



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**PERCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS DE OCTAVO SEMESTRE SOBRE LAS
RECOMENDACIONES Y ACCIONES PROPUESTAS EN LOS DOCUMENTOS
ANALÍTICOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN
(ENSANUT/2012)**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

HILARIO ALEJANDRO OVIEDO JURADO

**ASESORÍA EXPERTA: MTRA. LAURA MENDOZA ALVARADO INSP
ASESORÍA METODOLÓGICA: MTRA. TERESA SÁNCHEZ ESTRADA.**

MÉXICO, D.F. AGOSTO DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A:

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA,

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO,

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA:

Instituciones fundamentales en la Salud Pública de México.

DEDICATORIAS:

A MIS PADRES:

ANDRES OVIEDO DE LA VEGA Q.E.P.D. Y EDITH JURADO ORTIZ:

Pilares en mi vida, formadores de lo que soy, con gran orgullo para ustedes, gracias por cada carencia, regaño, jalón de orejas, abrazo, palabra, instante, son mi ejemplo, mis amores, mi vida.

A MIS HERMANOS:

SERGIO ANTONIO; ROSA EDITH; FORTINO; ANTONIA Y ANDRES:

Cómplices, compañeros, amigos son ustedes mis más grandes seres queridos, la unión que nos inculcaron que sea siempre base de nuestros valores.

A MIS SOBRINOS:

SERGIO ANDRES, FERNANDO ANTONIO, ABRIL VIRIDIANA, CITLALLI ALDAI, JA-EL, JESUS EMILIANO, ANDRES Y SANTIAGO:

Se predica con el ejemplo, la educación es el futuro de sus vidas.

Contenido

RESUMEN	6
I.-JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
II.-INTRODUCCIÓN	11
1.-MARCO TEÓRICO	12
1.1 Actividad Física y sedentarismo.....	13
1.2 Anemia en mujeres	16
1.3 La deficiencia de hierro y la anemia en niños mexicanos.	19
1.4 Bienestar infantil.....	26
1.5 Calidad de los procesos de atención ambulatoria en los servicios de salud.	34
1.6 Cesáreas.....	36
1.7 Cobertura universal en salud	43
1.8 Consumo de alcohol y tabaco	46
1.9 Desnutrición	58
1.10 La diabetes mellitus	63
1.11 Discapacidad en el Adulto Mayor.....	66
1.12 Deterioro De La Lactancia Materna	70
1.13 Ayuda alimentaria	73
1.14 Vacunación.	77
1.15 Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados.....	80
1.16 Población joven y Violencia interpersonal.....	82
1.17 EDAs.....	85
1.18 Cáncer de mujer.....	91
1.19 Hipertensión arterial	94
1.20 Indigenas	96
2.- ACCIONES DE ENFERMERÍA EXTRACTADAS DE LOS DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT 2012.....	99
III.-DELIMITACIÓN DEL FENÓMENO DE ESTUDIO	101
IV.-HIPÓTESIS DIRECCIONALES	102
Hipótesis general.	102
Hipótesis específicas	102

V.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	102
Objetivos Generales.....	102
Objetivos específicos.	103
VI.- ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	103
VII.- CRONOGRAMA.	104
VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS.	104
IX.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	130
X.- CONCLUSIONES.....	133
XI.- RECOMENDACIONES.....	135
XII.- BIBLIOGRAFÍA.....	138
XIII.-ANEXOS.....	142

RESUMEN

Problema de estudio:

Percepción de los alumnos de octavo semestre sobre las recomendaciones y acciones propuestas en los documentos analíticos de la encuesta nacional de salud y nutrición (ensanut/2012)

Objetivos de investigación:

Objetivos Generales.

1. Analizar las recomendaciones y acciones propuestas en la encuesta nacional de salud y nutrición para establecer sus implicaciones para la profesión de enfermería.
2. Identificar la percepción que tienen los alumnos de octavo semestre de enfermería sobre las recomendaciones de ENSANUT-2012.
3. Con base en los resultados elaborar una propuesta de acciones derivadas de ENSANUT que deberán incluirse en el profesiograma de enfermería en los diferentes niveles de atención.
4. Sugerir a las Escuelas de enfermería una propuesta de contenido derivados de ENSANUT para los programas de atención a la salud dentro del plan de estudios de la carrera de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar qué percepción tiene el profesional de enfermería sobre las recomendaciones y acciones propuestas en la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 2012
2. Identificar las conclusiones, recomendaciones y acciones propuestas por ENSANUT en las categorías prioritarias para Enfermería.
3. Identificar la congruencia de los planes y programas de estudio con las recomendaciones de ENSANUT.

Hipótesis Direccional:

Hipótesis general.

a). Las recomendaciones y acciones propuestas en la encuesta nacional de salud y nutrición (ensanut) 2012 implican directamente en su ejecución al profesional de enfermería en más de un 80%.

b). Los alumnos de octavo semestre de enfermería perciben las recomendaciones de ENSANUT-2012 como muy importantes al menos en 60% para su disciplina.

Hipótesis específicas

b) Las intervenciones de enfermería derivadas de ENSANUT se relacionan con la prevención y promoción a la salud en más de un 80%.

c) Los planes y programas de estudio en enfermería comunitaria o atención primaria, incluyen más del 50% de intervenciones asociadas con lo recomendado por ENSANUT.

Material y métodos: (recolección: método e instrumento), recuento, presentación, análisis estadístico.

Tipo de diseño: se trata de un estudio observacional, descriptivo transversal comparativo.

Universo: Alumnos de pregrado de la Escuela Nacional de Enfermería.

Población: Alumnos de 8º. Semestre de las licenciaturas en enfermería y licenciatura en enfermería y obstetricia.

Muestra: se entrevistaron a 105 alumnos de cada licenciatura dando un total de 210 unidades de observación.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de la muestra. Se incluyeron a todos los alumnos que aceptaron participar en la encuesta, se excluyeron a alumnos que estuvieron ausentes en el momento de la entrevista, se eliminó sólo un cuestionario por razones de baja confiabilidad en las respuestas.

Recolección de datos. Se hace mediante una encuesta instrumentada con un formulario auto aplicable de 97 ítems. (Ver anexo)

Procedimientos.

1. Se realizó una entrevista en la Sección Escolar de la ENEO para identificar número de alumnos por licenciatura y no. De grupos.
2. Se localizaron los grupos por salón.

3. Se pidió la autorización de entrevista por grupo, con un tiempo promedio de 20 minutos.
4. Se procede a procesar los datos en Excel para generar tablas de presentación.
5. En este caso por el número de variables y las características de los cuadros se obvio la realización de gráficos.

Análisis de datos: se hace por indicador usando porcentajes.

La presentación se hace mediante tablas comparativas.

Resultados.

Respecto a la importancia que otorgan los alumnos de Enfermería a las acciones realizadas a nutrición (ver cuadro 1) se observó que el 39.05% da relativa importancia al consumo de micronutrientes; el 43.33% da relativa importancia a la evaluación de las acciones para prevenir la anemia en mujeres; el 42.86% da relativa importancia a la capacitación del personal sobre programas de nutrición.

Respecto a las acciones de Enfermería relacionadas a Diabetes e hipertensión arterial en adultos (ver cuadro3), la percepción de los entrevistados hacia la prevención, educación y control de sobrepeso, obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular, así como educar a la población en riesgo para DM y en sus familias, capacitarse para mejorar los procesos de atención a la población de DM, promover la actividad física de al menos 150 minutos por semana, la ingesta de dietas con bajo contenido de sodio y grasa pero con un alto contenido de verduras, cereales de granos enteros y lácteos bajos en grasa, concientizar a la población sobre la detección y tratamiento oportuno de la HT y prevención de Hipertensión con énfasis en población en riesgo; son indicadores que en un 80% o más de los entrevistados calificaron como muy importante. Destacando en lo relacionado con sobrepeso y obesidad en donde más del 90% de los entrevistados calificaron como muy importante. En esta línea de acción de Enfermería sobre DM y HT obtuvieron calificación de relativamente importante los siguientes indicadores: sistemas de registro de tratamiento metabólico y comorbilidad, actualización y unificación de criterios de atención a diabéticos, contar con una base de datos así como implementar un sistema de vigilancia de desempeño en los servicio de salud en el manejo de diabéticos y la unificación de criterios de atención, tales indicadores los entrevistados calificaron como relativamente importante.

Referente a las acciones de Enfermería relacionadas con obesidad en adultos y actividad física en general (ver cuadro 4) los entrevistados tienen una excelente percepción de la

importancia que tienen tales acciones por ejemplo, adopción de comportamientos saludables, el fomento de la actividad física con un 88.50%; la promoción del consumo de agua simple en lugar de bebidas calóricas con un 84.28% al que se suma la reducción de azúcares, sodio en los alimentos comercializados a lo que el 79.52% de los entrevistados ratificaron la condición de acción de muy importante.

Sugerencias:

No obstante que hay información basta sobre nutrición los entrevistados evidencian un problema de concientización, los entrevistados reflejan un problema de concientización sobre la importancia de la capacitación sobre programas de nutrición en zonas prioritarias, así como la evaluación de las acciones para la erradicación de la anemia en mujeres y el consumo de micronutrientes.

Los entrevistados tienen una muy buena percepción hacia el problema de la DM y sus causantes principales como la obesidad y el sobrepeso llegando hasta en un 93.81% de mucha importancia pero, hay una percepción contraria hacia los temas relacionados con sistema de registro, tratamiento, vigilancia, unificación de guías y criterios para la atención del diabético puesto que del 30 al 43% de los entrevistados lo consideraron como relativamente importante.

Las acciones de Enfermería relacionadas con obesidad y actividad física nos indican buena preparación que se refleja en su percepción de los entrevistados de acciones de Enfermería de muy importantes.

COMENTARIO FINAL.

Es evidente que a lo largo de esta tesis el gran reto de la enfermería radica en la salud pública ya que las prioridades de salud, según los programas y políticas de gobierno; están dirigidos a la prevención de las enfermedades, por medio de la educación, promoción, capacitación, orientación, implementación y concientización en la población en general dándole más relevancia al área rural.

Por tal motivo, se sugiere incentivar al alumno hacia dicha práctica así como es pertinente meditar la posibilidad de creación de una licenciatura en enfermería en salud pública y/o hacer un tronco común de enfermería y hacer que en los 2 últimos semestres haya una rama terminal de salud pública o comunitaria.

De igual manera es deseable motivar al alumno que quiere hacer diplomados o maestría se enfoquen más a la salud pública ya que es urgente que haya más personal de enfermería que se dedique a esta especialidad o ramo.

I.-JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Impacto del estudio. El análisis de los resultados de la ENSANUT y su correlación con intervenciones de enfermería es un ejercicio fundamental que los profesionales de la salud, especialmente la enfermería, deben hacer a fin correlacionar su perfil profesional con la práctica y la conexión con las políticas nacionales y el Plan Sectorial de Salud.

El plan de estudios de la carrera de enfermería contiene la asignatura de sociedad y salud en la cual es deseable profundizar en temas como plan nacional de desarrollo y plan nacional de salud. Es conveniente además revisar los tópicos sobre encuestas nacionales en términos logística y operación. Tales elementos ofrecerán las herramientas para que los profesionales de enfermería, en particular; hagan de esta área una posibilidad para su desarrollo y desempeño profesional.

Trascendencia. Un análisis sobre la trascendencia de encuesta nacional de salud y nutrición ENSANUT desde la perspectiva de enfermería; permite comprender la importancia de las políticas y programas de salud en México, la correcta operatividad de los mismos evaluada mediante encuestas nacionales. De ahí la importancia de que un profesional de la salud como es la enfermería se incorpore a las diferentes etapas del levantamiento de las encuestas.

Factibilidad. El análisis de la encuesta denominada ENSANUT 2012, publicada por el Instituto Nacional de Salud Pública INSP permite recurrir a las fuentes de información pertinentes, suficientes y adecuadas. En particular, tratándose de un documento publicado cuyo principal objetivo es servir de fundamento para evaluar y elaborar el Plan Sectorial de Salud (antes Plan Nacional de Salud) del cual se derivan las políticas, planes y programas nacionales de salud en México.

Motivos personales. El desempeño en la coordinación de campo en el Centro de Investigación en Encuestas y Evaluación CIEE; del Instituto Nacional de Salud Pública INSP, implica trabajar directamente en encuestas de salud haciendo entrevistas directas a usuarios de los servicios de salud. Esta experiencia permite visualizar la importancia de la evaluación de la operatividad de cada programa más allá del documento en sí.

En lo personal como Licenciado en Enfermería y Obstetricia las actividades como evaluador de programas nacionales de salud constituye además de una experiencia profesional única y muy satisfactoria, también permiten el ejercicio de

la práctica de enfermería en la valoración e interpretación y correcto registro de datos.

Finalmente; y para efectos de esta tesis, seleccionar en particular como área de estudio, la encuesta nacional de salud y nutrición ENSANUT-2012 como ejercicio de reflexión sobre la importancia de la misma, su impacto, trascendencia y la pertinencia en la DEFINICIÓN DE las tareas e intervenciones para la formación los licenciados en enfermería en esta singular dimensión de la práctica de enfermería en la salud pública.

II.-INTRODUCCIÓN.

El presente documento describe el análisis de las recomendaciones, acciones y conclusiones publicadas en los documentos analíticos de ENSANUT-2012 a fin de extraer aquellas acciones propias de los profesionales de enfermería. La hipótesis direccional que en general en un 80% de las acciones derivadas de ENSANUT corresponden al ámbito de práctica de enfermería.

Para fundamentar este análisis se incluye en un primer capítulo el estado del arte del cual destaca la revisión de los expertos sobre cada categoría incluida en ENSANUT. Se toma como referencia los propios documentos analíticos de la Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT). Este apartado se culmina con el planteamiento del problema, los objetivos de investigación y las hipótesis que guían el estudio.

En un segundo apartado se presentan el material y métodos donde se incluye tipo de diseño, las variables y procesamiento de datos. Se incluye también la parte organizativa, el cronograma y los aspectos éticos seguidos durante el estudio.

En el tercer capítulo se presentan los hallazgos de investigación atendiendo al orden que la tabla de variables de estudio establece. Seguidamente se presentan

los resultados aglutinando las acciones en tablas que por su propia estructura no hacen necesario la elaboración de gráficos. Finalmente se incluye las conclusiones y sugerencias consideradas factibles a fin de capitalizar los hallazgos. Por último se incorporan la bibliografía y los anexos.

1.-MARCO TEÓRICO

Para fundamentar la revisión de las acciones de enfermería derivadas de los documentos analíticos de ENSANUT-2012 se abordan desde la perspectiva de los expertos los temas relacionados en cada variable a fin de apoyar la discusión de resultados en el sondeo de la percepción de los alumnos de 8º. Semestre respecto de la importancia atribuida a cada acción propuesta. Desde luego se le ha llamado intervención de enfermería en función del perfil del profesional según su plan de estudios, sin esto signifique que desde ENSANUT-2012 se haya planteado así. De hecho la importancia de este estudio radica en la intención de correlacionar las propuestas de ENSANUT como documento normativo en política de salud y la importancia que le dan los profesionales de salud, quienes hipotéticamente, son los responsables de su operación en términos de aplicación y evaluación.

En función de lo anterior se incluyen, en un primer bloque los tópicos sobre: a) actividad física y sedentarismo, b) Anemia en mujeres c) Anemia en niños d) bienestar infantil, e) calidad de los procesos de atención ambulatoria en los

servicios de salud f) cesáreas, g) cobertura universal g) consumo de Alcohol h) Consumo de tabaco i) Desnutrición.

Posteriormente se integra el análisis de los tópicos: Lactancia materna, diabetes en adultos, DMII; discapacidad en adulto mayor, EDAs; hipertensión arterial, IRAs, inseguridad alimentaria, cáncer en la mujer; Seguro Popular, obesidad en adultos, población joven y violencia interpersonal, ayuda alimentaria; utilización de servicios, vacunas en adolescentes; vacunas en adultos de 20 a 59 años; vacunas en el adulto mayor y vacunas en niños.

1.1 Actividad Física y sedentarismo.

La Actividad Física y sedentarismo y sus repercusiones sobre la salud y calidad de vida de las personas mayores es la primera variable reportada por ENSANUT-2012. Un elemento innovador es ligar actividad física versus el sedentarismo y los aspectos actitudinales asociados a ambos. Las investigaciones realizadas abordan la actividad física por grupos etáreos y escolaridad: secundaria, preparatoria, universitarios y actualmente ha cobrado importancia el grupo de adultos mayores.

Según datos derivados de la Organización Mundial de la Salud (2002)¹, el número de personas que superan los 60 años de edad está en incremento. En el año 2025 habrá unos 1200 millones de personas mayores de 60 años en el mundo de los cuales, 840 millones vivirán en países en desarrollo (OMS, 2002). A estos datos, hay que añadir que Europa se encuentra entre los continentes que más envejecen, pudiendo llegar en el 2050 a un 37% de personas mayores (Unión

¹Organización Mundial de la Salud (2002). Physical Activity and Older People. Ginebra: O.M.S.

Europea, 2002); datos similares a los que se alcanzarán en España (IMSERSO, 2004).²

En este sentido Martínez, F.³ (2015) dice que la práctica de actividad física en el colectivo de las personas mayores debe convertirse en una obligación y quizá, para el caso de México; podemos decir que debiera ser ya una política de salud. (Salinas et al., 2007; Martínez del Castillo, 2008; Ramos y Pinto; 2005, citados por Martínez, F. S., Cocca, A., Mohamed, K., & Ramírez, J. V. (2015) que se traduzca en programas de actividad física institucionales dirigidos a población mayor de 60 años.

En este orden de ideas resalta la importancia de la actividad física, como elemento fundamental para que las personas mayores puedan mantener un estado óptimo de salud, así como la principal herramienta de educación y prevención de complicaciones que puedan afectar su esperanza de vida.

Por tanto, en una época donde la actividad física es una herramienta indispensable para reducir y paliar las preocupaciones de las personas mayores, al tiempo que regenera su vitalidad y les dota de un estado de vida con mayor calidad.

Como una aproximación al tema Rivera revisa la experiencia, tomando como ejemplo el estudio sobre las actitudes ante la actividad física según género, edad y escolaridad de los habitantes del municipio de Monterrey (México) sorprende el hallazgo de que la proporción de sujetos sedentarios es dos veces superior a la de los activos, es decir, sólo una tercera parte de la población es activa.⁴

Respecto a los varones, entre 15 y 29 años de edad universitarios son los realmente activos; las mujeres de 45 a 59 años con preparatoria terminada presentan tasas altas de abandono de la actividad física. Se reporta también que

² Imsero (2004) Las personas mayores en España. Informe 2004. Madrid

³ Martínez, F. S., Cocca, A., Mohamed, K., & Ramírez, J. V. (2015). Actividad Física y sedentarismo: Repercusiones sobre la salud y calidad de vida de las personas mayores (Physical activity and sedentary lifestyle: Impact on health and quality of life of older people). Retos, (17), 126-129.

⁴Rivera, J. I. Z., Juan, F. R., Valle, J. M. L., & Baños, R. F. (2013). Actividad e inactividad física durante el tiempo libre en la población adulta de Monterrey (Nuevo León, México). Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación, (24), 91-96.

las mujeres de 60 años y más años y personas sin estudios o solo con estudios primarios nunca han realizado actividad física intencionada.

Reconociendo que en México los estudios sobre actividad física se han centrado en estudiantes de secundaria, preparatoria y universitarios generando información por grupos etáreos al mismo tiempo son referencia sobre la prevalencia de la inactividad en los mismos grupos. Coincidiendo con García-Ortega, Arzaluz, Vázquez- Galán y García-García (2009)⁵ al sugerir con urgencia la necesidad de atender sectores, actores y problemas sociales específicos, resaltando el caso de la inactividad física, el deporte y esparcimiento de los jóvenes, adultos y adultos mayores regiomontanos a fin de prevenir problemas sociales, mentales y de salud.

Al mismo tiempo habrá que superar la escasa cultura de la actividad física, el que predominen los jóvenes más que los adultos mayores interesados en la actividad física sean hombres o mujeres. Con excepción del estudio de (Al-Hazaa, 2007) citado por García ortega (2009) donde se reporta que en un sector de Arabia Saudita los varones se mostraron más inactivos que las mujeres.⁶

En la actualidad toda intervención eficaz para promover la actividad física en las mujeres, puede ser el primer paso para reducir considerablemente las tasas de mortalidad provocada por las enfermedades crónicas no transmisibles en nuestra población coincidiendo con García-Ortega et al. (2009).

Respecto a los factores asociados al sedentarismo Rivera nos dice en su estudio –Amotivación en la actividad física de la población mayor de 15 años de Monterrey (México)”⁷ que quizá los estudios de género coadyuven en la identificación no sólo de los problemas sino también de las estrategias para superar la epidemia del sedentarismo en la población sin importar el género o la edad, la escolaridad como variables biológicas y socio-demográficas tales como el género, edad, dinámica familiar, la manera como se iniciaron en la actividad física, las demandas de una

⁵ García-Ortega, R., Arzaluz, S., Vázquez-Galán, B., & García- García, A. (2009). Monterrey en la globalización. Su despegue hacia la ciudad del conocimiento en los albores del siglo XXI. 1980-2005. In E. Castillo-Ramírez (Ed.), Monterrey: origen y destino (Primera ed., Vol. 6, pp. 248). Monterrey, México: Municipio de Monterrey.

⁶ Al-Hazaa, H. M. (2007). Health-enhancing physical activity among Saudi adults using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Public Health Nutrition*, 10(01), 59-64 M53 - 10.1017/S1368980007184299.

⁷ Rivera, J. I. Z., Juan, F. R., Walle, J. M. L., & Salazar, M. G. (2011). Amotivación en la actividad física de la población mayor de 15 años de Monterrey (México). *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (19), 5-9.

actividad física específica , el nivel de estudios, etcétera como determinantes de un estilo de vida; pero también de una manera de enfermar . Otra estrategia es el poder ligar el concepto tiempo libre con la posibilidad de hacer ejercicio para lo cual hay que hacer visibles o conscientes las creencias, juicios de valor, autoestima, autoeficacia percibida, etcétera, a fin de remontar la anomia, la pasividad, la inercia de un estilo de vida anodino que nos impide movernos hacia la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, habrá que revertir la creencia de que la actividad física requiere demasiado tiempo, pensar que si no hay instalaciones no puede hacerse ejercicio, creer que los jóvenes son por naturaleza sanos y que el ejercicio es sólo estético y no preventivo, pensar que hay ejercicios que no son valiosos o útiles, vivir en un ambiente o familia que no aprecia y disfruta la actividad física y que por lo tanto no fomenta en los descendientes el gusto por ello en cualquiera de sus modalidades.

