

ISSN 1870 - 27597

Altepepaktli

Salud de la comunidad

Volumen 3, N° 6, septiembre 2007

Universidad Veracruzana • Instituto de Salud Pública



Universidad Veracruzana

Dr. Raúl Arias Lovillo

Rector

Dr. Ricardo Corzo Ramírez

Secretario Académico

Lic. Víctor Aguilar Pizarro

Secretario de Administración y Finanzas

Dr. Adalberto Tejeda Martínez

Director General de Investigaciones

Dr. Porfirio Carrillo Castilla

Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado

Dr. Agustín Aguirre Pitalúa

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

Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales

Dr. Miguel Figueroa Saavedra

Dr. Jaime Morales Romero

Mtra. Ma. Cristina Ortiz León

Dra. Edit Rodríguez Romero

Comité Editorial

C.P. Angélica Tapia Vázquez

Coordinación Administrativa

Elisa V. Rodríguez Zapata

Diseño Editorial

Ma. Elena López Vázquez

Edición Digital

Altepepaktli es una publicación semestral del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. <http://www.uv.mx/isp/>

Se encuentra indexada en IMBIOMED.

<http://www.imbiomed.com.mx/index3.html>

El contenido de los trabajos es responsabilidad exclusiva de los autores. Se autoriza la reproducción parcial o total del material si se cita la fuente.

Contenido

Editorial	2
Artículos originales	
Resultados de la intervención psicoterapéutica con un grupo de adultos mayores institucionalizados	3
Zoila Edith Hernández Zamora	
Participación comunitaria para incorporar concentrado de alfalfa en la alimentación de familias de Toluquilla, Jalisco	14
Josefina Fausto Guerra, Noé Alfaro Alfaro, Sergio Fausto Guerra, Isabel de la A. Valadez Figueroa, Ma. Del Carmen López Zermeño, Oscar Loreto Garibay	
Conocimiento de tuberculosis en pacientes y sus contactos en Veracruz, México	22
Araceli Mariscal Méndez, Claudia de Jesús Ramírez Palacios, Javier Fuentes Domínguez, Roberto Zenteno Cuevas	
Ensayos y artículos de revisión	
La reforma del sistema de salud en México	33
Asa Cristina Laurell, Elsa Ladrón de Guevara Morales	
Los paradigmas del conocimiento y la salud pública. Reflexiones	41
Rocío López Lara, Martha Elvia Sánchez Chiñas, Georgina Elizabeth Martínez Bonilla, Enrique Hernández Guerson	
Reseñas	
La experiencia mexicana en salud pública oportunidad y rumbo para el tercer milenio	45
Guillermo Fajardo Ortiz, Edit Rodríguez Romero	
Eventos académicos y científicos	50

ISSN 1870-2759, Volumen 3, Nº 6, septiembre 2007

Impreso en Xalapa, Ver., en los talleres de IMPRENTA UNIVERSITARIA

Roble 8 Col. Venustiano Carranza Tel. 228 841-47-00

Empresa del Fondo de Empresas de la Universidad Veracruzana, A.C.

Sobre papel bond de 36 kg. en interiores y cartulina couché en portada. Tiraje de 1000 ejemplares.

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 al correo electrónico ssaldana@uv.mx o al Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo s/n, Col. Industrial Ánimas, C. P. 91190, Xalapa – Enríquez, Ver. Se acusará recibo vía correo electrónico a la recepción de los mismos.

2. 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 Vancouver.

La revisión de los trabajos se realiza por pares participando personal interno y externo de la dependencia.

Altepepaktli se encuentra indexada en IMBIOMED.
<http://www.imbiomed.com.mx/index3.html>

Editorial

La Revista Altepepaktli ve de nuevo la luz a través de su número 6. De este modo, damos continuidad a un espacio de difusión y especialización en el campo de la Salud Pública que pretende despertar el diálogo y reflexión entre las instituciones públicas y privadas dedicadas a la salud y la Universidad Veracruzana a través del Instituto de Salud Pública.

Altepepaktli no sólo permite, como una ventana abierta, ver lo que se articula en la actualidad dentro de la investigación experimental y teórica, sino también recibir el aire fresco de la crítica reflexiva y la discusión académica de toda clase de lectores. Se persigue con ello servir de acicate para estimular la continuación de los trabajos en marcha y las iniciativas que están por venir. Nunca fue el objetivo de esta revista ser un mero boletín de lo que acontece dentro de los laboratorios y las aulas de una institución universitaria, periódico mural condenado a la autocontemplación, sino una plataforma de encuentro donde diferentes investigadores, noveles o ya curtidos, compartan sus hallazgos en comunidad.

Sea en forma de artículos o ensayos el presente número es una muestra viva del panorama actual de la investigación sobre la salud donde conceptos como “participación”, “intervención” y “diagnóstico” nos revelan más que nunca el ansia de conectar comunidad científica con comunidad social a través de la actuación profesional y las políticas públicas. Es dentro de este marco donde la calidad de los trabajos se traduce en vocación de servicio y compromiso con la mejora de las condiciones de vida y salud de la población.

Deseamos, como en los anteriores números y en los futuros que vengan, que esta publicación responda de modo efectivo a sus objetivos y sus contenidos sean del aprovechamiento de todos ustedes.

Resultados de la intervención psicoterapéutica con un grupo de adultos mayores institucionalizados

(Results of psychotherapeutic intervention with a group of institutionalized aged adults)

Zoila Edith Hernández Zamora*

Resumen

El presente trabajo muestra los avances logrados con un grupo de adultos mayores residentes en una casa-hogar dependiente del sector público, misma que no cuenta con ningún profesional de la salud que pudiera atender la salud mental de sus habitantes. Basándonos en estos antecedentes es que se llevó a efecto un programa de intervención psicoterapéutica orientado al bienestar emocional de un grupo de personas que viven en esta institución, dando una mayor importancia a aquellos aspectos relacionados con trastornos depresivos, autoestima y el trabajo de contacto. Los resultados demostraron un incremento estadísticamente significativo en la percepción de su autoestima y un decremento igualmente significativo en los niveles de depresión. Así mismo, pudo apreciarse, primordialmente, un aumento notable en sus habilidades de contacto, de darse cuenta, de escucha, expresión y creatividad; contribuyendo, en parte, a que estos viejos transiten con dignidad y alegría los últimos años de su vida.

Summary

This work shows the advances of a group of aged adults residing in a public home for the elderly in which there are no health workers capable of caring for these persons' mental health. Based on these antecedents, a psychotherapeutic intervention program directed toward the emotional well-being of said group was carried out. The program underlined the importance of these aspects related to depressant problems, self-esteem and the work of contact. The results showed a statistically significant increase in the perception of their self-esteem and an equally significant decrease in their levels of depression. Likewise, there was a remarkable increase in their skills of contact, listening, awareness, expression and creating, a worthwhile contribution to the comfort of these elderly people so that they can live their last years with dignity and joy.

Palabras clave: adultos mayores, psicoterapia, depresión, autoestima, habilidades de contacto.

Keywords: aged adults, psychotherapy, depression, self-esteem, contact skills.

Introducción

El envejecimiento demográfico se ha definido como el incremento de la población de edad avanzada y la disminución de la proporción de niños y jóvenes. De acuerdo con estos criterios, se considera una población envejecida cuando más del siete por ciento de sus miembros tienen sesenta y cinco años, o más de diez por ciento, sesenta¹.

El envejecimiento mundial avanza a pasos agigantados²; según datos de la ONU, la proporción mundial de población de 60 y más años se incrementó de 9.2 por ciento en 1990 a 10 por ciento en el año 2000. Para este año, la población mayor de 60 años era de 606 millones. Según las proyecciones se espera sea de catorce por ciento en el 2025 y se llegará en el 2,050 a 1,800 millones de personas de este grupo etario, lo que supone que un 20 por ciento de la población mundial tendrá una edad por encima de los 60 años³. Con esta información se puede afirmar que comenzamos el siglo XXI con una población mundial envejecida.

En México la población mayor de 60 años, de acuerdo al II Censo de población y vivienda 2005 es de 8,338,835, lo que significa 8.1 por ciento de la población total⁴.

No obstante todos estos datos estadísticos, el envejecimiento no deja de ser un hecho

*Investigadora de tiempo completo del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. zhernandez@uv.mx

cultural, porque cada cultura produce su propio tipo de envejecimiento y dentro de cada una de ellas, cada viejo es el producto de su entorno familiar y social y sus valores correspondientes. Esta formulación tiene la enorme ventaja de proveer las bases para una adecuada prevención primaria tendiente a producir mejores envejecimientos.

Considerando esta postura, el profesional de la salud cumpliría una función primordial dentro de la geriatría y la gerontología al trabajar con los adultos mayores, su familia o los profesionales de la salud que se dedican al cuidado de los mismos; sobre las implicaciones del envejecimiento y lo que esto trae consigo, en especial en sus estilos de vida.

Si bien no puede ignorarse la realidad en cuanto al marginamiento que sufre este grupo etario, también por otra parte debe admitirse que, dentro de la sociedad se está abonando el terreno para que la satisfacción de sus necesidades prospere. Actualmente existen diversos programas y leyes en defensa de las personas mayores⁵.

Por otra parte, algunos de los factores que intervienen en el progresivo interés de realizar estudios con sujetos mayores, son los siguientes⁶: el envejecimiento de la población, o sea el mayor número proporcional en el mundo de población mayor de 60 años; el suponer que una población envejecida no produce económicamente, aunado a un número cada vez mayor de jubilados; en la política, pues los senectos constituyen ya un sector importante numéricamente y son personas con derecho al voto; y, finalmente en la opinión pública, en donde ya las personas empiezan a pensar en lo que será su vejez y el valor que se le da a la belleza, la juventud y la vitalidad.

No obstante todo lo anterior, la ancianidad sigue siendo un asunto pendiente, los niveles de asistencia para la vejez no son aún satisfactorios⁷ y siguen existiendo necesidades psíquicas y sociales: soledad, marginación, abandono. Dentro de las personas que más sufren este abandono y soledad, que muchas veces los conduce a un estado depresivo y al aislamiento, es muy probable que se encuentren aquellos que viven en asilos o

casas-hogar para ancianos, lugares en donde escaso o nulo espacio tienen para manifestar sus emociones, necesidades, dudas, miedos, entre otras.

La situación de los adultos mayores institucionalizados en asilos no es fácil, pues conlleva cambios drásticos en todos los ámbitos de la vida de las personas. La precaria situación de los asilos en México, hace que sea aún más difícil sobrellevar la vida dentro de ellos, pero independientemente de esto, el simple hecho de la reclusión en un asilo, tiene características que hacen muy complicada la adaptación de los residentes a estos lugares⁸.

Si bien la humanidad tiende a esconder sus desdichas en asilos, prisiones y hospitales, es importante deliberar sobre estos lugares. Independientemente del nombre que se les denomine, no son ni mucho menos, su casa. No deberían existir, al menos no con el modelo que se tiene, sobre todo si los viejos son enviados ahí a la fuerza, con engaños o con motivo de segregación o desprecio. Aunque debe admitirse que hay casos especiales y circunstancias en las que son absolutamente necesarios y el colocar a un viejo en uno de esos lugares puede incluso ser un acto de amor sincero. Cuando los problemas que aquejan al anciano lo hacen dependiente de otros para su cuidado y no hay en la familia o en la comunidad cercana quien los pueda proveer, culminan en una necesidad estricta sustituyendo el cuidado y evitando abusos y malos tratos⁹. El problema ético radica cuando la persona no es consultada siendo capaz de tomar dicha decisión, o cuando son simples lugares de *guardado* donde no se respetan los mínimos derechos humanos y se recurre a restricciones, malos tratos y decisiones atropelladas, donde la familia los abandona y sigue su vida cómodamente; donde las condiciones de cuidado lejos de procurar atención, rehabilitación y bienestar se limitan a techo y comida.

Vidal¹⁰, en base a su trabajo con adultos mayores que viven en hogares para ancianos, afirma que las necesidades asistenciales de los institucionalizados son complejas, ya que

este grupo se compone en su mayoría de quienes padecieron aislamiento social y que cuentan con limitaciones económicas; también por quienes enfrentan patologías múltiples y por lo mismo su deterioro está más acelerado, además, de una menor capacidad de respuesta orgánica a las agresiones externas, ubicándose así como un grupo vulnerable.

En un estudio comparativo realizado por Hernández¹¹, con personas de distintos hábitats, de manera especial se detectó que las personas recluidas en asilos en México, viven en una situación mucho más precaria tanto en el aspecto salud general como socioeconómico, que las personas que viven en sus hogares.

Es por lo anterior, como ya ha sido mencionado en párrafos anteriores, que la institucionalización de larga estancia o a largo plazo debe reservarse para personas con gran pérdida de la autonomía, sea física o mental; sin las posibilidades de mantenerse dignamente en su propio hogar¹².

Como complemento a lo antedicho, Sánchez Rucaba¹³ en sus estudios sobre la neurosis institucional, que suele presentarse en los ancianos que viven en asilos, menciona que ésta es un síndrome de agotamiento social que se caracteriza por una apatía a todo lo que es personal, una pérdida de interés hacia el futuro y puede existir deterioro, tanto en hábitos como en normas personales, y se debe a una pérdida de contacto con el mundo exterior, al ocio, a las pérdidas de pertenencias, a la interrupción de las actividades que fomentan la individualidad, a la sedación, al medio ambiente institucional y a la falta de planes para el futuro.

De manera particular, un aspecto que frecuentemente no es atendido en tales lugares y, es precisamente de los que más se necesita satisfacer en esta edad es el factor psicológico. De aquí es donde surge la propuesta de crear un grupo psicoterapéutico, pues sería una manera de volver a poner a estos senectos en contacto, o bien, retomar ese contacto, con el mundo y con sus compañeros de institución. La psicoterapia

aplicada en estos lugares puede ser de gran utilidad para lograr una transformación en aquellos adultos mayores que sufren por no adaptarse al medio en que viven, o para adquirir herramientas para afrontar los problemas cotidianos de su entorno, para ser creativos sin importar su edad, para establecer relaciones más cercanas, para actualizarse, en fin, para llevar una vida, aunque sea, probablemente corta, más placentera.

Aunado a lo anterior emerge la necesidad de valorar si los adultos mayores responden a una psicoterapia grupal, si sus estructuras mentales aun están lo suficientemente flexibles para dar lugar al crecimiento, a la transformación, además de evaluar la idea de que las personas pueden cambiar en cualquier momento de su vida. No obstante en el caso del trabajo con adultos mayores institucionalizados la labor del psicoterapeuta adquiere nuevos matices ya que se aventura a salir de sus consultas y se decide a reorganizar todo su sistema de actuación para adecuarlo a las necesidades de la persona y de su entorno. El terapeuta se centra menos en cuestiones relacionadas con la infancia y más en problemas de aquí y ahora. Trata a los pacientes desde una perspectiva no ancianista, con la idea de que todo el mundo puede cambiar¹⁴.

La terapia en los ancianos tiene un aspecto específicamente psicológico y otro social¹⁵. El objetivo central de la psicoterapia geriátrica es que el paciente actualice sus potencialidades de tal modo que logre darle a su vida un sentido más completo y más digno. En general se tiende a obtener cambios, tanto en los sentimientos como en los pensamientos y los actos, en el sentido de mejorar las relaciones con los otros (desarrollo de habilidades de contacto), disminuir las tensiones de origen biológico o cultural, lograr satisfacciones y aumentar la productividad. De lograrse estas metas, aun en pequeña escala, aparece una vivencia confortante que favorece los sentimientos de autoestima y dignidad.

Con fundamento a lo ya mencionado, esta investigación tuvo como finalidad llevar a efecto un programa de intervención psicoterapéutica

con un grupo de adultos mayores residentes en un asilo público y detectar, de manera particular, si a partir de dicha intervención, sus niveles de autoestima aumentaron y su grado de depresión tuvo algún decremento significativo; teniendo en cuenta que tanto la autoestima como un estado de ánimo elevado contribuyen a la mejora de su salud emocional y por ende, a lograr una repercusión positiva en la percepción de su calidad de vida.

Método

Se trata de una investigación cuantitativa¹⁶, desarrollada con un diseño test-retest, comparativo o correlacional y de corte longitudinal.

El estudio se llevó a efecto en el asilo Mariana Sayago, institución pública dependiente de la Secretaría de Salud del Estado y ubicada en la ciudad de Xalapa, Veracruz, México

Universo o población

El asilo Mariana Sayago cuenta actualmente con 81 residentes, 34 hombres (42 por ciento) y 47 (58 por ciento) mujeres. Del total de ellos, 26 están en silla de ruedas, nueve usan andadera, hay 29 incontinentes, 31 hipertensos, 18 diabéticos y 27 diagnosticados como casos psiquiátricos. De estos 81 residentes se eligieron a las personas que participaron en este estudio. El tamaño de la muestra fue por conveniencia, eligiéndose trece personas que fueron elegidas de acuerdo a su estado mental (sin patología mental severa). En el aspecto físico sólo se tomó en consideración que escucharan bien. No fue obstáculo para participar el hecho de que estuvieran incapacitadas para moverse por sí mismas o padecieran ceguera. Otro requerimiento primordial fue que desearan asistir a las reuniones.

El grupo estuvo constituido por trece personas, seis hombres y siete mujeres, con una edad promedio de 72.2 años para los hombres y de 84.4 años para las mujeres. La escolaridad máxima fue carrera técnica (solamente uno de ellos); tres de los integrantes no sabían leer ni escribir. Once de ellos sin ingresos económicos y dos con pensión. Cuatro personas separadas, dos viudas y siete solteras. Siete consideran su salud como

bueno o muy buena, tres regular y tres sienten que están mal o muy mal de salud.

Cinco de ellos estaban en silla de ruedas, la mayoría cuando menos, una enfermedad crónico-degenerativa, dos de ellos, invidentes.

En cuanto a la religión que profesan, once son católicos y dos de otras religiones. Cinco de ellos ingresaron al asilo en contra de su voluntad y ocho por voluntad propia. Reciben visita nueve de ellos, pero solamente uno es visitado regularmente, los demás un promedio de una vez al mes, cuatro de ellos nunca reciben visitas.

En un principio se mostraron renuentes a participar, después, el grupo se fue integrando se fueron familiarizando con la coordinadora y con las observadoras y la sesiones comenzaron a fluir libremente y en un ambiente de confianza.

Instrumentos de medición

1. Cuestionario de datos generales.

2. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage: está recomendada como la más adecuada para el diagnóstico de depresión en personas mayores¹⁷. Dicho instrumento está constituido por preguntas que cubren una amplia variedad de temas relacionados con la depresión, como son quejas somáticas y cognitivas, motivación, orientación futura y pasada, pérdida de autoimagen, agitación, horror y rasgos obsesivos. Las áreas antes mencionadas se investigan en 30 preguntas con opciones de respuesta de tipo cerrado de si y no, cuyo valor normal se codifica en cero y uno para cada pregunta. La calificación e interpretación de la prueba, establece un rango de puntuación de cero a diez para sujetos normales, mientras que se considera positiva la presencia de depresión cuando es de II o superior a II.

3. Test de Autoestima VA: Se trata de un instrumento que consta de 27 preguntas con las opciones si o no. Las preguntas están basadas en el Test de Autoestima VA de Tevni Grajales y Alberto Valderrama del Centro de Investigaciones Educativas de Montemorelos¹⁸.

Las respuestas tienen una validez de uno (si contribuyen a tener una autoestima baja) o de cero (si contribuyen a elevar la autoestima). Si la suma de respuestas negativas es de diez o mayor de este número, las personas son clasificadas con autoestima baja.

Procedimiento

1. Contactos institucionales para solicitar los permisos correspondientes, explicar objetivos, y beneficios para la población de estudio.
2. Selección de la muestra con la que se trabajó.
3. Elaboración del programa tentativo de intervención.
4. Aplicación de los instrumentos de medición a manera de entrevistas individuales a las personas (pre-test).
5. Ejecución del programa de intervención. (Psicoterapia de grupo), mismo que constó de 20 sesiones de dos horas, dos días a la semana. Dichas sesiones estuvieron flexibles a cualquier cambio sugerido por los participantes o a situaciones que emergieran dentro del grupo, debido a lo cual, el programa inicial tuvo cambios, ya que se sujetó a las necesidades del grupo.

En este programa se utilizaron técnicas de intervención comprendidas dentro de la psicoterapia Gestalt, que es una psicoterapia ubicada dentro de las psicoterapias humanistas, en donde se da un énfasis especial en las experiencias vividas y las emociones trayéndolas al aquí y al ahora. Son fundamentales la creatividad, la autodeterminación y la autenticidad, tanto en pacientes como en psicoterapeuta.

Las principales técnicas empleadas fueron: entrenamiento en relajación, psicodrama de Moreno, trabajo con introyectos, situaciones inconclusas, cambio de historia, silla vacía, musicoterapia, trabajo de base, el darse cuenta, trabajo con resistencias, desarrollo de habilidades de contacto, interpretación de sueños, trabajo en estados alterados de conciencia. Todas estas técnicas adaptadas a las personas mayores, por las características

especiales que se presentan en esta edad y por el lugar en que viven.

