud, la disminución de capacidades y la falta seguridad social, se encuentran muy ligadas a pobreza y a la vejez; lo mismo que las condiciones de violencia intrafamiliar que surgen de la interacción entre las generaciones en el seno familiar. Dichas condiciones son cada vez más difíciles de controlar por parte de los sectores más vulnerables.

La familia, sorteando difíciles situaciones que se complican en condiciones de pobreza, es la única que ha respondido a las demandas de cuidados especiales que necesitan con más frecuencia las personas edad avanzada. Por lo que la capacidad de las generaciones jóvenes para ayudar a sus familiares ancianos resulta cada vez más limitada. En las zonas rurales, los más jóvenes emigran hacia los Estados Unidos o a ciudades donde puedan conseguir un empleo, dejando a los ancianos abandonados en sus localidades. Muchas de las veces a expensas de los abusos y presiones sociales de la vida cotidiana. Por ello, necesitamos elaborar y fortalecer propuestas para la vejez y la familia, como la adhesión a pequeñas estructuras o redes familiares, espirituales, vecinales y de afinidad, con el fin de enfrentar las vicisitudes cotidianas y allegarse de recursos, sortear los problemas; pero sobre todo, estimular las relaciones sociales de reciprocidad y cooperación entre el anciano y sus cuidadores. Es decir, establecer sistemas de interacciones sociales, donde quienes participen den respuestas espontáneas y creativas mediante un conjunto de intercambios, mediaciones y reciprocidades, para obtener no sólo bienes materiales (alimento, dinero, cuidado, medicinas), sino también apoyo espiritual (palabras de aliento, apoyo moral), apoyo cultural (información, enseñanzas, aprendizaje), y básicamente, interacciones sociales (el contacto con los demás). Todas estas demandas deben estar estructuradas por ellos mismos, con la finalidad de satisfacer las aspiraciones o necesidades más elementales. Creo que aquí debe estar la clave en la estructuración de políticas y programas dirigidos hacia la vejez, y el sentido y el sin sentido de la vejez.

Referencias bibliográficas

1. RESANO Pérez, Elsa y Gustavo Olaiz Fernández. 2003, Las personas de 50 y más, Nelly Salgado De Zinder y Rebeca Wong (ed.) En *Envejeciendo en la pobreza* Instituto Nacional de Salud Pública, México, pp. 23-36.
2. TALLET, Bernard y Palma Rafael. (2004, junio) *¿Hacia un ordenamiento del espacio rural en el sotavento veracruzano?* Ponencia presentada en el Seminario Internacional de Espacios de la globalización, mutaciones articulaciones, interacciones, Guanajuato, México, pp1-14.
3. Ídem.
4. Consejo Nacional de Población. 2000, *Índices demográficos para los adultos mayores, 2000-2050*, [en línea]. Disponibles en www.conapo.gob.mx
5. Consejo Nacional de Población. 2000, *XII Censo de Población y Vivienda. Estado de Veracruz, INEGI*. [en línea]. Disponibles en www.conapo.gob.mx

Revisión Breve de Leptospirosis en México

"Brief review of Leptospirosis in México"

Everest De Igartúa López*

Ma. Del Rocío Coutiño Rodríguez**Oscar Velasco Castrejón***

Palabras clave

Leptospirosis, microscopía, crónica, campo oscuro, serología

Leptospirosis es una enfermedad infecciosa, aguda, esporádica, bifásica, de inicio brusco, clínicamente polimorfa, que oscila de leve a grave, que con frecuencia evoluciona a la cronicidad. Simula un gran número de enfermedades conocidas y aunque está ampliamente distribuida en el mundo, pocos médicos la identifican, por lo que es escasamente diagnosticada. Mientras la fase crónica está muy bien demostrada y por lo tanto aceptada en veterinaria, es rechazada por la medicina humana. Este rechazo, cuesta muchas vidas, ya que cuadros típicos de leptospirosis con abundantes leptospiras en orina y sangre observadas por microscopía en campo oscuro, pero que cursan con títulos bajos de anticuerpos, son descartados y no tratados, debido a que al médico le han enseñado a confiar sólo en la serología a títulos altos, aunque estos sean frecuentemente negativos en la enfermedad mortal. En México se desconoce la magnitud del problema ya que, además de ser prácticamente ignorada, su cuadro clínico, se asemeja a otros padecimientos mejor conocidos como el dengue, la fiebre tifoidea, toxoplasmosis, paludismo y brucelosis entre muchos otros, por lo que es diagnosticada y tratada como tales, con las consecuencias esperables que impactan a la Salud Pública. El objetivo de este trabajo es difundir el padecimiento para que sea considerado por los médicos y por lo tanto sea diagnosticado y tratado oportunamente.

Introducción

La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial, con predominio en áreas geográficas en donde se conjugan factores de

Key Word

Leptospirosis, microscope, chronicle, obscure camp, serology

riesgo ecológico: existencia de reservorios selváticos, peri domésticos y domésticos, con factores socio-económicos y culturales, los primeros basados fundamentalmente en la ausencia o deficiencia en el abastecimiento y almacenamiento de agua para consumo humano y los segundos, por la existencia de patrones de vida que propician la convivencia íntima e inadecuada con animales^{1,2}.

Es conocida como enfermedad de Weil, enfermedad de los porqueros, fiebre de los arrozales, fiebre de los cañaverales y otros nombres locales, y como enfermedad de Stuttgart cuando ocurre en perros³⁻⁵.

A pesar de las condiciones geográficas y socioeconómicas que prevalecen en el estado de Veracruz, sugerentes de la presencia de leptospirosis, ésta es una enfermedad casi desconocida en el ámbito médico, ya que clínicamente, posee un gran polimorfismo, que va desde cefalea, fatiga crónica, molestias mioosteoarticulares, hipersomnia, dolor intenso de globos oculares a la palpación, hasta afecciones renales y hepáticas; confundiéndola con padecimientos como dengue, fiebre tifoidea, brucelosis, toxoplasmosis etc., y aunado a los problemas de los métodos utilizados en su detección, se desconoce la magnitud del problema y su impacto en la Salud Pública.

Epidemiología de la leptospirosis en México

En México, la información que existe sobre leptospirosis humana de 1970 a la fecha es escasa y en su gran mayoría proviene de estu-

*Pasante de la Maestría en Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. everestdil@yahoo.com.mx.

**Investigadora del Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. ecoutino@uv.mx

***Clínica De Medicina Tropical, Departamento De Medicina Experimental, UNAM-Hospital General de México. @yahoo.com.mx,

dios de corte seroepidemiológico^{6,7} por lo que poco se sabe sobre las formas clínicas más comunes^{8,9} y probablemente por ello aún prevalece el criterio erróneo, pero ampliamente difundido, de relacionarla únicamente con la forma grave, (la menos común), lo que ocasiona una casuística irreal. Los primeros casos de leptospirosis fueron reportados en Yucatán por Noguchi y Klieger en 1920¹⁰. A partir de esa fecha fueron apareciendo reportes aislados, en su mayoría de corte eminentemente seroepidemiológico^{6,11}. En 10 estudios serológicos realizados en Yucatán, Valle de México y DF se encontró un promedio de 14.4% de positividad en 9,875 sueros estudiados de 1961 a 1995¹².

Caballero y col, por su parte en 1991, encontraron el 39% de seroprevalencia en trabajadores de granjas ganaderas y porcícolas¹³. Por su parte, Varela y cols. en 1961, en un estudio pionero detectaron que el 18% de 10,362 muestras serológicas, procedentes de 21 estados, así como el 50% de las muestras procedentes de Campeche y el 63% de las de Tlaxcala fueron positivas¹⁴.

En ese mismo estado, en 1962, se reinició el interés por esta enfermedad con el reporte de Varela y Zavala de seis casos de leptospirosis, positivos en su mayoría a la serovariedad Pomona, en un estudio que comprendió 56 pacientes con ictericia¹⁵. Desde 1976, existen algunos reportes de casos graves e incluso algunos de ellos con desenlace fatal^{16,17}. En 1984 se reportó que el 14.1% de la población de ese estado resultó seropositiva a leptospirosis⁷.

Así mismo en 1998, se encontró nuevamente un 14% de seroprevalencia con casos de leptospirosis anictérica, diagnosticados clínicamente de forma errónea como dengue, durante un brote epidémico de esta virosis. Sin embargo, esta información aislada resulta insuficiente para definir el comportamiento epidemiológico de esta zoonosis, por tanto, el objetivo de ese trabajo fue determinar la incidencia y caracterización clínica de pacientes con diagnóstico de leptospirosis en Yucatán durante el período de 1998 al 2000¹⁷.

Los últimos casos de leptospirosis referidos en Veracruz, se reportaron en la ciudad de Poza Rica y se relacionaron con las inundaciones ocurridas en esa zona en 1999¹⁷.

Taxonomía y morfología del agente causal

En 1962 la subcomisión de taxonomía de las leptospiras de la Organización Mundial de la Salud acordó dividir a estas bacterias en dos especies: interrogans y biflexa, basándose en su comportamiento bioquímico, capacidad de infectar animales, resistencia a la acción de los iones de cobre bivalentes, características biológicas y en las exigencias de cultivo, por lo que la clasificación de estas bacterias quedo de la siguiente manera ORDEN: Spirochaetales; FAMILIA: Treponemataceae; GENERO: Leptospira; ESPECIES: interrogans (23 serogrupos) y biflexa¹⁸⁻²³.

Las leptospiras son bacterias helicoidales muy delgadas (espiroquetas), móviles y que se colorean levemente con la tinción de Gram, Leptospira interrogans es una especie patógena para el hombre y los animales, siendo identificados varios serogrupos que, a su vez, son divididos en más de 200 serovares^{18,19}.

Al microscopio de campo oscuro puede observarse que frecuentemente una de las extremidades termina en gancho. Tiene de 6 a 15 micras de largo por 100 milimicras de diámetro. Es tan delicada que en el campo oscuro puede aparecer solo como una cadena de cocos diminutos. Su tinción con colorantes convencionales es muy difícil, pero pueden impregnarse con sales de plata²³.

Mecanismos de transmisión

La leptospirosis es considerada una de las zoonosis más difundidas y subdiagnosticadas en el mundo; esto se debe en parte a las manifestaciones clínicas inespecíficas de la enfermedad, así como a la gran capacidad de sobrevivida de L. interrogans, tanto en animales infectados como en el medio ambiente.

Tradicionalmente, se dice que el hombre es introducido en la cadena epidemiológica de modo accidental (hospedero transitorio), por contacto con el agua (importante medio de

transmisión), suelo o exposición directa a las excretas contaminadas de algunos roedores o animales domésticos y salvajes infectados, adquiriendo la infección y enfermando algunas veces. Es rara la transmisión de persona a persona, pues el hombre representa aparentemente el final de la cadena de transmisión. La rata de alcantarilla (*Rattus norvegicus*) y el ratón negro o ratón del techo (*Rattus rattus*) son considerados reservorios ecológicos de la leptospirosis, no desarrollando habitualmente síntomas de esta zoonosis^{18,19}.

Tanto el hombre como los animales se pueden infectar en forma directa por contacto con tejidos u orina infectada o de manera indirecta por contacto con suelos, agua o vegetación contaminados. El gran espectro de síntomas clínicos que la caracteriza hace que el diagnóstico se confunda con mucha facilidad con otras enfermedades de tipo febril⁴.