1.2 Anemia en mujeres

Martínez, H., (1995) reporta que las deficiencias nutricias más extendidas en el mundo se encuentra la de hierro, que se manifiesta como anemia ferropriva con complicaciones cardiovasculares, limitación en la actividad física; asociación con la incidencia de peso bajo al nacer, de partos prematuros y de mortalidad materna adquiriendo relevancia entre las mujeres en edad reproductiva, gestantes y no gestantes; cuyas consecuencias justifican la realización de intervenciones específicas para prevenir y corregir esta deficiencia o modalidad de desnutrición (AU)⁸

Casanueva, E., Regil,⁹ en 2006 dice que la anemia en mujeres en edad reproductiva, y particularmente en las embarazadas, aún constituye un problema

⁸Martínez, H., González Cossío, T., Flores, M., Rivera Dommarco, J., Lezana, M. Á., & Sepúlveda Amor, J. (1995). Anemia en mujeres de edad reproductiva: Resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Publica Mex*, 37(2), 108-19.

⁹ Casanueva, E., Regil, L. M. D., & Flores-Campuzano, M. F. (2006). Anemia por deficiencia de hierro en mujeres mexicanas en edad reproductiva: historia de un problema no resuelto. *salud pública de México*, 48(2), 166-175.

de salud pública. De seguir con los esquemas actuales, se requerirían cerca de 57 años para erradicar la anemia entre las no gestantes y 121 para las gestantes. Es necesario evaluar las estrategias de intervención y hacer estudios consistentes que permitan tomar las medidas adecuadas para controlarla.

A pesar de que, por razones metodológicas, no se han podido establecer los mecanismos mediante los cuales se asocia la anemia con el pobre desempeño reproductivo, es un hecho bien conocido que las mujeres con anemia por deficiencia de hierro tienen productos prematuros o con bajo peso al nacer, con una frecuencia significativamente mayor que las no anémicas. De igual manera, documenta que las mujeres con reservas pre-gestacionales insuficientes de hierro incrementarán su riesgo de padecer anemia durante el embarazo, además de tener menor capacidad para realizar actividad física, o mayor susceptibilidad a presentar infecciones. Inclusive, en fechas recientes se ha informado que las madres con anemia por deficiencia de hierro tienen una pobre interacción con sus hijos. En consideración a lo anterior, la prevención de la anemia por deficiencia de hierro debe constituir una de las prioridades de los programas de salud y nutrición de la mujer en edad reproductiva.

De acuerdo con los lineamientos de diversos organismos, la mejor forma de implementar un programa de prevención y tratamiento de anemia por deficiencia de hierro es partiendo de un diagnóstico adecuado de la situación e identificando a los grupos con mayor riesgo para, después, establecer medidas que den resultado en el corto, mediano y largo plazo. En el caso de la prevención de la anemia por deficiencia de hierro en mujeres en edad reproductiva, se ha recomendado para el corto plazo el establecimiento de programas de suplementación, la promoción del espaciamiento entre embarazos, el control prenatal oportuno y la desparasitación periódica en las comunidades que así lo requieran. Para el mediano plazo se identifica el establecimiento de una política de adición de hierro a los alimentos y la promoción de los programas de sanidad e higiene. Por último, dentro de las tareas con resultados en el largo plazo se recomienda la promoción del consumo de una dieta completa y diversificada.

En México no se ha logrado una prevención efectiva de la anemia por deficiencia de hierro en mujeres en edad reproductiva, probablemente porque las acciones antes descritas no se han llevado a cabo de manera sistemática y ordenada. Así entonces, el objetivo de este trabajo es describir la prevalencia informada de anemia por deficiencia de hierro en mujeres mexicanas en edad reproductiva en los últimos 66 años y analizar la eficacia de las intervenciones informadas para su prevención y manejo.

Así, ante la carencia de información suficiente y sistemática, no resulta extraño que en México la anemia en mujeres en edad reproductiva, y particularmente en las embarazadas, siga siendo un problema de salud pública. Si bien es cierto que la prevalencia de anemia ha disminuido a partir de la segunda mitad del siglo pasado, todavía afecta a 15% de las mujeres no gestantes y a 25% de las embarazadas. Lo anterior significa que, siguiendo los esquemas actuales, serán necesarios más de 50 años para erradicar la anemia entre las no gestantes y más de 120 en las embarazadas. Más aún, si sólo se consideran los resultados de las únicas encuestas probabilísticas, la prevalencia de anemia tanto en mujeres no gestantes como en embarazadas muestra un incremento en un periodo relativamente corto. No obstante, es importante tomar en cuenta que en fechas recientes se han puesto en marcha una serie de medidas dirigidas a grupos de alta vulnerabilidad para la deficiencia de hierro como son los programas Oportunidades, Arranque Parejo y Salud y nutrición de la población indígena, lo que probablemente permitirá revertir la tendencia en el mediano plazo.

De acuerdo a lo anterior puede afirmarse que, a pesar de estar bien documentada la elevada prevalencia de anemia por deficiencia de hierro entre las mujeres en edad reproductiva, no se han logrado avances significativos en su combate debido a que las acciones emprendidas son pequeñas, no están sistematizadas o se carece de mecanismos efectivos de evaluación.

La obtención de evidencia referente a las dosis y a los esquemas de suplementación con hierro que involucre poblaciones con diferentes estados de nutrición y de salud-enfermedad en distintos escenarios sociales y que permita

establecer, a partir de la misma, las bases de las intervenciones orientadas a erradicar la anemia de una forma más acelerada. Además –y a pesar de no ser un punto estrictamente relacionado con el estudio de la prevalencia de anemia–, es importante retomar parte de la experiencia y, al igual que en los primeros trabajos del siglo anterior, reflejar un interés genuino por las condiciones y problemas de las mujeres estudiadas, más allá de las cifras.¹⁰

1.3 La deficiencia de hierro y la anemia en niños mexicanos.

En 2006, un estudio sobre la prevalencia de anemia entre los niños en México tuvo como resultados el 37.8% en menores de 2 años, 20.0% de 2 a 5 años y 16.6% de 6 a 11 años.

La deficiencia de hierro constituye la carencia nutricia más extendida en el mundo y México no es la excepción. En la literatura nacional la deficiencia de hierro constituye la alteración nutricia que más publicaciones ha generado en la literatura nacional.

Tanto la deficiencia de hierro sin anemia así como la anemia afectan la calidad de vida en diversas formas, ya que en todas las células (cerebro, músculo, etc.) el hierro es indispensable para la generación de energía. Su deficiencia se manifiesta en menor capacidad de hacer labores que demandan actividad física o mental y en dificultad para mantener la temperatura corporal en ambientes fríos. Por señalar un ejemplo, baste decir que un análisis publicado recientemente, el cual incluyó a 10 países pobremente industrializados, mostró una disminución de 5

¹⁰ Casanueva, E., Regil, L. M. D., & Flores-Campuzano, M. F. (2006). Anemia por deficiencia de hierro en mujeres mexicanas en edad reproductiva: historia de un problema no resuelto. *salud pública de México*, 48(2), 166-175.

y 17% en labores manuales leves y pesadas, respectivamente, y de 4% en labores que demandan atención mental en poblaciones con anemia.¹¹

Cuando la mujer presenta anemia por deficiencia de hierro, en el primero y segundo trimestre de la gestación se produce un incremento en la tasa de parto pre-término, bajo peso al nacer y, en casos extremos, se registra aumento de la mortalidad materna e infantil. El grado de afección varía dependiendo de la gravedad de la anemia. En niños en edad escolar, se ha demostrado que la anemia causa disminución en la actividad motora, el rendimiento escolar y la socialización. Según la edad en la que ocurra la deficiencia y según su gravedad, algunas de las alteraciones en el desarrollo neurológico pueden revertirse con suplementación farmacológica, aunque está documentado que a pesar de corregir la anemia pueden persistir secuelas en el desarrollo. En efecto, aun cuando la relación de causalidad entre la deficiencia de hierro en edades tempranas y los defectos en el desarrollo mental y la capacidad cognitiva no es clara, la literatura sugiere fuertemente que muchos de estos defectos encontrados en el niño pequeño persisten aún en la adolescencia, agravándose en niños de bajo nivel socioeconómico en relación a niños de nivel mediano. La deficiencia de hierro disminuye la inmunidad celular y en consecuencia, incrementa la susceptibilidad a infecciones, particularmente las del aparato respiratorio, las cuales aparecen con mayor frecuencia y con mayor duración en los niños anémicos que en los sanos.

Martínez-Salgado nos da estrategias para prevenir la deficiencia de hierro y la anemia:

- a) La suplementación farmacológica (preventiva o terapéutica).
- b) La adición de hierro a alimentos y la biofortificación.
- c) La orientación alimentaria (para mejorar el consumo de hierro biodisponible y la combinación en las comidas de alimentos ricos en vitamina C).

¹¹ Martínez-Salgado, H., Casanueva, E., Rivera-Dommarco, J., Viteri, F. E., & Bourges-Rodríguez, H. (2008). La deficiencia de hierro y la anemia en niños mexicanos: Acciones para prevenir las y corregirlas. *Boletín médico del hospital infantil de México*, 65(2), 86-99.

Una tercera estrategia incluye la ligadura tardía del cordón umbilical al momento del parto. En este sentido, se ha demostrado que cuando el cordón umbilical se pinza por lo menos dos minutos después de que han salido los hombros por el canal del parto, el recién nacido puede obtener hasta 75 mg o más adicionales de hierro, que de otra manera se perderían con la expulsión de la placenta. Esta cantidad de hierro es suficiente para proteger al neonato de caer en deficiencia de hierro durante aproximadamente los primeros seis meses de vida.

Orientación alimentaria dirigida en este caso a lograr dietas con alto contenido de hierro biodisponible, mediante el aumento en el consumo de fuentes de hierro hematóxico como los tejidos animales (carnes rojas) y facilitadores de la absorción del hierro no hematóxico como la vitamina C (proveniente de verduras y frutas crudas), mediante la disminución del consumo de inhibidores de la absorción del hierro como el café y los refrescos de cola y el remojo suficiente antes de cocer alimentos ricos en fitatos como las leguminosas.

Para abordar la prevención de la deficiencia de hierro nos dice Martínez-Salgado hace falta:

- Crear la suficiente conciencia pública nacional sobre la prioridad que merece atenderla y prevenirla.
- Unificar criterios y conceptos en diversos aspectos científicos de importancia operativa.
- Procurar la coordinación debida de las actividades preventivas que se propongan.

Sería ideal que la prevención de la deficiencia de hierro formara parte de manera explícita de una política de estado en materia de nutrición y alimentación, para lo cual habría que promover dicha política en el ámbito legislativo. En este terreno, sería necesario **revisar los programas de estudio de Medicina, Nutriología, Enfermería, Magisterio y de Asistentes en Salud** (quienes son al final quienes implementan los programas en colaboración con las comunidades) para que cubran en forma debida este problema de salud pública y elaborar tanto materiales de difusión para los profesionales como de divulgación para la población en

general. Es muy deseable involucrar a los sectores industriales y comerciales en este esfuerzo.¹²

En la actualidad hay numerosas instituciones federales y estatales que de alguna forma tienen relación directa con el tratamiento y prevención de la deficiencia de hierro, entre ellas las del sector salud que incluye la Secretaría de Salud, a las instituciones de seguridad social y a las Secretarías estatales de salud, pero también deberían estar involucradas la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Desarrollo Social, el sistema DIF, LICONSA y DICONSA, entre otras; por otro lado, existen ONG y programas del sector privado que en algún grado inciden en este problema. Es evidente la necesidad de que se abra un "frente de acción" múltiple con la participación simultánea y coordinada de todos estos organismos. El liderazgo para lograr este frente corresponde seguramente a la administración pública, pero las academias y asociaciones profesionales en el área de la salud tienen también un papel fundamental, en forma particular, en resolver las cuestiones técnicas en relación con la enseñanza, la investigación, la educación continua, la búsqueda de consensos, la divulgación, la generación de normas y la asesoría a los organismos operativos y a la industria de alimentos; estas tareas son parte de los propósitos y atribuciones de dichas asociaciones y la deficiencia de hierro les ofrece una oportunidad para ejercerlas.

La prevalencia de anemia en los niños hasta 2 años de edad fue del 29,1%. Fue más frecuente la anemia en niños de 6 a 12 años de edad. Según las concentraciones de ferritina sérica la prevalencia de deficiencia de hierro fue del 38,6%. Para los niños de 6 a 12 años de edad la prevalencia de anemia fue del 14,6%. Los niveles de vitamina A hallados no estuvieron asociados a la anemia encontrada en niños de 6 a 12 años de edad. Para este grupo, el consumo de alimentos portadores importantes de hierro hem es poco frecuente y bastante similar entre las provincias. El consumo de portadores de hierro no es superior y muy diferente entre las provincias. Se encontró una disminución de la prevalencia

¹² Ibidem

de anemia en niños de 6 a 24 meses de edad al compararlos con los resultados de finales de 1999 en una muestra de representatividad nacional.¹³¹⁴

En un estudio de REBOSO PÉREZ, José G, (2006) revisa la anemia en un grupo de niños de 14 a 57 meses de edad, aparentemente sanos la prevalencia de anemia fue estudiada en 239 niños de 14 a 57 meses de edad que asistían a círculos infantiles del municipio Centro Habana, con el objetivo de evaluar los cambios que ocurren en el estado nutricional de hierro a partir del consumo del suplemento FORFERR. La concentración de hemoglobina (Hb) y el volumen corpuscular medio (VCM) se determinaron mediante un contador automático de hematología ABX MICROS 60-OT. Del total de niños evaluados, 15,5 % presentaron valores de hemoglobina menores que 110 g/L, lo que es indicativo de anemia. En los niños hasta 24 meses de edad la frecuencia de anemia fue de 45,7 %, en el grupo de 25 a 48 meses de 9,4 % y los mayores de 48 meses de 2,1 %, todos con predominio de la anemia ligera. Del total de niños, 44, 2 % presentaron valores de VCM inferior a 78 fl, Se encontró microcitosis en el 100 % de los niños anémicos, lo que es característico de deficiencia férrica. Ningún niño presentó valores de VCM superiores a 100 fl. La integración de las acciones del Programa Nacional para la Prevención y Control de la Anemia y la Deficiencia de Hierro parece ser que está favoreciendo la disminución de la frecuencia de anemia en este grupo de edad, uno de los de mayor prevalencia en el país.

De los niños evaluados, el 15,5 % presentó valores de hemoglobina menores que 110 g/L, lo que es indicativo de anemia; de ellos el 0,4 % con anemia severa (≤ 80 g/L), el 6,7 % con anemia moderada ($> 80 < 100$ g/L) y el 8,4 % con anemia ligera ($\geq 100 < 109$ g/L).

¹³Martínez-Salgado, H., Casanueva, E., Rivera-Dommarco, J., Viteri, F. E., & Bourges-Rodríguez, H. (2008). La deficiencia de hierro y la anemia en niños mexicanos: Acciones para prevenirlas y corregirlas. *Boletín médico del hospital infantil de México*, 65(2), 86-99.

¹⁴Reboso, J., Monterrey, P., González, E., Pita, G., Hernández, R. A. O. F., Paulí, K.,... & Selva, L. (2005). Diagnóstico de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad de las provincias orientales de Cuba. *Revista española de nutrición comunitaria= Spanish Journal of Community Nutrition*, 11(2), 60-68.

En los niños hasta 24 meses de edad la frecuencia de anemia fue de 45,7 %, en el grupo de 25 a 48 meses del 9,4 % y los mayores de 48 meses del 2,1 % con significación estadística de los dos últimos grupos con respecto al primero ($p = 0,0001$), todos con predominio de la anemia ligera.¹⁵

Del total de niños, el 44,2 % presentó valores de VCM inferior a 78 fl. Se encontró microcitosis en el 100 % de los niños anémicos, lo que es característico de deficiencia férrica. Ningún niño presentó valores de VCM superiores a 100 fl.

Los valores de hemoglobina fueron informados a las direcciones de los círculos infantiles y a los padres de cada niño. Todos los que presentaron anemia ferropriva fueron atendidos adecuadamente por el médico y la enfermera del círculo infantil, y recibieron tratamiento con sales de hierro.

La frecuencia de anemia hallada en el grupo estudiado se debe sobre todo a una deficiencia de hierro, que se evidencia en que el total de niños anémicos tienen valores de VCM característicos de esta deficiencia.

Un estudio concluido a inicios del 2000 en una muestra de representatividad nacional en niños de 6 a 24 meses de edad informa una prevalencia de anemia de 46 %,10 que coincide con lo encontrado en el presente estudio para los niños de la misma edad. Sin embargo, resultados preliminares no publicados de un estudio realizado recientemente en las provincias orientales en este mismo grupo de edad informa una disminución de la frecuencia de anemia hasta el 30 % (Reboso J, Jiménez S, Monterrey P, Macías C, Pita G. —Diagnóstico de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años edad de las provincias orientales. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, La Habana, 2002).

En el grupo de 24 a 48 meses tuvo lugar una disminución significativa de la frecuencia de anemia, que se hace más ostensible a partir de los 48 meses de edad. Esta disminución de la frecuencia de anemia según aumenta la edad, muestra su carácter leve en el grupo estudiado.

¹⁵ Reboso Op cit

Un estudio no publicado concluido a finales del 2002 con el objetivo de evaluar los cambios que ocurren en el estado nutricional de hierro a partir del consumo de purés de frutas, fortificados con hierro y ácido ascórbico en niños hasta 35 meses de edad (Gay J, Rebozo J, Cabrera A, Hernández M, Sánchez M. Prevención de la carencia de hierro en niños en edad preescolar mediante la fortificación de alimentos. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana, 2002) informa una disminución de la anemia a partir de esta edad, lo que coincide también con un incremento significativo de las reservas de hierro.

A medida que progresa la deficiencia de hierro, los hematíes se hacen de menor tamaño que los normales y su contenido de hemoglobina disminuye. Esta microcitosis de los hematíes es cuantificada por la determinación del VCM.

Entre las anemias nutricionales, los valores bajos de VCM son característicos de la ferropénica, mientras que los valores altos de VCM son característicos de la deficiencia de vitamina B12 o folato; aunque en el intervalo de valores normales pueden encontrarse también individuos con estas deficiencias nutricionales.

En este estudio no se detectaron valores de VCM característicos de deficiencia de ácido fólico, lo que coincide con resultados obtenidos al evaluar los niveles de ácido fólico en niños cubanos de 2 a 4 años de edad,¹⁵ donde ningún individuo presentó valores deficitarios de este indicador.

Estudios realizados en el país informan que la biodisponibilidad estimada de hierro en la dieta promedio habitual en el segundo trimestre de vida, no cubre la necesidad de hierro absorbido.^{1,16} Sin embargo, la disminución de la frecuencia de anemia en niños de 24 a 57 meses de edad hallados en este estudio, en relación con los resultados obtenidos en años anteriores, hace pensar que la integración de las acciones del Programa Nacional para la Prevención y Control de la Anemia y la Deficiencia de Hierro está favoreciendo la disminución de la

frecuencia de anemia en este grupo de edad, uno de los de mayor prevalencia en el país.¹⁶

1.4 Bienestar infantil

GARBARINO, J. en 1992¹⁷ revisa una serie de consideraciones conceptuales básicas relativas a la noción de "bienestar infantil", y de su medición mediante indicadores sociales. Señala que el hecho de seleccionar una serie de indicadores suponiendo que configuran los aspectos más relevantes del concepto no resulta en absoluto una tarea neutra. Se analizan críticamente la tendencia a medir el bienestar sólo con indicadores negativos (enfermedad, bajos ingresos familiares, etc.,...) así como la relevancia de los indicadores de contexto y el difícil equilibrio de la realidad. Se destaca que la información que proporcionan los indicadores viene justificada por su potencial para motivar y guiar la acción; es por ello que los buenos indicadores han de estar en consonancia con los objetivos explícitamente perseguidos.

Según Garbarino para el observador ingenuo parece que debería ser muy sencillo llegar a un acuerdo sobre algunas medidas de lo que es bueno en las vidas de los niños y lo que no lo es. Vivir es bueno; morir es malo. Estar sano es bueno; estar enfermo es malo. Ser feliz es bueno; estar triste es malo. Ser inteligente y erudito es bueno; ser torpe e ignorante es malo. Pero incluso el observador ingenuo puede reconocer que hacer estos juicios, y después cuantificarlos sistemáticamente es un reto. Una aproximación a los indicadores sociales es mucho más que una conversación fortuita o un conjunto de generalizaciones radicales de una fiabilidad insegura.

¹⁶Reboso Pérez, J. G., Jiménez Acosta, S., Gay Rodríguez, J., Cabrera, A., & Sánchez, M. A. (2003). Anemia en un grupo de niños de 14 a 57 meses de edad, aparentemente sanos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 128-131.

¹⁷ Garbarino, J. (1992). Cuestiones conceptuales en la investigación de indicadores sociales de bienestar infantil. *Intervención Psicosocial*, 2, 59-71.

Las medidas del bienestar del niño deben facilitar una expresión numérica de cómo se atiende a los niños y cómo se les forma. Naturalmente, la salud es la más fácil de traducir, y aquí es donde reside el acuerdo mayor -aunque no sea necesariamente un consenso). Los primeros esfuerzos por elaborar indicadores sociales del bienestar del niño a menudo se han basado en medidas de salud. Por ejemplo, (cita Garbarino) el índice DIPOV construido por Jenkins y sus colegas en los años 1970 incluía la mortalidad infantil y las enfermedades venéreas Juveniles como medidas de bienestar del niño.

En el denominado KIDS COUNT citado por Garbarino se utilizan tres medidas de salud entre sus diez indicadores: el porcentaje de nacidos sin atención prenatal, la tasa de mortalidad infantil, y el porcentaje de nacimientos de bebés con poco peso. Todas son medidas de riesgo, de falta de salud. Y todas son medidas de la situación de la primera infancia. Esta aproximación presupone que exista una relación entre la atención prenatal y la salud, que la mayoría de niños que mueren en el primer año de vida es por falta de salud, que hay una relación entre los nacimientos con poco peso y los subsiguientes problemas de salud, y que si los niños van bien de pequeños seguirán bien durante toda su infancia.

Al respecto los observadores informan que buena parte de los niños que viven en otros países, que para los niveles americanos son comunidades y familias "pobres", son "felices". Muchos de estos niños resultan ser mucho más felices que la mayoría de niños americanos que tienen todas las razones "objetivas" para ser más felices (utilizando los indicadores de salud y prosperidad). De todas las dimensiones del bienestar, la felicidad es la que resulta más difícil de traducir a medidas observables con validez histórica, transnacional y transcultural.

Para Garbarino el proyecto de elaborar un conjunto de indicadores del bienestar del niño es seductor. Sin embargo, es todo un reto. Los estudios anteriores de indicadores sociales dirigidos a los hacedores de política sugieren algunas de las dificultades. La información debe ser oportuna (la información ya anticuada no se considera útil). La información debe ser fácil de comprender para el usuario ingenuo (cuanto más sofisticada matemáticamente, es menos probable que se

utilice de forma amplia). La información debe ofrecer un camino hacia la acción (la percepción de que la información solamente documentada problemas sin iluminar soluciones hace que la información sea menos probable que se lleve al proceso político). Esto es mucho pedir.

Sobre indicadores de bienestar y desarrollo infantil en México el Dr. De Castro (2013) presenta datos actualizados sobre la salud, el desarrollo y el bienestar de las niñas y los niños de México para contribuir a la evidencia que podrá servir de base para la formulación de políticas y recomendaciones. La meta para el bienestar infantil no debe de ser sólo la supervivencia física, educación. Se busca lograr una comprensión más amplia y detallada del nivel de bienestar que hay entre niñas y niños mexicanos para permitir la implementación de mejoras en las acciones de prevención y atención que se llevan a cabo así como asegurar la calidad de vida de todos los niños y niñas de México.