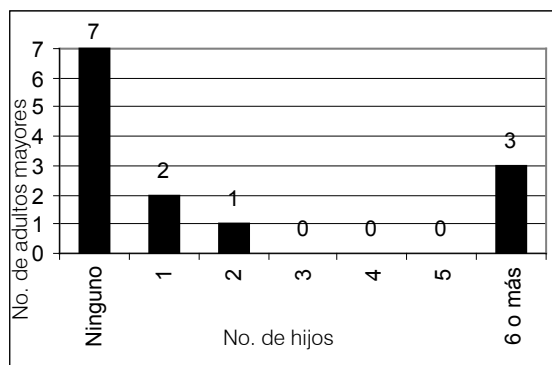
6. Aplicación por segunda ocasión de los instrumentos de medición (post-test)
7. Evaluación cuantitativa del programa de intervención. Prueba estadística: los datos (Media + - Error estandar) se analizaron por medio de la t de student para muestras pareadas o relacionadas. Los resultados se expresaron a un límite de confianza de $p \leq 0.05$ para encontrar diferencias significativas.
8. Durante todas las sesiones se tuvo a dos observadoras independientes para llevar la bitácora de cada sesión y detectar cambios cualitativos

Resultados

Datos Generales

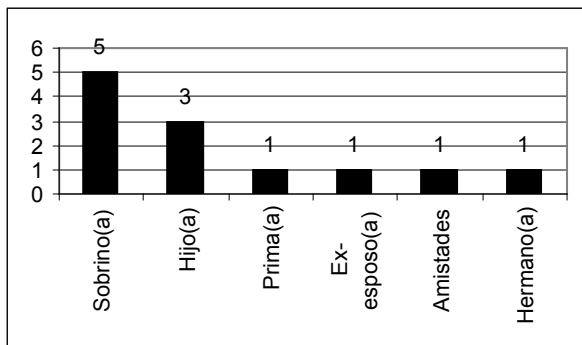
En la gráfica 1 se señala el número de hijos(as) vivos(as) que tienen las personas entrevistadas, siete de ellos no tiene hijos vivos, ya sea porque murieron o porque nunca tuvieron, y tres de ellos tienen seis o más hijos (as) que todavía están vivos.

Gráfica 1. Distribución del grupo por número de hijos(as) vivos(as)



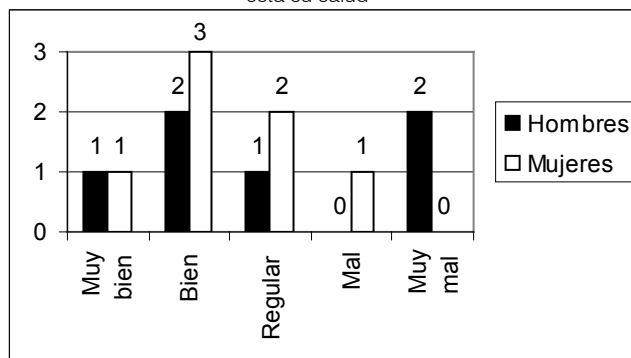
Nueve personas afirmaron recibir visitas, se indagó el parentesco con quienes los van a ver, los sobrinos resultaron los parientes que más suelen visitar a estos residentes, como puede apreciarse en la gráfica 2.

Gráfica 2. Distribución de las personas del grupo que reciben visitas según por quien son visitados



En la gráfica 3 se distribuye a la muestra de acuerdo a cómo perciben su salud según su sexo, como puede observarse son dos hombres los que perciben su salud como muy mala.

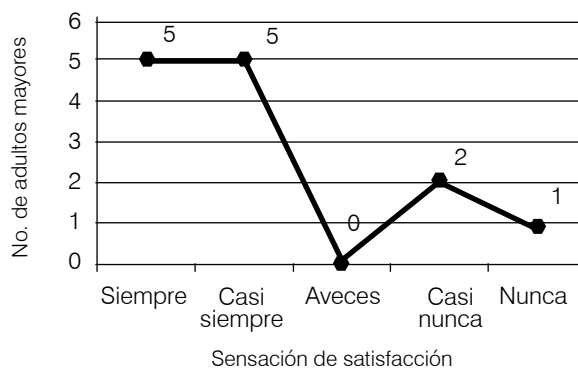
Gráfica 3. Distribución del grupo por sexo según cómo sienten que está su salud



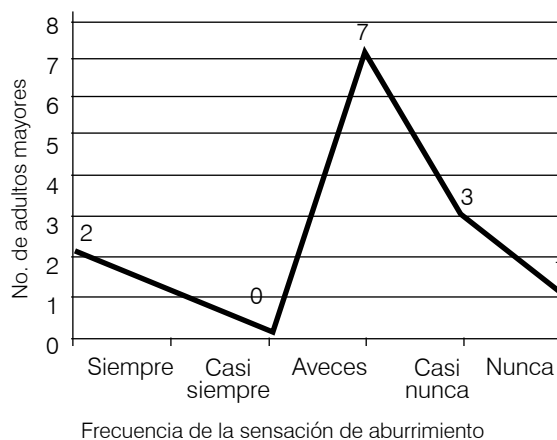
En la gráfica 4 se reflejan las respuestas dadas a la pregunta sobre si se sienten satisfechos con lo que hacen diariamente, la mayoría dijo que siempre o casi siempre se siente satisfecho con sus actividades cotidianas.

Como confirmación a la pregunta anterior, se les cuestionó también a las personas sobre si se aburrían y si era así, qué tan frecuentemente, solamente dos personas afirmaron que siempre estaban aburridas y siete de ellos afirmaron aburrirse "a veces", como se muestra en la gráfica 5.

Gráfica 4. Distribución del grupo según se siente satisfecho con lo que hace diariamente



Gráfica 5. Distribución de la población según con qué frecuencia se siente aburrido (a)

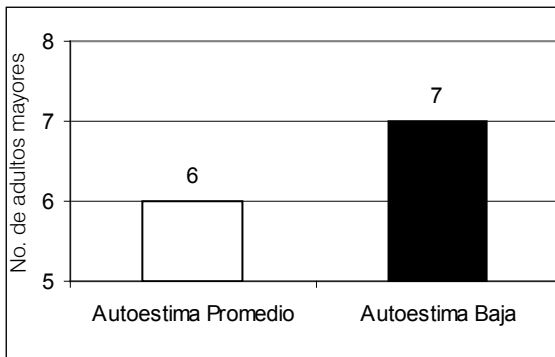


Resultados descriptivos de las pruebas pretest

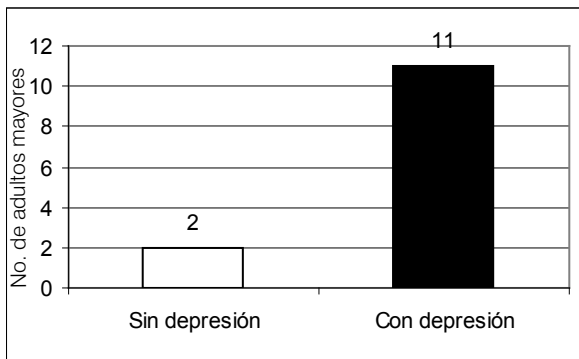
Los resultados de la primera aplicación (pre-test) del cuestionario de autoestima revelan que siete de los participantes poseen una autoestima baja y para los otros seis corresponde una autoestima promedio, como se destaca en la gráfica 6.

Como puede observarse en la gráfica 7, un alto número once de las personas integrantes del grupo con el que se realizó el programa de intervención, resultó con depresión en el pretest, de acuerdo a la escala empleada para medir tal variable.

Gráfica 6. Distribución del grupo según resultados del cuestionario de autoestima

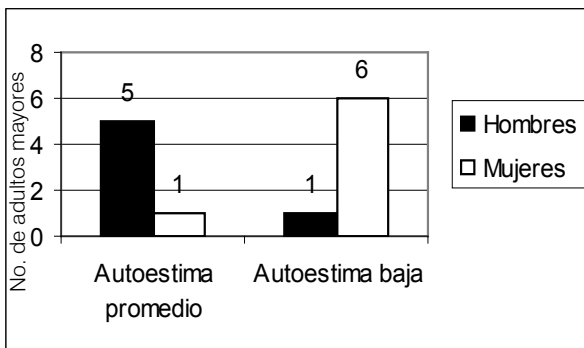


Gráfica 7. Distribución del grupo según resultados de la Escala de Depresión Geriátrica



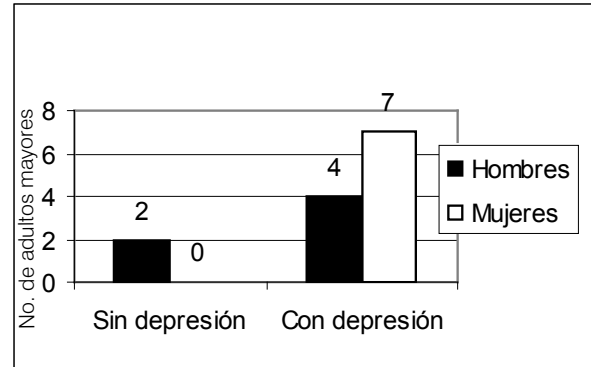
La gráfica 8 muestra la relación existente entre sexo y autoestima. Como puede notarse entre los hombres existe un mayor número de ellos con autoestima promedio y las mujeres, contrariamente, sobresalen por tener casi todas ellas una autoestima baja.

Gráfica 8. Distribución del grupo por sexo según autoestima



De acuerdo a la tendencia de la gráfica 9, los resultados se inclinan a una mayor presencia de depresión entre las mujeres que entre los hombres.

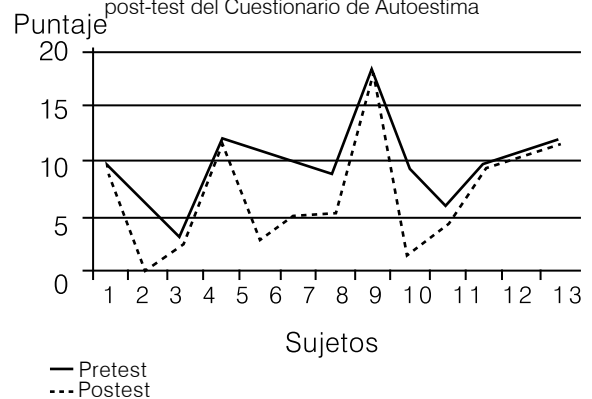
Gráfica 9. Distribución del grupo por sexo según presencia de depresión



Resultados descriptivos de las pruebas pretest-posttest

Los resultados obtenidos de la comparación entre el pre-test y el post-test del cuestionario de autoestima se plasman en la gráfica 10, a simple vista puede observarse los cambios obtenidos a partir del programa de intervención fundamentado en técnicas psicoterapéuticas, en donde hay un decremento de los puntajes (a mayor puntaje, la autoestima es más baja), que indican que la población mejoró de manera estadísticamente significativa de acuerdo a la prueba *t de student*, con una $p < 0.004$, en cuanto a la percepción de sí mismos.

Gráfica 10. Distribución del grupo según resultados del pre-test y el post-test del Cuestionario de Autoestima



En complemento a la gráfica anterior, la tabla 1 muestra de manera cuantitativa, cómo fue este decremento de los puntajes, mismos que

revelen una mejoría en el concepto de su autoestima de las personas que participaron en el programa del asilo Mariana Sayago.

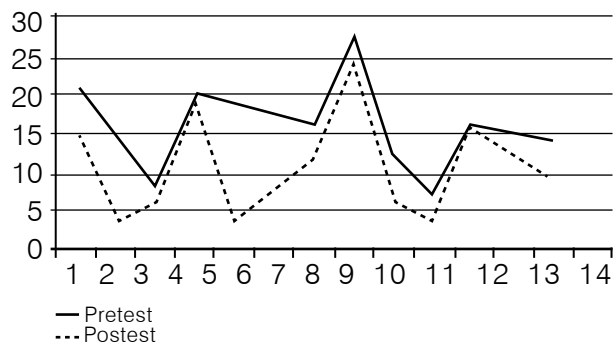
Cuadro 1. Distribución del grupo según resultados entre el pre-test y el post-test en el Cuestionario de Autoestima

Sujetos	Pre-test	Post-test
1	9	9
2	6	0
3	3	2
4	12	11
5	11	2
6	10	5
7	9	5
8	18	18
9	9	1
10	6	4
11	10	9
12	11	10
13	13	12
Índice de reducción	Media = 9.76	Media = 6.76

Diferencia = 3.0
 $p < 0.004$

Los resultados obtenidos a partir de la comparación del pre-test y el post-test de la Escala de Depresión Geriátrica, son directamente proporcionales, a medida que bajan los puntajes, el nivel de depresión de las personas baja, como puede observarse en la gráfica 11, en donde igualmente se presentó una baja en los niveles de depresión de la mayoría de las personas de la muestra después de la intervención terapéutica. Esta diferencia entre el pre-test y el post-test es estadísticamente significativa de acuerdo a la prueba *t de student*, con una $p < 0.0004$.

Gráfica 11. Distribución del grupo según resultado del pre-test y el post-test de la Escala de Depresión Geriátrica



En complemento, el cuadro 2 muestra de manera numérica la comparación entre pre-test y post-test de la Escala de Depresión

Geriatrica, solamente una persona permaneció con el mismo puntaje y el resto de la muestra tuvo decrementos que indican una mejoría en su estado de ánimo.

Cuadro 2. Distribución del grupo según resultado entre el pre-test y el post-test en la Escala de Depresión Geriátrica

Sujetos	Pre-test	Post-test
1	21	15
2	14	4
3	8	6
4	20	19
5	18	3
6	17	8
7	16	12
8	28	24
9	12	6
10	7	4
11	16	16
12	15	13
13	14	9
Índice de reducción	Media = 16	Media = 11

Diferencia=5.0.
 $p < 0.001$

Discusión

En esta investigación hubo un mayor número de mujeres que de hombres debido a que proporcionalmente en todo el asilo sucede este fenómeno, existen más mujeres que hombres en este tipo de sitios por diversas razones, como son: la mujer tiene una mayor expectativa de vida; a esta edad son mucho menos las mujeres que los varones que poseen una pensión o jubilación, las mujeres poseen menos educación y por tanto menos probabilidades de obtener un trabajo para subsistir, la mujer vive más tiempo, pero ese tiempo de más suele pasarlo incapacitada; además, algunas mujeres nunca se casaron y no tuvieron un marido, una familia que se hiciera cargo de ellas, entre las principales causas.

Otra cuestión es el aspecto económico, la mayoría no cuenta con medios para subsistir, esencialmente por eso están aquí, si bien hay personas que entraron por voluntad propia, por no querer ser un estorbo para su familia debido a sus incapacidades, y otros más porque no tienen quien los cuide, porque no tenían otra alternativa para su vida. Con respecto a esta situación, más de la mitad de la muestra de estudio entró por voluntad propia. Así mismo, más de la mitad de estas

personas son visitadas por algún familiar aunque sea de manera muy esporádica, otros fueron abandonados o engañados para que se quedaran en esta institución y solamente hay una persona que ingresó en contra de la voluntad de su familia y que es visitado continuamente por familiares y amistades.

Un aspecto notorio en la muestra de estudio, es que más de la mitad declaran ser solteros, siendo que en la mayoría de los estudios realizados con gente mayor que vive en sus hogares, son principalmente viudas y algunos viudos y escasamente se encuentran personas solteras. Sería recomendable, investigar en otras instituciones de este tipo, cuál es la frecuencia de las personas añosas y solteras que viven en asilos.

La religión ocupa un lugar preponderante en la vida de estas personas, la mayoría profesa la fe católica, refugiándose en un dios protector, que los consolará en el momento de su muerte y les dará consuelo y ayuda en esta vida y después de ella, ayudándolos a remediar y a enfrentar sus enfermedades y penas. Para estas personas es un gran apoyo tener una fe religiosa; aunque, durante la intervención psicoterapéutica fue necesario trabajar con el darse cuenta que no todo se puede dejar a Dios, que hay determinadas situaciones en las que son precisamente ellos los que deben decidir y actuar por cuenta propia, acuerdo al que llegó la mayoría y lo fortalecieron con sus propias ideas. Sus creencias religiosas son tan arraigadas que cuando se abordó el tema fue motivo de controversias tan serias que se decidió no tocarlo a menos que fuera indispensable.

En cuanto a la autoestima, no existió una gran diferencia, durante la primera aplicación del cuestionario pretest, entre el número de personas que resultaron con autoestima baja y la que tuvieron una autoestima aceptable o promedio, aunque una vez realizada la intervención psicoterapéutica la mayoría bajó de puntaje en el postest, lo que indica una mejoría en este aspecto.

Algo de considerarse es que, de las siete personas con autoestima baja, seis eran mujeres, lo que pudiera atribuirse a que casi todas ellas padecen

de alguna incapacidad, o bien que la autoestima va frecuentemente asociada a la depresión y son más las mujeres que los hombres quienes padecen este síndrome. Para la segunda medición puede observarse que de siete personas que había con autoestima baja, se decrementó a cuatro.

Los datos que se obtuvieron a partir de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage indican, en la primera medición (pretest), que once personas padecían de depresión, de las cuales siete eran mujeres. Para la segunda medición o post-test, de once personas que padecían depresión se bajó a seis. Algo que vale la pena acotar al respecto, es que diversos estudios han demostrado que la depresión suele presentarse más en las mujeres, en una proporción de dos a uno con relación a los hombres.

Con relación a los puntajes, para ambos instrumentos los resultados fueron estadísticamente significativos, con lo que quiere afirmarse que la autoestima, aunque en distintos grados, se elevó de forma general para los miembros del grupo, e igualmente hubo un decremento en los niveles de depresión de los residentes participantes en el programa de intervención, con lo que se da una respuesta afirmativa a la cuestión sobre si la aplicación de técnicas psicoterapéuticas contribuye al desarrollo de la autoestima y a un mejor afrontamiento de la depresión en un grupo de adultos mayores institucionalizados.

Las estadísticas entonces demuestran que, en este estudio en particular, las técnicas psicoterapéuticas empleadas fueron efectivas para disminuir niveles de depresión y aumentar la autoestima en los participantes del programa. Por otra parte, es recomendable que la atención terapéutica conste de un número mayor de sesiones, pues los avances que se logren serán más profundos y duraderos.

Con esta población el psicoterapeuta y/o el psicólogo, además de adoptar una postura directiva, debe ser muy paciente y sencillo al dar instrucciones y, de ser posible, poner el ejemplo de la actividad que se pretende realizar. Hay que ser muy flexible, la clave está en la relación, en el vínculo que se crea con ellos y entre ellos.

Resulta difícil generalizar los datos a otras poblaciones, por una parte, porque los grupos psicoterapéuticos deben ser pequeños, así lo recomienda la teoría y la práctica, de no ser así, las técnicas no funcionarían, esto es una parte vital y comprobada en los grupos psicoterapéuticos. Aunque bien podría hacerse este tipo de intervenciones, cuya efectividad se comprobó en este estudio, con otros grupos, ya sea de residentes en asilos, de personas que viven en sus hogares y que asisten a estancias diurnas o a clubes de la tercera edad, de personas jubiladas que han formado sus propios grupos, entre otros.

Si bien las estadísticas nos muestran que, aproximadamente, 1.5 por ciento del total de la población anciana está recluida en asilos o casas-hogar¹⁹, no por eso puede dejar de considerarse un problema de salud pública ya que la generalidad de los residentes padecen enfermedades, desde algunas que les permiten cierta independencia, hasta aquellas que los hacen ser completamente dependientes de otros, o bien serían enfermedades de carácter psiquiátrico. Es un problema de salud pública, considerando que este grupo etario va en aumento, lo que implica que, por una parte, también irá en aumento la necesidad de la atención a su salud, con los respectivos costos que se requieren para atenderla; y por otra, la insuficiencia de instituciones especializadas para su cuidado. De no ser así, seguirá habiendo marginación y exclusión de la sociedad hacia ellos, lo que incluye la falta de atención a su salud, con todo lo que ello implica.

Vivimos en una era de sorprendentes avances en la biomedicina, de lo que se deriva que las ganancias en la longevidad se acelerarán. Los pronósticos apuntan a aumentos mucho mayores en los servicios de salud para el número sorprendentemente creciente de miembros del segmento más viejo de la población, tales aumentos en los costos podrían disminuir si se diera un adecuada atención primaria a la salud de los adultos mayores, la formación de grupos psicoterapéuticos, que son espacios de escucha y que contribuyen de gran manera a mejorar su calidad de vida, desde luego

aunado al trabajo transdisciplinario con otros profesionales de la salud, bien podría ser una alternativa para este gran problema de salud pública que ya existe en nuestro país.