Patología y cuadro clínico

Inicialmente la leptospira penetra a través de la piel y membranas mucosas (lesionadas o no) pudiendo diseminarse por la corriente sanguínea a todo el organismo. El período de incubación varía de 24 horas a 28 días, siendo en promedio de 7 a 14 días. La lesión fundamental que explica el cuadro clínico es una vasculitis que compromete los endotelios capilares, causando disfunción renal y hepática, miocarditis y hemorragia pulmonar. Secundariamente se produce extravasación de líquido intravascular que agrava el compromiso renal y eventualmente desencadena un estado de choque. Los casos fatales presentan hemorragia diseminada de las superficies mucosas y piel. La inmunidad adquirida después de la infección es serotipo específica, pudiendo el mismo individuo ser afectado más de una vez por serotipos diferentes. La mayoría de las infecciones cursan en forma asintomática o con manifestaciones clínicas inespecíficas y autolimitadas, en el plazo de 4 a 7 días. La enfermedad evoluciona con o sin ictericia²⁴⁻²⁷.

La forma anictérica es la más común y se presenta en un 90 a 95% de los casos, es autolimitada y se divide en dos fases: la primera llamada fase septicémica y caracterizada por

la presencia de espiroquetas en la sangre, LCR y otros tejidos. Con un inicio súbito, aparece fiebre alta (38°C a 40°C) asociada a cefalea con intensidad leve a moderada, calosfríos, mialgias (en particular de pantorrillas), tos, dolor torácico, rigidez del cuello e inyección conjuntival^{4,5}.

En los casos más graves puede haber hepatoesplenomegalia, pancreatitis, compromiso renal y manifestaciones respiratorias (hemoptisis y tos seca). Ese cuadro dura cerca de 4 a 7 días siendo seguido por un período de mejoría de 2 días, tras la cual se inicia la segunda fase de la enfermedad. En la segunda fase, inmune, las leptospiras desaparecen de la sangre mientras son detectables anticuerpos específicos circulantes. No siempre esa fase acontece, más cuando está presente, se manifiesta frecuentemente como un cuadro de meningitis aséptica caracterizada por ausencia de leptospiras y presencia de anticuerpos en el LCR. Este cuadro puede durar de 4 a 30 días^{12,19,28-30}. Forma ictérica, es la presentación grave de leptospirosis (5 a 10% de los casos), conocida como enfermedad o síndrome de Weil. Cursa con ictericia, hemorragia e insuficiencia renal aguda y está asociada al serotipo ictehaemorrhagiae^{19,28-30}.

Pueden ocurrir alteraciones hepáticas con aumento de las transaminasas. Las alteraciones renales incluyen aumento de uremia y creatinemia, leucocituria, hematuria, cilindruria y proteinuria. La letalidad de esa forma ictérica es de aproximadamente 5 a 20%. Todas las manifestaciones pulmonares, hepáticas y renales causadas son reversibles.³¹⁻³³

Leptospira tiene la capacidad de habitar en los túbulos contorneados del asa de Henle y puede sobrevivir hasta seis meses en el medioambiente después de su excreción urinaria¹⁹. La leptospirosis puede producir brotes de uveítis, además de causar panuveítis y otros problemas oftalmológicos^{34,35}.

Se le ha asociado también a la leptospirosis crónica no simplemente como acompañante de leucemia, sino como inductor de esta neoplasia hematológica, o de cuadros similares que pueden causar o simular leucemia aguda³⁶.

Desde el punto de vista clínico, posee un amplio polimorfismo y es por ello que para su detección sea conveniente considerarla en el diagnóstico diferencial de diversos padecimientos, como pueden ser: dengue, fiebre amarilla, hepatitis viral, cirrosis hepática, síndrome de fiebre oscura, paludismo, toxoplasmosis, neumonía, meningitis aséptica brucelosis y fiebre tifoidea^{3,4}.

El diagnóstico está basado en los antecedentes epidemiológicos, cuadro clínico y en los resultados de los exámenes complementarios como anemia, leucocitosis con desviación a izquierda, trombocitopenia, eritrosedimentación elevada, elevación de creatinofosfoquinasa y leucocituria; éstos son resultados inespecíficos pero que, asociados al cuadro clínico, sugieren el diagnóstico. La confirmación diagnóstica se logra menos frecuentemente por métodos directos (pesquisa mediante microscopía de campo oscuro o cultivo) y, en la mayoría de los casos, por métodos serológicos (reacción de microaglutinación en placa (MAT), ELISA y EIA). Sin embargo, el método más recomendado y confiable es la MAT.^{19,37}

En algunos países se considera la existencia de una forma persistente (crónica)³⁸⁻⁴² a pesar de ser rechazada por la medicina humana, este rechazo, cuesta muchas vidas, ya que cuadros típicos de leptospirosis, con abundantes leptospiras en orina y sangre observadas por microscopía de campo oscuro y videograbadas, cursan con títulos bajos de anticuerpos, por lo que son descartados y no tratados⁴³, debido a que tradicionalmente el médico confía sólo en la serología a títulos altos o en el PCR para diagnóstico, aunque este último solo se recomienda para realizar genotipificación. Los títulos de anticuerpos exigidos para considerar prueba diagnóstica (habitualmente > 1:160), descartan un gran número de casos positivos, por estar al inicio de la enfermedad, por la extrema gravedad del paciente, por la simple incapacidad de producir títulos altos y/o por que se trate de una leptospirosis crónica agudizada, en la cual aparentemente existe tolerancia inmunológica⁴⁴.

Clínicamente, esta fase de la leptospirosis, posee un gran polimorfismo, pero entre las molestias más importantes se tienen cefalea, fatiga crónica, molestias mioosteoarticulares, hipersomnia, dolor intenso de globos oculares a la palpación, así como problemas renales y hepáticos⁴⁴.

Tratamiento

La hidratación es el procedimiento fundamental para el tratamiento a fin de evitar la descompensación ocasionada por la fiebre, anorexia y vómitos.^{19,25,28}

En la leptospirosis leve no complicada (tolerancia oral) el tratamiento de elección en mayores de 8 años es la doxiciclina a dosis de 100mg cada 12 horas por 7 días. Se puede usar tetraciclina a dosis de 500mg cada 6 horas por el mismo período. La doxiciclina no tiene problemas de absorción si se administra con las comidas o leche, la tetraciclina en cambio, no debe administrarse con éstas.^{19,25,28}

En menores de 8 años la amoxicilina (30-50 mg/kg día divididos en tres dosis) o ampicilina 50 mg/kg día divididos en cuatro dosis por siete días son los antibióticos de elección. En caso de necesidad puede usarse eritromicina a dosis de 25-50 mg/kg día divididos en 4 dosis por siete días.^{19,25,28}

En leptospirosis moderada a severa en pacientes hospitalizados la droga de elección es la penicilina G sódica alrededor de 20 millones UI/día por vía endovenosa para adultos. Está aceptado que es útil para mejorar el curso de la enfermedad y eliminar la leptospiruria además de prevenir complicaciones por lo que el tratamiento puede iniciarse inclusive "relativamente tarde" en el curso de la enfermedad. Sin embargo este fármaco ha sido víctima de muchas controversias inclusive existen publicaciones afirmando que el beneficio de la penicilina no acorta la duración de la fiebre o conduce a algún otro beneficio. Algunos la indican sólo hasta antes del quinto día de la enfermedad porque afirman que después, no altera el curso de la misma. La dosis efectiva puede ser de 1,5 a 4 millones UI de penicilina G, cada 6 horas por vía endovenosa (se puede incrementar hasta 20 millones por día, por 7 a 10 días. Como alternativa se puede usar ampicilina 0,5-1 gr.

cada 6 horas, misma vía. También pueden usarse penicilina procaínica o ceftriaxona, todas por el mismo período. La profilaxis para las personas que ingresen a áreas de riesgo, es con doxiciclina 200 mg por semana. Las penicilinas no son efectivas en la profilaxis. La quimioprofilaxis se sugiere cuando se ingresa a áreas donde la incidencia es 5% o mayor^{19,28,45} o durante inundaciones.

El pronóstico generalmente es bueno, pero depende invariablemente, de la susceptibilidad del hospedero y de la forma clínica desarrollada⁴⁵.

La letalidad de la enfermedad depende de las siguientes variables: gravedad de la forma clínica, diagnóstico y tratamiento precoz, edad del enfermo; la mortalidad puede llegar hasta 40% en los casos graves¹⁹.

Las medidas de prevención deben orientarse hacia el control de reservorios (ratas y ratones), a través de acciones permanentes de "desratización"; medidas de protección individual y colectiva de la población humana y animal (doméstica) en riesgo; y mejoramiento medioambiental e higiénico-sanitario de las poblaciones en áreas endémicas, como el área geográfica en cuestión¹⁹.

Las acciones educativas permanentes para el individuo y la colectividad contemplan contenidos sobre el conocimiento de la enfermedad, mecanismos de transmisión, signos y síntomas de la enfermedad; orientación a trabajadores en situación de riesgo para que utilicen equipos de protección individual, tales como máscaras, guantes, botas y en ausencia de éstos, bolsas de polietileno para cubrir las manos y los pies del trabajador; orientación sobre el consumo de agua hervida o clorada, mantener limpios los depósitos de agua; limpiar y desinfectar el medioambiente y vacunar, al menos, anualmente los animales domésticos (perros y bovinos), en regiones endémicas¹⁹.

El conocimiento de la enfermedad es importante, sobre todo en la salud pública, debido a las repercusiones que puede tener en la población, tanto su presencia, como su mal diagnóstico y sobre todo las complicaciones de los

padecimientos que simula y que por su mal manejo, puede provocar defunciones que no son atribuidas a este agente y por ende seguirá su diseminación en la población, pudiendo ser una verdadera pandemia en crecimiento.

Referencias bibliográficas

1. TURNER, LH. 1973, Leptospirosis, Br Med J, 1:537-40.
2. MAILLOUX M. 1975, Leptospirosis-Zoonosis. Int J Zoon, 2:45-54.
3. MAILLOUX M. 1974, Les leptospiroses en medicine tropicale. Epidemiologie et diagnostics a la Reunion et en Polynesie Francaise. Bull Soc Path Exot, 67:30-36.
4. GEISTFELD, J G. 1975, Leptospirosis in the United States. J Infect Dis, 131:743-47.
5. EDMUN, Farrar W. 1991, Especies de Leptospira (leptospirosis). En: Mendell G, Douglas G, Bennett JE Enfermedades Infecciosas. Principio y Práctica. 3ª Edic. Buenos Aires: Panamericana 1:1916-20.
6. ZAVALA-VELÁZQUEZ J, Caballero-Guerrero C, Sánchez- Vázquez I. 1976, Leptospirosis en el Estado de Chiapas, México. (Informe Preliminar). Salud Pública Méx, 18:989-98.
7. ZAVALA-VELÁZQUEZ J, Pinzón-Cantarell J, Flores-Castillo M, Damian-Centeno AG. 1984, La Leptospirosis en Yucatán. Estudio serológico en humanos y animales. Salud Pública Méx, 26:254-9.
8. ZAVALA-VELÁZQUEZ J, Herrera-Hoyos JO, Laviada-Arrigunaga FA. 1977, Leptospirosis humana en el estado de Yucatán. Rev Invest Clin, 29:161-4.
9. ZAVALA-VELÁZQUEZ J, Sosa-Leal J, Barrera-Pérez MA, Bolio-Cicero A, Laviada-Arrigunada FA. 1985, Leptospirosis humana en Yucatán. Presentación de dos nuevos casos y revisión clínica. Rev Invest Clin, 37:353-7.
10. NOGUCHI H, Klieger J., 1920, Inmunological studies with a strain of Leptospira isolated from a case of yellow fever in Mérida, Yucatán. J Exp Med (32):67-70.
11. VARELA G, Vázquez A., 1958, Investigación de aglutininas para Leptospira icterohaemorrágica, L. pomona y L. canícola en sueros de humanos y de animales de diversos estados de la República Mexicana. Rev Inst Salud Enf Trop, 1: 31-6.
12. COLÍN-ORTIZ JR, 1997, Caballero-Servín A, Alarcón-Vital JA, Pérez-Serna JC, Bernal-Vélez C, Cuellar-Espinoza A. Estudios sobre leptospirosis en México (1961-1995). Higiene, 5:142-50.
13. CABALLERO SA, Romero GJ. 1991, Leptospirosis en México. Premio Canifarma. Ind. Farmaceut. Vet, 1:107-124.
14. VARELA G., Zavala V. J., 1961, Estudio serológico de la leptospirosis en la República Mexicana. Rev. Invest Salubr Enf Trop, 21:49-52.
15. VARELA G, Zavala J., 1962, Estudio de leptospirosis en Yucatán. Rev Mex Med, 42:485-6.
16. ZAVALA-VELÁZQUEZ J, Bolio-Cicero A, Suarez Hoil G. 1976, Leptospirosis en Yucatán. Informe de un caso clínico. Patología, 14:131-5.
17. ZAVALA-VELÁZQUEZ J, Vado-Solís I, Rodríguez-Félix M, Rodríguez-Angulo E, Barrera A, Guzmán E., 1998, Leptospirosis anictérica en un brote epidémico de dengue en la Península de Yucatán. Rev Biomed, 9:78-83.
18. DABANCH P J., 2003, Zoonosis. Rev Chil Infectol, 20: 47-51.
19. FUNASA. 2003, Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológico. Ministério do Brasil: Brasilia.
20. BARCELLOS C, Lammerhirt C B, Almeida M A B, Santos E., 2003, Distribuição espacial da leptospirose no Rio Grande do Sul, Brasil: recuperando a ecologia dos estudos ecológicos. Cad Saúde Pública, 19: 1283- 92.
21. ALMEIDA L P, Martins L F S, Brod C S, Germano P M L., 1994, Levantamento soropidemiológico de leptospirose em trabalhadores do serviço de saneamento ambiental em localidade urbana da região sul do Brasil. Rev Saúde Pública, 28: 76-81.
22. CICERONI L, Pinto A, Benedetti E, Pizzocaro P, Lupidi R, Gelosa L, et al. Human leptospirosis in Italy: 1986- 1993., 1995, Eur J Epidemiol, 11: 707-10.
23. RAO S R, Gupta N B, Agarwal S K., 2003, Leptospirosis in Índia and the rest of the world. Braz J Infect Dis, 7: 178-93.
24. CLASE G, Juana F, Paulino B, Rosa M, et al., 1996, Insuficiencia renal aguda en pacientes internados, com diagnóstico de leptospirose. Rev Bras Med, 53: 347-62.