En el estudio de Garbarino se armonizó información para niños menores de 10 años de la ENSANUT 2012 con indicadores y metas nacionales e internacionales. De Castro¹⁸ encontró que el 8.37% de los niños nació con bajo peso (<2 500 g). No se realizó el tamiz neonatal a 9.19% de los niños nacidos vivos. De los niños menores de 5 años, 78.03% recibió lactancia materna hasta los cuatro meses. De las madres de recién nacidos, 69.5% recibió capacitación sobre estimulación temprana. El 28% (23% en áreas rurales) de los niños recibió cinco consultas de vigilancia del desarrollo antes de cumplir dos años. Un 29% de los niños tienen o están en riesgo de tener una discapacidad.

Para la Dra. De Castro en México existen progresos así como retos pendientes en la atención al desarrollo infantil. Se requiere crear estándares y valores nacionales de referencia y un sistema de monitoreo, tamizaje, canalización y atención para promover el bienestar y el desarrollo infantiles.

En 2003, el Comité de los Derechos del Niño, órgano de las Naciones Unidas encargado de supervisar el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del

¹⁸DE CASTRO, Filipa, et al. Indicadores de bienestar y desarrollo infantil en México. salud pública de méxico, 2013, vol. 55, p. S267-S275.

Niño, incluyó en sus recomendaciones la recopilación de datos así como el análisis y elaboración de indicadores que permitan evaluar y valorar los progresos realizados, identificar y determinar los problemas existentes e informar sobre la aplicación de las políticas relativas a la infancia. En México hace décadas que se recolectan datos y se realizan estudios sobre indicadores varios relacionados al bienestar infantil y sus determinantes (por ejemplo, cita De Castro el estudio seminal sobre la malnutrición infantil realizado por el doctor Joaquín Cravioto y colaboradores, que evaluó por primera vez el estado nutricional y su relación con el nivel cognitivo y desempeño escolar de los niños). Sin embargo, no se han utilizado dichos indicadores para formar una métrica integrada. El principal objetivo del presente análisis fue proponer un conjunto de indicadores multidimensionales, de acuerdo a la recomendación mencionada, con la finalidad de promover el debate sobre la situación de la infancia en México y aportar evidencia e insumos para el seguimiento del bienestar de los niños mexicanos según parámetros nacionales e internacionales.

A pesar de que en México ha habido avances en términos de atención a la infancia, los resultados aquí reportados hacen evidentes retos importantes. Por ejemplo, cita De Castro la Norma Oficial Mexicana 031-SSA2-1999, que establece el carácter obligatorio de la detección y atención temprana al desarrollo, como acciones indispensables para contribuir a la equidad de oportunidades para el desarrollo de los niños y niñas <2 años. Sin embargo, se observa que entre los indicadores de bienestar infantil disponibles en la ENSANUT 2012, la atención al desarrollo es el indicador con peores resultados (31%). Las recomendaciones internacionales apuntan hacia la importancia de que todos los niños reciban atención que incluya procedimientos de tamiz relacionado con el desarrollo tres veces durante el primer año de vida, dos veces en el segundo año de vida y anualmente después de los 2 años. Este tamiz deberá incluir un monitoreo del desarrollo infantil en términos físicos, cognitivos y socioemocionales y representa una oportunidad de detección de riesgos y problemas para ofrecer una atención oportuna, que tendrá un mayor impacto positivo a un costo más bajo.

Se observa una amplia variabilidad en el porcentaje de avance hacia las metas referentes a los indicadores presentados. En el ámbito neonatal se encuentran indicadores en los cuales se alcanzó o casi se alcanzó la meta, como el bajo peso al nacer (98%) y el tamiz neonatal (100%). Por otra parte, hay indicadores que presentan avances insuficientes como la lactancia materna (86.7%) o la estimulación temprana (86.9%) así como indicadores de un desempeño francamente precario como la atención al desarrollo (31.2%). Asimismo, si bien es alentador que existan indicadores para los cuales se alcanzaron (o casi) las metas, al comparar la información entre entidades federativas y entre zonas rurales y urbanas, se evidencia que subsisten importantes heterogeneidades en términos de equidad en salud en México. Por ejemplo, diez entidades federativas en México se encuentran en niveles idénticos al promedio de OCDE para bajo peso al nacer, mientras cuatro entidades –Michoacán (12%), Puebla (11.72%), Jalisco (11.1%) e Hidalgo (11.06%) presentan rezagos que las colocan con un porcentaje de niños nacidos con bajo peso al nacer más alto que el promedio para América Latina (registrado como 8%⁴ o 9%⁹ dependiendo del reporte del que se trate).¹⁹

Dentro de los indicadores infantiles, en relación con dos acciones preventivas fundamentales se observa que mientras la administración de megadosis de vitamina A se acerca a la meta (94.5% de avance), en cuanto a la vacunación con un esquema de cuatro vacunas se logra únicamente 78.1% de avance. Es importante el avance hacia la meta de administración de vitamina A ya que la falta de la misma, sola o en conjunto con la deficiencia en otros micronutrientes, pone a los niños en riesgo de muerte, ceguera, retraso en el crecimiento y puede afectar negativamente su coeficiente intelectual. Por otra parte, es preocupante que el nivel de cobertura de la vacunación dista de los niveles registrados en otras encuestas. La ENSANUT 2006 reportaba 84.7% de los niños de 12-35 meses con esquema completo de cuatro vacunas en comparación con 77.9% en la ENSANUT 2012. En cuanto a la vacunación contra el sarampión específicamente, con

¹⁹Garbarino, J. (1992). Cuestiones conceptuales en la investigación de indicadores sociales de bienestar infantil. *Intervención Psicosocial*, 2, 59-71.

90.7%, México está por debajo del nivel de vacunación contra esta enfermedad que se ha logrado en América Latina y el Caribe en conjunto, que alcanza 93%.⁴ El riesgo de discapacidad es alto, con 29% de niños y niñas quienes tienen o están en riesgo de desarrollar una discapacidad de algún tipo. Esto está por encima de la media encontrada para 18 países, que fue de 23%.⁷ Este indicador estima el número de niños que requieren de servicios de diagnóstico y referencia a la atención médica o rehabilitación pertinente.⁸ Dichos servicios contribuirían a la prevención de la discapacidad en algunos casos, la disminución de su severidad en otros y en general al bienestar de los niños (y sus familias). Existen muy escasos estudios epidemiológicos sobre la discapacidad (ya sea en general, intelectual o motora) en niños mexicanos o latinoamericanos.

Los datos presentados hacen visibles logros y desafíos clave en este ámbito así como poblaciones específicas en las cuales enfocar esfuerzos. La intención es facilitar la creación de estándares y valores nacionales de referencia, al proporcionar evidencia que se pueda utilizar en la elaboración de sistemas de monitoreo, tamizaje, canalización y atención para promover el bienestar y desarrollo infantiles. De Castro propone que en general, en México es necesario promover mejoras en las estrategias de monitoreo poblacional a través de la creación de:

- Indicadores de monitoreo del bienestar infantil más detallados;
- Sistemas de tamiz y diagnóstico con altos niveles de calidad; y
- Sistemas de referencia y canalización eficientes y equitativamente distribuidos.

Como un ejemplo, en relación con la discapacidad sensorial, motora y la de carácter intelectual o cognitiva, existe todavía una insuficiente política pública para garantizar servicios de tamiz y diagnóstico, prevención y canalización a rehabilitación, servicios sociales y de salud, así como prevenir la discriminación y promover la inclusión educativa, social y (en la vida adulta) laboral. Se requiere mejorar los servicios públicos y programas de prevención de discapacidades y garantizar servicios que contribuyan tanto al desarrollo y bienestar infantiles de todos los niños así como a la mejoría de la calidad de vida de los que tienen una discapacidad.

Se deben utilizar los indicadores de bienestar y desarrollo infantil para evaluar el desempeño de programas como APV, entre otros, y en general definir áreas prioritarias para mejorar la aplicación de las políticas públicas en los siguientes aspectos:

- Prevención del bajo peso al nacer;
- Promoción de la lactancia;
- Realización del tamiz neonatal (garantizando calidad y equidad);
- Capacitación en y promoción de la estimulación temprana;
- Cobertura equitativa con calidad en la provisión de consultas para la atención al desarrollo de los niños, especialmente en sus primeros dos años de vida;
- Cobertura equitativa con suplementación con vitamina A y el esquema completo de vacunación;
- Capacitación en uso de líquidos recomendados para la terapia de rehidratación oral;
- Promoción de la prevención y mejoría en la atención para accidentes domésticos y de otros tipos;
- instituir y garantizar la calidad de la prevención, tamiz, diagnóstico, canalización y atención para diferentes tipos de discapacidad.²⁰

Quintero en 2008, como resultado de su estudio sobre Monitoreo del bienestar de la niñez en Colombia; Propuso el Índice de Carencias en la Niñez (ICN), que permite aproximarse a verificar el acceso a un conjunto de bienes, servicios y condiciones clave que inciden positivamente en el bienestar de la niñez y dan cuenta del cumplimiento de sus derechos, consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Constitución Nacional. El ICN es el resultado de la agregación de 14 indicadores parciales en 7 dimensiones, utilizando como metodología de ponderación el análisis de componentes principales. Los resultados indican que en Colombia la capital del país, Bogotá, es la unidad territorial que exhibe el mejor desempeño en el ofrecimiento de condiciones de vida para los niños. Igualmente, se encuentra que las carencias de la niñez se concentran en departamentos ubicados en las costas pacíficas.²¹

El Niño: La identidad, Educación, Salud y acceso a servicios de atención de la salud, Protección frente al abuso y al trato negligente, El descanso y esparcimiento, el juego y

²⁰DE CASTRO, Filipa, et al. Indicadores de bienestar y desarrollo infantil en México. salud pública de méxico, 2013, vol. 55, p. S267-S275.

²¹QUINTERO, Luis Fernando Aguado; GONZÁLEZ, Carlos Alberto García. Monitoreando el bienestar de la niñez en Colombia. Revista de Ciencias Sociales, 2008, vol. 14, no 2.

las actividades recreativas, la cultura y las artes, Cuidados especiales en caso de discapacidad, Un nivel de vida adecuado, Acceder a las prestaciones de la seguridad social.

En el artículo se construyó un índice sintético, que permite aproximarse a la medición de aspectos relacionados con la calidad de vida y el bienestar de la niñez colombiana, por departamentos en el año 2005. En concreto, el indicador denominado Índice de Carencias en la Niñez (ICN) es el resultado de la agregación de 14 indicadores parciales en 7 dimensiones, ponderadas a través de componentes principales.

El ICN se espera contribuya a una mejor comprensión de las condiciones de vida de la niñez en Colombia. En efecto, el ICN refleja aspectos tan básicos en el bienestar de la niñez, tales como si los niños y niñas: cuentan en el hogar con los recursos mínimos para un adecuado desarrollo, si son visibles jurídicamente ante el Estado, si sus madres se realizan los cuidados preventivos mínimos antes de nacer y cuentan con las capacidades para una adecuada crianza, si están protegidos contra los riesgos en el estado de salud y de enfermedades prevenibles, si asisten a la escuela, si habitan una vivienda digna y no se ven expuestos a temprana edad a responsabilidades propias de adultos (maternidad y trabajo).

Bogotá, es la unidad territorial que exhibe el mejor desempeño en el ofrecimiento de condiciones de vida para los niños. Igualmente, se encuentra que las carencias de la niñez se concentran en departamentos ubicados en las costas pacífica (Cauca, Chocó, Nariño) y atlántica (La Guajira, Magdalena, Córdoba, Cesar, Sucre) del país.

En términos de sugerencias en materia de política pública a favor de la niñez, las carencias que refleja el ICN advierten la urgencia de introducir mecanismos que hagan exigible por parte de la sociedad y la familia, el derecho a políticas públicas que materialicen los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño ratificados en la Constitución Nacional. Hacia el futuro, se establecen retos para el monitoreo de las condiciones de vida de la niñez, que significan mejorar este índice en cuanto a las limitaciones en su actual construcción, la disponibilidad de información, la inclusión de nuevas variables y dimensiones.²²

²²QUINTERO, Luis Fernando Aguado; GONZÁLEZ, Carlos Alberto García. Op. cit

1.5 Calidad de los procesos de atención ambulatoria en los servicios de salud.

Respecto a la Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México; GONZÁLEZ, Idolina²³ afirma que a pesar de haber alcanzado una esperanza de vida promedio de 75 años, similar a la de países más desarrollados, México ingresó al siglo XXI con un sistema de salud marcado por su incapacidad para ofrecer protección financiera en salud a más de la mitad de su población. Esto es resultado y causa de las desigualdades sociales que han caracterizado el proceso de desarrollo en México. Varias limitaciones estructurales han dificultado el funcionamiento y limitado el avance de su sistema de salud. Consciente de que la falta de protección financiera era su principal debilidad, México ha emprendido una reforma estructural para mejorar el desempeño del sistema de salud mediante el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual ha introducido nuevas reglas de financiamiento e incentivos. La principal innovación de la reforma ha sido el Seguro Popular de Salud, el componente de aseguramiento del SPSS dirigido al financiamiento de la atención médica para todas aquellas familias, en su mayoría pobres, que históricamente habían sido excluidas de la seguridad social. La reforma ha permitido un incremento significativo en la inversión pública en salud, al tiempo que realinea los incentivos para garantizar una atención de mayor calidad técnica e interpersonal. En su trabajo se describen las principales características y los resultados iniciales de este esfuerzo de reforma de México, y se derivan algunas lecciones para otros países que consideren llevar a cabo transformaciones a su sistema de salud en circunstancias de desafío similares.

Al examinar los temas expuestos dice que los enfoques presentados por diversos autores referentes a los conceptos, características y modelos de medición de las variables estudiadas presentan similitud en sus investigaciones, al coincidir que las dimensiones de estructura, responsabilidad, recompensa, riesgo, calidez,

²³ GONZÁLEZ, Idolina Bernal; MELO, Norma Angélica Pedraza; LIMÓN, Mónica Lorena Sánchez. El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. Estudios Gerenciales, 2015, vol. 31, no 134, p. 8-19.

apoyo, normas, conflicto e identidad son las más utilizadas en la evolución del clima organizacional para este tipo de instituciones. En tanto que para la valoración de la calidad de los servicios públicos de salud la literatura menciona que los factores de medición más recurrentes son empatía, capacidad de respuesta, elementos tangibles, confiabilidad y seguridad.

De igual forma, al analizar la información presentada se infiere teóricamente que sí existe relación entre el clima organizacional y la calidad de los servicios públicos de salud, puesto que investigaciones previas afirman que aspectos vinculados al ambiente de trabajo, tales como la motivación, el liderazgo y la satisfacción del personal, tienen una relación directa en la calidad de los servicios públicos de salud.²⁴

Así mismo, Idolina concluye que el ambiente laboral en que se desarrollan los procesos de salud se ve influenciado por el clima organizacional prevaleciente en las instituciones hospitalarias, de tal forma que un clima favorable beneficia el entorno de trabajo y, con ello, el compromiso y el desempeño de los empleados.

No obstante, es importante mencionar que existe poca evidencia empírica que determine de manera precisa si la relación entre el clima organizacional y la calidad de los servicios sanitarios es estadísticamente significativa, lo cual identifica la necesidad de realizar estudios al respecto, a fin de fortalecer las deducciones expuestas sobre el tema de interés. Por tanto, recomienda llevar a cabo proyectos de investigación que diagnostiquen la relación de dichas variables, a fin de identificar los factores que determinan las conductas y actitudes de los trabajadores de la salud y la manera en que estos inciden en la calidad de la atención médica otorgada a los pacientes.

Finalmente, es importante señalar que al realizar investigaciones bajo este contexto se obtendrán resultados que servirán de insumo en la formulación de estrategias, las cuales contribuyan a optimizar los recursos y capacidades del sistema de salud, a fin de mejorar los cuidados de la salud, partiendo de la óptica

²⁴GONZÁLEZ, Idolina Bernal; MELO, Norma Angélica Pedraza; LIMÓN, Mónica Lorena Sánchez. Op cit.

de que el clima organizacional es un factor determinante en la calidad operacional y administrativa de toda institución hospitalaria.

1.6 Cesáreas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda 15% como tasa aceptable de cesáreas, utilizando como criterio que luego de esa cifra el aumento de las cesáreas no se correlaciona con mejores resultados neonatales. En Estados Unidos, US Healthy People²⁵ ha establecido como objetivo para el 2020 una reducción a 23%.

La distribución del porcentaje de cesáreas a nivel mundial es (como las realidades socioeconómicas y políticas) extremadamente desigual y oscila entre el déficit y el exceso. Por ejemplo, 33 países (24% del total) tienen una tasa menor de 5% que puede considerarse insuficiente (falta de acceso), considerando un 10% de tasa (también insuficiente) incluye 54 países (40% de los países).

Contrasta con las cifras latinoamericanas que se ubican en el rango de exceso, para el 2012, Brasil tenía una tasa de 45,9%, México 37,8%, Uruguay 31,9%.

Los países nórdicos tienen rangos entre 16% y 20%²⁶. En términos generales y esquemáticos, asociando la tasa de cesáreas con la mortalidad materna y fetal, el mundo podría dividirse en cuatro grupos de países con:

1. Baja tasa de cesáreas (falta de acceso) y alta tasa de mortalidad materna perinatal.²⁷

2. Alta tasa de cesáreas (sin problemas de acceso) con intermedia tasa de mortalidad neonatal (países latinoamericanos).

²⁵ Healthy People 2020. Maternal, infant and child health: summary of Objectives. Disponible en: <http://healthypeople.gov/2020/topic/objectives2020/pdfs/MaternalChild-Health.pdf>. [Consulta: 19 de Nov. de 2014].

²⁶ Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Meriáldi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:331.e1-19

²⁷ Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf?ua=1 [Consulta: 20 de Nov. de 2014].

3. Alta tasa de cesáreas y baja mortalidad neonatal (Estados Unidos y algunos países europeos).

4. Baja tasa de cesáreas y baja mortalidad neonatal (países nórdicos y Canadá).

Pero independientemente de la región o el país, un factor común es el aumento generalizado y más acentuado en los últimos años.²⁸

Este aumento desmesurado de la tasa de cesáreas no tendrá consecuencias inocuas, si bien las técnicas quirúrgicas y anestésicas han mejorado los resultados de las cesáreas, a este nivel contribuirán a un aumento de la morbimortalidad materna. El aumento no solo se ve en la morbilidad materna, también en la fetal ya que se ve un aumento de la morbilidad respiratoria en la cesárea electiva, a todas las edades gestacionales, incluso al término aun que es más sostenible antes de las 39 semanas.

Estos niños no solo requieren hospitalización prolongada, sino que también están en mayor riesgo de enfermedad pulmonar crónica y muerte.²⁹

Las cuatro razones más esgrimidas para explicar estas tasas elevadas de cesáreas son:

1. El beneficio económico del ginecólogo.
2. Cada vez más mujeres piden cesáreas sin justificación médica.
3. Aumento de demandas.
4. El número de mujeres que de verdad necesitan una cesárea está aumentando.

La principal causa de indicación de una cesárea es la distocia del parto, que representó más del 18%, aunque el valor será más alto en realidad porque hay un 15% de pacientes sin da tos.

²⁸ Health at a Glance 2013: OECD Indicators. Disponible en: http://www.oecd.org/els/health_systems/Health-at-a-Glan - ce-2013-Chart-set.pdf [Consulta: 19 de Nov. de 2014].

²⁹ Keszler M, Carbone MT, Cox C, Schumacher RE. Severe respiratory failure after elective repeat cesarean de livery: a potentially preventable condition leading to extra corporeal membrane oxygenation. Pediatrics 1992; 89:670-2.

Un aspecto a considerar es la enorme influencia en la indicación de cesárea el esquemático y estricto diagnóstico del inicio de trabajo de parto. Esta definición no se corresponde con la fisiología y argumenta una enorme proporción de las cesáreas con menos de 5 cm de dilatación, cuando en realidad no han iniciado la fase activa.

Lo que define la fase activa del trabajo de parto es en realidad la dinámica, cuando se estudia la fase activa en relación con la dilatación vemos que 50% de las pacientes ingresó en fase activa a los 4 cm (es decir que la mitad de las pacientes no están en trabajo de parto aún a pesar de tener 4 cm) y el 74% está en fase activa con 5 cm (lo que es igual a decir que con 5 cm un cuarto de las pacientes no han entrado en trabajo de parto).³⁰

Muchas pacientes en las que se considera que el parto no progresa y en las que se indican medidas intervencionistas antes de los 5 cm, ni siquiera han entrado en fase activa del parto. Además, la principal herramienta en la actualidad para detectar una distocia es el parto-grama.

Los Parto-gramas de uso actual se han discutido como un recurso que argumenta cesáreas en base a una falsa estimación en menos de la duración de un parto normal.

Los estudios actuales muestran una duración normal del trabajo de parto mucho más prolongada que la encontrada en estos estudios. Todo indica que no le damos al trabajo de parto los tiempos normales y fisiológicos, por lo que se han propuesto nuevos parto-gramas con mejor base científica. El 46% de reducción de cesáreas se ha logrado aplicando estos nuevos criterios. Se impone la aplicación de un nuevo parto-grama bajo los nuevos conceptos.

La otra gran causa contribuyente a la tasa es la cesárea anterior bajo el falso paradigma de —cesárea es igual a otra cesárea”.

³⁰ Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W, et al. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol* 2010; 115:705-10.

En realidad el temor a una rotura uterina debe ser balanceado con el riesgo de los sucesivos embarazos (Morbimortalidad a futuro). Hay que tener en cuenta que cuando las pacientes están bien seleccionadas el riesgo es menor para una prueba de parto que una cesárea electiva. La probabilidad de muerte con cesárea electiva repetida es de 13,4/100.000 mientras que con una prueba de parto (con paciente seleccionada) es de 3,8/100.000.

El éxito de la prueba de parto en paciente con cesárea anterior es entre 60% y 80%. Esto implica menos hospitalización, transfusiones, histerectomía y ventajas sobre el futuro reproductivo si de sea más hijos. Esta información no está presente a la hora de evaluar el caso y, por lo tanto, no es brindada en general a las pacientes. La aplicación de un protocolo de parto en el caso de una cesárea anterior permitió en Estados Unidos la estabilización del índice de cesáreas en 32% en los últimos cinco años.³¹

Cóppola³² nos dice que en Uruguay hace cinco años tenían un índice similar, ahora están 10 puntos por encima, es urgente aplicar un protocolo de prueba de parto en pacientes con cesárea anterior y en su estudio llega a las siguientes conclusiones:

- Se comprueba un incesante aumento de cesáreas en nuestro país con varias instituciones por encima de 60% y alguna que llega a 70%.
- Este aumento incesante no implican mejoras en los resultados neonatales, si no lo contrario, y llevará a un aumento de la mortalidad materna.
- Por lo tanto, estamos frente a un problema de salud pública que necesita de determinadas acciones, a continuación se sugieren algunas:

1. Una política de aplicación de las recomendaciones de la OMS en las instituciones.

³¹ National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel. National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. *Obstet Gyne col* 2010; 115:1279-95.