A partir de lo antes dicho, se mencionan las conclusiones más importantes a las que se llegó a partir de la realización del presente estudio:

- Las personas adultas mayores de la muestra seleccionada tienen la suficiente capacidad para participar en sesiones de psicoterapia grupal.
- Las técnicas psicoterapéuticas aplicadas en adultos mayores, son capaces de reducir de manera estadísticamente significativa los niveles de depresión y de aumentar positivamente la percepción de sí mismos de la muestra de referencia.
- Las técnicas psicoterapéuticas empleadas ayudaron mejorar las funciones de contacto y el darse cuenta de los miembros del grupo de trabajo.
- Los adultos mayores que formaron parte de este grupo de psicoterapia incrementaron sus habilidades de contacto a través de: aumento en la participación verbal, en la capacidad de escucha, en su capacidad de estar abiertos a otras ideas y otros comportamientos distintos a los propios, en su creatividad, en sus habilidades manuales, en su comprensión de las conversaciones.
- De igual manera hubo cambios en los residentes en su forma de percibir la vida (de un modo más positivo), en su forma de contactar con las personas y en la aceptación y el respeto de sí mismos.
- Resulta indispensable que el terapeuta o psicólogo adopte una postura flexible al trabajar con este grupo etario y tenga pleno conocimiento de los cambios que suceden en la vejez, además de tener presente que el tratamiento psicoterapéutico de una persona mayor es diferente al de una persona joven.
- En la etapa de la vejez lo más recomendable y efectivo en el campo psicoterapéutico es el uso de una terapia de apoyo.
- Los grupos de psicoterapia deben estar integrados por un máximo de quince personas, para dar la oportunidad a todos de que participen y las técnicas utilizadas funciones adecuadamente.

- Se sugiere se realice un trabajo psicoterapéutico con otros grupos de adultos mayores, en otros ambientes, para probar la efectividad de las técnicas aplicadas en este trabajo.
- Es necesaria la atención del adulto mayor en todas sus esferas, si bien este trabajo está enfocado al aspecto psicológico, no deben olvidarse que la salud es integral y que no puede separarse la triada biosicosocial que conforma el concepto de salud. Resulta por tanto necesario considerar la formación de grupos transdisciplinarios, en especial, de profesionales de la salud, de los cuales forme parte el psicoterapeuta. La actividad de estos grupos deberá estar encaminada a la atención de la salud de la persona mayor y muy particularmente, de aquellas que sufren marginación, exclusión y abandono.

Referencias bibliográficas

1. Aguilar M. y Moreno M. El nuevo envejecimiento en México: un enfoque socioantropológico médico. Universidad Autónoma de Guadalajara. Disponible en línea: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art2dossier23.html>. 2002
2. Oliva R, Fernández T. Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. *Psicología y Salud*. 2006; 16 (1): 93-101
3. Cristians E. El envejecimiento de la población mundial. Disponible en línea: <http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/352/470/articulo/phphd-5807>. 2007
4. INEGI. Censo de población y vivienda 2005. Disponible en línea: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx>. 2006
5. Staff M. Género y tercera edad. Disponible en línea: <http://www.elpanamerica.com.pa/archive/10042002/opinion03.shtml>. 2002
6. Moragas M. Gerontología social, envejecimiento y calidad de vida. Disertación. México: UNAM. 2001.
7. Valdez E, Román R, Cubillas M. Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. *Psicología y salud*. 2005; 15 (1): 127-133
8. Cuevas A. ¿Qué hago con mis abuelos? México: Edit. Pax; 1993.
9. Rodríguez R, Mendoza L. Bioética. En: Rodríguez J, Morales J, Trujillo y C. D´Hyver (Editores). *Geriatría*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000-300-305
10. Vidal G. La asistencia del adulto mayor institucionalizado. En: M. Suárez (Editores) *Gerontología*. México: Edit. Praxis: 1998; 144-146
11. Hernández Z. Variables condicionantes en la calidad de vida de personas de la tercera edad. *Psicología Iberoamericana*. 1997; 5 (2): 23-32
12. Rodríguez R, Morales J, Encinas J, D´hyver y Trujillo Z. El lugar ideal: ¿En casa o institución?. En: R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo y C. D´Hyver (Editores). *Geriatría*. México: McGraw-Hill Interamericana: 2000: 290-293
13. Sánchez R. Aislamiento y soledad en el anciano. VIII Congreso de Geriatría y Gerontología de México. México: Ediciones Medicina y Sociedad: 1993: 52-55.
14. Belsky J. *Psicología del envejecimiento*. Buenos Aires: Paraninfo, 2001.
15. Krassoievitch M. *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica. 2001.
16. Hernández R, Fernández C y Baptista P. *Metodología de la investigación*; 2000.
17. Yesavage T y Jerome A. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminar report. *Journal Psychiatry*; (1983) 17: 37-49
18. Grajales T y Valderrama A. *Test de autoestima VA*. México: Centro de Investigaciones Educativas de Montemorelos, 2000.
19. Comisión Nacional de Derechos Humanos. *Los derechos humanos en la tercera edad*. México: CNDH, 1999.

Participación comunitaria para incorporar concentrado de alfalfa en la alimentación de familias de Toluquilla, Jalisco

(Communitarian participation to incorporate concentrated of alfalfa in the feeding of families at Toluquilla, Jalisco)

Josefina Fausto Guerra*, Noé Alfaro Alfaro**, Sergio Fausto Guerra***, Isabel de la A. Valadez Figueroa**, Ma. Del Carmen López Zermeño**, Oscar Loreto Garibay****

Resumen

El presente trabajo reporta un programa de intervención nutrimental a través de la participación comunitaria basado en un concentrado de alfalfa. Esto surge a partir de la necesidad de fortalecer los programas y las intervenciones nutrimentales que se realizan en el ámbito de la comunidad. Estudios bromatológicos demuestran que el concentrado de alfalfa contiene un alto valor de proteínas, minerales y vitaminas que pueden ser utilizados para completar las necesidades nutrimentales humanas. Este proyecto se realizó a nivel individual, familiar y comunitario en la población de Toluquilla, municipio de Tlaquepaque, Jalisco. Donde la incorporación del concentrado en la alimentación de la población y su aceptación no fue una tarea fácil, este proceso fue largo, en el cual se presentaron muchos obstáculos. Para vencerlos se tuvo que recurrir a varias estrategias entre ellas muestras gastronómicas y concursos de platillos enriquecidos con concentrado de alfalfa para reforzar la motivación de las participantes. La estrategia de entrada a la comunidad fue acertada ya que la interacción entre contactos formales e informales permitió conocer a un grupo amplio de personas que ayudó a la difusión y aceptación del proyecto.

Palabras clave: nutrición, participación comunitaria, alimento alternativo, concentrado de alfalfa

Summary

The present work is a report of a program of nutrimental intervention through the communitarian participation that gives account of a proposal of alternative nutrition through of the alfalfa concentrated. This arises from the necessity to fortify the nutrimental programs and interventions that are made in the scope of the community. Bromatological studies demonstrate that the alfalfa concentrated contains a high value of proteins, minerals and vitamins that can be used to complete the nutrimental necessities of a person. This project was made at individual, familiar and communitarian level in the population of Toluquilla, municipality of Tlaquepaque, Jalisco State, where the incorporation of the concentrated in the feeding of the population and its acceptance was not an easy task. This process was long, in which many obstacles appeared, to overcome them we had to resort to several strategies, among them were made gastronomical competition and samples to reinforce the motivation of the participants. The strategy of entrance to the community was guessed right since the interaction between formal and informal contacts allowed us to know an ample group of people who helped to the diffusion and acceptance of the project.

Keywords: nutrition, communitarian participation, alternative food, concentrated of alfalfa

*Profesor investigador del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. josefinafausto@hotmail.com

**Profesores investigadores del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

***Profesor investigador del laboratorio de Biotecnología del Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias, Universidad de Guadalajara.

****Profesor investigador asistente del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Introducción

Recientemente se ha planteado la necesidad de articular acciones de educación, salud, y alimentación a través de la participación comunitaria, entendida en este trabajo como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y al del grupo^{1,2}.

Por otra parte, la necesidad de fortalecer los programas y las intervenciones nutrimentales que se realizan en el ámbito de la comunidad ante el fracaso del proyecto de economía de mercado que impera en el país, al no ser éste capaz de contener la miseria y crear mejores condiciones de vida para las mayorías³. Frente a esta realidad, existen diversas estrategias para resolver los problemas de mala nutrición, entre las que se encuentra la educación en nutrición y la fortificación de alimentos⁴.

Las primeras investigaciones acerca de los concentrados proteicos foliados se orientaban principalmente a su máxima producción para usarla en la alimentación humana. Estudios clínicos del concentrado de proteína de hojas con niños en Nigeria indican que los suplementos de proteína de hojas pueden ser efectivos, para el tratamiento y prevención de la desnutrición proteico-calórica^{5,6}.

Un ejemplo de hojas proteicas son las leguminosas arbustivas, ampliamente utilizadas en la alimentación animal, como es el caso de la alfalfa (*Medicago sativa*) que por sus propiedades nutritivas actualmente se ha estudiado su concentrado como complemento alimenticio para humanos. Se calcula que el concentrado de alfalfa posee un valor nutritivo en 100 gramos (secos): 198 calorías, 53.8 gr. de proteína, 839 miligramos de calcio y 44.5 g. de hierro; un individuo para ingerir el equivalente a dichos nutrimentos, tendría que consumir 240 gramos de carne. Este extracto tiene un menor costo y eleva el nivel nutricional de quienes lo consumen^{7,8}.

La incorporación del concentrado de alfalfa para enriquecer los alimentos de la dieta habitual, de las familias de la comunidad no ha sido

una tarea fácil por el hecho de que la alfalfa es considerada tradicionalmente como alimento para animales, por el desconocimiento relativo de sus propiedades nutritivas y el proceso para obtener el concentrado de la planta. En la comunidad de Toluquilla se utilizó el modelo de participación comunitaria como una estrategia para promover la aceptación de este alimento alternativo, con el fin de mejorar el estado de nutrición de los grupos más vulnerables a la desnutrición, a través de un programa de alimentación comunitaria^{9,10}.



Método

El presente es un estudio de participación comunitaria que se realizó a nivel individual, familiar y comunitario en la población de Toluquilla, municipio de Tlaquepaque, Jalisco, considerando la participación comunitaria como el eje central de este trabajo, ya que incluyó un proceso de comunicación y retroalimentación permanente entre los sujetos, donde la planificación, la toma de decisión y la ejecución, formaron parte de un compromiso colectivo o de grupo.

El método y los procedimientos seguidos variaron con relación a cada etapa del proceso del proyecto. La praxis se insertó bajo tres enfoques, el epidemiológico, el proceso participativo y la tecnología en alimentos. Cabe señalar que el desarrollo e implementación del programa alimentario tuvo como antecedentes

la realización de un diagnóstico del perfil nutricional de los niños menores de trece años en la comunidad.

La selección de la comunidad, consistió en buscar y visitar varias comunidades con el fin de que se cumplieran las características adecuadas para llevar a cabo el programa de nutrición comunitaria. La intervención comunitaria inició con la localización visual de la población, la ubicación de instalaciones de uso público en el croquis y el reconocimiento del área de trabajo. La inserción comunitaria se concretó mediante el empleo de dos recursos: entrevistas con informantes clave y visitas domiciliarias. Éstas tuvieron como finalidad informar a los padres el diagnóstico del estado nutricional de sus hijos, dar a conocer de forma directa las expectativas de trabajo, e investigar las posibilidades de participación en el programa. Se estableció la coordinación con instituciones que permitieran el apoyo conjunto para el desarrollo del proyecto, a fin de realizar trabajos paralelos: entre ellas el Centro Desarrollo Comunitario (DIF) de la localidad, instalaciones educativas (primarias y jardines de niños).

Se convocó a toda la comunidad a participar en una asamblea general en la cual se llevó a cabo el autodiagnóstico, en este proceso, fue necesario confrontar al grupo con su propia realidad, lo cual permitió una mayor precisión en el conocimiento de su contexto y se enriqueció con todas las opiniones de los participantes. El punto de partida fueron los datos obtenidos del estado de nutrición de los menores de trece años, que reflejaban problemas de mala nutrición. Estos datos fueron reflexionados y discutidos, tratando de explicar su origen, sus relaciones y sus consecuencias. A partir de esto se construyó el programa con base en dos ejes temáticos 1) alimentación familiar y 2) el concentrado de alfalfa como forma de mejorar la calidad de los alimentos. Estos ejes fueron desarrollados alternadamente.

Al inicio se planteó el interés de trabajar indistintamente con toda la población; pero principalmente con las mujeres. Al tomar en cuenta su papel de madre y por ende de educadora, su participación es decisiva para lograr cambios

alternativos sobre todo en la alimentación. Esto se concretó mediante una inscripción al programa como una forma de hacer patente un compromiso; la idea de inscribirse surgió de ellas mismas, como parte de la toma de conciencia con el proceso educativo, ya que a través de esta acción, se estableció a nivel individual "el contrato" asumido colectivamente. El grupo comunitario, estuvo formado por 35 mujeres entre 23 y 55 años.

El eje de indagación en cuanto a la aceptabilidad del concentrado de alfalfa se hizo a través de las variables: alimentación familiar, grado de aceptabilidad de alimentos fortificados con el concentrado, preferencia y formas de consumo, frecuencia de consumo, personas en la familia que más los consumen, beneficios identificados y relacionados al consumo del concentrado de alfalfa. Para el eje del proceso participativo de grupo: grado de participación, valores, actitudes, normas y relaciones entre grupo.



Para lograr la incorporación del concentrado en la dieta de las familias, se requirió de un proceso que se realizó en dos tiempos. Un día a la semana se empleaba para el proceso y obtención del concentrado de alfalfa, el grupo participante acudía a las parcelas donde se proporcionaba la alfalfa, se trasladaba al DIF de la localidad (lugar de reunión) para las demostraciones prácticas de la extracción del concentrado. El segundo día se destinaba para el desarrollo de los temas educativos y la elaboración de alimentos enriquecidos con

el concentrado de alfalfa, mismos que eran hechos al principio por el equipo investigador y posteriormente por el grupo de mujeres.

El diseño que se utilizó para la incorporación del concentrado de alfalfa en las dietas de las familias fue la experimentación, donde las mujeres ensayaban en su casa incorporando el concentrado a diferentes alimentos, analizando el sabor, color, olor y textura de los alimentos enriquecidos con este complemento. Los resultados se presentaban el día de la reunión y los problemas identificados se compartían con el grupo, se discutían y reflexionaban aportando de esta manera los participantes sus conocimientos, experiencias y sugerencias.

Para dar cuenta de los contextos, actividades, situaciones y acciones de los participantes en el escenario educativo y del significado de las acciones y acontecimientos vivenciados por el grupo en la incorporación del concentrado de alfalfa en su dieta, fue importante realizar una descripción y reconstrucción analítica del proceso¹¹ por lo que se planteó la necesidad de recurrir al registro etnográfico. Partiendo de la premisa de que la etnografía tiene un carácter reflexivo, lo que implica que el investigador es una parte del mundo que se está estudiando y es afectado por ella. En las técnicas e instrumentos utilizados, se privilegió la observación participante¹², entendida como la observación que se realiza simultáneamente a la participación en los acontecimientos, a través de esta técnica los educadores tratan de asimilar y compartir actividades y sentimientos de la gente mediante una relación franca, para posteriormente descubrir, explicar, analizar y reflexionar sobre lo sucedido en el grupo de trabajo. Las observaciones constituyeron el punto central para lo cual se establecieron las siguientes preguntas guía: ¿cómo es la dieta habitual de las participantes?, ¿cuáles son las características organolépticas de los alimentos fortificados que favorecen o impiden su aceptación?, ¿qué otros obstáculos están frenando el logro de los objetivos?, ¿cuáles son las circunstancias que aceleran el logro de los objetivos?, ¿cuál es el juicio o evaluación de los problemas surgidos? El instrumento que nos acompañó durante todo el proceso fue el diario de campo¹²,

instrumento que permitió registrar lo que se dijo y sucedió, en él se anotó la relación de las situaciones observadas, palabras, gestos, poniendo especial atención a las categorías de análisis que se iban construyendo durante el proceso, al enfoque y orientación del proyecto y al proceso grupal de manera que pudiera construirse todo lo ocurrido en esta experiencia.

Para el análisis de los datos cualitativos se utilizó la técnica conceptual denominada teorización¹³, entendida como un proceso cognitivo que consiste en descubrir o manipular categorías abstractas y las relaciones entre ellas, cuyo eje ordenador en el trabajo conceptual fue la permanente explicación de lo que se estaba viviendo. La teorización, comprende como tareas formales: la percepción, comparación, contrastación, agregación, ordenación, establecimiento de vínculos y relaciones¹¹. Debido a que las observaciones fueron realizadas por todos los miembros del grupo, se buscó la corroboración de los datos, lo que conllevó a la comparación de la información obtenida encontrando que éstas guardan afinidades y semejanzas por lo que se decidió agruparlas en tipologías y categorías.

Previamente al trabajo comunitario, se realizaron estudios bromatológicos para determinar la composición nutrimental del concentrado de alfalfa y microbiológicos para establecer la inocuidad del mismo. Para el proceso y obtención del concentrado de alfalfa, previo lavado y desinfección de la planta, se utilizaron dos máquinas (molino y prensa) que fueron donadas por la Fundación Leaf Nutrient Inc. de Houston Texas. El proceso de la alfalfa se llevó a cabo en tres momentos: en el primero se trituro la planta previamente lavada y desinfectada en un molino especial con aspas sin filo para no modificar drásticamente la planta, ya que al golpear con éstas los tallos, se logra la ruptura de las membranas celulares, consiguiendo una eficiente extracción de material proteico. En el siguiente paso se colocó la planta triturada por el molino en la prensa y por acción de un gato hidráulico colocado en la parte inferior móvil contra el embolo fijo de la parte superior de la prensa se obtuvo el jugo,

separándolo de esta manera de la fibra indigerible. Por último, para lograr la gelificación de las proteínas contenidas en el jugo y el aislamiento de los antinutrientes solubles de las proteínas, (ácido cianhídrico, los nitratos, el ácido oxálico libre que limitan la utilidad de muchas hojas) se utilizó el método de aplicación de calor hasta 80° C, mismo que se utiliza para obtener concentrados proteicos a partir de la soja¹⁴.

Resultados

El presente estudio se insertó en una comunidad que se caracteriza por la existencia de relaciones que los miembros guardan entre sí, lugar donde se comparten símbolos, creencias, tradiciones, fiestas colectivas, fuentes de trabajo, relaciones familiares y sitios de reunión y recreación, que dan a cada localidad su identidad; elementos que nos sirvieron de base para lograr una descripción de la comunidad. Esta comunidad se encuentra ubicada en el municipio de Tlaquepaque, Jalisco. Al norte colinda con el anillo periférico, de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco, al poniente con la comunidad de San Sebastianito y Haciendas del Real, al oriente con la comunidad de López Cotilla, y al sur con varias parcelas de pequeños ejidatarios.

La selección de la comunidad se consideró de acuerdo a las características de la tierra, consideradas necesarias para el cultivo de la alfalfa y sobre todo que existiera el problema de la desnutrición infantil. Otros de los criterios de selección fueron: comunidad rural o semirural con población menor de 2,500 habitantes, con acceso a no más de una hora de la ciudad de Guadalajara.

Previo a la implementación del programa de alimentación comunitaria fue necesario resolver primero problemas relativos a la calidad microbiológica de la alfalfa y sus productos, (jugo, gabazo, concentrado de alfalfa y líquido residual) por lo que se decidió realizar análisis microbiológicos y bromatológicos, antes de iniciar el trabajo formal en la comunidad.

Del análisis bromatológico

En cuanto al bromatológico, el análisis químico proximal en 100 grs. de alfalfa y sus productos los resultados fueron los siguientes (Cuadro 1): en proteína bruta a través del método Macro-Kjeldahl, el análisis se efectuó de tal manera que incluyó todos los compuestos nitrogenados de la planta, respecto a la alfalfa la cifra se obtuvo mediante la multiplicación del valor del nitrógeno de la planta por 6.25 (1gr Nitrógeno=6.25 gr de Proteína), consiguiéndose 33.75 grs. de este nutrimento en el concentrado escurrido. En cuanto a la fibra cruda del concentrado (Método Kennedy), se obtuvo 0.83 grs. y en hidratos de carbono 12.10 grs., mientras que de cenizas 3.32 grs. Cabe señalar que en grasa bruta se identificó menor cantidad de gramos en el concentrado escurrido en comparación con los otros productos.

Cuadro 1. Análisis Bromatológico de 100g de alfalfa y sus productos

Análisis	Alfalfa	Jugo de alfalfa	Bagazo de alfalfa	Concentrado sin escurrir	Concentrado escurrido (2hrs)	Líquido residual
Humedad	82.16	94.44	69.88	82.88	48.30	97.89
Proteína bruta	6.17	2.62	9.72	11.17	33.75	.09
Ceniza	2.24	0.85	3.63	1.24	3.32	.77
Grasa bruta	2.10	0.15	4.05	0.66	1.95	0.00
Fibra bruta	6.05	0.22	1.88	0.28	0.83	0.21
Hidratos de carbono (totales)	1.28	1.72	.84	4.08	21.10	1.04
Calorías por 100grs.	48.7	18.71	78.69	66.54	198.47	4.52

Del análisis microbiológico

En cuanto al microbiológico al comparar los resultados de la alfalfa desinfectada y sus subproductos, con los estándares que marcan la NOM-093-SSA1-1994 para ensaladas verdes y para salsas y purés cocidos¹⁵ (Cuadro 2), se encontró que la contaminación era muy elevada en la planta, en el jugo y en el gabazo a pesar de la aplicación del método de desinfección el cual consistió en dejar la alfalfa en agua clorada por espacio de 25 minutos (ocho gotas de hipoclorito de sodio por litro de agua). Sin embargo, cabe aclarar que la planta de alfalfa, el bagazo y el jugo no se utilizan para el consumo humano, sólo se utiliza para este fin el concentrado de alfalfa como producto final y al evaluar los resultados de este producto se observó que la carga microbiana estuvo por debajo de las normas sanitarias antes mencionadas.