25. MARTINS M G, Matos K T, Silva M V, Abreu M T., 1998, Ocular manifestations in the acute phase of leptospirosis. *Ocul Immunol Inflamm*, 6: 75-9.
26. SALTO Glu, Naksu Hz, Tasova Y, Arslan A, et al., 1997, Leptospirosis: twelve Turkish patients with the Weil' syndrome. *Acta Med Okayama*, 51: 339-42.
27. TORRES R, Jaime R, Isturiz R, Mondolfi A G et al., 1989, Historia natural de la leptospirosis humana en Venezuela. *Bol Venez Infectol*, 1: 27-9.
28. SILVA H R, Tavares-Neto J, Bina J C, Meyer R. , 2003, Leptospirose-infecção e forma subclínica em crianças de Salvador, Bahia. *Rev Soc Bras Med Trop*, 36: 227-33.
29. ABDULKADER R C R M, Daher E F, Camargo E D, Spinosa C, Silva M V., 2002, Leptospirosis severity may be associated with the intensity of humoral immune response. *Rev Inst Med Trop S Paulo*, 44: 79-83.
30. BEZERRA H M, Ataíde Junior L, Hinrichsen S, Travassos F M, Travassos P T C, Silva M B., 1993, Comprometimento do sistema nervoso na leptospirose: Avaliação dos aspectos neurológicos. *Arq Neuropsiquiatria*, 51: 1457-63.
31. VINETZ J M., 2001, Leptospirosis. *Curr Opin Infect Dis*, 14: 527-38.
32. PERANI V, Farina C, Maggi L, Muioli F, Pizzocaro P, Pugliese C., 1998, Pneumonia due to *Leptospira* ssp.: results of an epidemiological and clinical study. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2: 766-70.
33. SILVA J J P, Dalston M O, Carvalho J E M, Setúbal S, Oliveira J M C, Pereira M M., 2002, Aspectos clínicos-patológicos e imuno-histoquímicos da forma pulmonar grave da leptospirose, *Rev Soc Bras Med Trop*, 35:391-5.
34. VELASCO-CASTREJÓN O, Rivas-Sánchez B., 2002, Leptospirosis asociada a uveítis, un reporte de 90 casos. "Leptospirosis 2001", La Habana, Cuba. *Rev Cubana Med Trop*, 2;54:66.
35. VELASCO-CASTREJON O, Rivas-Sanchez B, 2004, leptospirosis humana persistente, un cuadro común, no contemplado por la medicina actual; Segunda Reunión científica la Habana Cuba, memoria OD11
36. VELASCO-CASTREJON O, Rivas-Sánchez B, 2004, leptospirosis ¿simulador o causante de leucemia?; Segunda Reunión científica la Habana Cuba, memoria OC2
37. ROMERO EC, Bernardo CCM, Yasuda PH., 2003, Human Leptospirosis: a twenty-nine-year serological study in São Paulo, Brazil. *Rev Inst Med Trop S Paulo*, 45:245-8.
38. MURGATROYD F. 1937. Chronic meningitis in Weil's disease. *Brit. Med. J.* p. 711
39. WDIC (Weil's Disease Information Center). Persistent Human Leptospirosis (update August 2001). <http://www.dfm.livjm.ac.uk/wdic/persist.html>
40. TRIPATHY D. N., Hanson L. E. 1976. Some observations on chronic leptospiral carrier state in gerbils experimentally infected with *Leptospira grippotyphosa*. *J. Wildl Dis*, 12:55-58.
41. NICOLESCO M, Andrescu N., en 1984, May human leptospirosis develop as a chronic infection?, *Zentralbl Bakteriol Mikrobiol Htg.* 257:531-534
42. ANAINA I.V., Samsonova A.P., 1997, The possible mechanisms of the host Persistence of *Leptospira interrogans*, *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol*, 6:22-25
43. VELASCO-CASTREJÓN O, Rivas-Sánchez B., 2002, VECOVISION, un nuevo método imagenológico para el diagnóstico definitivo de leptospirosis. "Leptospirosis 2001", La Habana, Cuba. *Rev Cubana Med Trop*, 54:67.
44. VELASCO-CASTREJON O, Rivas-Sanchez B, 2004, Diagnostico diferencial entre toxoplasmosis y leptospirosis de 26 casos mexicanos de uveítis posterior. Segunda Reunión científica la Habana Cuba, memoria OC1.
45. COSTA E, Lopes A A, Sacramento E, Costa Y A, Matos E D, Lopes M B, Bina J C., 2003, Penicillin at the late stage of leptospirosis: a randomized controlled trial. *Rev Inst Med Trop S Paulo*, 45: 141-5.

Entornos y contrastes de ocurrencia de la muerte materna en Veracruz

(Environments and contrasts of occurrence in maternal mortality in Veracruz)

Mauricio Fidel Mendoza González*

Palabras Clave

Muerte Materna, Veracruz, México.

Keywords

Maternal Mortality, Veracruz, Mexico

Introducción

Las complicaciones que se producen durante el embarazo, parto y puerperio se ubican entre las principales causas de muerte en las mujeres en edad reproductiva de los países subdesarrollados, donde la perspectiva de su fallecimiento muchas veces la ubica como protagonista individual en este problema de salud pública; y aún cuando sus condiciones individuales son determinantes en este proceso, actualmente debemos entender que el abordaje del mismo debe ser integral.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte materna se define como "la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales"¹.

Como indicador operativo confiere a los servicios de salud la posibilidad de evaluar más allá de la sola participación de éstos en el abordaje del problema, ya que se considera un indicador de desarrollo humano, que refleja el nivel socioeconómico de un país, una comunidad o una familia; la condición de la mujer y, por otro lado, la utilización de los servicios de planificación familiar, atención prenatal y de atención obstétrica, así como la calidad de los mismos.

La OMS, estima que más de medio millón de mujeres mueren cada año por causas rela-

cionadas con el embarazo, intento de aborto, parto o puerperio, y que alrededor del 99% de estas muertes suceden en países pobres. Así mismo, considera que cuando una mujer de un país en desarrollo se embaraza, su riesgo de morir es de 100 a 200 veces mayor que cuando lo hace una mujer de un país desarrollado; situación que le otorga a este hecho un calificativo de problema de salud pública.

México no se ve exento de esta problemática social y de salud pública, y aún cuando la tasa de mortalidad materna registrada descendió de 52.9 en 1940 a 4.6 por 10,000 nacidos vivos en el año 2001^{2,3}, el nivel real de la mortalidad materna podría ser mayor, pues se sabe que aún existe cierto nivel de subregistro, asignación incorrecta de causas de defunción y errores de codificación. Además, este decremento no ha sido similar en todas las subpoblaciones de este país, mostrándose importantes rezagos en ciertas regiones y en algunos grupos sociales, especialmente los que se ubican en áreas rurales y marginadas.

Sin embargo, debemos también considerar que la determinación exacta de la magnitud del problema de la mortalidad materna es extremadamente difícil, ya que en su génesis y desarrollo se involucran toda una serie de factores que la convierten en un problema complejo. Por un lado, se sabe que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud y por otro,

*Investigador Tiempo Completo. Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. (mmendoza@uv.mx).

que existen deficiencias en las estadísticas vitales y escasez de estudios dirigidos a grupos específicos de población, lo que ha minimizado y ocultado las diferencias respecto al riesgo de morir a causa de este problema y especialmente en aquellos sectores de la población más expuestas al riesgo⁴.

En este sentido, el estado de Veracruz se encuentra en un momento propicio y necesario para el análisis integral de la salud materna, ya que su conformación actual lo sitúa en una condición especial donde la muerte materna coexiste con un sinnúmero de patologías y riesgos, por un lado, aquellas consideradas del subdesarrollo de naturaleza especialmente transmisible y por otro, con un perfil de enfermedades crónico degenerativas propias de áreas geográficas de mayor desarrollo, enmarcadas en un espacio geográfico que aún no supera problemas socioeconómicos y culturales, que hacen que el abordaje de las prioridades en salud discurren en una toma de decisiones de difícil abordaje. El presente trabajo pretende hacer un análisis global de los condicionantes sociodemográficos básicos del estado y de lo que en este momento se sabe sobre la muerte materna, que permita hacer el planteamiento de los futuros retos para reducir este problema de salud pública, que si bien ha sido enmarcado en el espectro de acciones de la salud reproductiva, su abordaje va más allá, si consideramos el alcance que hoy tiene como indicador de desarrollo de los pueblos.

Características básicas, sociodemográficas y de daños a la salud del estado de Veracruz

De acuerdo a cifras del XII Censo General de Población y Vivienda (INEGI) el estado de Veracruz, con una superficie territorial de 72,815 Km², presentó para el año 2000 una población de 6,908,975 habitantes, de los cuales, el 51% eran mujeres (3,553,811) y el 49% hombres (3,355,164). Con una densidad poblacional de 94.8 habitantes por Km²; y una cifra poblacional estimada para el año 2004 que supera los siete millones de habitantes^{5,6}.