³² CÓPPOLA. , F. (2015). Cesáreas en Uruguay. *Médica Uruguay*, 7-14.

2. Una adecuación del parto-grama y la capacitación en los nuevos conceptos de duración del parto.
3. Auditorías.
4. Protocolo de parto en paciente con cesárea anterior.
5. Introducción del entrenamiento en parto podálico.
6. Posicionamiento de la partera como recurso humano fundamental y autónomo para la asistencia del parto de bajo riesgo.

Aragón, E. S.³³ en su libro —“Nacimiento respetado y lactancia materna a la luz de la evidencia actual” nos plantea lo siguiente: ¿Hasta dónde las condiciones del nacimiento, de la alimentación y de la crianza de los niños, en los meses más importantes de su vida, tendrán mucho que ver en la etiología de estas y otras enfermedades? Los gobiernos han puesto en marcha campañas y acciones que tratan de frenar las crisis existentes, pero no ha habido ningún plan para prevenir estos problemas desde el momento en que nace un nuevo ser. Una cosa es tratar de resolver un problema cuando ya está ahí y otra cosa es su prevención. No amamantar puede ser una causa común de mala salud poblacional. Sólo el 16% de las mujeres estadounidenses amamantan exclusivamente a sus bebés seis meses o más, en México, sólo el 14% lo hace. ¿Cuál es la razón de porqué las tasas de lactancia materna son tan bajas en ambos países? ¿La salud se puede programar? La evidencia ha mostrado que la lactancia materna tiene efectos positivos a largo plazo sobre la salud y el desarrollo, su carencia detonara en desigualdades, las cuales continuaran hasta la edad adulta y pudieran ser mayores. Aunque los beneficios a largo plazo de la lactancia de cualquier individuo fuesen pequeños, el impacto en la población será mucho más grande, con grandes costos para los servicios de salud y sociedad.

³³ ARAGÓN, E. S. (1 de Abril de 2015). Academia Mexicana de Pediatría . Obtenido de http://www.academiamexicanadepediatria.com.mx/publicaciones/academicos_opinan/pdf/2015Abril-1.pdf

A la luz de múltiples estudios posteriores a dicha publicación (1974 en su 1ª edición), cada vez se demuestra con más bases, la importancia de la lactancia materna prolongada, la OMS/UNICEF mencionan: dos años o más, actualmente hay corrientes donde la apoyan por varios años más que eso, sin embargo, hay un muy alto porcentaje de personal médico y paramédico institucional y privado que continua difundiendo; LECHE MATERNA no más de seis meses.

La forma natural de nacer se cambió a partir del gusto de Luis XIV Rey de Francia (1638-1715) de querer ver nacer a sus hijos, por lo que se tuvo que recostar a la parturienta para tal petición, posteriormente esto fue una moda la cual se ha perpetuado por muchas generaciones como algo normal, así como el alto e intensivo intervencionismo durante el trabajo de parto con todas las consecuencias que ello lleva. Recientemente el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva publicó Los Criterios Globales IHAN Atención Amigable a la Madre,¹⁹ donde se dan las recomendaciones encaminadas a modificar ciertas costumbres que se han perpetuado y que han demostrado más riesgo que beneficio, de igual manera, El Consejo de Salubridad General, publica la actualización 2014: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto, Evidencias y recomendaciones.²⁰ El nacimiento, desde hace muchas generaciones se está violentando, apresurando y lucrando con él. Los costos de ello son pagados por: los particulares, los seguros de gastos médicos y por el erario público, las consecuencias son directamente para el niño y la sociedad. El intervencionismo del proceso natural del trabajo de parto, está condicionando una falla del mismo lo que terminara en operación cesárea por Falla de Trabajo de Parto y altamente probable que el siguiente embarazo, sea programado para nacer por cesárea, con todas las consecuencias que lleva, evitar el trabajo de parto a la fisiología pulmonar del Recién Nacido así como de las consecuencias a su micro biota y desarrollo futuro de alérgicas y otros tantos procesos mórbidos. La Academia Americana de Obstetricia, en marzo 2014, publicó sus recomendaciones de Parto con Antecedente de Cesárea Previa, altamente preocupados, ya que están registrando un tercio de sus nacimientos por vía abdominal, las consecuencias están muy bien evidenciadas en un estudio donde se incluyeron todos los

nacimientos de tres años en todo el condado de Nueva York y compararon la morbilidad entre los niños de la semana 37 y 38 nacidos por cesárea contra los de la semana 39 a 41 de parto eutócico. En México, tenemos cifras institucionales de 50% de cesáreas, y del orden de hasta 95% en el medio particular y no se ven programas para revertir dichas cifras tan alarmantes. ¿Qué se puede hacer para revertir tan alarmante cantidad de cesáreas y tan poca lactancia materna?

1. Exigir a todos los hospitales públicos y privados a llevar a cabo efectiva y consistentemente el programa INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LA MADRE Y EL NIÑO.

2. Educación a los profesionales de la salud sobre la importancia de la lactancia materna con la inclusión en las universidades de la materia obligatoria de Lactancia Materna, así como contar con el taller CAALMA (Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna) impartido por APROLAM para poder certificarse o recertificación en Pediatría.

3. Vigilar que en todas las empresas públicas y privadas donde laboren mujeres en edad reproductiva, se realicen los cambios necesarios para contar con áreas específicas para el uso de las madres lactantes.

4. Incapacidades postparto más humanas.

5. Invitar a las Academias, Colegios y Consejos médicos a apoyar la normatividad, la aplicación de las recientes recomendaciones y a dictar normas y procedimientos en el actuar médico, en especial en estos tópicos.

Al tomar acciones en Pro del NACIMIENTO RESPETADO, muy seguramente mejorarán el apego y las cifras de lactancia materna, con todos sus beneficios. De no hacer cambios, estamos destinados a lo que le sucedió a California, perder no sólo terreno, sino hasta el nombre.

1.7 Cobertura universal en salud

López Puig³⁴ nos habla en la revista de cubana de Salud Pública sobre el caso de Cuba para alcanzar la cobertura universal, desde el 2005, todos los Estados Miembros de la OMS asumieron el compromiso de alcanzar la cobertura sanitaria universal, lo que constituyó una expresión colectiva de la convicción de que todas las personas deberían tener acceso a los servicios de salud que necesitan - prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos- sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento presente o futuro. Trabajar para alcanzar la cobertura sanitaria universal es una forma de mejorar las condiciones de salud y bienestar y promover el desarrollo humano. A partir de entonces se avanzó en la prestación de servicios de salud y en la protección contra los riesgos económicos según recogen varios documentos emitidos por la OMS/OPS. Ello queda registrado en los progresos realizados en la consecución de los ODM relacionados con la salud y en el descenso generalizado de los pagos en efectivo por la utilización de estos servicios.³⁵

Según un estudio reciente de las tendencias estadísticas de 153 países publicado en *The Lancet* en 2012,³⁶ la ampliación de la cobertura sanitaria suele conllevar un mejor acceso a la asistencia necesaria y la mejora de la salud de la población, beneficios que favorecen especialmente a las personas más pobres. Estas conclusiones se han visto confirmadas por experiencias recientes de ampliación de la cobertura de los servicios y de la protección frente a los riesgos financieros en países con niveles de ingresos marcadamente diferentes.

³⁴ LÓPEZ PUIG, Pedro. Cobertura Universal en Salud y el caso cubano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2015, vol. 41, no 1, p. 1-3.

³⁵ Dye C, Boerma T, Evans D, Harries A, Lienhardt C, McManus J, et al. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS; 2013 [citado 29 Sept 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2013/report/es>

³⁶ Moreno-Serra R, Smith P. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*. 2012 [citado 29 sept 2014];380:917-23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959388>

Avanzar en cuanto a cobertura sanitaria universal puede encontrar problemas técnico-prácticos complejos. En realidad se trata de un proceso primero político, que requiere, en los países con una cultura donde la salud no es considerada un bien indispensable para el desarrollo, una negociación entre los distintos grupos de interés de la sociedad acerca de la asignación de las prestaciones sanitarias y sobre quién debería pagarlas.

No obstante a ello, a pesar de la voluntad explícita de los países y los avances que se han registrado en los indicadores sanitarios, según las estadísticas mundiales de la salud de 2013, en el 2011 se registraron 3 millones de muertes neonatales y se estima que 287 000 mujeres murieron de parto durante el 2010. La realidad nos muestra que aproximadamente un cuarto de los países con la mayor mortalidad materna (100 o más muertes por 100 000 nacidos vivos) ha hecho poco o ningún progreso en esta materia.³⁷ Para poder reducir estas muertes, las mujeres necesitan acceso a servicios de calidad para la planificación familiar y el seguimiento del embarazo, el parto y el puerperio. No hay otra forma conocida para reducir el flagelo de la muerte de una mujer en el momento del parto que muestre certeza alguna de su efectividad.

En el caso de las enfermedades transmisibles, se estima que en el 2011 se presentaron 8,7 millones de nuevos casos de tuberculosis, y aproximadamente el 13 % de ellos estuvieron relacionados con personas que viven con el VIH/sida. Ese mismo año, 34 millones de personas vivían con la enfermedad VIH/sida, lo que significa un incremento con respecto a los años anteriores. Los datos muestran que, a pesar de los avances, aún queda para la humanidad un largo camino a recorrer si persiste en el empeño de erradicar la enfermedad y la muerte evitables.

En América Latina, el objetivo de organizar servicios de salud que cubran la totalidad de la población en niveles de atención integrados y descentralizados fue nuevamente ratificado por los Estados Miembros en el 2005, como parte del

³⁷ World health statistics 2013. Ginebra: OMS; 2013 [citado 29 sept 2014]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf

llamado "Proceso de Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas". En el artículo III de la Declaración de Montevideo,³⁸ se recoge: "[...] los modelos de atención de salud deben [...] fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención". Más recientemente, en Junio de 2007, La Agenda de Salud para Las Américas 2008-2017, en su párrafo 49, señala la necesidad de: "[...] fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos, [...]" y en Julio del mismo año, el Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, señala en su párrafo 6 la necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación y su articulación con el conjunto de las redes sociales.

En este contexto de llamados no vinculantes Cuba, país pobre y sometido al bloqueo económico y comercial de los EE. UU. por más de 40 años, ha desarrollado un sistema sanitario único e integrado, gratuito en todos sus niveles de atención, de cobertura universal, acceso amplio y de sólidas bases en la estrategia de Atención Primaria de Salud, que la coloca en la vanguardia de toda la América en lo que respecta a indicadores sanitarios, que constituyen trazadores en la eficiencia de un sistema.³⁹ Todos ellos logrados sin distinción de raza, sexo, nivel económico, filiación política o religiosa.⁴⁰

³⁸ Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C; Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2007 [citado 29 Sept 2014];21(2/3):73-84. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>

³⁹ Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra: OMS; 2012 [citado 21 de Sept de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf

⁴⁰ LÓPEZ PUIG, Pedro. Cobertura Universal en Salud y el caso cubano. Revista Cubana de Salud Pública, 2015, vol. 41, no 1, p. 1-3.

1.8 Consumo de alcohol y tabaco

Fabelo, J. R., Iglesias⁴¹ en su estudio sobre el consumo de cigarrillos y de alcohol por estudiantes de ciencias de la salud (más allá de lo permitido por las normas sociales) nos dice que constituye un comportamiento que contradice la función social que ellos desempeñarán como promotores de la salud en sus profesiones.

Hizo una valoración a estudiantes de ciencias de la salud y arrojó resultados donde indica que la prevalencia de consumo de tabaco fue del 56.4% entre los estudiantes mexicanos y de 37% entre los cubanos. Fue mayor entre los hombres en ambos casos, pero también se observaron niveles sustanciales en las mujeres.

La prevalencia de consumo de alcohol fue de 76.9% entre los estudiantes mexicanos. En condiciones de riesgo clasificaron 44.4% entre los estudiantes mexicanos y 3.7% entre los cubanos.

La elevada prevalencia de consumo de tabaco y alcohol en estos estudiantes de ciencias de la salud es motivo de preocupación y tiene consecuencias no solo en su salud individual, sino también sobre su eficacia profesional para disminuir el impacto de estas drogas en ambos países.

Existe interés entre los investigadores de la salud pública por predecir los factores que llevan a un inicio precoz en el consumo de alcohol.

En un estudio de Castaño-Pérez⁴² cuyo objetivo fue establecer un modelo explicativo para la iniciación temprana en el consumo de esta sustancia mediante dos cuestionarios —*ad hoc*” (tradiciones sociales y familiares y publicidad) el

⁴¹Fabelo, J. R., Iglesias, S., Cabrera, R., & Maldonado, M. T. Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de ciencias de la salud en Cuba y México

⁴²CASTAÑO-PÉREZ, Guillermo A.; DEL CASTILLO, José A. García; MARZO-CAMPOS, Juan C. Factores predictores en la edad de inicio del consumo de alcohol. Facultad Nacional de Salud Pública, 2015, vol. 32, no S1, p. S78-S88.

AUDIT, y un cuestionario de Expectativas y otro de Creencias acerca del consumo de alcohol; indicó que la iniciación temprana en el consumo de alcohol está asociado a algunos aspectos socioculturales, creencias y expectativas favorables al consumo de esta sustancia. Y además arrojó como resultados que el 53,7% de los sujetos de esta muestra son mujeres y el 46,3% hombres; 83,3% solteros y entre los 18 y 25 años el 66,7%. La mayoría de extractos socioeconómicos bajos y medio, 89,1%.

Son más los hombres los que se inician en el consumo de alcohol, antes de 11 años que las mujeres, 14,8% y 8,4% respectivamente. Cuando el inicio del consumo se hace entre los 11 y los 17 años, ya no se encuentran diferencias de género. Según el estrato socioeconómico, la edad de inicio antes de los 11 años, es más frecuente en estratos altos con un 15,5%, que en bajos donde la frecuencia es del 9,9%. Cuando aumenta la edad de inicio, las diferencias entre estratos se van a cortando, hasta igualarse cuando ya se tiene mayoría de edad.

Con respecto al papel que juegan las expectativas, las creencias, los ritos y tradiciones familiares y sociales y la publicidad en la edad de inicio en el consumo de alcohol, no se encontraron estudios metodológicos similares al propuesto por este trabajo, más sí investigaciones descriptivas que dan cuenta de la influencia de estas variables sobre el comienzo en la ingesta de esta bebida.

En general los estudios en Latinoamérica y Europa, sobre las edades de inicio en el consumo de alcohol, han encontrado que la conducta de beber empieza entre los 11 y los 13 años.

Con respecto al estrato socioeconómico la edad de inicio antes de los 11 años, es más frecuente en estratos altos (15.5%), con un (9.9%) en los más bajos. Estos hallazgos son coincidentes con lo afirmado por Machado Pratta y Dos Santos quienes han encontrado, citados por Castaño Pérez; un inicio más temprano en sectores con alto poder adquisitivo, difiriendo de otros autores, quienes consideran que la pertenencia a un sector de escasos recursos económicos podría adelantar la edad de inicio en el consumo de alcohol.

En relación con la influencia de los pares, elemento este que se constituye como un factor de riesgo determinante para el inicio del consumo del alcohol y que pudiera estar relacionado con tradiciones sociales donde los amigos empezaron a beber a edades muy tempranas, los hallazgos encontrados, son concordantes con los trabajos de otros autores.

Las expectativas relacionadas con el alcohol también han resultado determinantes en la edad de inicio en el consumo de esta sustancia. Los resultados de Castaño Pérez, coinciden con lo hallado por otros autores quienes afirman que la decisión de consumir alcohol estaría guiada en parte por la expectativa que el alcohol resultará en consecuencias deseables.

En cuanto al tipo de expectativas, nuestros hallazgos, en donde se encontró que las relacionadas con el incremento de la sexualidad son las que más están relacionados con una temprana edad de inicio en el consumo.

Castaño Pérez, también evidenció relaciones significativas entre los ritos, las tradiciones sociales y familiares y la edad de inicio en el consumo de alcohol. Entre ellas se destacan las costumbres de los pares y amigos, las sociales y finalmente las familiares. Sanabria, también citados por Castaño; en un estudio en Costa Rica, también encontró que los hábitos y costumbres enraizadas en la familia y el grupo de amistades contribuyen al inicio y a un aumento en la frecuencia del consumo.

La publicidad de bebidas alcohólicas es también uno de los muchos factores que tienen el potencial para alentar a los adolescentes a beber tempranamente. En nuestro estudio al hacer el análisis bivariado esta relación se dio al recordar o ver publicidad relacionada con su bebida preferida y recordar el jingle (la música) que identifique alguna bebida alcohólica, coincidiendo con lo hallado por otros autores. Es de anotar sin embargo que la publicidad fue excluida del modelo de regresión logístico multivariado, lo cual puede estar en relación con el tipo de instrumento utilizado.

La evaluación de los coeficientes del modelo indica que las expectativas, creencias y tradiciones familiares incluida, influyen significativamente y de una forma positiva sobre la edad de inicio en el consumo de alcohol; lo que podría

interpretarse que cuando el individuo tiene esas expectativas y creencias favorables al consumo de alcohol y además ha sido expuesto a esas tradiciones familiares, presenta un consumo de alcohol a edades más tempranas y por tanto está más propenso a tener mayores riesgo de abuso o dependencia en su edad adulta.⁴³

Para hablar de un caso concreto sobre adicciones en México se toma como reeferencia en estudio de Del Campo Alcocer quien convencido y consciente del gran problema de salud pública que prevalece en muchas colonias y calles de la ciudad e incluso del estado de Querétaro, cuyo índice de consumo de cigarros, solventes y drogas ilícitas así como el mismo alcohol e incluso ludopatías, han ido en un incremento sin precedentes; ocasionando por ende un alza en la violencia intrafamiliar, deserción académica, problemas de desarrollo laboral pero principal y tristemente con un alto índice de suicidios; debilitando el tejido social y la calidad de vida de nosotros los Mexicanos, ante este panorama socioeconómico.⁴⁴

El problema va en aumento y parece contradictorio que aunque hay mucho trabajo relacionado con las adicciones, falta poner en práctica acciones concretas no sólo de solución al problema sino de prevención. Parece que aún falta mucho por hacer puesto que actualmente se identifican dos situaciones específicas en nuestro estado:

- a) las personas, que consumen alcohol o alguna otra substancia adictiva, son cada vez más jóvenes,
- b) no se ha logrado hacer conciencia (entre los grupos vulnerables) del peligro de realizar acciones como: manejar bajo los efectos del alcohol, consumir drogas, entre otras.

⁴³CASTAÑO-PÉREZ, Guillermo A.; DEL CASTILLO, José A. García; MARZO-CAMPOS, Juan C. Factores predictores en la edad de inicio del consumo de alcohol. Facultad Nacional de Salud Pública, 2015, vol. 32, no S1, p. S78-S88.

⁴⁴ Del Campo Alcocer, L. F. (5 de Febrero de 2015). *Biblioteca en Línea. Querétaro*. Obtenido de <http://ri.uaq.mx/handle/123456789/2412>

Las cifras no son alentadoras y la realidad es que el primer contacto con las drogas altamente adictivas, se da por medio del alcohol y el tabaco, los cuales en su abuso conducen a la utilización de otro tipo de sustancias, como la marihuana, la cocaína y las metanfetaminas. Esta problemática nos conduce a dos interrogantes: ¿Cuál es la situación actual de Querétaro en torno a las adicciones? ¿Qué se puede hacer para revertir la incidencia y aumento del alcoholismo en el estado? Por lo que debemos plantearnos objetivos claros; que conducen a preguntar: ¿Políticas Públicas o Acciones sociales?

Los objetivos están relacionados:

- a. Las adicciones son un problema que va en aumento, es preciso establecer estrategias idóneas para la prevención y atención de las mismas, principalmente en los grupos vulnerables.
- b. Brindar atención que busque la profesionalización en cada estado de la República a través de un Modelo de Interrelación Inter-Institucional en donde motivando a la sociedad mediante un quehacer político y social se sensibilicen para desarrollar una nueva Política Pública en la que se logre la participación activa de los actores dentro de un Marco Jurídico constitutivo, de una reforma con una visión global, que acelere las respuestas a la agravada problemática social e individual de las familias mexicanas.⁴⁵
- c. Con un modelo formal institucional que sirva además de dar continuidad a los ejes social y político, estando obligado a ser representado por una Mesa Directiva y un Consejo para la Resocialización que organice el quehacer de los menesterosos en una dinámica constructivista.
- d. Trabajar en la Organización de la Sociedad Civil que impulse a la creación y formalización operativa de un Instituto dedicado a generar y atender la Política de Drogas más humana, en cada entidad.

⁴⁵ Ibidem

e. Los foros, las iniciativas de ley y sobre todo el activismo social repercuten positivamente en la concientización de frente a la probable legalización de la marihuana y la necesaria profesionalización de las instancias de atención dentro de un Marco Legal. Ante este panorama, no solo una tesis o una iniciativa de ley son la única solución, es fundamental crear la respuesta que encause el ejercicio de realizar un trabajo socialmente incluyente a nivel regional con la construcción de iniciativas que contemplan Foros Públicos con temas como: ¿Sociedad y educación una vida sin adicción¿, ¿Políticas públicas de frente a las adicciones¿ y ¿Política de drogas: verdades y realidades¿. Los cuales, son organizados por Fundación Jaque y Sobriedad a la Mexicana A.C. y las Legislaturas Locales, hasta ahora se han realizado además de en Querétaro en Jalisco. El proceso de conformación de la Organización de la Sociedad Civil (OSC) ha sido lento pero substancioso. Hoy gozamos de un proyecto de trabajo que luego de incubarlo en la Universidad Tecnológica de Querétaro (UTEQ), constituirmos legalmente, se tramita la CLUNI y el RFC, estamos en un proceso de capacitación para acceder a un modelo de integración de prácticas profesionales con el distintivo de Inter-institucionalidad y Transparencia por parte del Centro Mexicano para la Filantropía (CEMEFI). Lo anterior es útil y punto de partida para consolidar el proyecto de Políticas Públicas y Acciones Sociales a través de interrelacionar un marco jurídico claro e integral para propiciar un mecanismo de Solución (Prevención-Tratamiento-Reinserción) con apego a las Garantías Fundamentales; hoy los llamado Derechos Humanos (DDHH). Fundación Jaque y Sobriedad a la Mexicana A.C. en su objeto social primigenio está siendo transformado a Jaque y Sobriedad I.A.P. Lo anterior para competir por la procuración de fondos que le permitan auto sustentar un fondo de recursos para la implementación de sus programas que se pretenden convertir en Políticas Públicas. Para proyectar los cinco de manera transversal; con la eficiencia y eficacia que de la teoría a la práctica se logra.⁴⁶

Boloy, M en su estudio sobre “La recreación física como vía para la prevención del alcoholismo en los adolescentes” habla sobre el triunfo y afirmación de las

⁴⁶ Ibid

ideas que proyectan hacia el futuro la vida actual, favorece e integra en ella al deporte y la recreación de manera equivalente a como ellos actúan respecto a las diversas manifestaciones de la evolución humana, por esa razón los países más cultos y civilizados son los que mayor atención le prestan a las diversas especialidades atléticas y al disfrute del tiempo libre de la población.⁴⁷

La recreación como expresión educativa al alcance de las masas populares es iniciada en Cuba con el triunfo revolucionario, se manifiesta el verdadero concepto de Recreación dirigida al pueblo, negada siempre por las divisiones de clases.