Cuadro 2. Análisis microbiológico de la alfalfa y del concentrado

ALFALFA (MATERIA PRIMA)			
Microorganismos	Sin desinfectar Unidades formadas de colonias (UFC/gr.)	Desinfectada UFC/gr.	NOM-093-SSA1-1994 Ensaladas Verdes UFC/gr.
bacterias Mesofilicas Aeróbicas	45 000 000	13 000 000	150 000
Organismos Coliformes	20500 000	750 000	100
Hongos	115 000	35 000	
Levaduras	20 000 000	6 000 000	
JUGO OBTENIDO			
Microorganismos	Sin desinfectar la alfalfa UFC/ml.	Con desinfección de la alfalfa UFC/ml.	NOM-093-SSA1-1994 Aguas preparadas
Bacterias Mesofilicas Aeróbicas	690 000	1 100	150 000
Organismos Coliformes	83 000	31 000	100
Hongos	12 000 000	5 400	
Levaduras			
CONCENTRADO DE LA ALFALFA			
Microorganismos	Sin desinfectar la alfalfa UFC/gr.	Con desinfección de la alfalfa UFC/gr.	NOM-093-SSA1-1994 Salsas y pures cocidos UFC/gr.
Bacterias Mesofilicas Aeróbicas	28 300	500	5 000
Organismos Coliformes	15 700	<10	50
Hongos	12 600	<10	
Levaduras	20 000 000	8	

Del proceso participativo comunitario

En cuanto al proceso participativo en este trabajo se abordó desde un enfoque que buscó desarrollar la energía social y el poder interno que cada ser humano tiene para transformar su realidad y trascender las condiciones en que vive, propiciando una participación consciente, reflexiva y organizada. La implementación del programa alimentario inició con las siguientes actividades:

Reconocimiento del área de trabajo

Con este primer contacto se obtuvo una idea visual de la comunidad, la localización se hizo en forma descriptiva, indicando límites geográficos y utilizando croquis y mapa. Se procedió igualmente a ubicar a la población en un contexto más amplio, realizando recorridos a pie y en automóvil con el propósito de observar las condiciones físicas de la comunidad.

El abordaje comunitario

Se llevó a cabo mediante la identificación del estado nutricional de una muestra de niños menores de trece años de la población para iniciar la interacción con la colectividad. También se realizó una evaluación de las prácticas de alimentación mediante un cuestionario ex-profeso, el recordatorio de 24 horas y frecuencia de alimentos. Para evaluación antropométrica de los niños, se tomó los indicadores de peso para la edad y estatura para la edad, encontrando los siguientes resultados: en el indicador peso para la edad, el 18.2 por ciento presentó

bajo peso (menor a -2 D.E.) de acuerdo a las tablas NCHS/OMS (1978) y con el indicador de talla para la edad se registró un 15.3 por ciento de baja talla (menor -2 D.E) indicando retardo en el crecimiento lineal en los niños menores de trece años.

Formación de grupos de trabajo

A partir de una asamblea general se formó un grupo de trabajo en la comunidad conformado mayoritariamente por 30 mujeres, entre 23 y 55 años, 28 casadas, y dos madres solteras. Este grupo se mantuvo estable agregándose otras personas con diferentes grados de involucración motivadas por la curiosidad o por los comentarios que se hacían acerca de las actividades que se realizaban. Otras personas participaron indirectamente en el programa a través del consumo del concentrado de alfalfa.

De la estrategia para asegurar la incorporación del concentrado de alfalfa en la dieta de la población.

Para asegurar la aceptación del concentrado de alfalfa fue necesario realizar pruebas organolépticas de los alimentos enriquecidos con una escala hedónica de uno a cinco, en veinte mujeres y veinte niños que acudían al DIF de la localidad, se evaluó el sabor, el olor, el aspecto y la textura de los alimentos. Los principales problemas identificados fueron en cuanto al sabor y al color debido a que la alfalfa tiene un sabor fuerte que predominaba en los alimentos y el color de los mismos originaba cierto rechazo. En base a estos resultados se trabajaron estrategias de adecuación para remediarlos. El sabor fuerte y amargo del concentrado de alfalfa se resolvió mediante tres acciones: 1. La selección y corte de la alfalfa en su punto medio ya que las hojas viejas producen un concentrado con sabor más fuerte, 2. mezclar el concentrado con otros alimentos cuyo sabor predominaba y 3. fraccionar la cantidad de concentrado incorporándolo en varios alimentos. En cuanto el color se aprovechó la ventaja de incorporar el concentrado en alimentos que por naturaleza son verdes con el propósito de hacer menos notorio su aspecto, permitiendo esto la aceptación de los alimentos por parte de los otros miembros de la familia. Cuando las participantes asumieron un papel más activo,

surgió la idea de promover el concentrado de alfalfa en otras comunidades.

De la penetración comunitaria del programa

Para evaluar la penetración comunitaria del programa en la población, se entrevistaron 72 familias seleccionadas aleatoriamente. Considerando en este caso a la madre, como informante, se preguntó sobre: su participación dentro del programa, conocimientos y actitudes hacia el consumo del concentrado de alfalfa, obteniendo los siguientes resultados. (Cuadro 3). De las 72 mujeres entrevistadas el 66.7 por ciento contestó conocer el programa aunque sólo el 18.1 por ciento refirió participar activamente, mientras que el 23 por ciento manifestó conocer los beneficios de consumir el concentrado de alfalfa y en cuanto a las formas frecuentes de consumo predominó el agua con concentrado con el 35 por ciento.

Cuadro 3. Participación, conocimiento y actitudes hacia en consumo del concentrado de alfalfa

Grupo	Conocer el programa	Participar activamente	Conocer beneficios del concentrado	Formas de consumo
Mujeres n= 72	66.7 %	18.1 % 18.1 %	23 %	35.0% lo preparó en agua 22.8% guisados y sopas 34.7% en tortillas 7.5% otros

Discusión

El presente estudio partió de la necesidad de involucrar a la comunidad a través de una metodología participativa, entendida como una actividad organizada para que el investigador junto con los participantes buscaran estrategias de incorporación, aceptación y consumo de alimentos enriquecidos con concentrado de alfalfa en la dieta habitual de las familias. La experiencia señala que los cambios en hábitos y costumbres de alimentación son difíciles de lograr; pero cuando los miembros de la comunidad logran involucrarse en el programa, desde la planeación hasta su realización y deciden hacia donde avanzar, los resultados son exitosos.

La incorporación del concentrado para enriquecer los alimentos y la aceptación de los

mismos no fue una tarea fácil, este proceso fue largo, en el cual se presentaron muchos obstáculos, uno de ellos fue que la alfalfa era visualizada como alimento para animales, no para consumo humano.

Dentro de los problemas que enfrentamos en el desarrollo del proceso educativo encontramos al inicio del programa: la irregularidad y la impuntualidad de la asistencia de las participantes, puesto que las mujeres viven una cotidianidad muy imprevisible y no acostumbran planear sus actividades. Fueron muchas las sesiones de trabajo a fin de que el grupo comunitario tomara el proceso en sus manos, tanto en las dinámicas de la reunión como en la experimentación a través de la elaboración de alimentos adicionados con el concentrado, debido principalmente a la representación de la alfalfa como alimento para animales.

Para motivar la participación del grupo, se recurrió a la organización de concursos en la elaboración de recetas a las cuales se les incorporaba el concentrado de alfalfa, logrando con esto tener un amplio número de recetas de diferentes platillos. El resultado fue que se logró compilar varias recetas preparadas por las señoras en un recetario titulado "Cocinando con concentrado de alfalfa".

En la dinámica de las sesiones de trabajo se buscó y mantuvo una situación de permanente diálogo. La actividad educativa estuvo inserta en una propuesta de educación y participación comunitaria. Las demostraciones prácticas de alimentos enriquecidos con el concentrado de alfalfa favorecieron la aceptación e inclusión del concentrado en la dieta habitual de las familias de la comunidad de Toluquilla.

Es importante señalar que estos procesos requieren esfuerzos organizados y prolongados para sensibilizar a la comunidad. En términos generales evaluamos que las metas propuestas para esta experiencia se lograron: se aceptó y se llevó a cabo la inclusión del concentrado de alfalfa en la dieta habitual en las familias participantes.

Referencias bibliográficas

1. Figueroa PD. Vigilancia participativa de la seguridad alimentaria, en una comunidad de Cuba.

Rev. Salud Pública, 2005. 7 (1): 39-55.

2. Aguilar IM. La participación comunitaria en salud ¿Mito o realidad? En Experiencias de promoción de salud con la participación de la comunidad. Madrid España: Ed. Díaz de Santos; 2001. p 69-77.

3. Gay J. Proyectos participativos de seguridad alimentaria, nutrición y salud. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 1995. 45 (1): 379-81.

4. World B, Enriching Lives, Overcoming vitamin and mineral malnutrition in developing countries. Washington, D.C.: World Bank; 1994.

5. Oke O. Leaf protein research in Nigeria. LEAF PROTEIN: its agronomy, preparation, quality and use. Blackwell Scientific Publications Oxford and Edinburgh 1971.

6. Olusegun, LO. Leaf Protein Research in Nigeria En: Leaf Protein Concentrates (T. Lehel, ed), Wespors: Avi Publishing Company Inc, 1983 p 745-758.

7. Agustín JA, Beltrán JP. Quantitative determination of the protein citrus leaf extracts: a comparative study. Anal. Biochem, 1982; 127: 368-371.

8. Cázares UC. Estudio de la alfalfa como alternativa nutricional para el consumo humano. Tesis de Licenciatura, Facultad de Química: Universidad de Guadalajara, 1995.

9. Fausto GJ. Introducción de un complemento nutricional, concentrado de alfalfa mediante un proceso participativo. Tesis para obtener el grado de Maestría del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara; 1998.

10. Valadez I, Alfaro N, Fausto J., Aldrete G, Mendoza P. Una experiencia de educación popular en salud nutricional en dos comunidades del Estado de Jalisco. Cadernos de Saúde Pública de Brasil. 2000; 16 (3): 823-829.

11. Goetz, JP, LE C, Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid: Morata; 1988.

12. Valles M. Diseños y estrategias metodológicas en los estudios cualitativos. Técnicas cualitativas de investigación social. Ed. Síntesis; 1997.

13. Rocwell E. Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985) colección, Documentos del DIE, número 3. México: DIE; 1987.

14. Godessart N, Pares R, Juárez A. Microbial Coagulation of Alfalfa Green Juice. Applied and Environmental Microbiology. Barcelona España: 1987; p. 6-22.

15. Norma Oficial Mexicana NOM-093-SSA1-1994, Bienes y Servicios. Práctica de higiene y sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos. Apéndice Informativo B. De las especificaciones Sanitarias.

Conocimiento de Tuberculosis en pacientes y sus contactos en Veracruz, México*

(Knowledge of tuberculosis in patients and their contacts in Veracruz, México)

Aracelli Mariscal**, Claudia Ramírez Palacios**, Javier Fuentes Domínguez ***, Roberto Zenteno Cuevas****

Resumen

La tuberculosis (TB) se considera como una de las enfermedades infecto-contagiosas de mayor impacto en la salud pública, en todo el mundo la TB es responsable de tres millones de muertes anualmente y se estima que una tercera parte de la población mundial tiene la infección latente. México es uno de los países latinoamericanos con mayores incidencias y Veracruz se ubica dentro de los tres estados con las mayores aportaciones.

Los programas de control de TB han alcanzado niveles aceptables en la identificación y el tratamiento de personas con TB, el paso siguiente debe ser desarrollar métodos para prevenir casos nuevos. El conocimiento en torno a la situación de la TB, sus mecanismos de transmisión, su control terapéutico y su prevención, son primordiales si se desea romper la cadena epidemiológica de la transmisión de la enfermedad.

Así el objetivo de este trabajo fue el de evaluar en una muestra representativa de la población de la Jurisdicción Sanitaria No. VIII de los Servicios de Salud de Veracruz, México, el nivel de conocimientos de la TB tanto de los pacientes como de sus contactos y realizar en estos últimos un diagnóstico preliminar de TB, empleando tres técnicas con diferentes fundamentaciones.

De la población inicial de 69 individuos, y el análisis de las entrevistas de 18 pacientes y 35 contactos, se observó que la principal fuente de información es el personal médico. Sin embargo la población tiene un conocimiento medio sobre la tuberculosis y bajo en la

prevención. El análisis de las 159 muestras de espectoración, provenientes de 53 contactos, permitió la identificación de trece casos sospechosos de TB (25 por ciento), cinco por la técnica de tinción y once por la técnica de PCR, tres casos fueron positivos para ambas técnicas, ninguno fue confirmado por cultivo. Se concluye que la información recibida por el paciente tiene un enfoque más curativo que preventivo, es insuficiente en cantidad y calidad y que la técnica de PCR podría ser útil para el diagnóstico o seguimiento de contactos.

Summary

Tuberculosis is considered as one of infect-contagious diseases with the highest impact for the worldwide public health, is the responsible for 3 millions of deceases annually and it is estimated that one third of the global population have one latent infection. Mexico is one of the Latin-American countries with the highest incidences and Veracruz, is one of the three states with the uppermost apportionations.

The TB control programs have reach acceptable levels in the identification and treatment of people with TB, the next step is the develop of new methods for the prevention of new cases. The knowledge of the people around the situation of the TB, its mechanism of contagious, therapeutic control and prevention, are fundamentals if the epidemiological chain of the disease want to be broken.

So, the goal of this work was to evaluate in a representative sample of confirmed TB patients and their contacts, from the VIII jurisdiction,

** Egresadas de la Maestría en Salud Pública. Generación 2003-2005. Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. México.

*** Coordinador del programa estatal de Mycobacteriosis, Servicios de Salud de Veracruz, México.

**** Profesor- investigador del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. México. rzenteno@uv.mx

Veracruz, México, the level of TB knowledge and the use of three techniques to develop a preliminary diagnostic of TB in the contacts.

From the initial 69 individuals, the analysis of the questionnaires from 18 patients and 35 contacts show that the main source of information is the medical staff, however the population has a medium knowledge about the TB and low in the prevention area. The analysis of 159 expectoration samples from 53 contacts, identified 13 suspicious TB cases (25 por ciento), 5 by the Ziehl-Nielsen microbiological test and 11 by the polymerase chain reaction (PCR), 3 cases were positive with both techniques, none was confirmed by culture.

We conclude that the information received by the patient have one focus more curative than preventive, and its insufficient in quantity and quality and the PCR technique has an attractive potential to be used in the diagnosis and following of contacts.

Palabras clave: conocimiento, tuberculosis, contactos, diagnostico, PCR

Keywords: knowledge, tuberculosis, contacts, diagnostic, PCR.

Introducción

La TB es una de las enfermedades infecciosa más importante del mundo, un tercio de la población mundial está infectada; en los países en desarrollo las defunciones por TB representan 25 por ciento del total de muertes evitables, ocurren 98 por ciento de las defunciones por TB y se producen 95 por ciento de los casos de TB¹.

En México hasta la semana 16 del 2005 se reportaron 1570 nuevos casos de tuberculosis pulmonar, colocándose como uno de los países con más incidencia en América. Veracruz es uno de los estados del país que más casos aporta, durante el 2003 se reportaron 1760 casos, en el 2004 se registraron 1787 casos y hasta la semana 16 del 2005, se reportaron 570 casos. Dentro del estado, la Jurisdicción Sanitaria No. VIII (con sede en Veracruz-Puerto) es la que presenta mayor

morbilidad y mortalidad, ésta reportó en el 2003, 355 casos (20 por ciento), para el 2004 409 casos (22 por ciento), y hasta la semana 20 del 2005 se reportaron 121 casos (21 por ciento)². En cuanto a la mortalidad de las 114 muertes reportadas por tuberculosis pulmonar en el 2003, la jurisdicción VIII contribuyó con 22 personas (19 por ciento).

La TB pulmonar es la más contagiosa y generalmente se transmite de persona a persona por vía aérea. El riesgo de transmisión a los contactos se relaciona con varios factores del enfermo y el entorno ambiental³⁻⁴, afectando a las personas con las que convive habitualmente, familiares cercanos, amigos y compañeros de trabajo. Por ello resulta importante que una vez identificada una persona bacilífera, todas aquéllas personas cercanas se realicen los estudios pertinentes para establecer su condición infecciosa. Por lo que el diagnóstico subyace como uno de los pilares más importantes para el tratamiento de la TB debido a que provee la información para que se inicie el tratamiento oportuno y adecuado en un paciente tuberculoso. En este sentido los procedimientos más utilizados son la baciloscopía, la prueba de la tuberculina (PPD), el cultivo sólido y líquido y los sistemas de cultivo radiométricos y fluorométricos y más recientemente, el ELISA y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR)⁵.

Los programas de control para la prevención y el control de la TB han alcanzado niveles aceptables en la identificación y el tratamiento de personas con tuberculosis activa, pero el paso siguiente debe ser desarrollar métodos para prevenir casos nuevos. Por lo que se ha planteado la necesidad de mejorar las estrategias específicas de control, mediante la identificación temprana de casos, la promoción de la participación social, la atención integral, el registro y la notificación del caso, el seguimiento del paciente, la quimioprofilaxis, la promoción de y educación para la salud; y el estudio de sus contactos y la comunicación educativa⁶, quizá una de las actividades más importantes, debido a que ayuda a interrumpir la cadena de transmisión de la TB, pues se sabe que quince por ciento de todos los

nuevos casos de enfermedad tuberculosa aparecen en los contactos, por lo que su estudio presenta una gran rentabilidad⁷.

Una de las directrices más importantes en las nuevas estrategias de prevención y tratamiento de la TB es el incrementar la educación, y de esta forma lograr un mayor apego al tratamiento evitando su abandono, como un paso inicial hacia la prevención y control de la TB⁸⁻¹². En el mismo sentido se ha demostrado que el desconocimiento sobre la enfermedad propicia por parte de los pacientes la elección de diferentes alternativas para tratarla y esto contribuye a la propagación de la enfermedad¹³. Además, resulta relevante incrementar la detección de casos como elemento esencial para interrumpir la cadena de transmisión del bacilo tuberculoso⁷.

Entonces el conocimiento de los pacientes y sus contactos en torno a la situación de su enfermedad, sus mecanismos de transmisión, su control terapéutico, su prevención y disminución de las condiciones predisponentes, son primordiales si se desean obtener buenos resultados en las estrategias de control¹⁴. Mientras que el tratamiento supervisado de todas las personas con una tuberculosis activa es un componente primordial para el control de la TB, el diagnóstico precoz de los contactos infectados y su tratamiento, así como el poseer el adecuado conocimiento de la enfermedad en cantidad y calidad son los pilares para su erradicación.

Método

Aplicación del cuestionario y colecta de muestra

Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo. A partir de la prevalencia de TB en la Jurisdicción Sanitaria No. VIII de Veracruz (47.64/100 mil habitantes) para el 2004, se determinó un tamaño de muestra con un error tolerable de cinco por ciento y un índice de confianza del 99.99 por ciento. El resultado fue de 18 pacientes, los cuales fueron elegidos al azar, junto con éstos, se incluyeron a todos los contactos que habitaban en el mismo domicilio, de forma que la muestra quedó conformada por 69 personas, 18 pacientes y 51 contactos.

Se realizó una visita domiciliaría de marzo a junio del 2005, a los 18 pacientes y sus contactos, explicando la intención del estudio y la invitación a participar, asegurando en todo momento el anonimato de los participantes. Una vez obtenido el consentimiento informado por escrito se procedió a la aplicación del cuestionario por encuesta directa y explicación del procedimiento de colecta de las muestras biológicas, sólo para el caso de los contactos, (depositar en contenedores estériles la expectoración generada por la mañana, previo aseo bucal, por tres días consecutivos), las cuales fueron recolectadas en una visita posterior.

El cuestionario aplicado, se encontró conformado por cinco apartados; 1) Información socioeconómica, sexo, estudios, edad; 2) conocimiento de la enfermedad, 3) el conocimiento sobre el diagnóstico de la TB, 3) conocimiento sobre el tratamiento de la enfermedad y 4) conocimientos sobre la prevención de la tuberculosis pulmonar. Finalmente, se incluyó una pregunta para explorar cuál es la fuente de información que tienen los pacientes y sus contactos sobre la tuberculosis y, para el caso de los contactos, se anexó una pregunta más para saber si se le habían realizado algún estudio para determinar si padece TB. Varias de las preguntas se formularon con base a la normatividad nacional de TB, considerando además aspectos propuestos por Barreiro¹⁵ y Hao¹². Es de hacer mención que el cuestionario fue validado y considerado como una herramienta útil dentro de las actividades de educación para la salud para la prevención y control de la TB en la atención primaria a la salud¹⁶. La medición del cuestionario se realizó tomando en cuenta el número de respuestas correctas y se le asignó una escala cualitativa ordinal que comprende un conocimiento alto, medio y bajo.