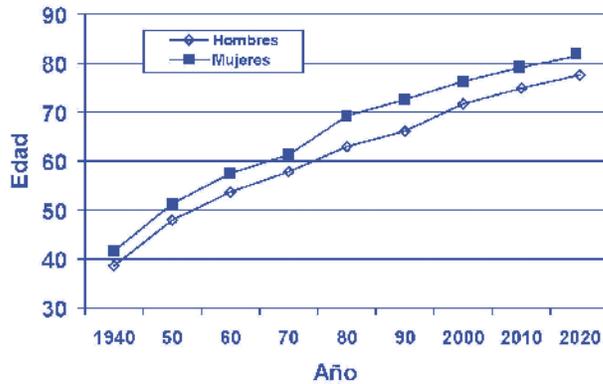
Por grupos poblacionales blanco y descritos en forma excluyente, más de un millón y medio de habitantes se encuentran entre los 10 y 19

años de edad, cronológicamente reconocidos como adolescentes, representando el 22% con respecto a la población total; 1,692,366 son mujeres de 25 y más años y 1,839,414 son mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, es decir el 47.6% y 51.8% respectivamente con relación a la población femenina total. Con la intención de dimensionar el espectro, los hombres en edad fértil (15 a 64 años) alcanzaron una cifra de 1,961,696 lo que constituirá también un motivo más de acciones integrales.

Un aspecto fundamental en la planeación de acciones para los servicios de salud lo constituye la ubicación y condiciones de la población; actualmente se sabe que la población del estado está distribuida en más de 22 mil localidades, de las cuales, el 41% corresponden a zonas rurales (<2500 habitantes) en donde habitan cerca de 3 millones de personas; otra característica importante es que el 20% de la población de Veracruz vive en localidades menores de 500 habitantes lo que evidencia el gran problema de dispersión.

La población indígena es una prioridad global y al mismo tiempo su atención en salud reproductiva con calidad, una meta inaplazable; en el estado de Veracruz el 10.4% de la población está en esa posición, al menos por su condición de hablar una lengua indígena, lo que implica más de 500,000 habitantes; al mismo tiempo podríamos ir más allá, al grupo poblacional indígena monolingüe, representado por casi 80 mil habitantes. La discapacidad es un aspecto que no podemos hacer a un lado, según cifras censales para el año 2000 el 2% de la población tenía algún grado de discapacidad.

La esperanza de vida se ha incrementado de manera importante en las últimas décadas, pasando de 40 años en 1940, a 73.7 años para el año 2002; fenómeno que refleja la importante reducción de la mortalidad observada en la entidad, por el mejoramiento de las condiciones de vida y acciones establecidas por el sector salud; pero al mismo tiempo, ubica las nuevas prioridades en salud si observamos que este indicador, según proyecciones para el año 2020 estará alcanzando un promedio cercano a los 80 años de edad. [Gráfica 1]



Gráfica 1
Esperanza de Vida al Nacimiento en el Estado de Veracruz,
1940 - 2000 y Proyección al año 2020.

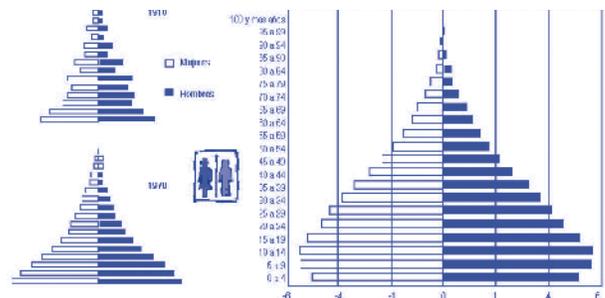
No obstante, si analizamos la esperanza de vida como un indicador de nivel de existencia y supervivencia a largo plazo. Podemos entender desde el punto de vista de la salud que se relaciona con acciones adoptadas para incrementar esta expectativa de vida o para reducir la mortalidad por grupos de edad específicos. Lo cual permite observar diferencias entre ámbitos de observación. Para el año 2002 la esperanza de vida nacional presentó un promedio de 74.6 años (72.2 en hombres / 77.1 en mujeres), que contrasta con el estado de Veracruz, que presentó un valor promedio de 73.7 (71.1 en hombres / 76.3 en mujeres), lo cual nos ubica por abajo de la media nacional; pero aún más allá, si contrastamos con las entidades federativas con mayor esperanza de vida para el mismo año; observamos que la diferencia en años de esperanza de vida menos es, de 2.2 años con respecto al estado de Baja California en el valor promedio, 1.9 años con el Distrito Federal en las mujeres y 2.6 años con respecto al estado de Baja California en los hombres.

Dicho análisis pone de manifiesto por lo menos, dos años de esperanza de vida al nacimiento de diferencia con aquellas entidades. Si esto lo traducimos a las observaciones de periodos anteriores, donde el incremento en años fue de entre 2 y hasta 4 años de incremento en una década y traducimos esto a tiempo, quizá podamos presumir un rezago aún, de por lo menos 5 a 10 años de desarrollo de acciones que permitan su incremento en el estado de Veracruz, y al mismo tiempo entendamos la razón por la cual nos situamos aún, como el cuarto

estado con la menor esperanza de vida al nacimiento, únicamente superado por los estados de Oaxaca, Guerrero y Chiapas.

Un indicador sensible a los procesos de transición y a las acciones globales establecidas por los servicios de salud, traducidas a la población, es la tasa global de fecundidad (TGF); el estado de Veracruz tuvo en promedio, según cifras censales para el año 2000, de 2.69 hijos por mujer, por arriba de las estimaciones definidas por el Consejo Nacional de Población, que situaba el indicador para ese año en 2.29.⁷ Por otro lado, la disparidad al interior del estado aún es grande, ya que el rango de la TGF ubicó municipios desde 1.7 hasta aquel que reportó 7.7 hijos por mujer. De entre los 210 municipios que componían el estado de Veracruz hasta el año 2003, el 64% se encontraban por arriba de la media estatal; 62 ubicaban el indicador entre 3 y 3.9; 32 municipios entre 4 y 4.9, y; 9 municipios que se ubicaban en valores por arriba de 5 hijos por mujer.

La transición demográfica se ha traducido en modificaciones importantes en la estructura de la pirámide poblacional, la cual muestra hacia el año 2000 (en comparación con 1910 y 1970) un angostamiento relativo en su base, con mayor crecimiento de los grupos de adolescentes y de la población en etapa reproductiva; el efecto más importante se observa en un incremento en la población adulta joven lo que muestra el actual perfil de prioridades en salud y evidentemente en lo referente a la salud reproductiva [Gráfica 2].

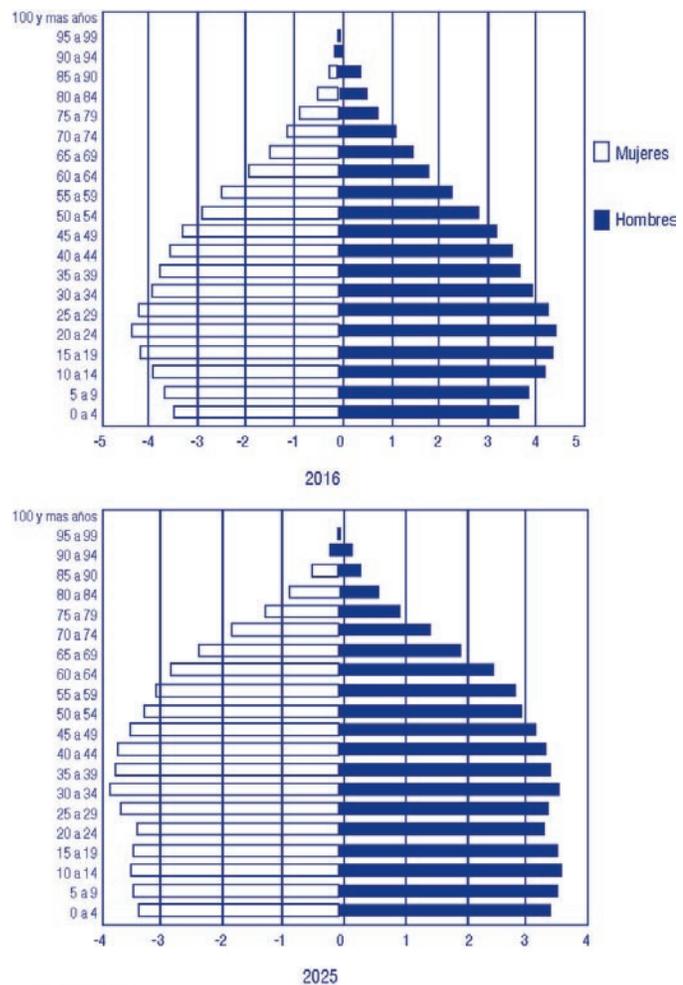


GRÁFICA 2.
PIRÁMIDE POBLACIONAL EN EL ESTADO DE VERACRUZ, COMPARATIVO 1910, 1970 Y 2000.
FUENTE: INEGI. XII CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA 2000. TABULADOS BÁSICOS DE VERACRUZ 2001.
SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ. PROYECTOS VE-ACRUZANDO ARRANJOS DE PAJEJO EN LA VIDA 2001 - 2006

Estos procesos de cambio además de ser demográficos son sociales, económicos y políticos, por lo tanto, tienen referentes directos hacia la salud, lo cual imprime prioridades fundamentales que deben ser tomadas en cuenta. Hemos pasado de una alta, a una baja mortalidad general e infantil, se ha incrementado la esperanza de vida y se ha reducido la fecundidad; y las prioridades en salud, que anteriormente se centraban fundamentalmente en las enfermedades transmisibles, hoy abren su abanico de observancia hacia las enfermedades crónico degenerativas y aquellas resultado de las desigualdades sociales, lo que ha polarizado el espectro; observándose además una transición de riesgos que hoy debe ser un importante foco de atención.

En lo que se refiere a las modificaciones poblacionales es importante dirigir la mirada hacia la forma en que se perfila la estructura poblacional; en un ejercicio de proyección podemos observar dos puntos en el tiempo fundamentales; el año 2015 donde se evidencian decrementos importantes en la población de niños menores de 10 años y el efecto de la pendiente decreciente en la población adolescente, así como la mayor concentración absoluta y relativa en la población en edad productiva, especialmente representada por la población en edad reproductiva, y; el año 2025 donde hay una estabilización de la población productiva, que aun representa el grueso poblacional, pero igualmente el efecto de incremento gradual en la población adulta de la tercera edad (60 años y más). Dichas características forman los retos a futuro en una población adulta que en aspectos de salud reproductiva representarán nuevos retos de atención [Gráfica 3].

En un análisis de grupos poblacionales específicos es evidente, por lo menos hasta el año 2010, el elevado porcentaje de población adolescente (bono demográfico), que a partir de ese momento iniciará gradualmente su decremento, siendo sustituido en rango porcentual por la población de 60 años y más, aproximadamente en el año 2020. En lo que se refiere a la población productiva es hasta el período de los años 2015 a 2020 donde observamos su máxima expresión relativa y absoluta como un efecto de cambio de la po-

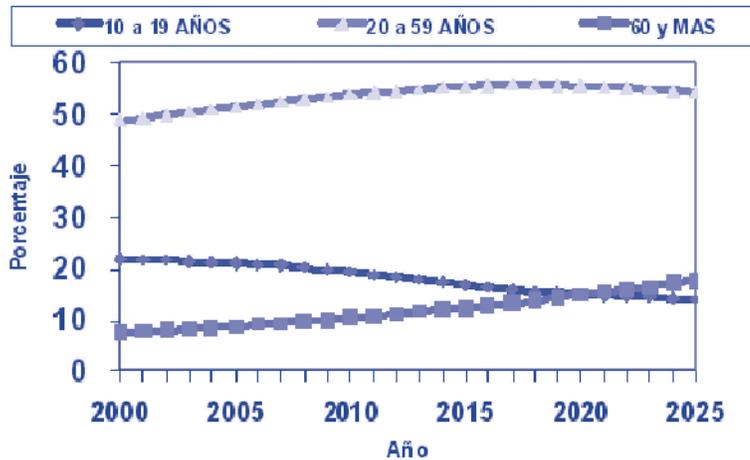


Gráfica 3. Pirámides Poblacionales Proyectadas para el Estado de Veracruz, Comparativo 2015 y 2025

Fuente: Consejo Nacional de Población. Indicadores Demográficos 2000 - 2030. México, 2001.

blación adolescente hacia este grupo de edad, seguido por una estabilización gradual en los siguientes años [Gráfica 4].