Toda actividad recreativa física, tiene un marcado objetivo ideológico, como expresión de principios y valores humanos, fortalecimiento de los sentimientos de pertenencia, identidad nacional, puestos de manifiesto mediante juegos tradicionales y otras acciones que la inserten en la batalla que hoy se libra frente a la penetración ideológica extranjerizante, y la proliferación de vicios y otras acciones deformadoras de la conducta, principalmente entre la población adolescente y juvenil.

La recreación juega un papel importante en la salud de la población, en el país pasa a tener una gran valor en el desarrollo de una actividad preventiva en la salud del pueblo. La realidad social ha dado pasos gigantescos en estos años en la formación de un sistema nacional de salud que abarque el 100% de la población en todos los niveles de atención, ha alcanzado elevados índices en la prevención y control de enfermedades, sin embargo, presenta algunos índices que son preocupantes desde el punto de vista de la salud de la población, como son:

- Enfermedades cardiovasculares y Accidentes cerebros vasculares.

Ligado a estas enfermedades hay otros factores que son el lógico desgaste natural del organismo, aparecen asociados factores que parecen ser comunes, como el sedentarismo, la obesidad, la ansiedad, el tabaquismo y el alcoholismo.

⁴⁷ Boloy, M. A. (s.f.). *Unesco.org*. Obtenido de LA RECREACIÓN FÍSICA COMO VÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Havana/pdf/recreacionart.pdf>

De esta última podemos señalar conlleva a consecuencias sociales, como desempleo y el divorcio, de tipo psicológico, como la depresión, la ansiedad y el deterioro; de tipo patológico o biológico, como son la cirrosis hepática y la hemorragia cerebral. Esto ocurre por el uso prolongado y excesivo de la ingestión de alcohol.

En consecuencia a lo expresado en párrafos anteriores se asume como propósito aportar un programa de actividades físicas-recreativas que favorezcan disminuir el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes de la circunscripción, de una determinada y comunidad de Veguita de Galo, en el Distrito Urbano Antonio Maceo Grajales, del municipio de Santiago de Cuba.

Programa de actividades físicas recreativas:

Este programa es para implementarlo en las comunidades donde los adolescentes tengan la necesidad de disminuir el consumo de alcohol a partir de la realización de actividades físicas – recreativas para el buen aprovechamiento del tiempo libre; las actividades que se proyectan en el programa no solo están dirigidas al desarrollo físico, sino de potencial cualidades morales, la expresión oral, lo corporal, la destreza mental y la realización de recrearse físicamente de variadas formas que proporcione una mejor calidad de vida.⁴⁸

Se trata de disminuir el consumo de alcohol de los adolescentes de la comunidad escogida, no de rehabilitar alcohólicos; por lo tanto se hace oportuno dotar a los profesores de Cultura Física que laboran en las comunidades de una serie de acciones que le permitan desarrollar su labor formativa en este tipo de contexto con mayor profesionalidad.

Acciones.

- Realizar juegos pre deportivos de Béisbol, Baloncesto, Fútbol, Voleibol y Balonmano entre otros, con adaptaciones en las reglas; juegos de mesa y tradicionales como: Dama, Ajedrez, Parchís, El pañuelo, entre otros. Encuentros

⁴⁸ Ibidem

deportivos de Béisbol, Baloncesto, Fútbol, Voleibol, así como simultáneas de ajedrez y competencias de dominó con otras circunscripciones de la zona.

- Incorporación de juegos novedosos como la Bola Criolla, Ajedrez africano, el Go, Lucha Canaria, Críquet, Rugby, Petanca, Bochas, Tamburello. Excursiones y Caminatas a lugares históricos y viaje a la playa.

- Charlas educativas, vídeos, talleres, dramatizadas sobre actividades físicas preventivas relacionadas con el aprovechamiento sano del tiempo libre, culminando con debate reflexivos.

- Conferencias sobre el tema de drogas

- Reuniones grupales para: el intercambiando de ideas, aprender de mitos y realidades.

Boloy concluye que el proceso de la recreación física como unas vías para la regulación de la conducta de los adolescentes, a través de acciones para la ocupación sana del tiempo.

Los resultados arrojados posibilitaron constatar que el nivel de participación de los adolescentes en las actividades durante su tiempo libre, tiene incidencias en el desarrollo de la personalidad y su integración social.

La conformación del programa de actividades físicas-recreativas para los adolescentes de la comunidad escogida logrará disminuir el consumo de alcohol en la misma y se enriquecerá el conocimiento sobre los daños que ocasiona el abuso del consumo de alcohol.⁴⁹

La valoración de los resultados alcanzados demostró la efectividad del programa propuesto, pues contribuyó a elevar el nivel de participación y conocimientos de los adolescentes.⁵⁰

⁴⁹ Ibidem

⁵⁰ Ibidem

Wendy Cantos González en su estudio tiene como objetivo principal aplicar intervenciones educativas de enfermería que influyan en la prevención del consumo de alcohol en los estudiantes del segundo y tercer año de bachillerato del Colegio Fiscal Mixto —La Libertad” en el 2014. La metodología utilizada para su estudio, es descriptiva, cuantitativa y transversal, que permitió identificar el conocimiento de los estudiantes con respecto a la prevención del consumo de alcohol, y los órganos afectos, mediante las encuestas y a través de las intervenciones educativas impartidas por las egresadas de enfermería durante los meses de estudio, a la población escogida de 295 estudiantes que pertenecen al grupo de estudio; llegando a las conclusiones siguientes: que el 78% de los estudiantes desconocían el concepto de alcoholismo, sus consecuencias y la prevención de su consumo; el 41% consumía alcohol semanal, el 29% mensual, y 20% esporádicamente, según datos cuantitativos de la pre-intervención educativa; al término de las intervenciones que dieron como resultado, se logró que el 60% consumiera alcohol muy esporádicamente, y bajó el porcentaje del consumo continuo de las bebidas alcohólicas; en la pos intervención educativa el 90% de los estudiantes adquirieron conocimiento de que el alcoholismo es una enfermedad que requiere ayuda profesional y de su familia; el 85% identificó las consecuencias en la salud, del consumo indiscriminado de alcohol; por ello se recomendó la aplicación continua y seguimiento de intervenciones educativas para mejorar el buen desarrollo de los estudiantes adolescentes y de sus familias.⁵¹

El propósito principal del estudio fue explicar la dependencia tabáquica desde una perspectiva motivacional en una muestra de estudiantes universitarios de ambos sexos, fumadores de tabaco. Se emplearon cuatro escalas del Inventario de Wisconsin de Motivos de Dependencia del Tabaco, una escala de normas paternas y unos más de amigos fumadores, así como dos medidas internacionales de consumo de cigarrillos y un cuestionario de dependencia tabáquica. Se elaboró un modelo estructural de la dependencia al tabaco que incluyó los

⁵¹ Cantos González, Wendy Johanna; borbor reyes, catalina Aidee. intervenciones de enfermería en la prevención del consumo de alcohol estudiantes colegio fiscal la libertad 2013-2014. 2015. tesis doctoral

motivos mencionados y el número de días de consumo, el cual explicó 61% de la varianza total, se ajustó bien a los datos y mostró índices de ajuste adecuados.

Javier Aguilar Villalobos⁵² dice que el consumo del tabaco constituye un grave problema de salud pública. Fumar es la causa prevenible de muerte; provoca más de cinco millones de decesos al año en el mundo (World Bank, 1999) y 25 mil en México (Valdés, 2005). Los estudiantes universitarios constituyen un sector de la población particularmente vulnerable, ya que los resultados de la investigación indican una prevalencia alta de consumo de tabaco: 20.8% en estudiantes de quince licenciaturas universitarias (Arillo et al., 2005), y 33.3% en estudiantes de la salud (Reynales, Vásquez y Lazcano, 2007).⁵³

La iniciación del tabaquismo y la experimentación temprana con el alcohol ocurren debido a una compleja combinación de variables sociales, familiares, personales y cognitivas. Entre los factores de riesgo que han mostrado fuertes relaciones con el comportamiento tabáquico y con el consumo de alcohol se encuentran el tener amigos fumadores, la permisividad para el consumo de tabaco en el hogar, y la creencia de que fumar o tomar alcohol son benéficos. En cambio, la supervisión que ejercen los padres sobre las actividades de sus hijos y la creencia que tienen los jóvenes respecto de los efectos negativos de ambas sustancias parecen actuar como factores protectores (Calleja y Aguilar, 2008).⁵⁴

Se ha reportado consistentemente que las influencias sociales son determinantes para iniciar el consumo de tabaco. La influencia de los amigos y compañeros para que los adolescentes fumen es comúnmente la más directa y efectiva: quienes tienen amigos que fuman, muy probablemente lo harán también (Kaufman et al., 2002).⁵⁵

⁵²Villalobos, J. A., Calleja, N., Aguilar, A., & Valencia, A. (2015). Un modelo estructural de la dependencia al tabaco en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 25(1), 103-109.

⁵³Reynales-Shigematsu, L. M., Vázquez-Grameix, J. H., & Lazcano-Ponce, E. (2007). Encuesta mundial de tabaquismo en estudiantes de la salud, México 2006. *salud pública de México*, 49, s194-s204.

⁵⁴Bello, N. C., & Villalobos, J. A. (2008). Por qué fuman las adolescentes: Un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 20(4), 387-394.

⁵⁵Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ*. 2000;321:333-7.

La dependencia del tabaco es el principal factor que mantiene la conducta del fumar entre fumadores adultos. Dicha dependencia se considera como un constructo que agrupa un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que El enfoque médico-psiquiátrico tradicional ha establecido diversos criterios diagnósticos para clasificar a los fumadores como dependientes o no dependientes, pero la evidencia de la validez de esos criterios es limitada, en particular los enlistados en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2000),⁵⁶ ya que están basados en el consenso de expertos más que en la evidencia empírica, y no distinguen entre la gran heterogeneidad que hay entre los fumadores dependientes de la nicotina.

Como lo revelan los análisis de regresión de la dependencia tabáquica, las influencias tempranas sobre el consumo de tabaco, representadas por las normas paternas y los amigos fumadores, no fueron relevantes.

La incorporación de los motivos a la explicación de los mecanismos y procesos de diversa índole involucrados en la dependencia tabáquica representan un paso importante en la comprensión de dicho fenómeno, en el cual han prevalecido los enfoques psicofarmacológicos. Tal es el caso del estudio ya citado de Pomerleau et al. (2003),⁵⁷ según el cual la conducta de fumar está determinada en alto grado por los niveles cambiantes de la nicotina en el plasma sanguíneo en cuanto que los niveles altos se asocian con sensaciones agradables, mientras que los niveles bajos lo hacen con síntomas de abstinencia. Sin embargo, según tal autor, en algunos fumadores la conducta de fumar está controlada por sensaciones agradables asociadas a los niveles altos de nicotina; en otros el fumar sirve para reducir los estados de ansiedad y disforia, y en otros más está determinado por ambos tipos de consecuencias.

Este estudio, llevado a cabo entre fumadores jóvenes, mostró que los cuatro motivos considera-dos (reforzamiento positivo, claves, reforzamiento negativo y

⁵⁶ American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). Washington, DC: American psychiatric association, 143-7.

⁵⁷ Pomerleau CS. Co-factors for smoking and evolutionary psychobiology. *Addiction*; 1997; 92: 397-408.

sabor) explican gran parte de la variabilidad de las puntuaciones de dependencia. Los tres primeros tienen una relación positiva con la dependencia, por lo que ésta se incrementa con valores mayores de dichos motivos; en cambio, el mayor disfrute del sabor tiende a asociarse con valores bajos de dependencia y, a la vez, con niveles altos de consumo, como lo muestra el modelo.⁵⁸

1.9 Desnutrición

En el estudio de Yala-Gaytan⁵⁹ sobre Infraestructura, ingreso y desnutrición infantil en México empleó estimaciones estatales de DI y diversos indicadores que reflejan las probables causas subyacentes del fenómeno como la pobreza, el producto per cápita estatal, la educación de las mujeres y los accesos a infraestructura de salud y de drenaje, se encontró que la carencia de salud y drenaje, así como la pobreza, empeoran la DI, mientras que la educación de las mujeres la disminuye.

En países en desarrollo, se estima que la desnutrición infantil (DI), entendida como baja talla para la edad o desmedro causa más de 41% de las muertes anuales en niños de 6 a 24 meses de edad; los que logran sobrevivir presentan secuelas que afectan su calidad de vida y que tienen repercusiones en su crecimiento y desarrollo integral, lo que crea un efecto intergeneracional que detiene el progreso de la sociedad.

Los altos costos sociales de la DI, presentes y futuros, demandan el diseño de políticas públicas adecuadas y, sobre todo, orientadas por el estudio serio y riguroso de los determinantes de la DI.⁷ Un marco conceptual ampliamente aceptado por la Unicef, si bien reconoce que las causas directas de la desnutrición

⁵⁸VILLALOBOS, Javier Aguilar, et al. Un modelo estructural de la dependencia al tabaco en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 2015, vol. 25, no 1, p. 103-109.

⁵⁹YALA-GAYTÁN, Edgardo A.; DÍAZ DURÁN-HERNÁNDEZ, Andrea. Infraestructura, ingreso y desnutrición infantil en México. *Salud pública de México*, 2015, vol. 57, no 1, p. 22-28.

son la mala alimentación y las enfermedades, sugiere condicionantes subyacentes y básicas que explican el fenómeno. Entre las principales variables subyacentes, la Unicef propone la insuficiencia de acceso a los alimentos, la falta de cuidado para niños y mujeres y los inadecuados servicios de salud, agua y saneamiento, mientras que plantea que los determinantes básicos son la influencia de las instituciones formales e informales, la política, la economía y estructuras y los sistemas ideológicos. Una estrategia adecuada para combatir la desnutrición debe estar situada alrededor de estos elementos, buscando acomodarlos de manera apropiada para que la consecuencia sea una mejora en la nutrición del país.

Smith, Ruel y Ndiaye,⁶⁰ por otra parte, indican que el acceso a agua potable y drenaje también puede tener un alto impacto en la DI. En 2006, la prevalencia general de diarrea en México fue en promedio 12.9% padecida por la población menor a cinco años.

Al ser la falta de agua potable y de servicio de sanidad adecuado una de las causas principales, enfermedades infecciosas como la diarrea disminuyen la ingesta y provocan una mala absorción de líquidos y nutrientes, entre otros efectos, por lo que mejorar los servicios de agua y drenaje podrían mejorar el estado de nutrición.

Una de las causas del desmedro en la que concuerdan diversos autores como Chávez, Cruz y colaboradores,⁶¹ González- Cossío,⁶² Paraje,⁶³ Sandoval-Priego y colaboradores,⁶⁴ entre otros, es la educación de la mujer. Se ha comprobado que una madre con mayor educación presenta mejores condiciones de higiene, es más receptiva a la información de salud y, además, tiene mayor capacidad de convertir los insumos de la familia en salud. Otros autores proponen que la pobreza, en particular, y los ingresos, en general, son los principales causantes de la DI. La pobreza alimentaria, es decir, la incapacidad de un individuo de comprar la

⁶⁰ Paraje G. Desnutrición crónica infantil y desigualdad socioeconómica. Revista CEPAL 2009;99:43-63. [Links]

⁶¹ Cruz C, De la Torre R, Velázquez C. Evaluación externa de impacto del programa oportunidades. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

⁶² Rivera J, Cortés C, Flores M, González-Cossío T. Capacidad de peso para edad y longitud para edad para predecir desmedro a los tres años de vida. Salud Publica Mex 1998;40(2):127-132

⁶³ Paraje G. Desnutrición crónica infantil y desigualdad socioeconómica. Revista CEPAL 2009;99:43-63.

⁶⁴ Sandoval-Priego AA, Reyes-Morales H, Pérez-Cuevas R, Abrego-Blas R, Orrico-Torres ES. Estrategias familiares de vida y su relación con desnutrición en niños menores de dos años. Salud Publica Mex 2002;44(1):41-49.

canasta básica, aun utilizando todo su ingreso disponible, es para Smith y Hadden la causante inmediata de la inseguridad alimentaria, mientras para Wheeler,⁶⁵ Chávez y colaboradores lo es el ingreso.

La contribución de su trabajo radica en la riqueza de los datos panel. Los resultados sugieren que mejoras en el acceso a servicios de salud y servicios públicos y la educación de la mujer pueden aportar significantes reducciones en la tasa de DI, aun cuando la pobreza y las condiciones económicas del estado en general no varíen. Los hallazgos apuntan hacia la implementación focalizada de políticas públicas que garanticen condiciones mínimas de acceso a la infraestructura en servicios, salud y educación, para cambiar las condiciones de vida mejorando aspectos relevantes del bienestar social.

Un área de oportunidad importante que se desprende de los presentes resultados es determinar con más precisión las obras de infraestructura que más impacto tienen sobre la DI, tales como potabilizar el agua, desinfectar las aguas de pozo con flúor, diferentes tipo de atención médica y otras. Esto puede hacerse ampliando la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de forma que incluya no sólo información sobre hábitos nutricionales y cálculo de medidas, sino también de equipamiento dentro del hogar y en la comunidad. Otra opción puede ser realizar cuasiexperimentos de los programas sociales como Oportunidades y la Cruzada Nacional contra el Hambre. Esta línea de estudios puede ayudar a ratificar si efectivamente las presentes estimaciones implican una causalidad estricta o si se trata de asociaciones estadísticas.

La desnutrición en menores de 5 años continúa siendo un serio problema de salud pública en México influyendo importantemente en el crecimiento físico y mental de los niños. El gobierno mexicano en el 2002 implemento el Programa Nacional de apoyo Oportunidades para disminuir el problema de desnutrición, pero su impacto en el estado de nutrición particularmente de niños, no ha funcionado adecuadamente. El objetivo del estudio de Yala-Gaytan fue evaluar el impacto del

⁶⁵ Wheeler D. Human resource development and economic growth in developing countries: a simultaneous model. Washington, DC: World Bank, 1985.

suplemento y orientación alimentaria como parte del programa Oportunidades en el crecimiento en niños de Guanajuato comparado con sujetos que no reciben papilla. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la prevalencia de anemia entre los niños que contaban con papilla y los que no. Adicionalmente, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables de crecimiento peso para la talla, talla para la edad y peso para la talla entre ambos grupos. En términos de morbilidad, ambos grupos tuvieron la misma prevalencia de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas.⁶⁶

Boltvinik, J.⁶⁷ en su estudio sobre Conceptos y mediciones de pobreza y políticas públicas. La medición multidimensional del Coneval y la Cruzada Nacional Contra el Hambre. Tiene como propósito central mostrar, con un caso de estudio en la realidad actual de nuestro país, cómo influyen las conceptualizaciones y mediciones de pobreza en el diseño de las políticas públicas, en particular, tratándose de programas focalizados, en la definición de su población objetivo.

Los métodos de medición de la pobreza y las conceptualizaciones que los sustentan no son neutrales en términos de políticas públicas. Influyen en forma definitiva en la definición de la población objetivo (PO) de los programas focalizados. También, aunque esto no fue objeto del presente artículo, vía la definición de umbrales de cada dimensión orientan a las políticas públicas enviándoles el mensaje de que si la lucha contra la pobreza forma parte de la política y el programa, lo más eficiente será proporcionar a los carenciados sólo el nivel marcado por el umbral, como agua entubada en el lote, estudios de secundaria, seguro popular y pensiones ultra-minimalistas para adultos mayores. Esto genera graves distorsiones en las políticas sociales. La CNCH aplicó ejemplarmente la receta del Coneval e intersectó lo ya intersectado dos veces, logrando así definir su PO como resultado de una triple intersección.

⁶⁶YALA-GAYTÁN, Edgardo A.; DÍAZ DURÁN-HERNÁNDEZ, Andrea. Infraestructura, ingreso y desnutrición infantil en México. Salud pública de México, 2015, vol. 57, no 1, p. 22-28.

⁶⁷ Boltvinik, J. Conceptos y mediciones de pobreza y políticas públicas. La medición multidimensional del Coneval y la Cruzada Nacional Contra el Hambre.

Las inconsistencias internas de los métodos de medición y las imprecisiones de su marco conceptual que, en este caso debió definir con claridad en qué consiste la carencia de acceso a la alimentación, la insatisfacción alimentaria. La no definición clara por parte del Coneval al respecto causó confusión en los encargados de la política de desarrollo social que emprendieron la CNCH. Como se dijo, el Coneval sustituyó el indicador de acceso a la alimentación definido en la LGDS, por uno de estabilidad de dicho acceso. La justifica asimilando, falsamente, el indicador adoptado al concepto de seguridad alimentaria de la FAO. Dice: “De acuerdo con la FAO (2006) la seguridad alimentaria comprende el acceso en todo momento a comida suficiente para llevar una vida activa y sana, lo cual está asociado a los conceptos de estabilidad, suficiencia y variedad de los alimentos”. (Coneval, 2010:61). En pie de página descartan los métodos basados en la información de ingresos gastos de los hogares por su sesgo, olvidándose que así miden la dimensión de ingresos y que su LBM es el costo de una canasta de alimentos crudos que provee alimentos suficientes y variados. Reiterando lo dicho en el texto, el indicador sólo se refiere a la dimensión de estabilidad pero no puede cubrir adecuadamente las de variedad y suficiencia, dimensiones que sí cubre el indicador de gasto alimentario cuando se le compara con el costo de la alimentación. Además, al definir, por un lado, la situación extrema en materia de ingresos como tener un ingreso insuficiente para adquirir los alimentos crudos para estar bien nutrido, incluso si se destina el 100% a dichos alimentos (la LBM), y hacer de ésta una de las dos condiciones para identificar la pobreza extrema, lleva a que sus seguidores asocien la carencia alimentaria con la pobreza extrema, lo cual es falso cuando se analiza la incidencia de la PA (alrededor de 2/3 de la población) como un gasto en alimentos insuficiente para adquirir la canasta normativa alimentaria.