Diagnóstico

El estudio microbiológico de TB en las muestras recolectadas de los contactos se realizó mediante tres técnicas diferentes i) baciloscopía por medio de la tinción de Ziehl Nielsen, ii) cultivo en medio Lowestein-Jensen y iii) la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del marcador RNA ribosomal 16s, el cual ha demostrado poseer una

sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de TB superiores al 80 por ciento¹⁷. Se considera como positiva a la técnica de PCR, aquella espectoración que genere un producto de amplificación de aproximadamente 580 pb, visible en un gel de agarosa al 1.5 por ciento.

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados usando el programa Epi-Info 2000. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva; en la comparación de medias la prueba de *t de student*, considerándose una significación estadística de $p < 0.05$. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba exacta de *Fisher* y *OR*.

Resultados

Un análisis descriptivo muestra que de los 69 individuos que participaron en el estudio, 18 (26 por ciento) eran casos y 53 (73 por ciento) contactos; el cuestionario fue aplicado al total de los casos y a 35 (68 por ciento) de los contactos, a ocho de ellos no se les aplicó por ser menores a la edad y ocho se negaron a ser entrevistados, (cuadro 1).

Cuadro 1. Características de los contactos y casos de TB que respondieron al cuestionario, Jurisdicción VIII, Veracruz, 2005.

CARACTERÍSTICAS	GRUPO					
	CASOS n = 18		CONTACTOS(1) n = 35		TOTAL(2) n = 53	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sexo						
Masculino	14	77.8	11	31.4	25	47.2
Femenino	4	22.2	24	68.6	28	52.8
Edad						
15 – 24	3	16.7	5	14.3	8	15.1
25 – 34	2	11.1	6	17.1	8	15.1
35 – 44	4	22.2	6	17.1	10	18.9
45 – 54	5	27.8	4	11.4	9	16.9
55 – 64	2	11.1	6	17.1	8	15.1
65 y más	2	11.1	8	22.9	10	18.9
Escolaridad						
Sin estudios		11.1	8	22.9	10	18.9
Primaria incompleta	5	27.8	5	14.3	10	18.9
Primaria completa	2	11.1	6	17.1	8	15.1
Secundaria incompleta	-	-	1	2.9	1	1.9
Secundaria completa	5	27.8	7	20.0	12	22.6
Preparatoria incompleta	1	5.6	4	11.4	5	9.4
Preparatoria completa	-	-	2	5.7	2	3.8
Licenciatura incompleta	2	11.1	-	-	2	3.8
Licenciatura completa	1	5.6	2	5.7	3	5.6

Fuente directa

1) 8 contactos se negaron a responder y 8 fueron menores de 15 años.

2) Casos + contactos que respondieron al cuestionario

Del total de la población, 47 por ciento de los sujetos fueron hombres y 53 por ciento mujeres. Sus edades fluctuaron entre los quince y los 78 años de edad, siendo los grupos predominantes de 35 a 44 años, y de 65 y más años con 18.9 por ciento cada uno. El 22 por ciento reportó secundaria completa (cuadro 1).

Conocimiento de la TB en casos y contactos

Con respecto al análisis del cuestionario el once por ciento de los casos y 20 por ciento de los contactos poseen un conocimiento alto sobre la TB, 66 por ciento de los casos y 51 por ciento de los contactos tienen un conocimiento medio, y 22 por ciento y 28 por ciento de los casos y contactos respectivamente tienen un conocimiento bajo.

El 50 por ciento de los casos y 40 por ciento de los contactos saben que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa, mientras que una proporción similar de los contactos (40 por ciento) desconocen qué tipo de enfermedad es la tuberculosis, al igual que 39 por ciento de los casos; sólo cinco por ciento de los contactos y de los casos creen que se trata de una enfermedad hereditaria. El 61 por ciento de los casos y 42 por ciento de los contactos identificaron a la tos como el síntoma característico de la tuberculosis mientras que 5.1 por ciento de los casos mencionaron a la diarrea; 27 por ciento de los casos y 40 por ciento de los contactos desconocieron un síntoma característico. El 83 por ciento de los casos y 94 por ciento de los contactos, saben que la tuberculosis es una enfermedad contagiosa y 70 por ciento de los casos y sus familiares reconocen que la tuberculosis se transmite por contacto directo con personas enfermas, mientras que el tres por ciento consideran otras causas y el resto desconoce la forma.

Conocimiento del diagnóstico de TB en casos y contactos

El 71 por ciento de los casos y 65 por ciento de sus contactos, saben que la enfermedad se diagnostica a través de exámenes de expectoración, mientras que seis por ciento de los contactos y siete por ciento de los casos mencionan que la enfermedad se diagnostica con exámenes de sangre, siete por ciento de los casos y 18 por ciento de los contactos mencionaron no saberlo. El 92 por ciento de los casos y 90 por ciento de los contactos saben que es necesario realizar exámenes de diagnóstico a las personas que están en contacto con los pacientes con tuberculosis, seis por ciento de los contactos mencionó que no era necesario, mientras que siete

por ciento y tres por ciento de los casos y contactos, no lo sabe. El 21 por ciento de los casos y 40 por ciento de sus contactos, saben que deben hacerse tres exámenes de expectoración para diagnosticar la tuberculosis mientras que 35 por ciento de los casos y 46 por ciento de sus contactos desconocieron el número necesario de análisis para diagnosticar la enfermedad. El 64 por ciento de los casos y 34 por ciento de los contactos mencionaron que se debe realizar cada mes el seguimiento de la enfermedad mediante el diagnóstico por baciloscopia; 21 por ciento de los casos y 21 por ciento de los contactos mencionaron mayor número de meses para el seguimiento de la enfermedad, mientras que el catorce por ciento de los casos y 43 por ciento de los contactos desconocieron el seguimiento.

Conocimiento del tratamiento de TB en casos y contactos

El 94 por ciento de los casos y 97 por ciento de sus contactos saben que el personal de salud es el encargado de proporcionar los medicamentos al paciente tuberculoso, mientras que cinco por ciento de los casos y cuatro por ciento de sus familiares, dijeron no saberlo. El 52 por ciento de los casos y el 42 por ciento de sus contactos saben que la duración del tratamiento para la tuberculosis es de seis meses; once por ciento de los casos y 39 por ciento de los contactos mencionaron no saberlo, y el resto mencionó otro periodo de tiempo. El 82 por ciento de los casos y 81 por ciento de sus contactos identificaron a una recaída como consecuencia del abandono del tratamiento, mientras que doce por ciento de los contactos mencionaron como consecuencia del abandono la presencia de otra enfermedad, 17 por ciento de los casos y seis por ciento de los contactos, dijeron no saberlo.

Conocimiento sobre la prevención de TB en casos y contactos

El 72 por ciento de los casos y 85 por ciento de los contactos dijeron que la tuberculosis es una enfermedad prevenible, cinco por ciento de los contactos mencionaron que la tuberculosis no se puede prevenir, mientras que 27 por ciento de los casos y ocho por ciento de los contactos lo desconocen. El 23 por ciento de los casos dijeron que la

tuberculosis se puede prevenir teniendo buenos hábitos alimenticios, de higiene y no fumar (23 por ciento). El trece por ciento de los contactos dijeron que sólo es necesario tener buenos hábitos alimenticios y tres por ciento mencionó a la higiene como una estrategia necesaria para prevenir la TB. El quince por ciento de los casos y 45 por ciento de los contactos desconocieron cómo se previene la tuberculosis, mientras que 23 por ciento de los casos y 39 por ciento de los contactos mencionaron otras medidas de prevención.

El 39 por ciento de los casos y 37 por ciento de los contactos dijeron que en las áreas de trabajo pueden existir sustancias o productos contaminantes que favorezcan la aparición de la enfermedad. El 27 por ciento de los casos y 25 por ciento de sus contactos dijo que ello no es posible y 33 por ciento y 37 por ciento menciono no saberlo. De los casos y contactos que mencionaron que en las áreas de trabajo pueden existir sustancias o productos contaminantes que favorezcan la aparición de la enfermedad, 42 por ciento de los pacientes y quince por ciento de los contactos, identificó a los polvos, humos, fibras y animales enfermos como dichos factores, catorce por ciento de los casos, dijo que tales factores eran los productos tóxicos y 42 por ciento de los casos y 30 por ciento de sus contactos, mencionaron otros factores.

Fuentes de información sobre TB en casos y contactos y estudios de diagnóstico de contactos

El 66 por ciento de los casos y 34 por ciento de sus contactos dijeron haber recibido información sobre la TB por personal médico de su centro de salud; once por ciento de los casos y 17 por ciento de los contactos mencionaron a un familiar o conocido, mientras que 22 por ciento de los casos y 20 por ciento de sus contactos, dijeron no haber recibido nunca información sobre TB (cuadro 2). En cuanto a estudios de diagnóstico preventivo en los contactos únicamente ocho por ciento mencionó la realización de baciloscopias, mientras que el 91 por ciento refirió que nunca le habían efectuado este análisis.

Cuadro 2. Fuentes de información sobre la Tuberculosis en casos y contactos de la Jurisdicción Sanitaria No. VIII, Veracruz, 2005.

FUENTE	CASOS n = 19		CONTACTOS n = 35		TOTAL n = 53	
	n	%	n	%	n	%
Un familiar	2	11.1	6	17.14	8	15.1
Un conocido	-	-	6	17.14	6	11.3
Personal médico de su centro de salud	12	66.7	12	34.29	24	45.3
Medios de comunicación	-	-	2	5.71	2	3.8
Libros	-	-	2	5.71	2	3.8
Nadie	4	22.2	7	20.00	11	20.7

Fuente: Directa.

Comparación de conocimiento general y por apartados de TB en casos y contactos

Estadísticamente mediante la comparación de medias, se observó que las diferencias del conocimiento general y por apartados (enfermedad, diagnóstico y prevención) no fueron significativas entre los casos y los contactos (cuadro 3).

Diagnóstico de los contactos y características generales

De los 51 contactos estudiados, 25 por ciento se identificaron como padres de los pacientes, mientras que 22 por ciento como amigos. El 60 por ciento de los contactos mencionaron más de diez años de convivencia con el paciente y once por ciento aludió una convivencia de menos de seis meses. De acuerdo a las horas de convivencia, 51 por ciento mencionaron más de seis horas, mientras que 48 por ciento reportó de una a seis horas (cuadro 4). El 20 por ciento de los contactos comparten la habitación con el caso, seis por ciento la cama, nueve por ciento cubiertos y vajillas y 17 por ciento reportó contacto físico "besos y abrazos" con el caso. De acuerdo al tiempo y características de los contactos encontramos que 65 por ciento son del tipo íntimo mientras que 34 por ciento son de tipo frecuente.

Cuadro 3. Resultados del Conocimiento General de la Tuberculosis en casos y contactos de la Jurisdicción Sanitaria No. VIII. Veracruz, 2005.

Sección	Rango de calificación	Sujetos n = 53	Media	IC 95%	Valor de p*
Conocimiento General	-1 – 17	Pacientes	8.94	6.69 – 11.19	0.789
		Contactos	8.60	7.09 – 10.10	
		Total	8.71	7.51 – 9.92	
Conocimiento de la Enfermedad	-2 – 5	Pacientes	2.94	1.84 – 4.04	0.180
		Contactos	2.20	1.61 – 2.78	
		Total	2.45	1.92 – 2.97	
Conocimiento del Diagnóstico	-1 – 5	Pacientes	2.16	1.24 – 3.08	0.546
		Contactos	2.48	1.87 – 3.10	
		Total	2.37	1.88 – 2.87	
Conocimiento del Tratamiento	0 – 5	Pacientes	3.66	2.86 – 4.46	0.745
		Contactos	3.80	3.35 – 4.24	
		Total	3.75	3.36 – 4.14	
Conocimiento sobre Prevención	-2 – 3	Pacientes	0.1	-0.47 – 0.69	0.993
		Contactos	10.1	-0.34 – 0.56	
		Total	10.11	-0.23 – 0.46	

Fuente: Directa.

*p: determinado por comparación de medias con la prueba de t, nivel de significación 0.05.

Cuadro 4. Convivencia diaria en horas de los contactos con los casos de Tuberculosis de la Jurisdicción Sanitaria No.VIII. Veracruz, 2005.

Tiempo de convivencia	frecuencia	%
MENOS DE 1 HR	-	-
DE 1 HR A 6 HRS	17	48.6
MÁS DE 6 HRS	18	51.4

De las 159 muestras de los 53 contactos estudiados, trece (25 por ciento) fueron positivos a algún procedimiento diagnóstico, de los cuales cinco (nueve por ciento) fueron positivos a la baciloscopia y once (21 por ciento) a la técnica de PCR, tres casos dieron positividad a los dos procedimientos, ningún caso se confirmó por la técnica de cultivo. Dentro de los contactos positivo al diagnóstico, el 61 por ciento reportó una edad mayor a los 40 años, en el 46 por ciento el personal médico fue la principal fuente de información, el 80 por ciento mostró un nivel medio en el conocimiento general de la enfermedad, sin embargo el 85 por ciento reportó un nivel de conocimiento bajo en la prevención y el 69 por ciento se ubicó como un contacto de tipo íntimo (cuadro 5).

Análisis bivariado de casos y contactos de TB

Se realizó la prueba de riesgo relativo "OR" y prueba exacta de Fisher para medir la fuerza de asociación entre las variables nivel de conocimiento, fuente de información, contactos positivo y tipo de contacto. Al asociar el nivel de conocimiento bajo con fuentes de información distintas al personal médico se obtuvo una OR de 2.89 ($0.53 < OR < 17.13$) con una $p = 0.14$; al asociar el nivel de conocimiento bajo con los contactos positivos, se obtuvo una OR de 3.33 ($0.30 < OR < 84.35$), con una $p = 0.27$ y al asociarse el contacto íntimo con los casos positivos detectados se obtuvo una OR de 3.21 ($0.47 < OR < 27.29$) con una $p = 0.1654$.

Cuadro 5. Características generales de los contactos que dieron positivo a algún procedimiento diagnóstico en la población de la Jurisdicción Sanitaria VIII. Veracruz, 2005.

No. Muestra	Edad	Resultados del Cuestionario					Fuente de Información	Resultados de Laboratorio		Tipo de Contacto
		Conoc. Gral.	C. Enf.	C. Dx.	C. Tx.	C. Prev.		Baciloscopia	PCR	
52	-	N/C	-	-	-	-	N/C	Positiva	Positiva	-
54	39	Medio	Medio	Medio	Alto	Bajo	M.C	Negativa	Positiva	Frecuente
82	77	Alto	Alto	Medio	Alto	Bajo	P. Med.	Negativa	Positiva	Intimo
83	68	Medio	Alto	Medio	Alto	Bajo	P. Med.	Negativa	Positiva	Intimo
84	75	Bajo	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Familiar	Negativa	Positiva	Intimo
86	55	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	P. Med.	Negativa	Positiva	Intimo
90	45	Medio	Alto	Bajo	Alto	Bajo	P. Med.	Negativa	Positiva	Intimo
98	32	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	P. Med.	Positiva	Positiva	Frecuente
100	44	Medio	Bajo	Medio	Alto	Bajo	P. Med.	Positiva	Positiva	Intimo
101	-	N/C	-	-	-	-	N/C	Negativa	Positiva	-
102	15	Medio	Medio	Medio	Alto	Bajo	Familiar	Negativa	Positiva	Intimo
77	57	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Familiar	Positiva	Negativa	Intimo
92	44	Medio	Alto	Medio	Alto	Bajo	Conocido	Positiva	Negativa	Intimo

Fuente: Directa

Nota: Todos las pruebas de laboratorio por cultivo salieron negativas

Conoc. Gral.: Conocimiento General

C. Enf: Conocimiento de la Enfermedad

C. Dx: Conocimiento del Diagnóstico

C. Tx: Conocimiento del Tratamiento

C. Prev: Conocimiento de la Prevención

N/C: No contesto

MC: Medios de comunicación

P. Med: Per

Discusión

El nivel de conocimiento observado en los casos con tuberculosis pulmonar y sus contactos en la Jurisdicción Sanitaria VIII de Veracruz fue medio, dato que se asemeja a lo publicado por Hoa¹², y que concuerda también con lo encontrado en la población urbano-rural de Tierra Blanca, Veracruz¹⁶. Aunque la mayoría de los participantes identifican a la tuberculosis como una enfermedad infecciosa, se encontró que una proporción significativa de la población, 40 por ciento de los contactos y 38 por ciento de los casos, desconocen que tipo de enfermedad es la tuberculosis, así también, se encontró que la gran mayoría de los casos (61 por ciento) y de los contactos (42 por ciento) identificaron a la tos como el síntoma característico de la TB, hallazgo similar a lo reportado por Wandaló¹⁰ y Ramírez¹⁶. No obstante un número elevado de contactos (40 por ciento), desconocen los síntomas característicos de la enfermedad.

En lo que se refiere a la duración del tratamiento y los riesgos del abandono y sus consecuencias, 82 por ciento de los casos y 81 por ciento de los contactos mostró un conocimiento alto, lo cual coincide con lo reportado por Peterson⁹ y Ramírez¹⁶, esto resulta de singular importancia ya que un conocimiento alto sobre la enfermedad, se asocia con una actitud favorable a la terapia y garantiza una alta adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Sin embargo, se observó un conocimiento limitado en cuanto a la prevención; aunque la mayoría de los casos (72 por ciento) y sus contactos (85 por ciento) dijeron que la tuberculosis es una enfermedad prevenible, 69 por ciento de los casos y el 86 por ciento de sus contactos, no saben cómo se puede prevenir. Otro hallazgo importante fue

que 65 por ciento de todos los contactos son de tipo íntimo, mientras que dentro de los contactos con positividad a los procedimientos diagnósticos realizados en este estudio, 69 por ciento resultaron tener un contacto íntimo con el paciente.

Al igual que Hoa¹² y Ramírez¹⁶, en este estudio encontramos que la principal fuente a través de la cual los pacientes reciben información sobre la TB es el personal médico, sin embargo, el porcentaje resultó bajo, 45 por ciento, es decir menos de la mitad de la población estudiada recibe información sobre la tuberculosis por parte del personal de salud. Finalmente el hecho de no observar diferencias significativas en las medias de conocimiento general y por apartados, entre los casos y los contactos (cuadro 4), manifiesta que las necesidades diferenciadas de información y conocimiento sobre la TB no han sido suficientemente exploradas para orientar mejor la comunicación sobre el tema. Esto es de primordial importancia ya que se estaría reflejando que la población no estaría recibiendo información suficiente, oportuna y adecuada sobre la enfermedad. Aunado a esto, se puede apreciar que dicha información tiene un sentido predominantemente curativo y no preventivo.

Se han demostrado los efectos positivos que tienen los programas de educación para la salud bien estructurados, en la continuidad, cuidado y adherencia al tratamiento de TB⁸⁻¹² entre los pacientes con tuberculosis y su comunicación con el personal de salud^{12, 18}. De hecho, uno de los objetivos más importantes dentro de los programas de educación sobre la tuberculosis es que los pacientes tengan información desde el inicio de su tratamiento y que esta sea continua, sin embargo dichos programas deberán también incluir como un componente importante, a los contactos de los enfermos¹⁹.

Mientras que el tratamiento de todas las personas con tuberculosis activa es la prioridad de los programas de prevención y control de la tuberculosis, la investigación de los contactos constituye el pilar fundamental para la erradicación de la enfermedad⁶. En

este contexto diversos estudios indican que existe un riesgo elevado de transmisión e infección de personas que tienen un contacto cercano con enfermos de tuberculosis como son los contactos caseros de pacientes positivos a la enfermedad²⁰⁻²². De tal forma el desconocimiento de casos y su no tratamiento, representa un elevado factor de riesgo para la diseminación del bacilo tuberculoso y la presentación de nuevos casos de la enfermedad, primordialmente en sus contactos inmediatos²³. Esta información tiene un especial valor al detectarse en este estudio que al 91 por ciento de los contactos no se les realizó ningún estudio previo de diagnóstico de TB; a partir de nuestros análisis de laboratorio se diagnosticaron trece posibles casos (25 por ciento), de esta población 46 por ciento recibió información a partir del personal médico, sin embargo 80 por ciento de las personas de este grupo obtuvieron un nivel medio en el conocimiento general de la enfermedad, 100 por ciento reportó un conocimiento bajo en el apartado de prevención, y 69 por ciento manifestó un contacto de tipo íntimo con el paciente. Si bien las pruebas de asociación no mostraron significancia estadística entre el nivel de conocimiento y la fuente de información, $OR=2.89$ ($0.53 < OR < 17.13$) $p=0.14$, el resto de las características descritas para los contactos positivos confirma que la información y atención que se proporciona los contactos son escasas en el área de prevención.