El estado de Veracruz se constituyó según cifras censales del año 2000 en el tercer estado más habitado del país, con una población que representó el 7% de la población nacional, solamente superado por el estado de México y el Distrito Federal. Por si solo Veracruz tiene más población en términos absolutos y reales que los ocho estados menos poblados, lo cual pone de manifiesto un panorama poblacional de retos que se magnifica cuando observamos además su heterogeneidad en términos de extensión territorial y diferencias geográficas.



Gráfica 4. Distribuciones de Grupos Poblacionales Seleccionados Proyectados para el Estado de Veracruz, 2000 y 2025

Fuente: Consejo Nacional de Población. Indicadores Demográficos 2000 - 2030. México, 2001.

Un indicador sensible e integral para definir las condiciones del estado en comparación del resto de las entidades federativas es el índice de marginalidad, el cual concentró para su construcción en el año dos mil, nueve variables sociodemográficas, estableciendo un gradiente cualitativo de clasificación en muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto grado de marginación. Para dicho año, el estado de Veracruz obtuvo una calificación de muy alto grado de marginación, ocupando el cuarto lugar en el ámbito nacional, siendo superado con mayor marginación por los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, que ocupan los primeros tres sitios respectivamente⁸.

Es importante dimensionar la situación que se guarda bajo esta calificación, lo cual pone de manifiesto la necesidad de trabajar en la comprensión de causas que inducen dicha ubicación, por ejemplo, el estado de Veracruz tiene el 68.4% de su población ocupada con un ingreso de hasta 2 salarios mínimos, ubicándose en el contexto nacional en el tercer lugar en este rubro; el 15% de su población de 15 años o más es analfabeta y ocupa el 5º sitio; el 52% de las viviendas en el estado tienen algún nivel de hacinamiento y el 11% no cuentan con energía eléctrica, ocupando el 10º y 4º lugar respectivamente, sólo por mencionar algunos rubros.

Según cifras de mortalidad del último año de información oficial disponible, en el año 2001 ocurrieron en el estado de Veracruz un poco más de 33,000 muertes, lo cual representó el 7.5% del total ocurridas en el país, con una tasa de 4.6 defunciones por cada 1,000 habitantes, cifra que lo ubica en el 8º sitio con respecto al resto de entidades federativas y en el 13º cuando se analiza por tasas estandarizadas. Cuando este análisis se realiza según sexo, los hombres se ubican en el mismo sitio con una tasa de 5.2 defunciones por cada 1,000 hombres y las mujeres 4.0 defunciones por cada 1,000 mujeres, con un índice de sobre-mortalidad masculina de 127,8⁹.

El patrón de causas de muerte en el estado es similar al nacional, en el cual la diabetes mellitus, la enfermedad isquémica del corazón, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, la enfermedad cerebro vascular, ciertas afecciones originadas en el período perinatal y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica ocupan los seis primeros lugares.

En un análisis por causas específicas según peso relativo, en grupos poblacionales delimitados y para hacer referencia a causas relacionadas a las acciones de salud reproductiva, podemos observar que para dicho año, el tumor maligno del cuello uterino representó el

13º sitio en la población general y el 6º cuando se analizó el grupo de mujeres. En el grupo de 0 a 4 años la asfixia y trauma al nacimiento ocupó el primer sitio, el bajo peso al nacimiento y la prematuridad el 5º y la anencefalia y malformaciones similares el 9º, aunque este último solamente en las mujeres.

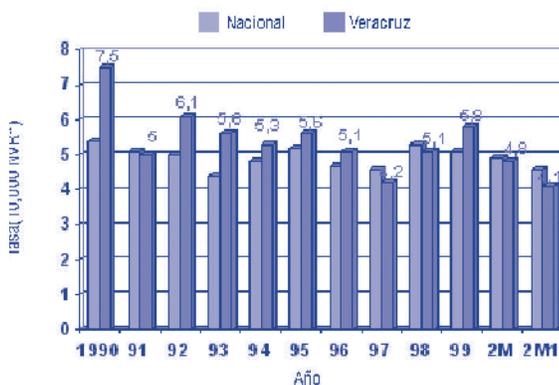
El grupo de edad de 15 a 29 años de edad presenta como primera causa de muerte las relacionadas al VIH/SIDA, con igual comportamiento en hombres y mujeres. En el grupo de 30 a 44 años el tumor maligno del cuello uterino se ubica en el 9º sitio cuando el análisis se realiza para ambos sexos y en las mujeres se ubica en el 2º lugar. De 45 a 59 años de edad observamos el tumor maligno del cuello uterino en el 5º sitio de la población general, el tumor maligno de la mama en el 9º y VIH/SIDA en el 10º. Dichas causas en las mujeres se ubicaron en el 2º y 6º sitio y el VIH/SIDA queda relegado en una posición posterior al vigésimo lugar. Cabe mencionar en dicho grupo poblacional, en las mujeres, el tumor maligno de ovario ocupa el 13º sitio y en los hombres el VIH/SIDA el 8º. En la población de 60 años y más las prioridades por causas de muerte relacionadas a salud reproductiva se ubican en el tumor maligno del cuello uterino y de la mama en las mujeres, que se ven discretamente relegados por otras enfermedades crónico degenerativas.

En un análisis similar por causas de muerte materna, considerando el ámbito nacional y estratificando por municipio según grado de marginalidad, es notorio que en aquellos municipios que presentan un grado de muy alta marginalidad, las prioridades según causas son, la hemorragia obstétrica y los trastornos hipertensivos en el embarazo ocupando los dos primeros sitios en el grupo de edad de 15 a 29 años; la hemorragia obstétrica el 7º y los trastornos hipertensivos en el embarazo el 15º en el grupo de 30 a 44 años. Cuando se analizó la morbilidad a partir de los egresos hospitalarios, es importante mencionar que las causas obstétricas directas (excepto aborto) y el parto único espontáneo representan para el Sistema Nacional de Salud aproximadamente un 30% de la carga total, sin embargo, cuando se analiza la Secretaría de Salud en forma

individual, el peso relativo alcanza aproximadamente el 40%.

La muerte materna en el estado de Veracruz

El estado de Veracruz ha presentado un comportamiento histórico similar a los referentes nacionales con una reducción acelerada en más de diez veces en los últimos sesenta años, con una desaceleración observada durante la década de los años 80; no obstante, si observamos la última década de información oficial disponible (1990-2001), la mortalidad materna del estado presenta una pauta, aunque irregular, con cierta propensión al descenso, con valores que van de 7.5 en 1990 a 4.1 muertes por cada 10,000 nacidos vivos registrados (NVR) en el año 2001, lo que representa una reducción para este periodo del 45%, y ubicando al estado por abajo de la media nacional (4.6 por 10,000 NVR.), [Gráfica 5].



Gráfica 5. Mortalidad Materna. Comparativo del Estado de Veracruz con el Promedio Nacional, 1990-2001.

Fuente: Servicios de Salud de Veracruz. Programa Veracruzano Amanque Parejo en la Vida, 2001-2006.

Con respecto a la mortalidad materna por causa en el estado, en un análisis realizado para el periodo 1990-2001 se puede observar la ocurrencia de 1416 muertes catalogadas como maternas, las cuales presentaron un promedio de edad a la muerte de 29 años (± 8 años), con un rango de 12 a 54 y la mayor concentración en los estratos de 20 a 39 años de edad, así como un estimado de años de vida potencialmente perdidos en 50,357.

Según estado civil, las muertes maternas ocurren principalmente en mujeres en las que se reportó que tenían una pareja, donde las mujeres casadas y en unión libre presentaron cada una de estas categorías un porcentaje de 42%, y las mujeres solteras 15%. De acuerdo a la ocupación es significativamente más elevada en las que se dedican a las labores del hogar en un 86.6%.

Por el nivel de escolaridad las muertes maternas se distribuyen de la siguiente manera, 24.4% en las mujeres sin escolaridad, 39.9% con primaria incompleta, 18.3% con primaria completa, 9.7% secundaria y 7.8% en quienes se reportó tener preparatoria o un nivel más alto de escolaridad. Cuando se analizaron las frecuencias relativas en los diferentes estratos durante el periodo de estudio, aquellas mujeres en quienes se reportó no tener escolaridad presentaron un comportamiento descendente, pasando de 30.7% a 19.1%, fenómeno inverso en el estrato de mujeres con nivel de primaria o superior, donde el porcentaje pasó de 32.1% a 47.1%; atribuido fuertemente al estrato de preparatoria o superior, el cual incrementó de 7.2% a 13.3%, entre 1990 y el año 2001 respectivamente.¹⁰

Del total de muertes maternas en donde estaba codificada la derechohabencia a la seguridad social, el 86% no tenía derecho a servicio de seguridad social alguno. Con respecto a la atención médica, el 30.1% de las mujeres no recibió atención durante su muerte. De acuerdo al sitio de la defunción el 59% ocurrió en una unidad médica pública, el 28% en una unidad médica privada, el 11% en el hogar y en el 1% restante no estaba especificado el sitio de la muerte.

La distribución de causas de muerte materna para el periodo de estudio tuvo el inconveniente de que hasta 1997 se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión (CIE 9) y a partir de 1998 se incorporó la CIE 10, por lo que se realizó un análisis independiente para ambos periodos.

De 1990 a 1997 se reportaron 977 muertes maternas, dentro de las cuales el mayor porcentaje se presentó por complicaciones ocurridas principalmente en el curso del trabajo de parto

con 43.2% seguida por las ocurridas durante el embarazo, 34.6%.

En el periodo 1998 a 2001 se reportaron 409 muertes maternas, según clasificación de causas, el más alto porcentaje se observó en el rubro denominado complicaciones del trabajo de parto y del parto (O60-O75) con 145 muertes y un porcentaje relativo de 35.5% (donde se ubica como principal causa específica la hemorragia ocurrida en el postparto), seguida en orden descendente por el de edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16) con 32.3%, embarazo terminado en aborto (O00-O08) 10% y complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92) 7.1%, seguido por otras causas misceláneas con menor representatividad porcentual [Cuadro 1].

n = 409		
Causa (10 ^o CIE)	Nº	%
Embarazo terminado en aborto (O00-O08)	41	10.0
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el Embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16)	132	32.3
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (O20-O92)	17	4.2
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad Amniótica y con posibles problemas del parto (O30-O48)	24	5.9
Complicaciones del trabajo de parto y del parto (O60-O75) Parto (O80-O84)	145	35.5
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92)	0	0
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (O94-O99)	29	7.1
	21	5.1

Cuadro 1. Distribución de las Principales Causas de Muerte Materna. Veracruz 1998 - 2001.

Fuente: Servicios de Salud de Veracruz. Programa Veracruzano Arranque Parejo en la Vida, 2001 - 2006.

Situación comparativa del Estado de Veracruz con las entidades federativas

Empleando información oficial disponible se realizó un análisis que permitiera conocer la situación que guarda el estado de Veracruz con respecto al resto de los estados de la República y su ubicación con el promedio nacional. Se tomó como línea basal el año de 1990 momento en el cual el estado de Veracruz ocupaba en orden descendente el cuarto lugar con una tasa de 7.5 muertes maternas (MM) por cada 10,000 nacidos vivos registrados (NVR) y superado solamente por los Estados de Oaxaca, Tlaxcala y Puebla con tasas de 12.0, 8.4 y 8.2 respectivamente, además de una tasa nacional de 5.4 MM por 10,000 NVR [Cuadro 2].

Para 1995 el sitio ocupado fue el decimocuarto con una tasa de 5.6 MM por 10,000 NVR, lo que permitió escalar diez posiciones hacia la mejoría y acortar la brecha con el promedio nacional que ubico el estimador en 5.3. Cabe mencionar que a la lista de estados que presentaron una mayor tasa que Veracruz se adicionan a los tres ya mencionados para el año 1990, Campeche, Morelos, México, Chiapas, Nayarit, Hidalgo, Yucatán, Querétaro, San Luis Potosí y Quintana Roo.