Un camino posible para cubrir los tres aspectos de la seguridad alimentaria sería aplicando el criterio de intersección de los indicadores de gastos en alimentos crudos iguales o mayores a la LB y seguridad alimentaria plena (ausencia de indicadores de inseguridad). Es decir, sólo los hogares que gastaran en alimentos crudos un monto igual o mayor que el costo de la CNA (Canasta Normativa

Alimentaria) y no tuvieran ningún indicador de inseguridad estarían en seguridad alimentaria. El resto de los hogares estarían carenciados en materia alimentaria y serían parte de la PO de un programa alimentario que se propusiera erradicar el hambre humana.⁶⁸

1.10 La diabetes mellitus

Los Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, menciona que la prevalencia nacional de DM en adultos de 20 y más años de edad fue de 7.5% (IC95% 7.1-7.9). En las mujeres fue de 7.8% y en los hombres de 7.2%. La prevalencia aumentó en relación directa con la edad, 2.3% antes de los 40 años y 21.2% después de los 60. En la población urbana la prevalencia fue de 8.1% y en la rural de 6.5%. La enfermedad fue más frecuente en la región norte del país (8.4%) y en el área metropolitana de la Ciudad de México (8.1%). Asimismo, fue más frecuente en la población con menor escolaridad (9.9%), menor ingreso (8.1%), hipertensión arterial (13.7%), hipercolesterolemia (23.3%), microalbuminuria (15.5%) y enfermedad renal (12.3%). Mediante modelos de regresión logística multivariada, estratificados por sexo, se identificaron como variables asociadas con la presencia de DM la edad, la baja escolaridad, el antecedente familiar de DM y la coexistencia de hipertensión arterial, enfermedad renal o hipercolesterolemia en ambos sexos. La obesidad abdominal se relacionó con DM sólo en las mujeres; la residencia en una zona urbana se vinculó con DM exclusivamente en los hombres. Las acciones más fuertes se observaron con la edad, el antecedente familiar de DM y la microalbuminuria.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 son prueba del grave problema de salud que representa la DM para México. Su efecto se magnifica al afectar con mayor frecuencia a grupos de población cuyos factores sociales o económicos limitan su acceso al tratamiento. Los datos informados son útiles para la institución

⁶⁸Boltvinik, J. (s.f.). *El colegio de México*. Conceptos y mediciones de pobreza y políticas públicas. La medición multidimensional del Coneval y la Cruzada Nacional Contra el Hambre Obtenido de http://www.colmex.mx/academicos/ces/julio/images/stories/conceptos_y_medicion_de_la_pobreza_y_politicas_publicas.pdf

de programas de escrutinio y prevención. Los resultados confirman que la diabetes debe ser motivo de investigación en familiares de primer grado e individuos que tengan uno o más de los componentes del síndrome metabólico (hipertensión, dislipidemia, obesidad y microalbuminuria).

Durante las últimas décadas el número de personas que padecen diabetes en México se ha incrementado y actualmente es la segunda causa de muerte en el país. Los datos de la ENSANUT 2012 identifican a 6.4 millones de adultos mexicanos con diagnóstico de diabetes, es decir, 9.17% de los adultos en México. El total de adultos con diabetes podría ser mayor por el porcentaje de los diabéticos que no conocen su condición. Para 2012 se estima en más de 4 524 millones de dólares lo requerido para el manejo de la diabetes de los pacientes que reportan estar acudiendo a atención, 15% más en relación con la cifra estimada para 2011. Para contextualizar esta cifra, este monto es superior a los 3 790 millones de recursos asignados al Seguro Popular en 2010.

Por lo que se refiere a la heterogeneidad geográfica, los resultados presentados muestran un reto diferencial en el país; si bien la atención a la diabetes debe plantearse como prioridad en todo el país, el Dr. Mauricio Hernández y el Dr. Juan Pablo Gutiérrez⁶⁹ en su artículo —“Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia” nos dicen que hay entidades como el DF, Nuevo León, Estado de México, Veracruz, y Tamaulipas que requieren un nivel adicional de atención a este reto sanitario.

Nos dicen también en el mismo estudio que un reto adicional lo representa la población de diabéticos que se reporta sin esquema de protección en salud; es necesario asegurar la cobertura de esta población para proporcionar el seguimiento y control necesario para prevenir complicaciones.

Los programas puestos en marcha en las instituciones reflejan el peso que la diabetes representa para las mismas. No obstante, un porcentaje importante de la población con protección en salud decide atenderse en el sector privado, lo que

⁶⁹ Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus in México: Status of the epidemic. *salud pública de México*, 55, s129-s136.

indica un reto importante para el sector público en términos de mejorar la calidad y calidez de los servicios. Si bien los retos de la calidad de la atención no son privativos de la diabetes, la magnitud del reto para la atención de esta condición llama a estrategias que incidan principalmente en la calidad del proceso de atención, que mejore la adherencia al tratamiento y de lugar a mejoras sustanciales en las condiciones de salud. Esquemas de incentivos a los proveedores han mostrado efectividad en entornos con indicadores claros y medibles como es el caso de la diabetes, por lo que debe explorarse su uso en lo general para mejorar la atención a padecimientos crónicos.

La comparación entre individuos con diagnóstico previo y el resto de la población muestra, por un lado, la mayor probabilidad de comorbilidades, y por el otro, un perfil de población con mayor riesgo, por ejemplo aquellos con antecedentes familiares. La evidencia científica sobre prevención y tratamiento intensivo para diabetes indica que las acciones en ambas vertientes son costo efectivas y tienen buenos rendimientos cuando las primeras se focalizan en personas con alto riesgo de padecer diabetes y las segundas en el control de la hipertensión, el colesterol y los niveles de glucosa entre las personas que padecen la enfermedad. Los estudios señalan que la eliminación del hábito tabáquico, sumada al control de estos marcadores bioquímicos, logra una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes y una reducción en la mortalidad y en el riesgo de padecer complicaciones asociadas. Dada la previsión sobre un importante porcentaje de diabéticos sin diagnóstico, será necesario desarrollar lineamientos de detección temprana de la enfermedad, que al ser aplicados a los principales grupos de riesgo, den lugar al diagnóstico y tratamiento oportuno.

Aún con los esfuerzos federales y sectoriales para el control de la diabetes, los resultados de la ENSANUT 2012 sugieren la necesidad de ajustar estos programas bajo un liderazgo más efectivo y posiblemente con una asignación presupuestal más amplia que facilite las acciones y la capacitación de los proveedores de servicio y de los pacientes. Asimismo, considerando la magnitud del reto que incluso comienza a reflejarse ya entre las y los adolescentes, es de

primera importancia generar interés público sobre el problema de la diabetes, a nivel nacional, sociedad y del individuo para consolidar una respuesta social a este problema y de esta manera activar las políticas nacionales necesarias para reducir el impacto de la diabetes en México. Para ello, es importante impulsar la generación de políticas públicas saludables que incidan en los estilos de vida asociados con el desarrollo de diabetes, como pueden ser aquéllas encaminadas a disminuir el consumo de bebidas azucaradas y las que favorezcan una alimentación adecuada.

1.11 Discapacidad en el Adulto Mayor.

La humanidad ha presentado un fenómeno inherente a la misma, el cambio; que enfocado a la tasa de natalidad, esperanza de vida y calidad de vida, por mencionar algunos indicadores demográficos, ha sido un cambio constante. A través del tiempo el envejecimiento que ha experimentado la población ha cambiado no solo sustancialmente sino en su significado ontológico. Hernández López y Cols.⁷⁰ (2014) en un documento que entra en el compendio de *La Situación Demográfica de México 2014* habla del cambio del envejecimiento y nos invita a la reflexión sobre el envejecimiento a partir de indicadores tradicionales y la importancia de utilizar indicadores prospectivos presentados por Sanderson y Scherbov (2007; 2008; 2013) en relación a los indicadores tradicionales Hernández y Cols. Manejan 3 indicadores: 1) edad mediana de la población; 2) proporción o porcentaje de las personas de 65 años y más; y 3) razón de dependencia por vejez.

Empero, hay autores como Ryder (1975)⁷¹ plantea que —considerando que lo que nos interesa del estudio de la edad es lo que significa en términos de deterioro y dependencia, parecería sensato considerar la medición de la edad no en términos

⁷⁰ Hernández LM, Murguía SM y Hernández VM. Envejecimiento prospectivo y su relación con la discapacidad en México. En: *La Situación Demográfica de México 2014* [Internet]. Consejo Nacional de Población; México. 2014 [Citado]. p. 25-38. Disponible en: <http://bit.ly/1HzuNdQ>

⁷¹Ryder, Norman (1975), "Notes on stationary populations", en *Population Index*, núm. 41, pp. 3-28.

de años transcurridos desde el nacimiento sino en términos del número de años que restan por vivir”. Sanderson y Scherbov (2007; 2008; 2013) relacionan la esperanza de vida restante de una persona con su edad cronológica. De esta manera, los autores generan el concepto de Edad Prospectiva (ep) que es complementario al de edad cronológica, pues no solo hace una medición al tiempo pasado, sino que incluye una medición al tiempo futuro.⁷²

Retomando el estudio del indicador de edad mediana y edad mediana prospectiva que manejan Hernández y Cols. en su estudio; mencionan que la edad mediana de la población es un indicador que resume la distribución etaria de la población y que puede señalar su envejecimiento (EM). Se puede decir que si con el paso de los años la edad mediana de una población aumenta, podemos considerar que es una población cada vez más vieja.

Hernández y Cols. menciona que el envejecimiento cronológico se da de manera más rápida que el crecimiento de la esperanza de vida en edades sobre todo adultas. Asimismo, el indicador de años de vida restantes confirma también la existencia del proceso del envejecimiento de la población en México.

El último indicador que menciona Hernández y Cols. es la Razón de Dependencia por Vejez (rdv) que expresa, de forma aproximada, la carga económica que representa la población de adultos mayores. Ésta se define como el peso relativo que tiene el grupo de adultos mayores sobre la población en edades intermedias (15-64), edades a las cuales se consideran como productivas.

La discapacidad es una situación que se puede presentar en cualquier grupo etario, pero suele acentuarse en la vejez, y surge la reflexión sobre la calidad de los años por venir. Y la necesidad de cuidados que dicha personas implicarían para el resto de su vida, si el caso de que la discapacidad fuera permanente.

Hernández y Cols. mencionan que dada la estrecha relación entre la discapacidad y la edad avanzada, se hace una asociación de la edad media a la que se espera

⁷²Sanderson, Warren y Sergei Scherbov (2007), “A new perspective on population aging”, en Demographic Research, vol. 16, núm.2, Max Planck Institute, Alemania, pp. 27-58.

que la población adquiera alguna discapacidad con la edad a la que le restan 15 años de esperanza de vida (Ee 15-). Con dicha asociación, se pretende identificar el número de años que una persona podrá vivir sin discapacidad y la edad promedio en la cual las personas tendrá limitaciones serias para su vida funcional.

Los autores antes descritos concluyen que el proceso de envejecimiento es muy complejo, la inclusión de indicadores prospectivos que den cuenta de él en términos de los años que restan por vivir, resulta no solo conveniente, sino necesaria. Vale la pena recalcar que el aumento en la brecha entre los indicadores tradicionales y los prospectivos a lo largo del tiempo confirman este proceso en la población mexicana, ya que el envejecimiento cronológico de la población no refleja una ganancia en la esperanza de vida de la misma magnitud

La Corporación COOCENDE planeo y ejecuto un programa de envejecimiento activo denominado Programa de Envejecimiento Activo para Personas en situación de Discapacidad Intelectual de la Corporación COOCENDE P-EA, dicho programa surge con un objetivo preciso: —Mantener en los usuarios las capacidades adquiridas a lo largo de su ciclo vital, preservando la autonomía y la participación social, previniendo el deterioro resultante de la doble articulación entre envejecimiento y discapacidad intelectual”. Programa cuyos Profesionales a cargo fueron: una Psicóloga, un Logopeda, un Terapeuta Ocupacional y una Co-educadora. Cuya modalidad de trabajo fue Grupal y la carga horaria semanal destinada a ejecución del Programa fue 6 horas, y el total de Usuarios del Programa fueron 18 usuarios de la Corporación COOCENDE-Chile que fluctúan entre 35 y 57 años.⁷³

Este programa fue abordando distintas áreas de interés centradas en favorecer la comprensión e identificación con la etapa adulta, desafiando el desconocimiento y la incertidumbre inicial, con cuestionamientos profundos referentes a pareja, afectividad, sexualidad, trabajo, amigos, familia, autocuidado, expectativas, metas

⁷³Gonzales SP Y Gaete EM. Adultez Consciente: Un Programa de Envejecimiento Activo para personas en situación de discapacidad intelectual. En: IX Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad; 2015; Salamanca; 2015. p. 1-13. En: <http://bit.ly/1JDDPW>

y sueños. Y cuyo cuerpo del programa manejaba 3 pilares teóricos a nivel de sistema institucional:

Primer pilar: Envejecimiento y Discapacidad intelectual. El hecho que la esperanza de vida de la población mundial haya experimentado un incremento significativo se debe, en gran parte, a los avances a nivel médico, terapéutico y en la mejora de los apoyos y servicios ofrecidos, fenómeno que abraza también a la población con discapacidad intelectual, principalmente descritos en personas con Síndrome de Down (Bittles y Glasson, 2004 citados por Gonzales). Sin embargo, para las PsDI se describen cambios prematuros en su salud respecto a su edad; cambios físicos, cognitivos, funcionales y modificaciones del escenario socio-familiar (Farriols, 2012 citado por Gonzales) los que comenzarían al aproximarse a los 45 años (Esbensen, Seltzer y Krauss, 2008 citados por Gonzales).

Segundo pilar: El envejecimiento Activo que representa el proceso dinámico, entre la esfera del individuo y la de su entorno (OMS, 2002) —que permite llegar a altas edades de la vida con un óptimo funcionamiento físico, psicológico y una alta implicación social” (Fernández-Ballesteros, 2013, p. 106 citados por Gonzales), proceso necesariamente dependiente del éxito obtenido por el sistema de apoyos individualizado ofrecido en un entorno que reconozca el contexto y la historia de cada persona permitiendo así que sus capacidades desarrolladas a lo largo del ciclo vital se mantengan (Baltes y Baltes, 1990 citados por Gonzales). Actualmente el adoptar el enfoque de Envejecimiento Activo (basado en la teoría de la actividad) implica una lucha contra la imagen social de aislamiento del adulto mayor (Fernández-Ballesteros, 2013 citados por Gonzales).

Tercer pilar: Calidad de Vida que puede convocar una infinidad de componentes que la definen ligados principalmente al criterio y énfasis en la pesquisa del investigador (Cabrera, Morales y Pavéz citados en Villagrán y Morrison, 2014 citados por Gonzales). Para efectos de considerar un marco asociado a las personas en situación de discapacidad recogemos el planteamiento de Schalock y Verdugo citados por Gonzales, quienes señalan que —Calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal multidimensional, que tiene propiedades éticas,

universales y émicas ligadas a la cultura, que tiene componentes objetivos y subjetivos y que está influenciada por factores personales y ambientales” (Schalock y Verdugo, en prensa). Este estado de bienestar o well-being se compone de ocho Dimensiones, considerando el Desarrollo personal de la persona en situación de discapacidad, su Autodeterminación, las Relaciones Interpersonales, su Inclusión Social, Derechos y el Bienestar Emocional, Físico y Material (Verdugo, Schalock, Gómez y Arias, 2007).

1.12 Deterioro De La Lactancia Materna

Organizaciones como la UNIFEC, OPS, encuestas como la ENSANUT demuestran que hay un factor común en el desarrollo de una mala salud poblacional, –al falta de lactancia materna”. Sólo el 16% de las mujeres estadounidenses amamantan exclusivamente a sus bebés seis meses o más, en México, sólo el 14% lo hace. Además la evidencia ha demostrado que la lactancia materna tiene efectos positivos a largo plazo.⁷⁴

Como se demuestra anteriormente en los datos estadísticos, hay una crisis en la promoción a la lactancia materna. Sicardi (2015) menciona 5 razones por las que no se apoya la lactancia materna:

1. Los médicos durante varias generaciones fueron educados con conceptos erróneos
2. Los médicos y hospitales no muestran actitud de apoyo a la lactancia materna.
3. Profesionales de la salud sin preparación adecuada del tema.
4. Poco apoyo de los empleadores.
5. Incapacidad posparto insuficiente.

El proceso de embarazo-parto y puerperio, en un proceso no solo biológico y psicológico para la diada materno-fetal y/o RN; sino es un entramado simbólico

⁷⁴Sicardi AE. Nacimiento respetado y lactancia materna a la luz de la evidencia actual. En: Los Académicos Opinan [Internet]. Academia Mexicana de Pediatría; 2015 [Citado]. pp.1-12. Disponible en: <http://bit.ly/1BRD7F4>.

con un alto entramado social, en el cual la influencia de la violencia obstétrica y la mala praxis de los profesionales de la salud es vivenciada y reflejada en la inadecuada promoción de la lactancia materna y los alarmantes índices de cesáreas practicadas en nuestro país y en varias partes del mundo. En México, tenemos cifras institucionales de 50% de cesáreas, y del orden de hasta 95% en el medio particular y no se ven programas para revertir dichas cifras tan alarmantes

El nacimiento, desde hace muchas generaciones se está violentando, apresurando y lucrando con él. Los costos de ello son pagados por: los particulares, los seguros de gastos médicos y por el erario público, las consecuencias son directamente para el niño y la sociedad. El intervencionismo del proceso natural del trabajo de parto, está condicionando una falla del mismo lo que terminara en operación cesárea por Falla de Trabajo de Parto y altamente probable que el siguiente embarazo, sea programado para nacer por cesárea, con todas las consecuencias que lleva, evitar el trabajo de parto a la fisiología pulmonar del Recién Nacido así como de las consecuencias a su microbiota y desarrollo futuro de alérgicas y otros tantos procesos mórbidos.⁷⁵

Sicardi (2015) menciona 5 recomendaciones para revertir la alarmante cantidad de cesáreas y tan poca lactancia materna:

1. Exigir a todos los hospitales públicos y privados a llevar a cabo efectiva y consistentemente el programa INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LA MADRE Y EL NIÑO.
2. Educación a los profesionales de la salud sobre la importancia de la lactancia materna con la inclusión en las universidades de la materia obligatoria de Lactancia Materna, así como contar con el taller CAALMA (Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna) impartido por APROLAM para poder certificarse o recertificación en Pediatría.

⁷⁵Sicardi AE. Nacimiento respetado y lactancia materna a la luz de la evidencia actual. En: Los Académicos Opinan [Internet]. Academia Mexicana de Pediatría; 2015 [Citado]. pp.1-12. Disponible en: <http://bit.ly/1BRD7F4>.

3. Vigilar que en todas las empresas públicas y privadas donde laboren mujeres en edad reproductiva, se realicen los cambios necesarios para contar con áreas específicas para el uso de las madres lactantes.

4. Incapacidades postparto más humanas.

Invitar a las Academias, Colegios y Consejos médicos a apoyar la normatividad, la aplicación de las recientes recomendaciones y a dictar normas y procedimientos en el actuar médico, en especial en estos tópicos.

En un estudio trasversal ejecutado por Rentería (2015)⁷⁶ —“Tasa De Prevalencia De Lactancia Materna Exclusiva Al Egreso Hospitalario Posterior Al Nacimiento” y aplicado a 158 pacientes post evento obstétrico de parto vaginal y abdominal con producto vivo; cuyo objetivo era determinar la tasa de prevalencia de LME al egreso hospitalario posterior al nacimiento. Este estudio arrojó como resultados que el 32% (51) de las pacientes mencionan que recibieron consejería sobre lactancia materna exclusiva en una o dos ocasiones durante la consulta prenatal. El 51% (81) de las pacientes refieren no haber recibido promoción de la lactancia materna exclusiva en el hospital. La lactancia materna exclusiva se cumple en un 10% (16), un 52% (82) recibió únicamente fórmula infantil en vaso o jeringa, y un 32% (51) menciona que se proporcionó lactancia mixta (leche materna más fórmula infantil), un 6% (9) refiere no saber si se le dio fórmula infantil. En relación al uso de sucedáneos el 83% (131) de las mujeres refirió que es por falta de leche. El 48% (76) de las madres refieren la cohabitación continua con el recién nacido. El 70% (111) de las mujeres mencionan que recibieron información sobre la lactancia a libre demanda. El 100% de las mujeres refieren que en el hospital no se permite el uso de biberones, chupones, tetinas, etc., En relación a los grupos de apoyo el 48% (76) de las pacientes refieren haber recibido información sobre los grupos de apoyo internos externos. La tasa de prevalencia para lactancia materna exclusiva fue de 10.12, la tasa de prevalencia para uso de sucedáneos de la leche materna se ubicó en 83.54, la tasa de recién nacidos que inician de forma

⁷⁶ Rentería, M. G. D. (2015). Tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario posterior al nacimiento. Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa.

temprana con la lactancia materna fue de 48.10. El 48% (76) de las pacientes iniciaron con la lactancia en la primera hora después del nacimiento. El 42% (66) de los pacientes recibieron información sobre las técnicas para amamantar.

Rentería (2015) concluye que La tasa de prevalencia en lactancia materna es muy inferior a la recomendada por la Organización Mundial de la Salud y los indicadores del IMSS los cuales son el 95% de LME en los recién nacidos en sus unidades. El autor concluye que tomando en cuenta que las pacientes acudieron en promedio a 5 consultas prenatales en su Unidades de Medicina Familiar, y en el área hospitalaria estuvieron atendidas por profesionales de la salud, Médicos, Enfermeras, Trabajadoras sociales, etc.; existieron posibilidades de brindar consejería sobre la LME, lo que no justifica la baja tasa de prevalencia. Sin embargo, la implementación de la lactancia materna exclusiva se torna difícil al no existir identificación del personal de salud con la iniciativa de hospital amigo del niño y la niña.

Aunque existe legislación vigente y un acervo de recomendaciones por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el cual México se compromete a implementarlas; estudios como el antes citado, arrojan resultados que demuestran un déficit en la promoción de la Lactancia Materna, ejemplo que solo un 10% de los recién nacidos en este estudio se le brinda la oportunidad de tener una lactancia materna exclusiva.

1.13 Ayuda alimentaria

La ayuda oficial se canaliza a través de diversos mecanismos y con una variedad de fines: desde créditos para infraestructura básica, créditos para ejecución de proyectos diversos, hasta las donaciones o créditos no reembolsables, cooperación técnica y en general las contribuciones de los países a organizaciones no gubernamentales o a organismos multilaterales. La ayuda

oficial se canaliza en forma bilateral, esto es, como transacciones de gobierno a gobierno, o en forma multilateral, esto es mediante transferencias por medio de organismos internacionales, como las Naciones Unidas.

En una evaluación realizada por el Servicio de Investigaciones del Congreso Norteamericano y presentada como un Reporte al Congreso⁷⁷, en abril de 1994, se reconoce que «la ayuda alimentaria norteamericana ha sido una importante herramienta en la expansión de mercados comerciales para las exportaciones de productos agrícolas norteamericanos». La ayuda alimentaria —como reza el documento— «ha permitido colocar productos que no habrían sido exportados en ausencia de un financiamiento concesional que en consecuencia ha permitido aumentar el total de exportaciones norteamericanas.

La «Ayuda Alimentaria» constituye, en consecuencia, un mecanismo adicional de presión por parte de los países industrializados, en particular los Estados Unidos, hacia los países en desarrollo, para que introduzcan las reformas estructurales de mercado, reformas que supuestamente nos permitirían participar en los beneficios de la globalización.

Verdaderos beneficiarios de la ayuda alimentaria.

Las condiciones impuestas por Estados Unidos a los países receptores de la «ayuda alimentaria» muestran que en realidad dicha «ayuda» beneficia más al país que la concede, que al país que la recibe, en la medida en que le permite obtener los siguientes beneficios:

- Ampliar mercados para colocar sus excedentes de producción agrícola, constituyendo en ese sentido un subsidio adicional a las exportaciones.
- Limitar severamente la capacidad de competir de los productores del país receptor de la ayuda, al adoptar las denominadas reformas de mercado en la agricultura.