Una de las mayores limitantes de este estudio fue el no haber observado crecimiento de bacteria con la técnica de cultivo en medio Lowestein-Jensen, lo cual nos hubiera permitido confirmar los diagnósticos de baciloscopia y PCR; para el caso de las muestras analizadas en este trabajo, estaríamos hablando de contactos con probables procesos infecciosos iniciales asintomáticos, características que se ha visto disminuye considerablemente la sensibilidad de la técnica de cultivo²⁴⁻²⁵, en el mismo sentido las características microbiológicas de esta cepas han demostrado una alta concentración de contaminantes y bacterias u hongos, resistentes estas últimas al proceso de descontaminación y causantes de inhibición del crecimiento

mycobacteriano²⁶, finalmente habría también que considerar que ese número pequeño de bacterias, debido al proceso de transportación y procesamiento para el cultivo pudieron haber perdido su viabilidad, hecho que no afecta a la tinción microbiológica. Por otro lado se ha demostrado que la sensibilidad de la técnica de PCR es alta, ya que es necesario contar con el ADN de solamente 10 a 25 bacilos en toda la muestra, para obtener un producto de amplificación, o resultado positivo²⁶; lo cual ubicaría a esta técnica como una herramienta altamente sensible y específica útil para el estudio de contactos, habría que desarrollar más estudios en este sentido a fin de comprobar la efectividad de esta propuesta.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. The World Health report 2000. Health systems: Improving performance: Geneva, 2000. Tuberculosis 2002; 5(1):1-8.
2. Secretaria de Salud de Veracruz; Boletín Epidemiológico, Semana 3, 2005. http://portal.ssaver.gob.mx/pls/ssaver/docs/FOLDER/BOLETIN/BOLETIN_EPIDEMIOLOGICO/BOLETIN_2005/SEMANA_por_ciento2020_por_ciento202005.PDF [Fecha de última consulta 27 de Enero 2005].
3. Sepkowitz KA. How contagious is tuberculosis? Clin Infect Dis 1996; 23:954-62.
4. Lienhardt C. From exposure to disease: The role of environmental factors in susceptibility to and development of tuberculosis. Epidemiol Rev 2001; 23:288-301
5. Zenteno R. Pasado, presente y futuro de las técnicas diagnósticas de tuberculosis. Rev Inst Nac Enf Resp Mex 2003; 16(3): 181-186.
6. 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
7. Toman K. Tuberculosis. Detección de casos y quimioterapia, preguntas y respuestas. OPS. 1980.
8. Marina JS, Willsie JK, McBride D, Hamburger SC. Knowledge of tuberculosis in high-risk populations: survey of inner minorities. Int J Tub. Lung Disease 1998; 2(10): 804-810.
9. Peterson Tulsy J, Castle White M, Young J, Street T. Knowledge and attitudes about tuberculosis and tuberculosis control among homeless adults. Int J Tuberc Lung Disease. 1999; 3(6): 528-533.
10. Wandwalo ER, Morkveo. Knowledge of disease and treatment among tuberculosis patients in Mwanza, Tanzania. J Tuberc Lung Disease 2000; 4(11): 1041-1046.
11. Xianyi C, Fengzeng, Hogjin D, et al. : The DOTS strategy in China: results and lessons after 10 years. Bull World Health Organ 2002; 80:430-436.
12. Hoa N., Diwan V., Co N., Thorson A. Knowledge about tuberculosis and its treatment among new pulmonary TB patients in the north and central regions of Vietnam. Int. J. Tub. Lung Dis. 2003. 8 (5): 603-608.
13. Álvarez G, Álvarez J, Dorantes J, Halperin D. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Rev. Salud Pública Mex 2000; 42(6): 520-28.
14. Corona, Casas, Chalgub M, Armas L. Conocimientos percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis 1994-1996. 2000. Rev Cubana Med Trop, 52 (2): 110-4.
15. Barreiro R.E., Pimentel DR. Estudio sobre el conocimiento y las actitudes de la población del cruce de Arroyo Hondo (Matanzas, Baní) con respecto a la tuberculosis. Rev. Med. Dom. 2000; 61(1):14-17.
16. Ramírez C, Mariscal A, Flores E, Santos F, Zenteno R. Tuberculosis y conocimiento de la enfermedad. Altepepaktli. 2005; 1 (1): 26-32.
17. Zenteno R, Gonzalez L. Cuellar A, Parisi A., Fuentes J.: Detection of Mycobacteria by in house PCR amplification of rRNA 16s, in sputum specimens from patients from Veracruz, Mexico. En prensa Bioquímica, (2007).
18. Liam C K., Lim K H., Wong C M., Tang B G. Attitudes and knowledge of newly diagnosed tuberculosis patients regarding the disease, and factors affecting treatment compliance. International J. Tub. Lung Dis. 1999; 3: 300-309.
19. Shetty N, Shemko M, Sbbas A. Knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis among immigrants of Somalian ethnic origin in London: a cross-sectional study. Communicable disease and Public Health. 2004; 7(1):77-82.
20. Lemos AC, Matos ED, Pedral-Sampaio DB, Netto EM.: Risk of tuberculosis among household contacts in Salvador, Bahia. Braz J Infect Dis. 2004;8 (6):424-30.

21. Becerra MC, Pachao-Torreblanca IF, Bayona J, Celi R, Shin SS, Kim JY, Farmer PE, Murria M. Expanding tuberculosis case detection by screening household contacts. *Public Health Rep.* 2005;120 (3):271-7.
22. Tornee S, Kaewkungwal J, Fungladda W, Silachamroon U, Sunakom P. Risk factors for tuberculosis infection among household contacts in Bangkok, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2004; 35(2):375-83.
23. Skodric T. New insights into transmission of tuberculosis. *Med Pregl.* 2004; 57 (11-12): 561-565.
24. Colebunders R, Bastian I. A review of the diagnosis and treatment of smear-negative pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4:97-107.
25. Moran MMC, Aceves HD, Peña MO, Gallegos AM, Flores MS, Montoya FH, Figueroa LE, Villa ML, Sánchez CJ. Detección de *Mycobacterium tuberculosis* mediante la reacción en cadena de la polimerasa en una población seleccionada del Noroccidente de México. *Rev. Panamericana de Salud Pública* 2000; 7 (6): 389-394.
26. Lima DM, Bollela VR, Jacomo BJ, Martinez R, Lopes da Fonseca BA. Identification of mycobacterium species in contaminated cultures by polymerase chain reaction. *Chest journal.* 2005; 127(4):1283-8.
27. Altamirano M, Kelly MT, Wong A, Bessuille ET, Black WA, Smith JA. Characterization of a DNA probe for detection of *Mycobacterium tuberculosis* complex in clinical samples by polymerase chain reaction. *J Clin Microbiol* 1992; 30:2173-2176.

Agradecimientos

Se agradece el apoyo brindado por el personal de la Jurisdicción Sanitaria No. VIII de los SESVER, para la realización de este trabajo.

La reforma del sistema de salud en México*

(The reformation of the Mexican health system)

Asa Cristina Laurell**, Elsa Ladrón de Guevara Morales***

Pregunta (P). ¿Por qué si el derecho a la salud está garantizado constitucionalmente, éste no se cumple cabalmente en nuestro país?

Respuesta (R). Yo creo hay una contradicción en la propia Constitución, porque en el artículo cuarto se concede el derecho a la protección a la salud a todos los mexicanos, pero no se dice quien tiene que garantizar este derecho; un derecho que no tiene un responsable de garantizarlo, es entonces una declaración de principio pero no es un derecho exigible. Sin embargo, también es importante decir que en México hay jurisprudencia que determina que es el Estado el que está obligado; en el caso de las instituciones de seguridad social ahí sí es un derecho exigible, de tal manera que para quien no se cumple este derecho es para la población no asegurada, que hoy en día según el último Censo de Población es el 55 por ciento de la población.

P. Tanto las instituciones de seguridad social como los servicios de atención a la salud de la población no derechohabiente enfrentan una crisis, expresada entre otras cosas por el desabasto de medicamentos e insumos, listas de espera para acceder al segundo nivel de atención y deterioro de las condiciones laborales y salariales de los trabajadores de la salud, así como problemas de sustentabilidad en el sistema de pensiones ¿Cuáles son los factores que desencadenaron y mantienen esta crisis?

R. Yo creo que esa crisis en realidad empezó cuando se cambió lo que era el Proyecto Nacional por el Proyecto Neoliberal, que

como todos recordamos fue en el año 1983; después del derrumbe financiero el cual fue una crisis de deuda externa.

Lo que ocurrió en la primera fase de ese proyecto -llamada la fase de estabilización-, fueron dos hechos los que generaron la crisis de las instituciones de salud: por una parte hubo una depresión salarial muy importante, además, se paró prácticamente el empleo y esos dos hechos afectaron directamente a los institutos de seguridad social, ya que las cotizaciones a la seguridad social eran porcentajes sobre el salario, y cuando cae el salario cae en la misma proporción los ingresos de los institutos de seguridad social, y por otro lado, como no se generó el empleo, esto significó que no había crecimiento de nuevos afiliados, lo que trajo como consecuencia que dentro de las instituciones de seguridad social se alterara gravemente la relación de los trabajadores activos que están cotizando y los trabajadores que se jubilan.

La otra vertiente de la fase de estabilización fue una decisión de orden político, consistente en recortar todos los presupuestos sociales para hacer frente a la crisis fiscal del Estado, y esta decisión se constituyó en un golpe muy fuerte a los servicios de salud para la población abierta.

Lo que se puede decir y que es verificable, es que hubo una caída en los presupuestos de salud de alrededor del 50 por ciento y en algunos casos un poco más, para 1997 aún no se había recuperado el nivel de presupuesto por persona existente antes de la crisis; con estas medidas se inició un largo camino de

*El trabajo que se presenta es una entrevista que se realizó el 16 de marzo del 2007 a la Dra. Asa Cristina Laurell en el marco del Seminario: "La Reforma del Sistema de Salud en México" evento que tuvo como propósito analizar los procesos de reforma del Sistema de Salud en México de 1995 a 2006. Se efectuó en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

**Dra Asa Cristina Laurell. Ex secretaria de salud del gobierno del Distrito Federal.

***Elsa Ladrón de Guevara Morales. Investigadora tiempo completo. Coordinadora del área disciplinar de administración de servicios de salud. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. México. elsaladron@uv.mx

deterioro y de desfinanciamiento de los servicios de salud. Esto se expresa de distintas maneras en las distintas instituciones; en la seguridad social lo que ocurrió fue el desfinanciamiento, que por ciento, se suponía que se iba a reponer con la reforma de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1995 y que entró en rigor el 1997, uno de los compromisos explícitos del entonces presidente Zedillo era que con ese nuevo esquema de cotización que se aprobó se iban a refinanciar los servicios del IMSS. Cuando se analizó la reforma -y lo señalamos- lo que se hizo en realidad fue introducir una cuota fija para el Estado, pero esa cuota fija apenas o ni siquiera compensó lo que se aprobó respecto a bajar la cotización a los patrones, particularmente a las empresas que tienen los niveles salariales más altos, y en esos términos el fondo global de salud para el IMSS no se incrementó más bien disminuyó.

Además, se tomó una decisión totalmente arbitraria en el sentido de que el 1.5 por ciento del salario base de cotización se destinaría para financiar los servicios de salud de los pensionados, decisión arbitraria porque no hubo ninguna base actuarial ni nada que sustentara esa decisión, y hay que agregar a esto la falta de incorporación de nuevos trabajadores; estos hechos se han traducido en un déficit permanente, ya que el gasto en servicios de salud de los pensionados se ha incrementado, no porque son pensionado sino porque son los que tienen las patologías crónicas que tienen un mayor costo de tratamiento, aunque probablemente no tan alto como se podría pensar a primera vista, porque también hay seguramente mucha fuga de recursos y una falta de calidad en los servicios.

Se estima que el IMSS en los diez últimos años ha tenido un creciente desfinanciamiento tanto en lo que es inversión como en lo que es gasto de operación, que se expresa entre otras cosas por una parte, en el deterioro del equipamiento de las propias instalaciones hospitalarias y en las clínicas de medicina familiar. Se calcula que se requeriría de un presupuesto emergente inmediato para poder tener los indicadores de infraestructura, de

personal y de equipamiento del orden de 50 mil millones de pesos. Además, hay un déficit en el gasto de operación que ha hecho que se esté restringiendo la prestación de los servicios eso se traduce en largas listas de espera, una de las medidas que se tomaron -que también fue muy desafortunada- es que se eliminó prácticamente lo que eran las suplencias a través del concepto 08, situación que incrementó mucho la presión sobre los trabajadores del IMSS.

Por último en esa misma línea, están obligando al IMSS a tener reservas actuariales determinadas de una manera -yo diría- discrecional, pues no se conoce cuál es la base del cálculo de esas reservas actuariales; además, se está utilizado esta situación de las reservas como un mecanismo para presionar sobre el propio instituto y particularmente sobre su sindicato, eso se observó con toda claridad cuando se dio el conflicto interno sobre el régimen de jubilación y pensión de los propios trabajadores del instituto, porque ahí la postura de las autoridades fue: ningún peso del fondo actuarial ni una nueva plaza hasta que accedan al cambio contractual que se está proponiendo.

Pero las reservas actuariales no solamente se ha utilizado para presionar sobre el sindicato del IMSS, ya que en este último presupuesto de 2007, la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados, había propuesto y aprobado la utilización de siete mil millones para infraestructura y para comprar equipo y el Secretario de Hacienda dijo que no tenía ningún peso para inversión porque debería preservarse la reserva actuarial.

Lo que se está propiciando es que se llegue a un desprestigio muy importante de las instituciones públicas, en este caso del IMSS, porque aparece como si fuera ineficiente y que casi por naturaleza prestara los servicios. No hay que olvidar que el Instituto Mexicano del Seguro Social fue un ejemplo de buenos servicios, un ejemplo de actualización científica y lo fueron estrangulando. En este momento ya han generado una situación que hace mucho más posible atacar a esta institución.

En el caso de los servicios de la Secretaría de Salud, que fueron descentralizados como parte del cambio estructural en el sector salud, lo que ocurrió es que no se dio el presupuesto suficiente, porque hay que reconocer que el presupuesto per cápita en la población abierta representa la mitad del que se le asigna a la población del Seguro Social el cual es ya de por sí es demasiado bajo, podemos imaginar lo que significa en términos de la población abierta que se atiende.

La pregunta en todo caso es si el Seguro Popular que se supone está dando recursos frescos, está en condiciones de poder remediar el déficit que se tiene, yo diría -por la manera como está concebido el Seguro Popular- que el financiamiento que se está otorgando en realidad no se constituye en recursos frescos para los sistemas estatales de salud, porque están manejados por la Comisión Nacional de Protección Social de Salud y por los Regímenes Estatales de Previsión Social y allí no hay ninguna garantía en dos sentidos: primero, lo que hasta ahora se puede ver es que ha sido un manejo muy ineficiente de esos recursos, incluso ha habido casos donde se están investigando corrupciones más o menos importantes, por otra parte, frente a las dificultades que enfrentan los servicios estatales (por los fuertes rezagos en infraestructura y gastos de operación) para prestar los servicios, se está recurriendo a la subrogación de servicios con el sector privado, sin tener bien establecido cuál es el tabulador que se debe pagar, a pesar de que es ampliamente conocido, que la prestación de los servicios privados siempre resulta más caro que la prestación de servicios en el sector público.

Por lo anterior, en realidad no hay ninguna garantía, de que estos recursos efectivamente vayan a ser utilizados para ampliar la infraestructura, para regularizar el personal y garantizar que haya insumos necesarios en los servicios de estatales de salud; ésta es una de las objeciones de fondo al Seguro Popular.

P. En otros países como en Chile inicialmente y posteriormente en Colombia, se han impulsado reformas en el sector salud similares a las que

se han estado instrumentando en México en las últimas décadas ¿Quisiera comentar los resultados de estas políticas en aquellos países?

R. Bueno tomemos primero el caso chileno que creo que es paradigmático realmente porque hoy día están revisando todo el sistema. Lo que se hizo en Chile fue una variante mucho más radical en términos de la actividad privatizadora porque se destruyó el Servicio Nacional de Salud y se introdujo un seguro obligatorio, la población podría optar o bien por las administradoras de fondos privados (ISAPRES) o adscribirse al Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Lo que ocurrió en Chile es que las ISAPRES tenían la posibilidad de rechazar a la gente e hicieron lo que es uno de los vicios más conocidos en economía de la salud, es decir, hicieron una selección adversa ya que admitieron a la gente sana con altos ingresos altas cotizaciones y rechazaron a los pobres y a la gente enferma, incluso en el origen tenían que reafiliarse cada año, lo que implicaba que si alguien adquiría una enfermedad crónica en el transcurso de un año, en el siguiente ya no los aseguraban, generando así una canalización hacia el sector público de los más enfermos.

Pero aún con esas facilidades que le dieron al sector privado nunca cubrió a más del 20 por ciento de la población, sin embargo concentraban casi el 50 por ciento del presupuesto. Mientras que el sector público se quedaba con la población de bajos ingresos y tenía que abastecer de servicios de salud al 80 por ciento de la población.

Es importante señalar que después de casi diez años de estar funcionando este sistema en Chile, se empezó a hablar de la crisis del sector salud. En cuanto a la satisfacción de los usuarios, a través del levantamiento de encuestas se encontró que a pesar de las dificultades financieras y la gran carga de demanda que tenía los servicios públicos, la satisfacción de la población que se atendía en estos era mayor que la que manifestaba la población que se atendía en el sector privado.

Por todo lo anterior, actualmente se están tomando medidas relacionadas con el establecimiento de paquetes obligatorios para los ISAPRES, para que incluyan un componente preventivo más fuerte. Yo diría que lo que ocurrió en Chile con el crecimiento de los ISAPRES sobretodo (no tanto de los prestadores privados de servicios), es que se generaron intereses económicos muy importantes ligados a los grupos financieros y a mi modo de ver, esta es una de las razones por la cual la actual presidenta de Chile no ha podido y no ha querido atacar de fondo al problema, ya que es un problema político de conflicto con los grandes intereses financieros.

La reforma de Colombia se inició con la Ley 100 en 1993, con algunas variantes importantes es el antecedente inmediato del actual Sistema de Previsión Social y creo que es importante señalar y recordar que participó directamente en esa reforma Julio Frenk, como asesor del entonces Ministro de Salud de Colombia Juan Luis Londoño, hicieron todo el modelo básico que denominaron Pluralismo Estructurado, pluralismo porque parte de toda la connotación neoliberal que introduce tanto administradores de fondo de salud como prestadores de servicios de salud privados aunque también había públicos.

Básicamente lo que se hace con la reforma a través de la Ley 100 es plantear una nueva legislación en donde se establece la obligatoriedad de un seguro de salud para los que tienen capacidad contributiva, y para la población que está clasificada como muy pobre, entra en un régimen subsidiario de donde se establece un paquete de servicios restringidos (en comparación con el régimen contributivo), que se financia a través de un subsidio estatal. Se mantiene también un fondo especial para las actividades de salud pública que queda en manos del sector público.

Con ese seguro en la mano, los asegurados que pueden decidir quien va a ser el administrador de sus fondos, y los administradores de los fondos del seguro son los que compran los servicios a los prestadores privados, sobre un principio esencialmente competitivo.

En esos términos lo que ha ocurrido -y yo creo que es muy importante subrayarlo- que casi la mitad de los hospitales públicos han cerrado, se ha incrementado muchísimo la dificultad para acceder a los servicios de salud, y lo que era el sistema de intervención en salud pública relativamente consistente antes de la Ley 100 prácticamente colapsó bajo el modelo actual, ya que las coberturas de vacunación bajaron, el programa de tuberculosis también casi colapsó, lo que era el combate al paludismo también tuvo un retroceso muy importante. Es también muy interesante observar que hasta hace dos años la población cubierta por un seguro de salud obligatorio era alrededor del 60 por ciento, con fuertes evidencias de que el aseguramiento está generando reestratificación, ya que se asegura a la población con ingresos altos y empleo formal que está obligada a cotizar.

P. ¿Considera que las reformas que se han impulsado en las instituciones de salud de México lograrán resolver los problemas de calidad, equidad y sustentabilidad que prevalecen?

R. Yo estoy convencida de que las reformas que se han hecho, como la reforma del IMSS, no ha garantizado ninguno de estos elementos. Creo que el trasfondo de estas reformas en realidad es la privatización de los servicios, lo que menos garantizará la sustentabilidad y la calidad, existe una agenda oculta en las reformas y esta agenda no ha sido explícita porque hay una opinión pública muy adversa a la privatización, el hecho de hacer la separación del financiamiento de la salud de lo que es la prestación de los servicios de salud, es una condición necesaria para que se empiece a contratar los servicios privados, yo creo que próximamente vamos a ver también la entrada de administradores privados de esos fondos. De tal manera que yo creo que las reformas incluyendo la del ISSSTE que está a marchas forzadas en estos días, en realidad no van a resolver los problemas.

Lo que es francamente lamentable, es ver como se están copiando esquemas que ya han demostrado en otros países que no sirven y no resuelven los problemas, de tal manera que

vamos a estar dentro de diez años otra vez planteando la crisis en el sector salud. Yo creo que no se están tomando las medidas que deben de tomarse, las medidas que deben tomarse es el refinanciamiento de los servicios, garantizar la suficiente infraestructura y eso requiere el incremento del presupuesto, pero un presupuesto que realmente sea utilizado eficientemente y visualizando las condiciones a largo plazo para que se pueda garantizar un sistema público de salud.

P. ¿Cuáles son los intereses que subyacen tras estas reformas hoy etiquetadas como neoliberales?

R. Yo creo que sobre todo hay intereses económicos y también hay intereses ideológicos, no sé si se puede hablar de intereses ideológicos porque hay como una fe ciega, en que con mecanismos de mercado van a arreglar los problemas y eso también es lamentable porque todas las evidencias y algo que la economía de la salud ha dicho en estos 30 años, es que el mercado no ha no funciona como asignador de recursos en el sector salud, entre otras cosas, porque hay asimetría de información entre los que prescriben los servicios y los prestan y los que reciben los servicios. En medio de un discurso que hay en todo el mundo sobre que hay que hacer política basadas en evidencias, en las políticas que se están instrumentando, todas las evidencias son contrarias, esas medidas no van a ser la solución a los problemas, pero estas evidencias parece no importarles.