El último año de información oficial considerado fue 2001, año en el que ocurren dos he-

chos importantes; se avanzó favorablemente, ya que se ocupó el decimoséptimo lugar y una tasa de 4.1 MM por cada 10,000 NVR, y se superó al indicador nacional ya que este se situó en el sitio 13. Diez de los estados que presentaron mayor tasa que Veracruz en este año ya se situaban en esa condición en el año de 1995, sumándose a la lista Guerrero, Distrito Federal, Aguascalientes, Tamaulipas y Chihuahua, y el indicador nacional como se mencionó anteriormente. Tres estados mejoraron su posición Nayarit, Hidalgo y Campeche.^{10, 11, 12}

Sitio	Estado	Tasa	Estado	Tasa	Estado
1º	Oaxaca	12.0	Puebla	11.2	México
2º	Tlaxcala	8.4	Tlaxcala	9.7	Chiapas
3º	Puebla	8.2	Oaxaca	9.0	Guerrero
4º	Veracruz	7.5	Campeche	8.6	San Luis Potosí
5º	México	7.4	Morelos	7.3	Distrito Federal
6º	Hidalgo	6.5	México	6.9	Morelos
7º	Guanajuato	6.4	Chiapas	6.5	Tlaxcala
8º	Guerrero	6.3	Nayarit	6.5	Puebla
9º	San Luis Potosí	6.1	Hidalgo	6.4	Quintana Roo
10º	Morelos	5.9	Yucatán	6.2	Oaxaca
11º	Querétaro	5.7	Querétaro	5.8	Querétaro
12º	Chihuahua	5.7	San Luis Potosí	5.7	Yucatán
13º	Nacional	5.4	Quintana Roo	5.6	Nacional
14º	Yucatán	5.3	Veracruz	5.6	Aguascalientes
15º	Distrito Federal	5.0	Nacional	5.3	Tamaulipas
16º	Chiapas	4.8	Distrito Federal	5.3	Chihuahua
17º	Durango	4.3	Guanajuato	5.1	Veracruz
18º	Campeche	3.9	Michoacán	5.1	Nayarit
19º	Jalisco	3.8	Guerrero	4.4	Michoacán
20º	Zacatecas	3.7	Zacatecas	4.0	Zacatecas
21º	Baja California	3.4	Aguascalientes	3.9	Sonora
22º	Nayarit	3.2	Chihuahua	3.2	Hidalgo
23º	Michoacán	3.1	Jalisco	3.2	Coahuila
24º	Colima	3.0	Coahuila	3.1	Jalisco
25º	Tabasco	2.8	Colima	3.1	Durango
26º	Quintana Roo	2.6	Sonora	3.0	Guanajuato
27º	Sonora	2.5	Durango	3.0	Baja California
28º	Nuevo León	2.3	Tabasco	2.5	Baja California Sur
29º	Baja California Sur	2.1	Baja California Sur	2.1	Nuevo León
30º	Tamaulipas	1.8	Baja California	1.6	Sinaloa
31º	Aguascalientes	1.7	Nuevo Leon	1.5	Campeche
32º	Sinaloa	1.5	Tamaulipas	1.5	Tabasco
33º	Coahuila	0.8	Sinaloa	1.2	Colima

Cuadro 2. Situación comparativa de la Mortalidad Materna por Entidad Federativa 1990, 1995 y 2001. * Tasa por 10,000 nacidos vivos registrados

Fuente:

Secretaría de Salud. Mortalidad 1990. México 1992.

Secretaría de Salud. Mortalidad 1995. México 1996.

Secretaría de Salud. Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil por Entidades Federativas, 2001. México 2002.

Análisis poblacional de la muerte materna contra indicadores sociodemográficos básicos

A manera de colofón se realizó un análisis que permitiera correlacionar la muerte materna con dos indicadores sociodemográficos básicos, para ello se construyó la tasa de mortalidad municipal promedio para el periodo 1995 – 2000 y ésta fue comparada con los indicadores de porcentaje de analfabetismo y la tasa global de fecundidad, ambas en el mismo nivel de construcción municipal, según datos del estado de Veracruz recabados del XII Censo General de Población y Vivienda.

Tal comparación dio cuenta de la relación municipal que se establece entre la condición de un indicador y el daño, representado por la muerte materna, observándose coeficientes de correlación de 0.45 para analfabetismo y de 0.52 para la tasa global de fecundidad. (Gráfica 6)

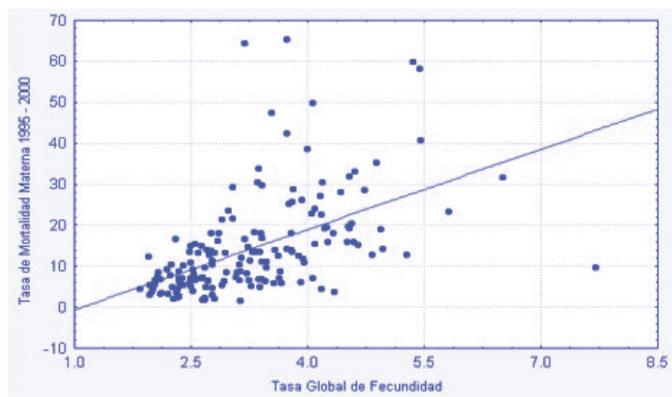
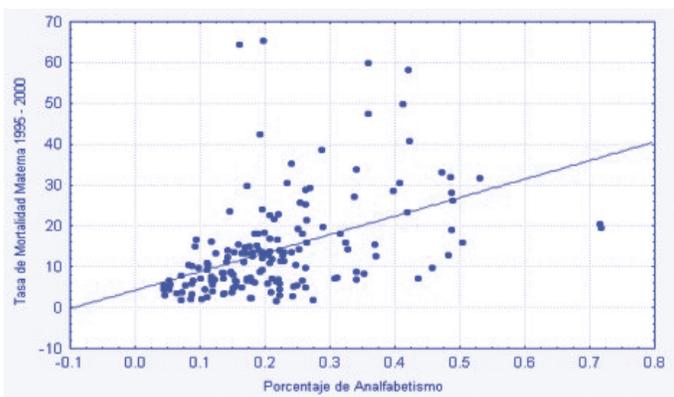
Conclusiones

Veracruz presenta como México en lo que a muertes maternas se refiere, el patrón típico de los países en desarrollo, con una proporción alta de defunciones por causas obstétricas directas y una contribución mínima de las indirectas. La importancia de esto estriba en el hecho que se considera, que hasta en un 90% las defunciones por causas obstétricas directas podrían prevenirse, detectarse y tratarse satisfactoriamente.

Ante esta perspectiva es importante mencionar que aun cuando la mortalidad materna tiende al descenso, la trascendencia de una sola muerte en nuestros días no tiene discusión alguna. Por una parte por que afecta a mujeres jóvenes, cuya muerte en la mayoría de los casos pudo ser evitada; y por la otra, por que la mujer juega un papel trascendente como pilar del núcleo familiar y la estrecha dependencia que guardan los hijos con respecto a la madre hace que muchas veces, la pérdida de ella ponga en peligro la integridad de la familia y repercuta en la salud de sus hijos.

En este trabajo pudimos observar que si bien, la muerte materna tuvo un comportamiento que puede observarse como “satisfactorio”, quizá no es con los resultados deseables o esperables, por un lado, por que no hemos sido lo suficientemente críticos para comprender el entorno en el cual se suceden dichas muertes, con indicadores poblacionales que nos deben situar en la realidad, que sean punto de partida para la determinación de acciones integrales, concretas y de impacto real; por otro lado, por la falta de unión entre todos los actores institucionales y civiles que deben involucrarse en la comprensión global del fenómeno y la toma de responsabilidades particulares.

Debemos entender que aun cuando no pareciera ser determinante ser uno de los estados del país con mayor marginalidad, si es un foco



Gráfica 6.
Análisis de Correlación del Porcentaje de Analfabetismo y la Tasa Global de Fecundidad contra la Tasa de Mortalidad Promedio para el periodo 1995 – 2000. Veracruz 2000.

Fuente: Servicios de Salud de Veracruz. Programa Veracruzano Arranque Parejo en la Vida, 2001 – 2006.

rojo de las cosas que no se han hecho y de lo que falta por hacer para beneficio de la población, de la cual esperamos igualmente un alto grado de compromiso para abatir este indicador de desarrollo humano, el cual concentra determinantes sociales, económicos, culturales y de desarrollo de los servicios de salud.

El abordaje de este problema de salud pública para el estado de Veracruz, sigue siendo y será un reto para los próximos años de trabajo en salud pública, pero solamente comprendiendo las dinámicas internas y externas que se combinan en el desarrollo de cada una de estas defunciones y en su conjunto, es lo que permitirá lograr un impacto satisfactorio en su reducción. Será necesario comprender el entorno en su totalidad y trabajar con apego a enfoques y paradigmas adecuados, que den cuenta de los avances logrados y las prioridades venideras. Privilegiar el apoyo a los ámbitos locales, donde las problemáticas y prioridades seguramente, serán distintas, así como mantener una alerta permanente hacia los factores predisponentes de la muerte materna.

Referencias bibliográficas

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1995, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Décima Revisión. Volumen 2.
2. SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. 1995, *Compendio Histórico de Estadísticas Vitales 1893 – 1993*. México.
3. SECRETARÍA DE SALUD. 2002, *Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil por Entidades Federativas, 2001*. México.
4. MENDOZA-GONZÁLEZ MF. FLORES-LOMAN OA., 2002, Epidemiología de la Muerte Materna en Veracruz, México. 1990 – 2001. *Higiene*. Volumen IV: Número 3.
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). 2001, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, Tabulados Básicos de Veracruz. México.
6. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. 2001, *Indicadores Demográficos 2000 – 2030*. México.
7. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. 2000, *Indicadores Demográficos 1995 – 2020*. México.
8. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. 2001, *Marginalidad 2000*. Tabulados. México.
9. SECRETARÍA DE SALUD. 2002, *Principales Causas de Defunción en México, 2001*, México.
10. SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ. 2001, *Programa Veracruzano Arranque Parejo en la Vida, 2001 – 2006*, Veracruz, México.
11. SECRETARÍA DE SALUD. 1992. *Mortalidad 1990*, México.
12. SECRETARÍA DE SALUD. 1996. *Mortalidad 1995*, México.

Los sistemas de información geográfica como herramientas para la vigilancia epidemiológica

(The geographic information systems as tools for the epidemiologic surveillance)

Manuel Salvador Luzanía Valerio*

Palabras clave

Vigilancia epidemiológica, herramientas computacionales, sistemas de información geográfica, SIG.

Keyword

Epidemiologic surveillance, computer tools, geographic information systems, GIS.

Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica es una de las aplicaciones del método epidemiológico y de un conjunto de técnicas y estudios de la práctica rutinaria de los servicios de salud, la cual se define como información para la acción, un proceso integral de conocimiento de la problemática sanitaria, indispensable para la optimización de las acciones en salud, incrementándose más sus relaciones con los sistemas de información, por su propio carácter de elemento básico en la descripción y análisis de la situación de salud, imprescindible en la planeación y programación local e institucional. Si bien su objetivo sigue relacionado con la enfermedad, amplía su campo hacia el conjunto de las determinaciones de los procesos, de una manera más integrada e integral¹.

La vigilancia epidemiológica se sustenta en el análisis y uso de las diferentes fuentes de información en salud como son el expediente clínico, los certificados de defunción, la aplicación de encuestas, las estadísticas de morbilidad, la investigación epidemiológica o el análisis del reporte diario del médico en las unidades de atención².