⁷⁷ Salgado, W., 2001. Neoliberalismo y Medio Ambiente. [En línea]
Available at:
http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/10995/original/Ayuda_alimentaria_o_ayuda_a_las_exportaciones.pdf

- Limitar la posible competencia del país receptor de la «ayuda» en terceros mercados, al prohibirle la exportación de productos similares, como condición de la «ayuda».
- Generar ingresos adicionales para empresas norteamericanas de transporte de carga

La denominada «ayuda alimentaria» constituye, en consecuencia, una forma adicional de apoyo del gobierno norteamericano a sus agricultores, ya que les permite ampliar mercados y colocar los excedentes de producción agrícola resultantes del conjunto de políticas de apoyo a los agricultores que rigen en Estados Unidos, además de fomentar el desarrollo de las empresas norteamericanas de transporte de carga y de reforzar sus objetivos de política exterior.

La «Ayuda Alimentaria», en particular la concedida por Estados Unidos en el marco del PL 480, le ha permitido a ese país obtener en forma simultánea los siguientes beneficios: Ampliar mercados en los países de destino de la «ayuda» para colocar sus excedentes de productos agrícolas.

- Limitar la posible competencia del país receptor en terceros mercados, mediante la prohibición de exportar productos similares a los productos objeto de la ayuda, generar ingresos para empresas norteamericanas de transporte de carga marítima.
- Generar fuentes de empleo para consultores de origen norteamericano.
- Influir en la conducción de la política económica interna del país receptor, eliminándolo de la competencia en el mercado de los productos objeto de la ayuda, o por lo menos, disminuyendo severamente su capacidad de competir.
- Contar con un mecanismo adicional de influencia para lograr los objetivos de su política exterior.

Los países receptores de la «Ayuda Alimentaria» por su parte han sufrido los siguientes efectos:

- Han aumentado las importaciones de los productos agrícolas objeto de la ayuda.
- Se han transformado en dependientes de dichas importaciones, una vez que la producción local ha sido reducida a su mínima expresión o virtualmente eliminada.
- Han perdido fuentes de empleo por el desplazamiento del productor local de su propio mercado interno.
- Han perdido capacidad productiva.
- En consecuencia, la Ayuda Alimentaria ha contribuido a aumentar la pobreza y la indigencia, ha profundizado la dependencia de los países receptores de las importaciones agudizando, en consecuencia, la situación de inseguridad alimentaria tanto en el campo como en las ciudades.

La mal denominada «Ayuda Alimentaria» constituye, en consecuencia, un ejemplo adicional del doble lenguaje tan común en el discurso con el que Estados Unidos suele disfrazar sus intereses económicos.

La «Ayuda Alimentaria» en realidad es una ayuda a sus agricultores para ampliar su mercado, así como el «libre comercio» promovido con tanto ahínco en terceros países, ha permitido ampliar mercados a los productores norteamericanos, mientras Estados Unidos ha aumentado las barreras no arancelarias «neoproteccionistas» (acusación injustificada de dumping, medidas fitosanitarias, etc.), para limitar severamente el ingreso de productos que puedan competir en su mercado. Además la «libre circulación de capitales» ha permitido a los especuladores norteamericanos ampliar mercados para sus inversiones especulativas, facilitándose las fugas de capitales en un verdadero auge de la piratería financiera, en la que las utilidades las concentran los especuladores, en su mayoría procedentes de los países industrializados, pero también los

intermediarios financieros locales, mientras las pérdidas recaen sobre la población local, en particular sobre los segmentos más pobres.

Considerando que existen diferencias importantes en el carácter de los programas de «Ayuda Oficial al Desarrollo», al contar con programas que efectivamente contribuyen a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones beneficiarias, mientras que otros las deterioran, corresponde al gobierno del país receptor la responsabilidad de establecer políticas para seleccionar el tipo de ayuda a ser aceptada y/o rechazada, en función de los objetivos nacionales, dentro de los que debe contemplarse como un objetivo prioritario la seguridad alimentaria de sus habitantes.

La instrumentación de políticas de apoyo a los agricultores, que determinan diferencias en la capacidad de competir en el mercado, es también una responsabilidad de los gobiernos locales, así como la aceptación o rechazo de la condicionalidad asociada a los programas de ayuda. El principal reto en este sentido, no es lograr la eliminación de las políticas de ayuda que los países industrializados tienen para sus agricultores, sino la aplicación de políticas de apoyo para los agricultores de los países en desarrollo, así como la su- presión de las asimetrías en el acceso a mercados, tecnología y capitales, entre países en desarrollo y países industrializados, que han tendido a profundizarse con las reformas aplicadas en el proceso de globalización en marcha, en perjuicio de los países en desarrollo.⁷⁸

1.14 Vacunación.

De todas las posibles intervenciones en salud pública, la vacunación representa sin lugar a dudas una de las de más alta prioridad. Esto responde tanto a razones epidemiológicas, como económicas, de justicia social y de seguridad Nacional.

⁷⁸ Salgado, W., 2001. Neoliberalismo y Medio Ambiente. [En línea]
Available at:
http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/10995/original/Ayuda_alimentaria_o_ayuda_a_las_exportaciones.pdf

El Programa de Vacunación Universal es el paradigma de los programas preventivos que inciden en forma inmediata y permanente en la salud de los grupos humanos. Los resultados obtenidos evidencian los niveles de bienestar y calidad de vida alcanzados en los niños y en sus familias. Las enfermedades inmuno prevenibles se han eliminado como causa de enfermedad y muerte de los cuadros estadísticos tanto de la población de lactantes como preescolar.

El Programa de Vacunación Universal ha generado una nueva forma de entender los problemas y las necesidades sanitarias promoviendo la coordinación entre las diferentes instituciones del sector salud, lo que ha permitido actuar en forma conjunta y organizada en el logro de la meta común. En países como el nuestro donde el logro de una mayor justicia social resulta impostergable, el PVU es un elemento primordial para disminuir las inequidades en materia de salud, propias del subdesarrollo.

El Dr. Santos en su estudio El Programa Nacional de Vacunación: orgullo de México⁷⁹ nos dice que habrán de continuar los esfuerzos para mantener por arriba del 95% las coberturas de vacunación con esquemas completos en los niños menores de cinco años. Sostener esta capacidad de respuesta y atención (dedicada a proteger al universo poblacional máspreciado de nuestro país) es y será un punto sustancial de la salud pública. Asimismo la vigilancia epidemiológica deberá funcionar de la manera más eficiente en la detección de nuevos casos y la puesta en marcha de acciones que controlen la transmisión de estos padecimientos. Incorporar los avances tecnológicos y las nuevas vacunas es otro gran reto por vencer.

Cada año nacen más de 2 millones de nuevos mexicanos a los que hay que vacunar hasta completarles su esquema. Los retos de cambiar un paradigma de vacunación para niños a un paradigma de vacunación para todos con enfoque de riesgo es interminable y será perenne. De ahí que el esfuerzo deba ser continuo,

⁷⁹ Santos, José Ignacio. El programa Nacional de Vacunación: Un orgullo para México. Revista de la Facultad de Medicina, Vol. 45; No 003 (2002). Consultado: 29/06/2015. Disponible en página web: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12660>

comprometido, paciente y sostenido. La salud de los niños, adolescentes y adultos es fundamental para el desarrollo de cualquier nación.

El éxito del Programa de Vacunación Universal nos permite hacer algunas reflexiones sobre el impacto que generan programas de salud de este tipo, en los que se conjugan el desarrollo tecnológico, la voluntad política, el espíritu solidario de la sociedad y una respuesta organizada de los servicios de salud. La participación y aceptación de la población son componentes decisivos para la introducción de vacunas y generación de demanda. Sin embargo, lo más importante y determinante en el éxito del programa de vacunación y la introducción de nuevas vacunas ha sido el compromiso político de las autoridades sanitarias por su demostrado costo beneficio.

Como programa sustantivo que es de seguridad nacional y por lo tanto de funciones esenciales, así como la adquisición de vacunas, debe mantenerse centralizada. Se debe asegurar el abasto suficiente y oportuno de todas las vacunas, construyendo un blindaje financiero para la compra sectorial, coordinada de vacunas. Debemos de reconocer que la posibilidad de ampliar nuestro esquema de vacunación de seis a diez biológicos y estar en la vanguardia de esquemas de vacunación se dio gracias a la voluntad política del momento y de poder participar en las compras consolidadas del Fondo Rotatorio de la OPS. Esto ha permitido contar con los mejores biológicos a los mejores precios. Sin embargo, existen amenazas: si se descentraliza la compra de vacunas; si no se unen todas las instituciones del Sector para realizar comprar coordinadas; si no hay una reactivación de la investigación y desarrollo de vacunas por la industria nacional, corremos el riesgo de hacer nugatorio el Programa de Vacunación Universal, orgullo de México, que ha costado años construir. La salud es un bien que debe ser preservado como patrimonio constante de los individuos, de las familias y de la sociedad entera.

En este nuevo milenio el país requiere de una nueva solidaridad pública/privada. Requiere además, de alianzas estratégicas, socios, e intercambio de ideas entre fabricantes de vacunas e instituciones académicas y de una industria local para

garantizar la producción y el abasto futuro de vacunas de relevancia con experiencias locales de investigación y nuevos productos.⁸⁰

1.15 Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados.

La cobertura de consultas anuales muestra similitud entre los diversos países estudiados, así como el promedio de consultas por año y la proporción de la población que utiliza más los servicios de salud. Esta homogeneidad indica que, al menos entre los trabajos localizados, hay un padrón de utilización que aparentemente extrapola los límites geográficos de los países. Hay que señalar que los estudios a que se hacen referencia fueron realizados en su mayoría en países que, si bien guardan diferencias con relación a los tipos de sistemas de salud vigentes mayor o menor grado de accesibilidad y de equidad, tienen una red de atención más o menos desarrollada.

Entre los factores demográficos, se observó que las edades extremas y el sexo femenino utilizan más los servicios de salud. El efecto es mediado, al menos en parte, por una mayor necesidad en salud. El tamaño y la estructura familiar están asociados a la utilización, pero la dirección del efecto depende del país en estudio. Así, por ejemplo, en países con sistemas de salud de acceso universal, los hijos de madres solteras consultan más. En cambio, en países con sistemas de salud donde hay mayor número de barreras, este mismo grupo consulta en menor proporción, dejando en evidencia la desigualdad.

Los factores socioeconómicos determinan la utilización de los servicios de salud, principalmente a través de las categorías necesidad en salud y característica de los servicios de salud. Los grupos más pobres, los cuales tienen una mayor carga de enfermedad, tienden a utilizar menos los servicios de salud, si la accesibilidad al sistema no les es favorable. Nuevamente, las diferencias observadas entre grupos de países manifiestan la importancia de las políticas y los sistemas de

⁸⁰ Ibidem

salud. En países con sistemas donde la accesibilidad es universal, como Inglaterra o Canadá, las personas de clase baja tienen mejor acceso a los servicios. En estos casos, el sistema funciona como un modificador de efecto y promueve la equidad. En otros casos, los sistemas no consiguen disminuir las desigualdades. Es la expresión de la ley de los cuidados inversos de Hart (1971 citado por Mendoza).

Entre las características familiares, personas provenientes de familias disfuncionales realizan más consultas; pero es necesario realizar nuevos estudios donde se proceda al ajuste con las variables socioeconómicas y demográficas, ya que pueden estar confundiendo los resultados. Sí, hay evidencias claras de que el padrón de utilización de la madre determina el padrón de los hijos, mostrando una vez más la importancia de la figura materna en el cuidado de la salud de los niños.

Entre los factores considerados en la categoría servicios de salud, la distancia al servicio y el mayor número de médicos por habitante aumentan la utilización. En países con una red de servicios adecuada, estos factores pierden importancia. Pero, en estos mismos países, la distancia geográfica puede volver a ser una barrera para grupos muy específicos de personas, como son las personas de edad o aquellas con algún tipo de limitación funcional.

Las personas que poseen seguro de salud voluntario tienden a utilizar más los servicios de salud. Pero, como esta característica está asociada al mayor ingreso, favorece la utilización apenas en los grupos menos necesitados, alimentando de esta manera la inequidad.

Otro de los otros factores de la categoría servicios de salud es el médico definido. Este factor tiene un importante efecto en la determinación de la utilización. Las personas que tienen esta característica, no sólo utilizan más los servicios de consulta e internan menos veces, como también utilizan los servicios de emergencia, cuando tienen realmente un motivo urgente. Como este factor está asociado, en algunos países, a los grupos sociales de mejores

condiciones económicas, la ausencia de médico definido en los grupos socioeconómicos menos favorecidos puede ser considerada un elemento promotor de inequidad.

Otros factores que tendrían importancia en la determinación de la utilización los servicios de salud son el comportamiento en la búsqueda de cuidados médicos que refleja los aspectos de cómo la persona reacciona frente a la enfermedad y los eventos estresantes, que pueden determinar una mayor utilización en función de una mayor necesidad en salud. Con respecto al primer factor, hay estudios que muestran que las clases más bajas no perciben la necesidad de consultar de la misma forma que las clases más altas (Fraser, 1992 citado por Mendoza). Habría que considerar medidas de educación específicas para estos grupos que promoviesen cambios en las actitudes frente a la enfermedad.

Finalmente, hay que considerar la satisfacción del usuario. Esta característica tanto puede determinar la utilización si la persona ya utilizó los servicios de salud, como ella puede estar determinada por la utilización si es la primera vez que los utiliza habiendo por lo tanto una relación de causalidad reversa entre ellas. Además, al contrario de lo que se espera en la relación satisfacción -consumo (a mayor satisfacción, mayor consumo), hay alguna evidencia de que la relación en la utilización de los servicios de salud puede ser inversa. Así, si las personas no consiguen satisfacer sus necesidades en salud, buscan nuevamente consultar con otro prestador de servicios, hasta satisfacerlas.⁸¹

1.16 Población joven y Violencia interpersonal.

Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Íñiguez M, Rivera-Rivera L, Ramos-Lira⁸² en su estudio de “Violencia interpersonal en jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención.” realizaron un análisis descriptivo de los datos provenientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), que comprende entrevistas en 50 528 hogares distribuidos en las 32

⁸¹ Mendoza, R., 2001. Scielo. [Online] Available at: www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5288.pdf [Accessed 28 Junio 2015].

⁸² Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Íñiguez M, Rivera-Rivera L, Ramos-Lira L Violencia interpersonal en jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención. Salud Pública Mex 2013; 55 Supl 2:S259-S266.

entidades federativas del país entre octubre de 2011 y mayo de 2012. Para este estudio se utilizó la información correspondiente al grupo de adolescentes de 10 a 19 años y jóvenes de 20 a 29 años. Las variables utilizadas fueron sexo, escolaridad, estado civil, estrato de urbanidad y marginación, y seguridad social.

En México, los jóvenes reportan una prevalencia de daños a la salud por violencia interpersonal de 4.1%. Las expresiones de violencia interpersonal no son exclusivas del ámbito familiar y escolar, sino que se encuentran presentes de manera frecuente en los ámbitos comunitarios. Es fundamental contar con información que aborde con detalle en las diferentes regiones y contextos del país los tipos de violencia que ejercen y padecen adolescentes y jóvenes, sus espacios de ocurrencia, sus efectos específicos en la salud física y mental y la interrelación que puede haber entre estos ámbitos reproductores de violencia.

Es necesario analizar factores de riesgo que abarquen desde aspectos familiares, escolares y comunitarios hasta institucionales (como los excesos o acosos policiacos) y socioculturales, ya que éstos últimos son de gran relevancia como contexto general de sostenimiento de creencias tolerantes e, inclusive, promotoras de violencias entre los varones adolescentes y jóvenes, de hombres hacia mujeres, así como de las —nuevas formas” de violencia entre mujeres y de éstas hacia los hombres.

También es necesario investigar sobre los posibles factores de protección, como pueden ser la participación de los jóvenes en organizaciones de diferente tipo, como sociales y políticas, comunitarias y barriales, formales e informales, prácticas de cuidado del cuerpo, uso del tiempo y recreación, consumos culturales y analizar, de manera muy particular, las necesidades de espacios y servicios, así como, en el caso de que existan, sus posibilidades de acceso.

En este sentido es fundamental realizar diagnósticos participativos, en los que los adolescentes y jóvenes no sean vistos de manera adulto céntrico y asistencialista como sujetos pasivos o —hechos”—. Desafortunadamente, existe un imaginario que ha impedido que se les mire en su realidad social y sus universos simbólicos.

Entre estos imaginarios, observamos una idealización de la juventud y un culto a “el juvenil”, o la visión extrema de que se trata de una etapa negativa, conflictiva y de alto riesgo. En el caso de los varones, esta última parece ir fuertemente asociada con una estigmatización de aquéllos que provienen de zonas consideradas “marginales” o “peligrosas”, de manera que, casi automáticamente, se les etiqueta como violentos.

Las mujeres rara vez son consideradas en los estudios de violencia en población juvenil, ya que la categoría de “juventud” parece asociarse con la “masculinidad”. Es importante, también, visibilizarlas y dar cuenta de las relaciones que están marcadas por la desigualdad basada en el género, que amplifica otro tipo de inequidades que representan obstáculos o privilegios para unas u otros. Considerando que, en esta población de mujeres adolescentes y jóvenes, una importante proporción de eventos de violencia ocurre dentro de la familia, la escuela y los espacios públicos, es necesario desarrollar, asimismo, estrategias de investigación que permitan conocer más detalladamente los tipos de violencia que, posiblemente en mayor medida que en los hombres, conllevan una connotación sexual.

La violencia interpersonal debe prevenirse por múltiples razones: cuidar la salud y calidad de vida durante la adolescencia y la vida adulta y prevenir la tendencia hacia la perpetuación de las relaciones violentas. Dicha prevención debe buscar incidir en las manifestaciones tempranas, así como lograr disminuir la frecuencia y prevenir las consecuencias más graves, con participación de múltiples sectores de gobierno, así como de la sociedad civil organizada y el desarrollo de programas o intervenciones integrales.

Las expresiones de violencia interpersonal no son exclusivas del ámbito familiar, sino que están presentes en otras instituciones sociales, principalmente en escenarios escolares. Para prevenirla, es preciso adaptar los principales contextos educativos escuela, familia y comunidad a los actuales cambios sociales, estructurando las relaciones y las actividades que se producen. Se requiere de un enfoque multidisciplinario que involucre los sectores educativos, de salud,

culturales y deportivos, e incluya la perspectiva de las ciencias sociales así como de la comunicación e información.

Los programas de prevención deben de responder a los factores de riesgo previamente identificados y al entorno social de los jóvenes. En este sentido, resulta fundamental fortalecer los vínculos entre la academia y los tomadores de decisiones.

El desarrollo de acciones en el ámbito escolar requiere de la identificación y manejo de factores de riesgo para la aparición de la violencia. La educación debe promover una conducta de respeto hacia los pares, así como la resolución de conflictos sin el uso de la fuerza y con enfoque de género. Además, las intervenciones en las que se motiva la participación de la familia, el salón de clases y la comunidad, tiene mejores resultados.

La implementación correcta de programas para prevenir la violencia interpersonal (en términos de tiempo, espacio y población blanco) requiere de recursos financieros suficientes, personal entrenado y supervisión continua. En este sentido, es importante evaluar, también, la sostenibilidad de dichos programas.

1.17 EDAs.

En una investigación elaborada por Morban y Cols⁸³ cuyas características eran ser un estudio observacional, descriptivo con recolección prospectiva y de corte transversal, en el cual se recolectaron datos entre la segunda semana de mayo a la segunda semana de junio 2013; con un cuestionario de 12 ítems con preguntas cerradas con el fin de medir el conocimiento de la madre con relación a la hidratación oral durante el episodio de diarrea. Se eligió la muestra de manera no probabilística por conveniencia. Y su objetivo era Determinar el nivel de conocimiento de la madre con respecto a la hidratación oral del paciente durante un episodio diarreico agudo. Se obtuvieron como resultados que La mayoría de las madres conocía las implicancias sobre la salud de su hijo de la enfermedad diarreica aguda, y conocía la importancia de mantener una hidratación adecuada

⁸³ Morban, D. H., Vásquez, L., & Segura, M. (2015). Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de pacientes de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda. República Dominicana. HORIZONTE MEDICO, 14(3).

durante el mismo. Se evidenció que un porcentaje de la población, desconocía la preparación y viabilidad del Suero de rehidratación oral (SRO), y se evidenció el uso de otro tipo de bebidas no adecuadas durante el episodio de diarrea aguda. (Bebidas hidratantes comerciales y carbonatados) como terapia de hidratación durante la diarrea. Los autores concluyeron que se hace necesario una mayor información y capacitación a las madres acerca de la manera de rehidratar a sus hijos con diarrea aguda.

Se evaluaron los factores de riesgo asociados a la diarrea en una muestra de 77 pacientes; del cual se seleccionó un subgrupo de 1 a 5 años con una dieta similar a la de un adulto para valorar el conocimiento de las madres sobre la hidratación durante el episodio de diarrea aguda.

Respecto a la discusión que los autores obtuvieron fue que el conocimiento de las complicaciones y la deshidratación tanto en nuestro estudio supero un 95% sin embargo las prácticas y los conocimientos a de las madres no fueron reflejadas con relación las medidas realizadas durante la enfermedad.

Aunque un porcentaje elevado de las madres ofrecían el suero durante el episodio de diarrea aguda en comparación con los demás estudios, cabe destacar que un 24.6% de las mismas no sabían preparar el suero y un 39% no conocía el tiempo viabilidad del mismo, así que aunque se utilice no significa que sea de manera adecuada

Morban y Cols concluyen que la mayoría de las madres conocía las implicancias sobre la salud de su hijo de la enfermedad diarreica aguda, y conocía sobre la importancia de mantener una hidratación adecuada durante el mismo. Sin embargo, debe reforzarse dicha medida, dado que se evidenció que no todas.

La OMS define como diarrea: –al deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas”, además recalca que –al deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y ‘pastosa’ por bebés amamantados.

Según la OMS: —al diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos”. Sobre la transmisión informa que: —al infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente

Según la OMS: —.Cada episodio (de diarrea) priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas.

La OMS refiere además: —Por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2500 millones a sistemas de saneamiento apropiados.

La OMS informa: —ha tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas: la diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera; la diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disentérica o disentería; y la diarrea persistente, que dura 14 días o más.

—La amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación.

Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación”, según reporta la OMS.

La OMS recalca: —Entre las medidas clave para prevenir las enfermedades diarreicas cabe citar las siguientes:

- El acceso a fuentes inocuas de agua de consumo;
- Uso de servicios de saneamiento mejorados;
- Lavado de manos con jabón;

- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida;
- Una higiene personal y alimentaria correcta;
- La educación sobre salud y sobre los modos de transmisión de las infecciones;
- La vacunación contra rotavirus.