En cuanto a los intereses económicos, desde luego que hay intereses económicos tanto financieros como de las empresas médicas que están creciendo de manera importante, La compra de servicios a estas empresas se traduce en un mayor gasto en servicios de salud a expensas de la economía familiar. Otra tendencia económica que se observa y que hay que seguir de cerca, es la creciente monopolización de lo que es el sector de las empresas médicas, por lo menos en la ciudad de México el grupo Ángeles está absorbiendo prácticamente todos los grandes hospitales privados, lo que significa incluso, que inicialmente este grupo podría hacer una oferta de precios digamos no tan desfavorable en términos

de lo que es la prestación de los servicios de salud, pero una vez que se haya desmontado el sector público y no existiendo competencia estarán en la posibilidad de determinar cualquier precio sin ninguna restricción.

Existen otros sectores con intereses económicos en el sector de la salud. Estos intereses han dado lugar a otro fenómeno que se manifiesta a través de la privatización de las instituciones de salud por pedazos; por ejemplo lo que se ha propuesto en México denominado el "*Compromiso para garantizar la suficiencia, disponibilidad y precio justo de los medicamentos*", seguramente conducirá a subrogar todo lo que es el abasto de los medicamentos, a la industria farmacéutica, lo que redundará en un sobreprecio de alrededor del 30 por ciento, las presiones no sólo son de la industria farmacéutica, también existen presiones por parte de la industria del equipamiento médico ya que se ha generado la idea que se tiene que tener todo el equipamiento médico, cuando se ha demostrado que en la mayoría de los casos, mayor equipamiento médico no incrementa la capacidad diagnóstica, por lo anterior la compra y sustitución de equipo médico sólo encarece los servicios y no tiene ningún efecto real en la mejoría de los servicios de salud.

P. Como Secretaria de Salud en el Distrito Federal, implementó una política sanitaria no sólo diferente a la política federal, sino incluso opuesta ¿nos podría comentar qué resultados obtuvo y que condiciones hicieron posible el garantizar el derecho universal a la salud en el Distrito Federal?

R. Nos planteamos hacer una plataforma de salud en donde garantizamos el derecho a la protección de la salud; el vehículo para hacer esto fue el establecimiento de servicios médicos y medicamentos gratuitos, que por cierto se convirtió en ley en mayo del 2006; optamos por este camino, porque hicimos varias encuestas y llegamos a la conclusión con base en ellas, que el principal obstáculo al acceso a los servicios era el económico. Hicimos de esta manera, una política en dos líneas; por una parte la promoción del programa donde podía inscribirse cualquier ciudadano, cualquier

familia residente del Distrito Federal que no tuvieran seguridad social. Hacia finales de la gestión del 2006 teníamos una cobertura de 95 por ciento de las familias sin seguridad social, residentes del Distrito Federal.

En promedio 75 por ciento de los servicios que prestábamos en nuestras instalaciones ya fuera en centros de salud o en los hospitales, se otorgaban en el marco del Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos, el otro 25 por ciento correspondía a pacientes residentes del Estado de México que usaban los servicios del Distrito Federal; y para los cuales no siempre estábamos en condiciones de otorgarlos en forma gratuita, por lo que se realizaba un estudio socioeconómico, y en los casos donde no podían pagar se exentaban; de lo contrario, hubiésemos generado un efecto perverso, en el sentido de que hubiera recaído sobre nuestros servicios (de por sí están ya bastante sobrecargados), la atención de la población del Estado de México.

El programa también permitió a las familias a las cuales prestamos los servicios tener un ahorro familiar muy importante, según nuestros cálculos muy conservadores, del orden del 3 mil 500 millones de pesos, esto constituye un mecanismo redistributivo, porque esos recursos se pueden utilizar para cubrir otras necesidades básicas de las familias.

También se incrementó en forma importante la prestación de servicios en salud; ya que el Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos, efectivamente removió el obstáculo económico para el acceso a los servicios; como ejemplo puedo comentar que incrementamos la atención hospitalaria en el orden del 30 por ciento, incrementamos el número de cirugías entre 75 por ciento y 80 por ciento, y en todos los rubros, menos en consulta externa, hemos tenido un incremento importante.

Otro gran eje que se trabajó, porque no queríamos cometer el error demagógico que se está haciendo con el seguro popular, diciendo que hay derecho a la salud por un paquete de servicios, si no se tiene la infraestructura y el presupuesto necesario para efectivamente dar el servicio. Hicimos una inversión

importante en infraestructura, construimos dos nuevos hospitales e incrementamos las camas de hospital en 25 por ciento; también construimos nuevos centros de salud y clínicas comunitarias, siempre con un criterio basado en las necesidades tanto de salud como de la falta de infraestructura. Con esta estrategia logramos corregir la distorsión que había en los servicios de salud del Distrito Federal, ya que la infraestructura existente correspondía a los asentamientos de la población y al tipo de patología que prevalecía hace 25 años, porque desde entonces no se había hecho gran cosa, yo creo que logramos corregir parte de esta problemática.

Todo lo anterior fue posible porque había un compromiso presupuestal muy importante por parte del gobierno del Distrito Federal. En este compromiso se colocaron los temas sociales como primera prioridad junto con la seguridad pública, lo que se tradujo en un incremento presupuestal muy sustancial; inicialmente tuvimos un incremento del presupuesto de gasto corriente de casi el 45 por ciento, y en los siguientes años más o menos se mantuvo en ese nivel, además, se dio un fuerte impulso al presupuesto para inversión.

Yo creo que logramos llegar casi a una cobertura universal, con la aclaración de que lo que nosotros ofrecemos gratuitamente son los servicios que efectivamente se prestan en el sistema del gobierno del Distrito Federal, que excluye algunas patologías como son el cáncer, aunque si logramos ofrecer tratamiento para patologías cardiovasculares incluyendo la cirugía cardiovascular.

Esta forma de poner a disposición de la población los servicios de salud que existen, cumple mucho más con la equidad, en el sentido de que la equidad es tener acceso a los servicios que existen para esa necesidad; no como lo plantea el seguro popular que hace un paquete de servicio y cuando el padecimiento no está en el paquete, lo tiene que pagar la persona.

Otra gran diferencia con el seguro popular, es que nosotros no condicionamos en absoluto el derecho a la protección a la salud, porque no

establecemos como lo hace el seguro popular -que a mi modo de ver es una violación de la Constitución- el condicionamiento al acceso a la protección a la salud, al pago de una cuota para el 80 por ciento de la población, porque sólo 20 por ciento de la población sin seguridad social esta exenta.

P. ¿Por qué una persona con la trayectoria académica que usted tiene, sigue luchando por un ideal, ahora como Secretaría de Salud del Gobierno Legítimo de Andrés Manuel López Obrador, en un contexto en el que se vislumbra un futuro poco satisfactorio?

R. Bueno, en primer lugar yo quiero decir que el trabajo académico y el trabajo analítico de investigación no es de ninguna manera incompatible con ser Secretaria de Salud del Gobierno Legítimo, y en segundo lugar también quiero decir, que toda mi vida he desarrollado mi trabajo profesional en el ámbito académico, -con excepción del periodo en que fungí como Secretaria de Salud en el Distrito Federal-, y siempre he tenido también otra labor social, entonces, no veo ninguna razón para dejar de luchar por un proyecto de nación distinto al que estamos sufriendo, literalmente sufriendo en la actualidad; es más, yo creo que es más necesario que nunca porque la situación del país como resultado ya no del proyecto neoliberal, sino de la instrumentación de las políticas neoliberales realmente ha polarizado al país; no ideológicamente, sino social y económicamente; lo que yo creo que es absolutamente intolerable, no se puede tener tolerancia frente a la situación que se está viviendo.

El hecho que se haya hecho un fraude electoral, no quiere decir que nos vamos a descansar hasta el próximo periodo electoral, sino que es muy importante que estemos siguiendo adelante, haciendo el tipo de intervenciones que podemos hacer, para por lo menos frenar el empobrecimiento y tratar de evitar que haya una serie de cambios nuevos, como puede ser la reforma del ISSSTE en los términos que la están planteado; porque se estaría profundizando la crisis social. Seguir luchando por un ideal como lo dices, yo

creo que no es una novedad, para mí es una necesidad creciente.

Los que estamos en contra de la manera como se ha destruido prácticamente el país, creo que tenemos que seguir todos los días en la lucha, porque si lo permitimos van a vender hasta lo último que tenemos que es PEMEX, pues entonces el país se queda sin recursos para poder hacer un cambio.

Yo creo que en el tema de la salud es importantísimo, no dejar que se desmantelen las instituciones públicas, ya que nos tardamos 50 años en construirlas y se pueden desmontar en cinco.

Lo que estamos haciendo como tareas más concretas, es presentar a través de los legisladores del Frente Amplio Progresista, la formulación de un presupuesto alternativo en el terreno de la salud; incrementamos más los recursos e hicimos una reasignación de los mismos, para fortalecer la inversión en infraestructura y equipo, no fue muy exitosa nuestra propuesta porque la plancharon, sin ningún análisis de fondo o negociación.

También estamos haciendo una serie de propuestas legislativas y el seguimiento del uso de los recursos públicos destinados a salud, tradicionalmente, siempre se genera una gran discusión en torno a la aprobación del presupuesto, pero luego, nadie da seguimiento al ejercicio del mismo, y esta falta de seguimiento da lugar a mucha ineficiencia y también mucha corrupción; yo creo que es importante hacer esta tarea, porque es una manera de obligar a que por lo menos el presupuesto autorizado se utilice con mucha transparencia y con eficiencia.

También hemos establecido un Consejo Consultivo de Salud, en donde expertos de diversas áreas están haciendo análisis y propuestas en sus respectivos campos. En las entidades federativas se están instalando también consejos consultivos estatales, el primero que se estableció fue en Veracruz. Queremos hacer un análisis real sobre cuáles son las condiciones del sistema de salud, para a partir de ahí hacer un programa de salud alternativo, y yo diría un diagnóstico con bastante detalle, éste sería el punto de partida para desarrollar un sistema

único público de país; esto no es fácil, tiene una serie de dificultades, pero yo creo que con un diagnóstico bien hecho, que de cuenta de los recursos existentes, su utilización, el marco jurídico, los diferentes actores sociales, las fuerzas que concurren en el sector salud, etc., podemos realmente tener una propuesta muy claramente delineada.

Yo creo que se va a lograr, y creo que sí podemos frenar el ritmo de desmantelamiento, creo que también es muy importante que podamos lograr algo que no han querido hacer y que es transparentar la utilización de los recursos. También tiene que haber de manera complementaria, la denuncia respecto a la agenda oculta que se está instrumentando y cómo puede afectar cada uno de los mecanismos privatizadores a las diferentes instituciones públicas de salud, éste es un tema que hay que llevar al debate público ya que es un elemento fundamental para la salud, y yo creo que tendríamos elementos para hacerlo.

P. Desde su perspectiva ¿Cuál es la tarea que tendríamos que desarrollar los ciudadanos interesados en mejorar las condiciones de salud de los mexicanos y hacer una realidad el derecho universal a la salud?

R. Es muy importante que no haya un desconcierto o un sentido de derrota en este periodo en que estamos, creo que es importante que todos los ciudadanos y particularmente los que estamos involucrados en el sector de salud, sigamos adelante e incluso intensifiquemos las tareas que hemos desarrollado; es muy importante mantenerse y dar seguimiento a lo que esta pasando. Hay además, una tarea de investigación importante, es necesario contar con las evidencias de que las reformas que se están implementando no están dando los resultados que se están anunciando. Los resultados documentados, permitirán demostrar que no se ha dado solución a la crisis del sistema de salud, sino que más bien, lo que se está haciendo es profundizar en esa crisis, para luego poder bajo este argumento, liquidar las instituciones de salud.

Todos los ciudadanos y particularmente los que están directamente involucrados en el sector salud, tenemos que seguir adelante, porque si dejamos que sigan avanzando sin que haya ninguna resistencia, podríamos estar dentro de seis años en una condición de la que no se pueda retornar. Es muy importante que sigamos organizándonos dentro del movimiento que se inició durante la campaña de Andrés Manuel el cual se consolidó durante el periodo poselectoral.

Es necesario seguir pendiente de los grandes cambios, y estar dispuesto a movilizarse cuando se requiera, porque yo creo que la lucha por un México mejor no se da solamente en un periodo de elecciones, no se logra solamente depositando el voto en un momento dado; lo que está realizando Andrés Manuel en este momento, son giras por todo el país para volver a hacer un compromiso de lucha; se está realizando también la credencialización de los representantes del gobierno legítimo; estas acciones están dando cohesión al movimiento y es un movimiento que no lo veo de ninguna manera derrotado; simplemente se está realizando un reagrupamiento.

Creo que también es muy claro que si uno quiere que se haga realidad el derecho a la salud en este país, la única manera es luchar por un nuevo proyecto de nación, porque este derecho no es un tema aislado del proyecto global que atiende los problemas sociales y económicos del país.

Los paradigmas del conocimiento y la Salud Pública. Reflexiones

(The knowledge's paradigms and the public health. Reflections)

Rocio López Lara*, Georgina Elizabeth Martínez Bonilla*, Martha Elvia Sánchez Chiñas*, Enrique Hernández Guerson**

Resumen

La reflexión de Stephen Jay Gould (1941-2002), respecto de la falsa dicotomía realista-relativista en la generación del conocimiento, es recuperada por los autores, alumnos del primer semestre de la Maestría en Salud Pública, de la Universidad Veracruzana, México, a iniciativa de su profesor de Módulo de Gestión del Conocimiento I, Mtro. Enrique Hernández Guerson con el propósito de generar aprendizajes que favorecieran en los alumnos competencias para la toma de decisiones en la generación de conocimiento en Salud Pública. El producto del ensayo, derivado de leer a otros autores, resalta la importancia de que, lejos de una competencia entre métodos, es preciso tomar en cuenta factores tanto del investigador como del objeto de estudio para en todo caso, ir en búsqueda de la complementariedad metodológica, o incluso como dicen los autores romper con ciertos paradigmas y buscar patrones innovadores.

Summary

The Stephen Jay Gould (1941-2002) reflection on the false realistic- relativistic dichotomy in the creation of knowledge is collected by the first semester students of the Master in Public Health, Universidad Veracruzana, Mexico. The professor of the first module of Management Knowledge, Prof. Enrique Hernandez Guerson, induced his students to collect the information with the purpose of creating new learning that will foment in the students competencies for the decision making in generation of knowledge in the public health area. The result of the essay, which was done after reading other authors, highlights the importance of understanding that far from creating competencies between methods, we should better take in note other factors not only from the researcher's

side ; but also, from the object of study's side. If this is not enough, then we could try to find a complementary methodology and even more try to break with certain paradigms and search innovative sequences.

Palabras clave: paradigma, salud pública, métodos cualitativos, métodos cuantitativos, ciencia.

Keywords: paradigm, public health, qualitative method, quantitative method, science.

Stephen Jay Gould,¹ uno de los investigadores y teóricos más importantes de los últimos tiempos en Estados Unidos en el campo de la paleontología, expone en su texto "Deconstruyendo las guerras de la ciencia mediante la reconstrucción de un viejo molde", cuatro supuestos fundamentales sobre el origen y construcción del conocimiento dentro de la totalidad de la creatividad humana.

Primero, la ciencia verdaderamente avanza en el sentido de obtener, ya sea de una manera regular o no, conocimiento más útil que pueda registrar y mejorar el entendimiento de un mundo objetivo externo. Resulta además, del trabajo de seres humanos eminentemente falibles, cargados de predisposiciones basadas en factores complejos del contexto social, de anhelos psicológicos, de construcciones mentales y temperamentales y de circunstancias históricas.

Segundo, ya Francis Bacon reconocía y hacía énfasis en los *ídolos*^a de la mente y en la organización social construida dentro de contextos ideológicos cambiantes, para lo que,

* Estudiantes del primer semestre de la Maestría en Salud Pública. Universidad Veracruzana, México. Generación 2007-2009. rociolopez_lara@hotmail.com.

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

^a Debilidades de la mente humana que dependen de situaciones más complejas dentro de ella.

la vigilancia de éstos y el deshacer el mito de la objetividad resulta primordial para el avance científico.

Tercero, los factores sociales e ideológicos tienen un papel central en los cambios teóricos cruciales que hacen posibles las observaciones clave al situarlas en contextos en los que se pueden plantear las preguntas necesarias.

Cuarto, los modelos dicotómicos que nos enfrentan representan ídolos baconianos de la tribu, o debilidades de la mente humana que dependen de situaciones más complejas dentro de ella.

Esta misma concepción ha sido abordada desde otra perspectiva por otros científicos, tales como Cook y Reichardt². Estos posicionamientos en torno al origen del conocimiento han impactado diversas disciplinas, siendo una de estas la Salud Pública, en donde actualmente se hace latente la necesidad de desarrollar marcos conceptuales y metodológicos relacionados con las Funciones Esenciales de Salud Pública³ (FESP).

A lo largo del tiempo, los individuos y las sociedades del conocimiento se han cuestionado diferentes asuntos del medio y la realidad, las respuestas han estado en función del paradigma vigente de la época. Hablamos de paradigma desde la explicación de Patton citado por Cook², quienes lo conciben como una visión del mundo, una perspectiva general, un modo de desmenuzar la complejidad del mundo real. Los paradigmas les dicen lo que es importante, legítimo y responsable, son también normativos; señalan al profesional lo que ha de hacer sin necesidad de prolongadas consideraciones existenciales o epistemológicas.

Recientemente, Vasilachis⁴ reafirma la idea de paradigma como “los marcos teóricos metodológicos de interpretación de los fenómenos sociales creados o adoptados por los científicos sociales”.

Visiones dicotómicas

Gould¹ incluye dentro del paradigma realista a todos los científicos naturales activos que apoyan la objetividad y la naturaleza acumulativa del conocimiento científico. Mientras que dentro del paradigma relativista incluye a todos los que pertenecen a las facultades de humanidades y ciencias sociales.

Estos dos pensamientos científico-filosóficos dieron pie a lo que en la actualidad de manera popular se dio por llamar metodologías cuantitativas y cualitativas, respectivamente.

La relevancia del aporte de Vasilachis en torno al reconocimiento de otro paradigma distinto al ya establecido, es ampliamente significativa, ya que implica la coexistencia de más de una visión del mundo, más allá de una competencia.

En la obra de Cook² se describe detalladamente sus diferencias el paradigma cuantitativo posee una concepción global positivista, hipotético deductiva, particularista, objetiva, enfocada a los resultados y propia de las ciencias naturales. En contraste, el paradigma cualitativo postula una concepción global fenomenológica, inductiva, estructuralista, subjetiva, enfocada al proceso y propia de la antropología social. Sin embargo, Cook afirma que el hecho de que paradigma y método hayan estado ligados en el pasado no representa que en el futuro resulte conveniente o necesario que así sea.

Cabe precisar que cada paradigma ha sido tradicionalmente relacionado con un método específico, que surge y se perfila a partir de las propiedades filosóficas del primero; de tal manera que suele pensarse que no puede darse el uso de un método sin estar implícito el pensamiento y tipo de explicación de su paradigma.

La historia y desarrollo de la Salud Pública no está exenta de esto. En sus inicios rigió su comprensión de los problemas sanitarios y el eje de sus acciones desde la visión de un paradigma positivista, sin embargo, a partir de las iniciativas promovidas por organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de

la Salud (OMS), la visión del trabajo de los profesionistas de la salud pública se fue enriqueciendo con la perspectiva humanista que consideraba las cualidades de los fenómenos. En ese momento la salud pública fue más que atención sanitaria. Se centró en la prevención, en la organización de las poblaciones en torno a la acción a favor de su salud y, especialmente, en políticas públicas que normalizan y establecen como obligatorias las responsabilidades del estado en torno a la Salud Pública.

Esta lucha permanente entre pensamientos ha sido una guerra desgastante que para algunos investigadores y teóricos no tiene sentido. Gould¹ sostiene que los paradigmas realista y relativista no son necesariamente opuestos ni ajenos en su acción. Siendo ambos producto del pensamiento del hombre y del contexto histórico-social, abordan la realidad del hombre, explican algunos de los fenómenos y contribuyen a la solución de ciertos problemas. Décadas más adelante, Vasilachis⁴ insiste en que esta dicotomía es falsa y que por el contrario se debe trabajar por una coexistencia paradigmática: esto es, que en el abordaje de los fenómenos sociales (ya sean sanitarios, antropológicos, educativos, económicos) ambos pensamientos pueden aportar interrogantes, respuestas, instrumentos, métodos, actores y todo ello permitirá una mejor comprensión y explicación de dichos fenómenos.