El proceso de vigilancia epidemiológica se inicia en la percepción que tiene la población de sus problemas y ésta se hace más eficaz en la medida en que la misma población participa en su evaluación y control.³ Es una práctica fundamental para proteger la salud de la población, la cual, junto con la epidemiología, conforman el eje de la prevención en salud pública⁴.

El objetivo principal de la vigilancia epidemiológica es explotar la información en salud para orientar la toma de decisiones y de esta manera planificar las estrategias de prevención y control. La descripción de los patrones de ocurrencia de las enfermedades y la investigación de sus causas permite identificar los grupos más expuestos o susceptibles; estratificar los riesgos, orientar las acciones preventivas y de control de una manera eficaz y eficiente⁵, su utilidad se plantea tanto en las enfermedades transmisibles como en las no transmisibles⁶.

Otro apoyo de la vigilancia epidemiológica se da en el monitoreo del alcance y aceptación de los diversos programas preventivos, por ejemplo, las coberturas de vacunación, la realización de la detección oportuna del cáncer en mujeres, la prevalencia de plomo en sangre para medir el impacto de las intervenciones dirigidas a controlar la contaminación ambiental⁷, además de la información sobre brotes y amenazas similares⁸.

Las enfermedades susceptibles de vigilancia epidemiológica deben ser aquellas que constituyen un problema de salud pública por su alta prevalencia, incidencia, incapacidad o mortalidad, y que disponen de formas preventivas, o de posibilidad de tratamiento adecuado y al alcance de los servicios sanitarios⁹.

Como la vigilancia epidemiológica es dinámica, constantemente se debe revisar la información para detectar nuevas patologías

* Manuel Salvador Luzanía Valerio. Académico del Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. mluzania@uv.mx

y adoptar medidas de lucha contra ellas, ya que la información, su análisis e interpretación sirven de pauta para la toma de decisiones, planes de acción, así como para implementar políticas en salud¹⁰.

Para llevar a cabo el análisis de la situación epidemiológica se utilizan mapas de riesgo, los cuales permiten, a través de una rápida visualización, evaluar y comparar la distribución espacial del evento a vigilar. El espacio puede variar desde territorios delimitados hasta países o continentes¹¹.

Sistemas de información geográfica

Una de las herramientas informáticas que ayudan en la elaboración de estos mapas son los Sistemas de Información Geográfica (SIG), estos sistemas están diseñados para trabajar con información organizada en bases de datos y georeferenciada^a a una unidad de análisis espacial a través de sus coordenadas geográficas, por lo cual, tienen la capacidad de representar en un mapa las variables contenidas en esas bases de datos, analizando la información bajo un conjunto de operaciones y funciones predefinidas.

Las funciones de manejo y procesamiento de datos en un SIG se refiere a la integración de los atributos de las tablas de datos con las bases cartográficas para su visualización en un mapa, colocando capas sobrepuestas; la selección y consulta de los datos espaciales se realiza a partir de los atributos, operaciones y la georeferencia de ellos¹².

Un SIG es un sistema basado en computadoras que proporciona un conjunto de elementos para el manejo de datos georeferenciados: entrada, manejo de datos (almacenamiento y recuperación de datos), manipulación y análisis, y salida¹³.

La tecnología SIG integra operaciones comunes de bases de datos como consultas y análisis estadístico con la visualización y análisis geográfico que ofrecen los mapas. Estas habilidades los distinguen de otros sistemas de información, ya que se pueden explicar eventos y planificar estrategias.

Los datos geográficos pueden ayudar a analizar una gran cantidad de datos socio-demográficos, de salud y situaciones económicas tanto de la comunidad como en el ámbito nacional e internacional. El análisis geográfico de estos datos está basado en la combinación de indicadores usualmente formados como componentes de atributos demográficos y de salud¹⁴.

Con un SIG es posible representar en mapas la ubicación de los centros de salud, buscar patrones en la forma en que se dispersa una enfermedad o representar los indicadores estadísticos sobre algún problema donde se involucre la salud de la población. (Con la utilización de los SIG podemos ampliar las posibilidades en el monitoreo y control del fenómeno salud-enfermedad, siendo de gran ayuda para el análisis espacial y temporal de los eventos y así generar nuevas líneas de investigación¹⁵). Con estas herramientas es posible representar geográficamente cualquier información almacenada en bases de datos que tengan un componente geográfico que permita ver patrones, relaciones y tendencias que no pueden verse en un formato de tabla o lista, además, nos proporciona una perspectiva totalmente nueva de la información, y ayuda a tomar mejores decisiones, como la mostrada en la figura número 1, en la cual se presentan los casos de IRAS en una jurisdicción sanitaria del estado de Veracruz.

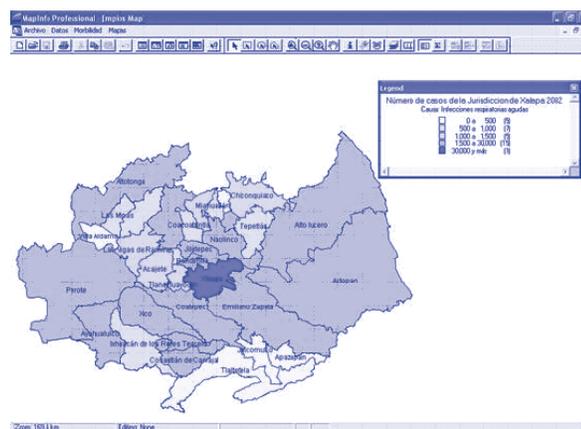


Figura 1. Casos de IRAS de la Jurisdicción Sanitaria de Xalapa, Veracruz año 2002

^a Definida como el trazado de objetos en un mapa a partir de tablas de datos con variables de latitud y longitud.

La creación de mapas y el análisis geográfico no son nuevos, pero los SIG transforman esas tareas más rápido que los viejos métodos manuales¹⁶, ya que almacena información acerca del mundo como una colección de capas temáticas que pueden relacionarse geográficamente.¹⁷ Este concepto aparentemente simple, ha sido de gran ayuda para resolver muchos problemas del mundo real, como rastrear vehículos, registrar detalles de aplicaciones de planificación, o hasta modelar la circulación atmosférica global.

Los SIG se han utilizado para la identificación de riesgos ambientales en diversas zonas de México como, por ejemplo, en el estado de Querétaro para monitorear los desastres derivados de sequías o altos niveles de precipitación pluvial¹⁸.

La información geográfica puede contener una referencia geográfica explícita tal como latitud y longitud o una coordenada de un sistema nacional, o una referencia implícita, tal como domicilio, código postal, identificador de un hospital, o nombre de calle. Las referencias implícitas pueden ser derivadas de referencias explícitas utilizando un proceso automatizado llamado “geocodificación”. Estas referencias geográficas permiten localizar características (tales como centros de salud o localidades) y eventos (como un terremoto) en la superficie de la tierra para su análisis¹⁹.

Modelos de representación geográfica

Los dos tipos fundamentales de información geográfica con los que trabajan los SIG son, el modelo vectorial y el modelo raster²⁰.

En el modelo vectorial, los datos están representados por un sistema de referencia (x, y) que corresponde a los sistemas de coordenadas tales como latitud / longitud²¹. Un punto está representado por un solo par de coordenadas. Una línea está compuesta de un grupo de coordenadas (puntos) agregados para formar el elemento que en un mapa pareciera no tener medidas de anchura, por ejemplo, rutas o ríos pequeños. Un polígono es un conjunto de coordenadas unidas por líneas en el cual el primer y el último punto son iguales.

El polígono siempre representa un área cerrada, como por ejemplo, los límites municipales o una ciudad que ocupa un área que puede ser mapeada en una escala visible²², como lo muestra la figura 2.

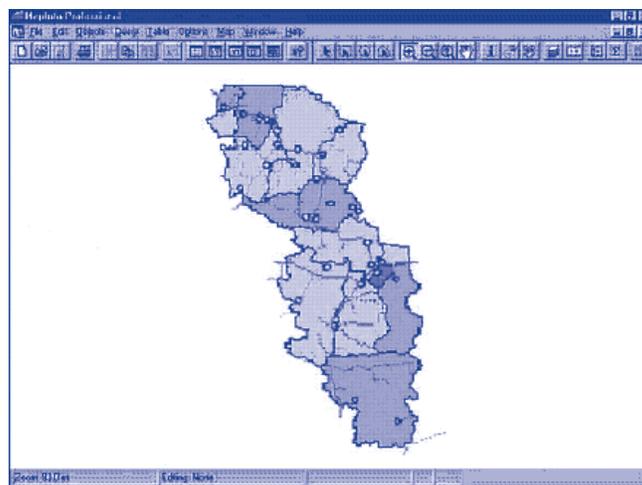


Figura 2. Representación de los tres tipos de objetos en el modelo vectorial

En el modelo raster, los mapas están representados por una rejilla. Un mapa está dividido en una serie de líneas y columnas vertical y horizontal, en el cuál cada elemento de la cuadrícula es llamado “celda”²³. A cada celda se le asigna un valor que representa un elemento particular del mapa, por ejemplo, todas las celdas con un valor de uno pueden representar algún tipo de suelo, las celdas con un valor de dos pueden representar agua, etc.²⁴.

La generación de aplicaciones utilizando las tecnologías geoespaciales para monitorear los problemas de salud en enfermedades tropicales como malaria y dengue en Venezuela²⁵.

Las aplicaciones computacionales basadas en los SIG son de gran ayuda para la toma de decisiones, ya que proporcionan a los usuarios la automatización de estadísticas descriptivas, el despliegue de distribuciones de frecuencia, cálculo de tasas²⁶, razones y proporciones y el suavizamiento espacial, esto agiliza el proceso de toma de decisiones en la prevención de la salud y proporciona al usuario un ambiente más amigable, el cual no necesita tener conocimientos avanzados en computación para llevar a cabo el análisis de la información²⁷.

En un estudio realizado en Nueva Jersey, EUA se identificó a través de mapas las áreas y características geográficas que tenían una elevada proporción de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con el fin de tener información para un mejor diagnóstico y reducir la mortalidad por este tipo de cáncer²⁸.

Conclusiones

El análisis, diseño y construcción de aplicaciones computacionales basados en Sistemas de Información Geográfica aplicados a la vigilancia epidemiológica, debe ser más amplia, de esta forma las instituciones encargadas de llevar a cabo medidas de control y toma de decisiones, garantizarán el bienestar de la población, ya que contar con una aplicación basada en esta tecnología les permite tener un panorama más amplio en lo que respecta a la información de la salud en un área geográfica determinada.

Una de las ventajas de estas aplicaciones es que no son cerradas en cuanto al manejo de la información ni de la base cartográfica con que cuentan, ya que es posible añadir otros factores que se deseen estudiar en el ámbito de la salud pública. Las aplicaciones cuentan con una base cartográfica y que son fácilmente adaptados para su utilización con otro tipo de información, incluso mapas interactivos basados en aplicaciones web/internet²⁹.

Los SIG tienen un gran campo de aplicación en el estudio de los problemas de salud y conforme las personas vayan encontrando un uso más palpable se irán creando aplicaciones integrales que permitan utilizar de forma óptima y ágil la información proveniente de diversas fuentes y que sea relevante para el estudio que se esté desarrollando, de tal manera que sea de utilidad en la toma de decisiones. Aún cuando la tecnología de los SIG ha avanzado considerablemente en los últimos años, hay mucho por hacer en el campo de la vigilancia epidemiológica.