Para la Salud Pública la investigación evaluativa resulta ser de gran utilidad, ya que en varios momentos es necesaria la evaluación sistemática de programas y centros, por lo que la adecuación pertinente de los métodos cuantitativos y cualitativos en una coexistencia paradigmática. En lugar de un constante enfrentamiento o reemplazo, dará como resultado conocimiento para una correcta toma de decisiones y por ende un mejor funcionamiento y eficacia en salud. Si bien en algunos contextos hablar de coexistencia epistemológica podría parecer obvio o natural (por ejemplo, en el marco de las disciplinas sociales), la relevancia de esta idea en el marco de la salud, y en este caso de la Salud Pública, es mayor, ya que siendo la ciencia médica una disciplina básicamente

objetiva, fundamentada en lo que se puede medir, comprobar y que incrementa su estatus con el conocimiento enciclopédico por mucho tiempo ha dejado de lado o no ha incluido en su práctica la influencia de las percepciones, las interpretaciones individuales, la organización familiar y social en la adquisición y desarrollo de las enfermedades.

El actual concepto de Salud Pública está basado en la definición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)³, en el que se considera tanto la intervención colectiva, la del estado y de la sociedad civil orientada a proteger y mejorar la salud de las personas.

Autores como Cook y Reichardt plantean que es posible y permisible que los investigadores no dominen más de un método, pero que si es necesario combinar ambos paradigmas y sus respectivos métodos en la resolución de un problema, el trabajo interdisciplinario es una vía para construir caminos integrales de proyectos con las poblaciones.

Con todo esto, no se está proponiendo la unicidad de paradigmas y menos aún la pretensión de mezclarlos indiscriminadamente; la propuesta consiste en reconocer los atributos de cada uno de los paradigmas y de sus respectivos métodos, tomando en cuenta que la elección del método dependerá de la situación de que se trate.

Como dice Gould¹, son nuestros ídolos los que se aferran a los modelos dicotómicos, lo que llega a repercutir en la aplicación de determinadas técnicas de investigación que generalmente terminan casadas con algún método, por lo que debe tenerse cuidado también de que una teoría se convierta en una rígida ideología que deje fuera elementos importantes que por no conocerse a profundidad encarezca una investigación científico-social. De igual manera, Cook y Reichardt² coinciden al mencionar que no existe nada, excepto quizá la tradición, que impida al investigador mezclar y acomodar los atributos de los dos paradigmas para lograr la combinación que resulte más adecuada al problema de la investigación y al medio

con el que se cuenta. Vasilachis⁴, redondea estas ideas señalando que si bien la elección de un paradigma recibe la influencia del momento histórico y el grupo disciplinario al que se pertenece. Esta no es una elección comunitaria. Por el contrario, es una decisión y un posicionamiento personal que cada individuo, debe hacer considerando el papel que quiere desarrollar ante las problemáticas existentes, sobre todo aquel que se asuma investigador.

En el caso de los sanitarios, ¿desde dónde miramos los problemas de la Salud Pública? ¿Con quién buscamos resolverlos? ¿Cómo abordamos las problemáticas? ¿Con qué herramientas teórico-metodológicas intervenimos? ¿Para qué investigamos? ¿Cómo vamos construyendo el conocimiento en Salud Pública?

Sólo podremos respondernos a éstas y otras preguntas de este tipo asumiendo conscientemente una explicación o una interpretación del orden de las cosas y las relaciones que guardan entre sí. Lejos de una competencia entre métodos es preciso tomar en cuenta la naturaleza del investigador y complementar aquellas fortalezas y debilidades que cada uno aporta, finalmente la ciencia no es exclusivamente una acumulación de verdades comprobadas, como mencionaría Collingwood⁵.

Para el abordaje de ciertas problemáticas, es necesario romper con ciertos paradigmas y buscar patrones innovadores e incluso osados, a partir de la ruptura de viejos moldes (para re-crearlos posteriormente) que proporcionen senderos nuevos y arrojen un verdadero avance que solucione problemas reales en Salud Pública, lo que significará un trabajo en equipo, desde varias miradas y con varias intervenciones unificadas, de manera que se describa, comprenda y transforme nuestra comunidad.

Referencias bibliográficas

1. Gould SJ. Deconstruyendo las guerras de la ciencia mediante la reconstrucción de un viejo molde. *Revista Este País*. 2000; (43): 43-51.
2. Cook T, Reichardt Ch S. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. Madrid: Ediciones Morata; 1986.
3. Muñoz F, López D, Halverson P, GMC, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud*. 2000; Vol 126-34.
4. Vasilachis De Gialdino I. Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1982. p. 17-30.
5. Collingwood R. G. Autobiografía. México: Fondo de Cultura Económica; 1953.

La experiencia mexicana en salud pública oportunidad y rumbo para el tercer milenio*

Guillermo Fajardo Ortiz**, Mtra. Edit Rodríguez Romero***

Es un placer estar aquí. Mi agradecimiento al maestro Enrique Hernández Guerson, director del ISP de la UV, por invitarme a este acto académico, comentar una obra.

Leer "La experiencia mexicana en Salud Pública. Oportunidades y rumbo para el tercer milenio", es estimulante, se adquieren nuevos conocimientos, se recuerdan otros y todavía más, se refrendan hechos; aunque quedan vacíos.

El título hace pensar en lo que ha ocurrido y en los retos que hay y nos esperan en salud pública, en enfrentar el futuro que está presente.

¿Para qué sirve comentar el libro? ¿Es ser cortés y amigable? ¿Es decir verdades? ¿Cuáles son los efectos de los comentarios? ¿Dan conocimientos? ¿Sirven a alguien? ¿A los autores? ¿A los editores? ¿A los asistentes? ¿A la salud pública? ¿Invitan o rechazan leer el libro? Yo, presento mis impresiones. Reseñar una obra es compartir la interpretación de un texto.

La obra en reciente, se publicó en el año 2006, es resultado de una coedición de seis prestigiados organismos: SSA, OPS, SMSP, FMS, INSP y FCE, tienen en común la difusión de saberes.

La voluminosa obra consta de 704 páginas, su elaboración es fácil imaginar, no fue tarea sencilla, participaron poco más de 40 autores, tuvo cuatro coordinadores: Manuel Urbina Fuentes, Alba Moguel Ancheta, Melba Elena Muñoz Martelón y José Antonio Solís Urdaibay. El libro consta de nueve secciones,

subdivididas en 43 capítulos. Por lo tanto es un reto estructurar el texto. Las secciones son las siguientes:

- I. Las epidemias
- II. La prevención
- III. Las enfermedades crónicas
- IV. Las acciones en desastre
- V. La promoción de la salud
- VI. El medio ambiente y la salud
- VII. Las instituciones de salud
- VIII. La cooperación OMS/OPS
- IX. Las instituciones de salud

Aquí un comentario inicial, sobre el que ahondaré más adelante, las secciones VII y IX tienen la misma denominación.

La aparente dispersión estructural no impide la comprensión del libro, puede abordarse desde el orden que el lector guste o desee, lo que significa talento para amalgamar.

El propósito del libro, atractivo, fue y es contribuir al estudio integral de los grandes problemas de salud en México, pero sobre todo contribuir a propuestas viables, proyectos, planes y políticas para favorecer el desarrollo de los mexicanos.

Los autores, muchos íconos de la salud pública en México, lo digo con respeto y afecto, presentan sus vivencias e ideas, aportaciones muy valiosas, a la mayoría he tenido la oportunidad de tratarlos en diversos ámbitos: institucionales, académicos y universitarios. Son reconocidos profesionalmente, han estado comprometidos con México, en particular con sus servicios de salud pública.

*El libro fue presentado por el Dr. Guillermo Fajardo Ortiz, la Dra. Alba Moguel Ancheita y la Dra. Edit Rodríguez Romero a estudiantes, académicos e investigadores en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana el 08 de junio de 2007.

**Guillermo Fajardo Ortiz. Investigador de tiempo completo. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México UNAM. gfortiz@servidor.unam.mx

***Edit Rodríguez Romero. Coordinadora General de Docencia. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. México. edrodriguez@uv.mx

Las extraordinarias expresiones del libro manifiestan que la salud pública es un campo muy heterogéneo, que los avances en México se han debido a una conjunción de valores y experiencias provenientes de diferentes disciplinas: ambientales, legales, de salud, administrativas, sociales, estadísticas, ingenieriles, computacionales y muchas otras más. Los contenidos enfatizan los avances que tuvo la salud durante el siglo XX, en este contexto la promoción de la salud y la prevención de enfermedades tienen parte importante, señalando en papel relevante que han tenido en las transformaciones positivas los organismos públicos, el estado. Los Mexicanos tenemos mejores condiciones de vida gracias a las acciones de la salud pública, vivimos más, las tasas de mortalidad general han disminuido y las tasas de natalidad han bajado, eso manifiesta el libro.

Con todo y ser un documento muy valioso, de ser fructífera su lectura, considero que pudo ser más completo, los lectores son invitados a entrar a espacios más grandes que los que abarcan las secciones. Hay prestaciones muy bien logradas, excelentes escritos que hacen explícita la realidad de la salud pública mexicana, proponiendo la mayoría de las veces estrategias e instrumentos viables para sustentar rezagos, sin embargo, en ocasiones las menos, se presentan sólo esbozos temáticos o relatos históricos, estas facetas aunque forman parte de lo atrayente del libro, no cumplen del todo con el título de la obra: “oportunidades y rumbo” lo que significa que se presentó una visión incompleta, contrastando, reitero, con capítulos bien documentados, informados y propositivos.

Al lado de lo anterior hay otras reflexiones que debo añadir. A mi juicio un capítulo no está del todo actualizado, es incompleto hay parquedad, como contraste hay textos jugosos, que colman vacíos. Las secciones VII y la IX, con igual título, a lo que ya he hecho referencia: “las instituciones de salud”, no hay que aplaudir el trabajo de los diseñadores, revisores o impresores. En la primera sección a pesar de la denominación no se habla explícitamente de la Secretaría de Salud de nivel federal, uno de los organismos de salud

más importantes del país por el número y tipo de recursos que tiene y las acciones sanitarias que realiza; tampoco se hace mención a sanidad militar, ni sanidad naval, en particular su intervención en el plan DN-III, hay un sólo renglón en que se cita dicho plan, sin explicar que es una acción de auxilio a la población civil en casos de desastre, que ha sido aplicada, es un instrumento operativo militar de salud pública, social y comunitario; en esta sección y de acuerdo con el título del libro, como “experiencia” se olvida prácticamente al DIF y sus antecesores, el INPI, el IMAN y otros organismos de atención a la salud infantil, aunque de alguna manera se presupone su presencia e importancia en las secciones de “epidemias” y “prevención”; tampoco hay mención a los servicios médicos de PEMEX, en particular en lo referente a su trascendente labor en salud en el trabajo, ni a los organismos de seguridad social o mejor los seguros sociales estatales, como ISSSTESON, ISSSTECALI, ISSTEP, etc.

En la sección IX también titulada “instituciones de salud”, los contenidos con misceláneos: “desarrollo de políticas públicas”, “APS”, “formación de recursos humanos”, “epidemiología hospitalaria”, etc.

Otras consideraciones son las siguientes, la sección VII intitulada “la coordinación OMS/OPS”, aquí o en otra sección hubiera sido deseable mencionar “experiencias” internacionales complementarias o adicionales, que han favorecido la salud de los mexicanos como son la participación de la UNICEF y del CIESS.

En algunos apartados se trata tangencialmente la salud oral, la nutrición, la economía de la salud y la geriatría y la gerontología, temas importantes para una obra que se ha titulado: “oportunidades y rumbo de la salud pública”.

En otro orden de ideas, aunque se percibe o se puede interpretar las diferencias geográficas y regionales, los diferentes “México sanitarios” que tenemos, hubiera sido valioso “explicitar” dicha situación, tema de creciente interés en la salud pública moderna.

El libro termina con el capítulo llamado “rezagos y desafíos”, en forma ordenada y sistematizada, se presenta un panorama general de problemas y perspectivas, sugiriendo acciones a seguir, como la necesidad de una verdadera coordinación o integración entre los diferentes organismos de salud para lograr la tan manida equidad, la que depende de acciones sociales, políticas, económicas y públicas, expresándose además que cuando se resuelven en salud pública unos problemas, surgen otros: no se olvida mencionar la necesidad de incorporar a mayor número de mexicanos a los beneficios de la atención, promover mayor inversión en salud, etc.

Las cuartas de forros del libro son precisas y útiles. Entusiasman a los probables lectores y forman una especie de resumen de los contenidos, es un rápido recorrido por las páginas, descubre brevemente que el siglo pasado “marcó, sin lugar a dudas un avance sin precedente en términos de salud y de nivel de vida de la población mexicana. El modo novedoso de tratar las enfermedades, una atención médica asequible, una tecnología que ha facilitado tratamientos más satisfactorios y menor riesgo, y la toma de conciencia de la población en cuanto al cuidado de su propia salud, entre otros sucesos, han conseguido traducirse en una esperanza de vida por encima de la de principios de siglo”.

A mí me hubiera gustado un colofón, un agregado final, señalándose las omisiones o un trato ligero de ciertos temas, además, para mí, hubiera sido conveniente presentar aspectos más novedosos, aunque en realidad no del todo, y mas concluyentes, como la posición de México, en índice de desarrollo humano, que mide simultáneamente: la esperanza de vida, la educación y los accesos económicos, y el índice o coeficiente gini ¿cuál es nuestra situación?, también hubiera pensado que se manifestaran nuestras acciones en relación a los “objetivos del milenio” y los conceptos que ha vertido desde hace varios años la OCDE sobre nuestro nivel de salud.

¿Por qué deja huella el libro? En resumen, el libro simboliza fundamentalmente una preocupación valiosa, una reflexión teórica con

inquietudes prácticas, a través de las cuales se pretende alcanzar dos objetivos:

1. Ser un marco referencial para conocer lo ocurrido.
2. Servir como punto de referencia para acciones futuras.

Objetivos que se logran en cierta medida, lo deseable sería que lo expresado sea incorporado al esbozo del Plan Nacional de Desarrollo, y en su caso al Programa Nacional de Salud.

Guillermo Fajardo Ortiz

Agradezco cumplidamente la distinción para participar en la presentación de este libro, “La experiencia mexicana en salud pública, Oportunidad y rumbo para el tercer milenio”; la salud pública es algo que me apasiona y sin pensarlo acepté la invitación dado que entre los compiladores se encuentran dos buenos amigos, sobre todo la Dra. Moguel egresada de este Instituto; cuando vi que compartiría este espacio con el maestro –en toda la extensión de la palabra– Dr. Guillermo Fajardo Ortiz, me asaltó la preocupación, les ruego disculpar el atrevimiento y les expondré mi punto de vista abusando de su benevolencia.

La estructura del libro es interesante, se distribuye en nueve secciones, compuestas de varios capítulos, en cada una de ellas se rescata la historia y evolución de la salud pública en nuestro país; algo que generalmente se olvida, y que considero importante que las nuevas generaciones deben conocer, deben saber que hubo héroes, algunos con nombre y reconocimiento y otros anónimos, pero que la participación de todos ellos permitió evolucionar a las condiciones sanitarias que hoy tenemos, gracias a ellos son historia padecimientos como tifo, fiebre amarilla, peste y fiebre recurrente, desafortunadamente el cólera que alguna vez se erradicó de nuestro país, se reintrodujo en la década de los noventa después de cien años de ausencia y en este momento está presente entre nosotros.

La sección I, sobre las epidemias contiene entre otros un capítulo dedicado a la eliminación de la poliomielitis paralizante en

México, evidencia que no es únicamente la vacunación como procedimiento aislado lo que permite el logro del objetivo, sino la aplicación de varias estrategias integradas, algunas de ellas incluso extrasectoriales.

Otro padecimiento en que se hace evidente la interdisciplinariedad es el paludismo, ahí se ponen de relieve las actividades aplicadas al ambiente y no propiamente a la persona.

Se hace un abordaje en paralelo entre la evolución de la Organización Panamericana de la Salud y la del tratamiento de la tuberculosis, presentando en este desde el tratamiento hospitalario hacia su evolución ambulatoria de corta duración y quienes fueron los pioneros en este proceso.

Como epidemia emergente de finales del siglo XX, se describe al VIH-SIDA desde su aparición en 1981, las características de la infección, transmisión, algunos aspectos para la toma de decisiones y la prevención del padecimiento, así como los organismos surgidos para apoyar en la prevención y control.

En la sección II: La prevención, se describe la evolución de las vacunas, desde la “expedición de la Vacuna” a cargo de Francisco Javier Balmis en 1804; la vacunación antirrábica en nuestro país a partir de 1888 y la seroterapia antidiftérica – antitetánica; la producción en México de la vacuna BCG desde 1931, así como la antitifoidea desarrollada por Maximiliano Ruiz Castañeda, le siguen capítulos destinados a describir los apoyos aportados por la Organización Mundial y Panamericana de salud en este campo la descripción de los padecimientos prevenibles por vacunación y las vacunas correspondientes, la evolución que éstas han tenido, la aparición de nuevas vacunas y los cambios en los esquemas que esto ha traído aparejado.

En el apartado destinado a las enfermedades crónicas se describen: cáncer cérvico uterino, diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad mental, en ellas el vínculo con la Organización Panamericana de Salud.

Un apartado trata sobre las acciones en desastres naturales, haciendo énfasis en la protección de los edificios destinados a la atención de la salud; sismos, huracanes y en ello se resaltan la participación y las acciones de la población.

Hay una sección destinada a la promoción de la salud, en donde se describen aunque sea brevemente los diferentes contextos: político, demográfico, epidemiológico, económico, educativo, cultural, entre otros. Así como los movimientos en el ámbito nacional e internacional. Educación para la salud, comunidades saludables y los proyectos que tiene el país en este campo.

En medio ambiente y salud, se aborda el desarrollo de políticas y programas, partiendo de la situación actual, análisis de riesgo, estrategias, retos y perspectivas. Ingeniería sanitaria y programas de agua y zoonosis.

En el apartado destinado a las instituciones públicas de salud en México, se describe la evolución de éstas a partir de la expedición de la Leyes de Reforma y se describe el papel del Consejo Superior de Salubridad, en la elaboración del primer Código Sanitario promulgado en 1891; la integración de la Dirección de Beneficencia Pública, la aparición de las instituciones con que actualmente se cuenta en el país y los diferentes modelos de atención médica.

Se analiza brevemente la evolución de la medicina, seguridad e higiene en el trabajo en el ámbito internacional y en nuestro país, a la par que la evolución de las instituciones de seguridad social.

Hay un apartado que describe la participación de México como país miembro de la Organización Panamericana de la Salud, así como la cooperación existente con este organismo en las últimas seis décadas, se hace una reseña en paralelo de los funcionarios de la Secretaría de Salud en cada periodo presidencial y la Representación de OPS en México, así mismo se describe el paso de mexicanos en este organismo, como funcionarios, expertos y becarios. La acciones conjuntas del Gobierno Mexicano y la OPS/ OMS orientadas a cinco

aspectos fundamentales: promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación de enfermos, rehabilitación de discapacitados y asistencia a los desvalidos, así como las instituciones creadas para la atención correspondiente.

En la sección Las instituciones de salud, se describen: el desarrollo de las políticas públicas a partir del siglo XIX; la legislación y la normalización enfocada fundamentalmente al derecho a la protección de la salud; atención primaria a la salud, tomando como eje la Declaración de Alma – Ata y sus recomendaciones; la formación de recursos humanos para la salud, educación médica, los logros y desafíos.

Se destina un capítulo a la descripción de la investigación en salud, partiendo de 1888 con la creación del Instituto Médico Nacional, el Instituto Patológico Nacional y el Instituto Bacteriológico Nacional, haciendo énfasis en 1920 con el inicio de las especialidades medicas, la creación del Instituto de Salubridad y Enfermedades Transmisibles y sus logros, el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología, Hospital de Enfermedades de la Nutrición, el Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional (CINVESTAV); y someramente se describe la producción científica, las prioridades y el futuro de la investigación en salud.

Como corolario se aborda el tema de los rezagos y desafíos.

La amplitud de los temas abordados en este libro, no permite un abordaje acucioso de los mismos, pero despierta el deseo de profundizar para aquellos que tengan interés en temas específicos.

Les agradezco su atención, muchas gracias.
Mtra. Edit Rodríguez Romero

Referencia bibliográfica

Urbina FM, Moguel AA, Muñiz MM, Solís U, editores. La experiencia mexicana en salud pública: oportunidad y rumbo para el tercer milenio. México: FCE, Secretaría de Salud, OPS, SMSP, FunSalud, INSP, 2006.

Eventos académicos y científicos



COMITÉ ESTATAL INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS E INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD EN EL ESTADO DE VERACRUZ

CURSO - TALLER

Marco Lógico de la Investigación Enero 10 USBI Xalapa

Videoconferencias 5 regiones

Imparte: CONACYT

Organiza: Subcomité Estatal de Investigación en Salud

SEGUNDO COLOQUIO FRANCO-MEXICANO

“EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS:
AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y CONTROL”

12,13 y 14 de marzo del 2008 en la Unidad de Servicios Bibliotecarios y de Información

(USBI) de la Universidad Veracruzana, región Boca del Río

Objetivos

- A. Contar con un foro para el intercambio científico y tecnológico del conocimiento de las enfermedades infecciosas.
- B. Propiciar el establecimiento de alianzas de colaboración científica entre investigadores e instituciones de la región, el IRD, INSERM y el Instituto Pasteur.
- C. Fortalecer la cooperación para la instalación del postgrado y el Centro binacional en enfermedades tropicales.



INSTITUTO
DE
SALUD
PÚBLICA / UV