Referencias bibliográficas

1. LEMUS, Jorge. 1996, *Manual de vigilancia epidemiológica Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX* ;4 núm. 10: 45-65
2. TAPIA, Roberto. 1996, La importancia de la vigilancia epidemiológica. *Salud Pública de México* vol. 38 núm. 5:Editorial
3. LEMUS, Jorge., op cit
4. TAPIA, Roberto. , op cit
5. Ídem.
6. COLIMON, Kahl. 1990, *Fundamentos de epidemiología*. Madrid. Díaz de Santos S.A., 281-298
7. TAPIA, Roberto, op cit
8. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. 2002, Presente y futuro de la vigilancia epidemiológica en Europa: acciones y necesidades. *Boletín epidemiológico*. vol. 10 No. 7. Centro Nacional de Epidemiología. España.
9. COLIMON, Kahl. op cit
10. Idem.
11. LEMUS, Jorge., op cit
12. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2001, SIGEpi: *Sistema de información geográfica en epidemiología y Salud Pública*. *Boletín epidemiológico* 22 num. 3.
13. ARONOFF, Stanley. 1995, *Geographic Information System: a Management Perspective*. Ottawa Canada. WDL Publications, 162-173.
14. KOUA, Etien , KRAAK, Menn-Jan. 2004, Geovisualization to support the exploration of large health and demographic survey data. *International Journal of Health Geographics* 3;12 junio.
15. MOLINA, Ivette. 2001, Los sistemas de información geográfica en epidemiología. *Revista salud pública y nutrición* vol. 2 No. 2 abril-junio
16. MASSER, Ian. BLAKEMORE, Michael. 1991, *Handling Geographical Information*. USA. Longman Scientific & Technical, 14-15

17. TOMLIN, Dana 1990. Geographic Information Systems and Cartographic Modeling. USA . Prentice-Hall, 6-8.
18. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2001, Aplicación de SIGEpi en la identificación de localidades vulnerables a riesgos ambientales en México. *Boletín epidemiológico* 22 núm. 3.
19. ARONOFF, Stanley. op cit
20. STAR, Jeffrey. ESTES, John. 1990, *Geographic information system an introduction*. New Jersey. Prentice-Hall, 3-57.
21. ARONOFF Stanley. op cit
22. STAR, Jeffrey. ESTES, John. , op cit
23. ARONOFF, Stanley. op cit
24. STAR, Jeffrey, ESTES, John. , op cit
25. DELGADO, Laura., CORDOVA, Karenia., RODRÍGUEZ, Alfonso. 2004, Contribution of Geospatial Technology in Tropical Medicine and International Health Applications. *Informedica Journal* año III no. IV. Junio.
26. FERNÁNDEZ, Pablo. 2004, Las técnicas S.I.G. aplicadas al análisis de la distribución espacial de las enfermedades de declaración obligatoria. *Boletín epidemiológico del Instituto de Salud Carlos III*. vol. 14 No. 8. Centro Nacional de epidemiología. España.
27. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, op cit
28. ROCHE, Lisa. Skinner, Ric. Weinstein, Rachel. 2002, Use of a Geographic Information System to identify and characterize areas with high proportions of distant stage breast cancer. *Journal of Public Health Management and Practice*. marzo v8 i2.
29. KAMEL-BOULOS, Maged. 2004, Web Gis in practice: an interactive geographical interface to English Primary Care Trust performance ratings for 2003 and 2004. *International Journal of Health Geographics*, 3;16 julio.

Public and private in thought and practice. Perspectives on a grand dichotomy

Por Weintraub, Jeff y Krishan Kumar (eds.).

Chicago, University of Chicago Press, 1997. 380 p.

Dulce Ma. Cinta Loaiza. *

El libro que aquí se reseña corresponde a la bien conocida serie sobre moralidad y sociedad conducida por Alan Wolfe de la Universidad de Chicago. Los dos editores, Jeff Weintraub y Krishan Kumar, son ampliamente conocidos en el campo del pensamiento político y social, y se han distinguido por enseñar en universidades tan prestigiosas como Harvard, y Kent, en Canterbury.

El libro que nos ocupa es una colección de 12 artículos que intentan reflexionar, desde una perspectiva política/filosófica, la complejidad de las diferentes conceptualizaciones sobre la dualidad público/privada. Los ensayos, todos bien escritos combinan diversos elementos, tales como, sofisticación conceptual, aprendizaje histórico y un pragmático punto de vista de las vicisitudes que se han originado entre los dos conceptos. El propósito central de todos los trabajos es traer a la luz pública, una gama muy amplia de opiniones sobre la complejidad y ambigüedad de los conceptos público/privado.

¿Dónde termina uno y comienza el otro? ¿Qué impacto tienen en nuestra vida diaria? Como los diferentes autores lo señalan, la línea entre lo público y lo privado, tanto teóricamente como prácticamente, han sido una preocupación del pensamiento occidental desde la antigüedad clásica. Estos conceptos, como queda claro en el ensayo de apertura, han servido para organizar categorías de análisis, social, político, moral, legal, entre otros, las que a su vez estructuran las formas de los discursos en las diferentes áreas del conocimiento.

Sin embargo, el uso de los conceptos público y privado, como categorías organizadoras de un discurso, a menudo enfrentan contradicciones de significado así como sus implicaciones. Esto es muy importante, ya que ha

dado lugar no sólo a confusiones abstracto-conceptuales fragmentando con ello los marcos teóricos referenciales, sino confundiendo a la gente en su devenir cotidiano.

Precisamente, el primer ensayo de la colección es dedicado a ofrecer una visión crítica general de cómo se han usado los conceptos de público y privado en el campo del pensamiento occidental, tratando de dar un orden inteligente a las raíces sociohistóricas de estos conceptos. En realidad, Weintraub lo que hace en este apartado, es dibujar un mapa explicativo de las diferentes formas, variaciones y dimensiones que los conceptos público y privado han tenido desde la antigüedad clásica hasta nuestros días. Este ensayo constituye la guía introductoria para el resto de los trabajos presentados en el libro.

En los siguientes tres ensayos, Silver, Calhoun y Gobetti, discuten, a partir de la modernidad occidental liberal, establecen la demarcación que se hace entre el dominio "público" del poder del Estado y el dominio "privado" del mercado y la sociedad civil. Con énfasis diferente por cada autor, los ensayos relacionan su análisis histórico de conceptos tales como "nación", "público", "privado", "vida personal", "gente", "familia", "política" entre otros, para integrarlos a las discusiones teóricas y prácticas que hoy en día tienen lugar.

Enseguida los ensayos de Cohen, Elshtain y Wolfe, tomando como punto de partida la ambigüedad con que se han manejado los conceptos, intentan esclarecer la confusión que se ha generado cuando lo "privado" sirve lo mismo para significar individuo o familia. En realidad, la argumentación central de los tres autores es que tanto en la teoría como la práctica, lo personal puede colapsarse en lo político.

*Investigadora de tiempo completo en el Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. dcinta@uv.mx .

Los siguientes tres trabajos, ofrecen cada uno diferentes perspectivas sobre lo público y privado. El ensayo de Kumar centra su atención en la esfera de lo privado cuando éste es asociado con la intimidad de la vida familiar en la casa. Usando el pensamiento de Aries y Arendt, el autor argumenta que esta esfera se ha resquebrajado a lo largo del siglo pasado y se encuentra altamente vulnerable a la política, el consumismo y el individualismo. Por su parte, el ensayo de Brain intenta relacionar el concepto de espacio público, como un espacio físico característico de una ciudad y en el cual se desarrolla la sociabilidad urbana. El autor hace hincapié de cómo, el concepto de espacio público en la arquitectura moderna de los 80s y 90s, han desorientado la distinción público/privado en un ambiente físico determinado. Por último, Hansen presenta un estudio histórico de la vida de la clase trabajadora en Nueva Inglaterra antes de la guerra civil americana. A través de un análisis de narrativas personales, la autora agudamente dicotomiza lo público y lo privado prevaleciente en esas épocas, para argumentar que esta dualidad oscurece la profundidad, anchura e importancia de la sociabilidad informal de la vida diaria.

Los dos últimos ensayos de este libro, escritos por Garcelon y Kharkhordin, buscan presentar una comparación histórica diferente, al examinar el desarrollo de lo público/privado en la Unión Soviética. El trabajo de Garcelon intenta demostrar que la “traducción” de los conceptos público/privado, al lenguaje ruso, presenta el gran problema de no contar con significados equivalentes satisfactorios. Esto ha llevado a la distorsión de los ya de por sí complejos conceptos de “público”, “privado”, “esfera Pública” y “sociedad civil” usados en el pensamiento occidental. Finalmente, en su trabajo: “Mostrar y ocultar: Una genealogía de la vida privada en la Rusia Soviética”, Kharkhordin se avoca a presentar cómo el proyecto bolchevique de crear un individuo completamente nuevo, a partir de una transformación radical de la vida personal, condujo en realidad a una sociedad marcada por una penetrante y cínica disimulación de lo privado a favor de lo público.

En suma, los trabajos presentados en el libro que hoy reseñamos, intentan no sólo iluminar las discusiones conceptuales sobre lo público y lo privado, sino también cómo estas categorías han moldeado a la sociedad norteamericana y europea, de la cual nosotros hemos derivado. Considero que el trabajo de Weintraub y colaboradores debiera ser una lectura obligada para todos aquellos académicos que estamos inmersos en el estudio de la realidad social en la que los individuos interactuamos. Especialmente importante sería su lectura para el personal que labora en el sector salud. Temas como aborto, eutanasia, VIH/SIDA, por mencionar algunos, están precisamente en la frontera de lo que es lo público y lo privado. Sólo entendiendo lo discutible que son las fronteras de estos conceptos podremos los profesionales de la salud abordarlos con menos subjetividad. En suma, los referentes filosóficos, políticos y morales presentados a lo largo de todos los ensayos, constituyen un hilo clarificador para quienes investigan de una forma u otra la dualidad público/privado, en la que las personas estamos insertas.

Eventos Científicos

**III Congreso Estatal de Salud Pública
Y VII Reunión Anual de la Sociedad
Veracruzana de Salud Pública A.C.
“El desarrollo organizacional en salud
con enfoque humano”
Veracruz, Veracruz.
Del 28 al 30 de septiembre 2005**

III. Foro de Investigación en Salud Estado de Veracruz

Mesas redondas, trabajos libres,
conferencias y carteles
USBI - Veracruz
20 y 21 de octubre 2005

Mesas Redondas
Trabajos Libres
Conferencias
Carteles

III Foro de Investigación en Salud
ESTADO DE VERACRUZ
UNIVERSIDAD VERACRUZANA

MORTALIDAD MATERNA

20 y 21 / octubre 2005
USBI - Veracruz

Universidad Veracruzana

*Instituto de Salud Pública en colaboración con
Applied Biosystems*

Presentan

Cursos teóricos – prácticos de PCR

Fundamentos y aplicaciones

- a) PCR en tiempo real I: Identificación de Patógenos
5 al 7 de octubre, con 21 horas de duración.
- b) RCR en tiempo real II: Detección de polimorfismos en DNA
“SNP’s” 12 al 14 de octubre, con 21 horas de duración.

Xalapa, Veracruz

Para mayor información, contactar: Dr. Roberto Zenteno Cuevas. rzenteno@uv.mx

Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública

“Hacia la construcción de una nueva agenda
nacional en salud”

Villa Hermosa, Tabasco

Del 21 al 26 de noviembre 2005

SSI TABASCO

LIX REUNIÓN ANUAL
SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PÚBLICA

SALUD PÚBLICA:
HACIA LA
CONSTRUCCIÓN
DE UNA NUEVA
AGENDA
NACIONAL EN
SALUD

PRE-CONGRESO	CONGRESO
**Socios \$400.00	Hasta el 31 de Agosto
No Socios \$500.00	Socios \$800.00
Estudiantes \$150.00	No Socios \$1,100.00
	Estudiantes \$500.00

**Socios al corriente con
Sociedad Mexicana de Salud
Pública y Sociedad
Tabasqueña de Salud Pública

A partir del 1 de Septiembre

Socios \$1,100.00
No Socios \$1,300.00
Estudiantes \$500.00

www.smsp.org.mx
Sede
Hotel Hilton
Villa Hermosa, Tabasco del 21 al 26 de noviembre 2005