En una investigación realizada por ENDES 2013⁸⁴ cuyos niños(as) menores de 5 años han tenido diarrea en los 14 días anteriores a la encuesta dio que el 43.4% de las madres tuvo entre 25 y 34 años de edad, 57.0% provenían del área urbana, el 47.2% contaba con estudios secundarios, el 70.3% tenía agua potable, el 43.4% contaba con desagüe y el 38.0% con letrina. Con respecto a las prácticas de las madres ante la diarrea aguda en los niños a los 14 días anteriores a la encuesta, el tratamiento más frecuente fue dar SRO (31.3%), seguido del uso de remedios caseros (27.5%) y antibióticos (21.5%).

La mayoría de las madres no dieron solución casera (89.4%) ni zinc (99.3%).

Además, el 67,9% de las madres no llevó a su niño(a) al establecimiento de salud como medida inicial. Respecto a la alimentación, destaca que las madres ofrecieron la misma cantidad de sólidos (50.8%) y más líquidos (55.6%).

Respecto al tratamiento con SRO, se encontró que 297 madres dieron SRO con uno o más tratamientos; de los cuales, el más común fue SRO más antibióticos (101 madres lo dieron), seguido de SRO más remedios caseros (69 madres lo dieron) y de SRO más antidiarreicos (67 madres lo dieron).

Con respecto a las variables sociodemográficas de las madres, se encontró que las madres del área rural tuvieron mayor porcentaje de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (23.4%) en comparación con las madres del área urbana (17.2%); sin embargo, no se encontró asociación entre el área de

⁸⁴ Conde, C., & Kátherin, L. (2015). Prácticas y el resultado en el manejo inicial de la diarrea aguda en niños menores de 5 años por madres peruanas. análisis ENDES 2013.

residencia y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta ($p=0,118$). Con respecto al nivel de educación, las madres con nivel de educación primaria tuvieron mayor porcentaje de casos de niños con diarrea en el momento de la encuesta (24.9%) en comparación con las madres de cada nivel educativo. Pero, no se encontró asociación entre el nivel de educación y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta ($p=0.253$). Las madres que no tuvieron acceso al agua potable presentaron mayor porcentaje de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (22.5%) a diferencia de las madres que sí tuvieron agua potable (18.8%); sin embargo, no se encontró asociación entre el acceso al agua potable y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta ($p=0.662$). En relación al acceso a sanitario mejorado, las madres que tuvieron letrina presentaron similar porcentaje de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (22.3%) en comparación con las madres que no tuvieron acceso a sanitario mejorado (21.7%), mientras que las madres que tenían desagüe presentaron menos porcentaje de casos (16.9%). No hubo asociación significativa entre el acceso a sanitario mejorado y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta ($p=0.622$).

En relación a las prácticas de las madres ante la diarrea en niños en los 14 días previos a la encuesta, en el tratamiento brindado por la madre, se encontró que las madres que dieron solución de rehidratación oral (SRO) a sus niños tuvieron mayor porcentaje de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (21.8%) a diferencia de las madres que sí lo dieron (15.6%). Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre no dar SRO y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta ($p=0.097$). Se halló que las madres que no dieron solución casera a sus niños tuvieron mayor porcentaje de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (20.3%) en comparación a las que sí lo administraron. No hubo asociación entre no dar solución casera y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta ($p=0.182$). Con respecto al zinc, 7 madres dieron zinc a sus niños y solamente el niño de una madre tuvo diarrea al momento de la encuesta; sin embargo, no se encontró asociación entre dar zinc y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta ($p=0.627$). Se

encontró un porcentaje similar de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta entre las madres que dieron (19.2%) y no dieron antibióticos (20%), no hallándose asociación entre no dar antibióticos y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta ($p=0.838$). Las madres que no dieron antidiarreicos tuvieron mayor porcentaje de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (20.7%) en comparación a las madres que sí lo dieron (16.3%); sin embargo, no se encontró asociación entre no dar antidiarreicos y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta ($p=0.134$). Por otra parte, las madres que no dieron remedio casero tuvieron un porcentaje ligeramente mayor de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (20.5%) a diferencia de las madres que sí lo dieron (18.2%); pero no se halló asociación entre no dar remedio casero y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta ($p=0.136$).

Las madres que no llevaron primero al establecimiento de salud a su niño con diarrea tuvieron un porcentaje ligeramente mayor de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (20.5%) en contraste con las que sí lo hicieron (18.5%). Pese a ello, no se halló asociación entre no acudir al establecimiento de salud y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta ($p=0.537$).

En cuanto a la alimentación dada por las madres a sus niños con diarrea, se encontró que las madres que no ofrecieron sólidos a sus niños presentaron mayor porcentaje de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (32.9%) en contraste con las madres de cada grupo que sí dio sólidos; sin embargo, no se halló asociación entre no dar comida y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta ($p=0.311$). Por otro lado, las madres quienes no dieron líquidos tuvieron mayor porcentaje de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (41.3%) en comparación con de las madres de cada grupo que sí dio líquidos; encontrándose asociación significativa entre no dar líquidos y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta, con un $p=0.014$ y fuerza de asociación débil de OR ajustado de 1.7 (IC95% [1.1-2.6]).

No dar líquidos a los niños con diarrea a los 14 días anteriores a la encuesta se asoció estadísticamente a la presencia de diarrea en el niño al momento de la

encuesta ENDES 2013, en este estudio, sobre la base del análisis multivariado de los datos.

En este estudio no se encontró asociación estadística entre cada una de las demás prácticas y la presencia de diarrea en el niño al momento de la ENDES 2013.

Recomiendan fomentar la administración de líquidos en mayor volumen que lo usual como práctica inicial en el manejo de la diarrea aguda en niños.

Sobre la base de lo expuesto se sugieren continuar y mejorar las estrategias para educar a la madre sobre mantener la alimentación, el uso de soluciones de rehidratación oral, acudir al establecimiento de salud, no administrar antibióticos sin previa evaluación e indicación médica.

Asimismo, reforzar las prácticas de higiene personal y preparación higiénica de los alimentos.

Se recomienda realizar más estudios a fin de determinar más prácticas y/o factores que estarían asociados a la presencia de casos de diarrea en los niños.

Considerando que los datos proporcionados por una encuesta a nivel nacional, tal como el ENDES, sirven de base para la toma de decisiones permitiendo establecer estrategias para mejorar la salud de nuestra sociedad, el presente estudio es importante porque retoma no olvidar tal función y al realizar el análisis secundario de estas encuestas se obtendría información útil que se podría aplicar en beneficio de la sociedad, evidenciar deficiencias de las encuestas que no permitirían obtener mayores conclusiones y ser la base de futuras investigaciones.

1.18 CANCER DE MUJER.

Entre septiembre de 2000 y febrero de 2002 se desarrolló un diagnóstico comunitario de salud y se implementó el programa de tamizaje de cáncer

cervicouterino "Dile a una amiga"⁸⁵ entre indígenas migrantes de origen mixteco asentadas en una área urbana de la ciudad de Tijuana. Los datos del diagnóstico indicaban que una de cada cuatro mujeres tenía entre 15 y 24 años y 13% tenía 50 o más años. Del total de participantes, 50% no contaba con ningún nivel de instrucción y 57.4% tenía cuatro o más hijos. Solamente 14% de las indígenas reportó haberse practicado un Papanicolaou durante los 12 meses previos al estudio y 16% dijo contar con algún seguro médico en el sector público o privado. El programa de tamizaje "Dile a una amiga" tenía como meta que la totalidad de las mujeres identificadas en el diagnóstico comunitario se practicarán el Papanicolaou. Dicho programa tuvo una duración de 11 meses durante los cuales 174 indígenas se practicaron un Papanicolaou; de éstas, 71% indicó que fue su primera experiencia con tal estudio.

El éxito de "Dile a una amiga" se debió en gran medida a que el programa cubrió parcialmente los costos asociados con el Papanicolaou, que incluyeron las consultas de diagnóstico y tratamiento; también al hecho de que los obstáculos asociados con el transporte se redujeron al mínimo debido a que el programa se llevó a cabo en un consultorio comunitario localizado en el área central de la colonia donde residían las mujeres. Por otra parte, "Dile a una amiga" abordó las barreras culturales y lingüísticas que separan a las indígenas de la búsqueda de servicios de salud.

Un hallazgo importante de este programa fue el relativo a la construcción del "mensaje" de salud que se diseñó para educar a las mujeres sobre los beneficios de hacerse un Papanicolaou y las características del personal responsable de diseminar el mensaje. El programa se apoyó principalmente en promotoras indígenas que tenían un perfil heterogéneo en su nivel educativo, sus prácticas de salud, la percepción sobre el Papanicolaou y el lugar de origen (Guerrero y Oaxaca). Aunque la diversidad del grupo permitió, por ejemplo, que las promotoras monolingües (sólo mixteco) y sin instrucción formal nos conectaran con las indígenas menos educadas y monolingües, la heterogeneidad del grupo

⁸⁵ García-Pérez, H., & Merino, M. (2015). La toma de la muestra de Papanicolaou en población indígena migrante en el noroeste de México: el caso del programa "Dile a una amiga". *Salud Pública de México*, 57(1), 1-2.

resultó ser un obstáculo para la construcción del mensaje de salud. Es decir, las promotoras originarias de Guerrero pensaban que el Papanicolaou era una práctica de salud para la mujer no indígena ("mexicanas") y las mixtecas de Oaxaca, pero que no era una práctica que debían seguir por también las mixtecas de Guerrero.

Un evento decisivo en la construcción del "mensaje" fue la participación activa de las promotoras en el diseño de una encuesta comunitaria de salud (cuestionario y recolección de datos). Por ejemplo, el cuestionario se diseñó con un número limitado de preguntas en español, pero las promotoras debieron llegar a un consenso sobre cómo traducirlas oralmente al mixteco. La práctica de consensar una idea para explicar términos médicos que no tienen traducción a una lengua nativa permitió que las promotoras se familiarizaran con el "PAP". Por otro lado, el rol de las promotoras como entrevistadoras permitió que éstas entraran en contacto con indígenas ajenas a su círculo de amistades, algunas de las cuales reportaban tener prácticas de salud diferentes a las esperadas (p.e. Papanicolaou y uso de anticonceptivos). Lo anterior contribuyó a que las promotoras se identificaran como sujeto de riesgo de cáncer y que tomaran la decisión de practicarse un Papanicolaou. Sin duda, estos eventos fueron el insumo principal para que las promotoras pudieran difundir "el mensaje" de salud y reclutar mujeres para el programa de tamizaje.

En los primeros cuatro meses del programa, 124 mujeres indígenas se habían practicado un Papanicolaou, esto es, 74.2% de la población total femenina que fue reclutada. Un hallazgo del programa que amerita más investigación es el posible rol del cónyuge que interfiere en la toma del Papanicolaou. Aunque nuestros datos sugieren que dicha población no interfirió en el programa, algo que pudimos observar es que algunas indígenas usaron al esposo como "escudo" para evitar participar en una práctica de salud de la que tenían desconfianza.

Los resultados del programa de tamizaje sugieren una amplia disposición de las indígenas migrantes a participar en un programa de prevención cuando éste es encabezado por otras indígenas y cuando se abordan los obstáculos culturales

que limitan el acceso de las mujeres a información y a servicios de salud. Se requiere diseñar programas de tamizaje culturalmente apropiados, que aborden la diversidad cultural de las migrantes en el lugar de destino de la migración, y que se oriente a mujeres de diferentes grupos de edad y con limitado o nulo manejo del español.

1.19 HIPERTENSION ARTERIAL

El sobrepeso y obesidad son un problema de salud pública a nivel mundial, con alta prevalencia en muchos países y actualmente descrita como una pandemia. La prevalencia del sobrepeso y obesidad se ha incrementado exponencialmente, de 857 millones en 1980 a 1333 millones en 2005 y, a 2,100 millones en 2013; se estima que para el año 2030 habrán 3280 millones de adultos ≥ 20 años con sobrepeso y obesidad. México ocupa el segundo lugar a nivel mundial en obesidad. La Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000) reportó 38.3% de sobrepeso y 23.5% de obesidad en adultos ≥ 20 años mientras que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) reportó 38.8% y 32.4% respectivamente, con un incremento de 8.9% en un período de doce años.

En un estudio realizado por Javier, F. D. P. G., Sastré, A. J., Tejero, E. D. C. Q., & León, R. G. (2015).⁸⁶ cuyo objetivo era determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET) y su correlación con la presión arterial se obtuvieron las mediciones de peso, talla, presiones arteriales sistólica, diastólica y media, además de diagnósticos registrados en los expedientes clínicos. Se utilizaron estadísticas descriptivas de tendencia central y se calculó el coeficiente de correlación de Pearson (r) para el índice de masa corporal con las mediciones de presión arterial y se consideraron significativas aquellas con una $p < 0.05$. Resultados: El 36.5% de los adultos mayores presentó algún grado de obesidad y

⁸⁶ Javier, F. D. P. G., Sastré, A. J., Tejero, E. D. C. Q., & León, R. G. (2015). Correlación de sobrepeso y obesidad con la presión arterial en adultos mayores en una unidad de primer nivel en Tabasco. *Horizonte sanitario*, 14(1).

el 42.4% sobrepeso, de estos solo el 10% había sido diagnosticado. Se obtuvieron correlaciones positivas significativas ($p < 0.05$) para la presión arterial sistólica, diastólica y media con el índice de masa corporal en los adultos mayores con sobrepeso y obesidad. Esta correlación fue mayor en el sexo masculino. Los autores llegaron a la conclusión de que se encontró correlación positiva entre el índice de masa corporal con las presión arterial en los sujetos masculinos pero no en los femeninos con sobrepeso y obesidad.

En antropología médica existen numerosas evidencias que muestran cómo una explicación sobre una condición de salud cambia profundamente de acuerdo a las diferentes culturas y aun dentro de las mismas.

Cabe señalar que la hipertensión arterial se presenta en uno de cada diez mexicanos y que en el contexto médico se le denomina como el “~~as~~ silencioso”, por su avance asintomático y porque está relacionada en 80% con todos los decesos de origen cardiovascular⁴ (García de Alba, 1990: 89-98),⁸⁷ grupo que ocupa el primer lugar de mortalidad en Jalisco y el país (inegi, 2007).⁸⁸

La hipertensión arterial es el primer motivo de consulta en el primer nivel de atención médica (ssj, 2004) (IMSS, 2007)⁸⁹ y su control es complejo, ya que menos de 25% de los pacientes tratados presentan sus cifras tensionales dentro de los límites normales⁵ (Velázquez, 2002: 71-84).⁹⁰ Cabe señalar que uno de los grupos de alto riesgo en nuestro medio es el de los obreros (García de Alba, 2008: 42-50; García de Alba, 1992:109-117).

Sugiere como causas de la presión arterial alta, por orden decreciente: a las emociones, las conductas inadecuadas y las condiciones ambientales, poniendo de relieve la interacción social entre esta gente que comparte tiempos y espacios de manera simultánea, donde contrastan modelos explicativos de hipertensión arterial de tipo psicosocial y de orden físico, proceso que provoca un traslape de

⁸⁷ García de Alba, Javier Eduardo, Elva Arias, José Z. Parra y Teresa Velazco (1990), “Algunos aspectos de la presión arterial en trabajadores urbanos”, Archivos del Instituto de Cardiología de México, vol. 60, núm. 1, pp. 89-98.

⁸⁸ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (inegi) (2007), México.

⁸⁹ Instituto Mexicano del Seguro Social (imss), Delegación Jalisco (2007), Motivos de demanda de consulta. SUI-27.

⁹⁰ Velázquez-Monroy, Óscar, Martín Rosas, Agustín Lara y Gustavo Pastelín, Grupo ensa 2000 (2002), “Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000)”, Archivos del Instituto de Cardiología México, vol. 72, num.1, pp. 71-84.

dominios que Lynch (2006: 285-306)⁹¹ considera sirven de guía al combinar información social y biológica con el propósito de obtener una atención pragmática de la enfermedad, al combinar soluciones caseras, tradicionales y biomédicas de acuerdo a su percepción, significados, intereses y posibilidades económicas.

1.20 INDIGENAS

Aguilar en su Discurso a los Hechos: El Estado Mexicano y los Pueblos Indígenas de México,⁹² hace referencia que es importante destacar el hecho de que la diversidad cultural, étnica y social, existe no sólo entre las diversas sociedades, sino al interior de las mismas. Aguilar en su trabajo que forma parte del proyecto *Multilevel governance of cultural diversity in a comparative perspective: EU-Latin America*, auspiciado por la Comisión Europea, y se enfoca al caso particular de México. Menciona que este trabajo de investigación se aborda el fenómeno de la multiculturalidad en México, enfocando el caso específico de los pueblos indígenas que cohabitan el territorio nacional y su lucha permanente por hacer valer su cultura y sus derechos. Se parte de una visión general del contexto histórico de la relación del Estado mexicano y su población indígena, como factor de análisis para la comprensión de la situación actual del fenómeno multicultural y la propuesta política y social del gobierno en turno.

A continuación se describirá de forma breve algunos aspectos importantes a destacar que sustentan que el pueblo mexicano es un territorio multicultural. Con una fuerte base población indígena y la cual es importante investigar y efectuar políticas públicas que sean incluyentes a esta sección de la población mexicana que en ocasión se excluye cuando se crean e implementa políticas públicas en materia de salud en México y en otras latitudes del mundo.

En el trabajo de Aguilar identifican las estrategias del gobierno federal mexicano enfocadas al desarrollo de los pueblos indígenas, durante los cinco sexenios previos a la administración actual del presidente Enrique Peña Nieto. Se registra el

⁹¹ Lynch, Elizabeth y Douglas Medin (2006), "Explanatory models of illness: a study of within -culture variation", *Cognitive Psychology*, vol. 53, núm. 4, pp. 285-286.

⁹² Edwards, A. A. (2015). Del discurso a los hechos: el Estado mexicano y los pueblos indígenas de México. *Configurações. Revista de sociologia*, (15), 39-66.

seguimiento del movimiento indígena durante el mismo período, destacando uno de los acontecimientos sociales de mayor trascendencia en México y en la opinión pública internacional: el levantamiento armado de los pueblos indígenas en Chiapas, en 1994, como principal referente para el análisis del proceso político-social que precede al establecimiento de las actuales políticas públicas y estrategias del gobierno mexicano.

Multiculturalismo

Para efectos de este trabajo entenderemos por multiculturalismo al reconocimiento de las diferencias sociales, étnicas, culturales, religiosas, y aquellas que definen una característica distintiva de la idiosincrasia de un grupo, en el diseño de un sistema social que garantice la equidad y la armonía de intereses. El multiculturalismo se concibe entonces relacionado con la forma en que los gobiernos administran los recursos y diseñan las políticas públicas. Es decir, para que la multiculturalidad presente en un país, en forma natural, se traduzca en un sistema multiculturalista, debe mediar un proyecto social capaz de insertar a todos, en igualdad de derechos y de oportunidades para ejercerlos.

El problema en México ha sido que las acciones de gobierno, durante décadas –o sexenios– se centraron, en el mejor de los casos, en difundir el valor de las culturas que se perciben discriminadas, como si la discriminación fuera producto del desconocimiento entre los diversos grupos y no del sistema social.

Aguilar menciona que los pueblos indígenas en México han demostrado a través de sus demandas y manifestaciones públicas a lo largo de la historia, la clara conciencia de su derecho a ser contemplados como parte de la estructura social, política y económica del país⁴. Sin embargo, son los gobiernos mexicanos quienes parecen no haber tenido la misma claridad, o teniéndola, no han sido capaces de instrumentar los mecanismos necesarios para lograr la verdadera inserción de esta población en la vida nacional, como sujetos de derecho, en igualdad de circunstancias que el resto de los mexicanos. Aunque aún cabe otra

posibilidad: que hayan optado por perpetuar la condición de desigualdad para garantizar el sometimiento de un sector de la población crítico y contestatario, como históricamente lo han sido la mayoría de los pueblos indígenas en México.

El perfil de la diversidad étnica en México

En México existen 68 etnias, constituidas en 68 pueblos indígenas, a los que corresponden las 68 lenguas que se hablan en el país hasta el día de hoy. Dispersos en diversas comunidades, estos pueblos mantienen sus diferencias culturales, lingüísticas, políticas y religiosas, pero comparten una característica en común que trasciende la multiculturalidad: su incansable y permanente lucha por reclamar la legitimidad de sus derechos. Porque en México, como quizá en muchos otros países, la discriminación ha sido una forma más de asumir el multiculturalismo.

De acuerdo con datos publicados en el Diario Oficial de la Federación en 30 de abril del 2014 menciona que De los 624 municipios donde más del 40% de la población es indígena, en 426 los porcentajes de población en situación de pobreza son superiores al 80%. Asimismo, 271 municipios indígenas presentan condiciones de pobreza extrema en más del 50% de su población, concentrados en los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz.

Aguilar enfatiza que: La diversidad y la multiculturalidad en México, son sinónimos de fragmentación, de debilidad política que cancela cualquier alternativa de desarrollo social auténtico y reproduce los viejos esquemas de la política nacional, con algunos matices en el discurso, que no trascienden a los hechos

México es un territorio con una fuerte base población indígena (10% de la población total, según datos del INEGI) es importante investigar y efectuar políticas públicas que sean incluyentes a esta sección de la población mexicana que en ocasión se excluye cuando se crean e implementa políticas públicas en general y especial en materia de salud en México y en otras latitudes del mundo.

2.- Acciones de Enfermería extractadas de los documentos analíticos de ENSANUT 2012.

A partir del documento publicado sobre la encuesta nacional de salud y nutrición (ensanut 2012) se procede a hacer el análisis de las recomendaciones, conclusiones y acciones de los documentos analíticos con el objetivo de identificar las recomendaciones y acciones propuestas en la encuesta nacional de salud y nutrición para establecer sus implicaciones para la profesión de enfermería y con base en los resultados elaborar una propuesta de acciones derivadas de ensanut que deberán incluirse en el profesiograma de enfermería en los diferentes niveles de atención. Así mismo sugerir a las escuelas de enfermería una propuesta de contenido derivados de ensanut para los programas de atención a la salud dentro del plan de estudios de la carrera de enfermería.

Para lograr lo anterior se procedió, a hacer una revisión exhaustiva del documento en cuestión para identificar en qué medida las recomendaciones y acciones propuestas en la encuesta nacional de salud y nutrición (ensanut) 2012 aplican para el profesional de enfermería. Además de diferenciar las categorías prioritarias para Enfermería incluidas en dicha encuesta, especialmente las intervenciones derivadas de ensanut que se relacionan con la prevención y promoción a la salud. De manera indirecta con la revisión de las intervenciones prioritarias para Enfermería se harán sugerencias a las instituciones educativas para que en sus planes y programas de estudio incluyan las propuestas de ENSANUT. Lo anterior atiende a la filosofía de que las instituciones generadoras de información a nivel nacional deberán ser consideradas en todos los ámbitos para la toma de decisiones, especialmente en las instituciones educativas.

Metodológicamente se consideraron a la letra de los 33 documentos analíticos exclusivamente las recomendaciones, conclusiones y acciones de ENSANUT; plasmadas en una tabla exprofeso; no obstante para seleccionar las intervenciones propias de enfermería se incluyó una cuarta columna en la que se filtraron aquellas acciones consideradas básicas para el profesional de enfermería.

A continuación se describen las acciones de enfermería derivadas de las **33 CATEGORÍAS** de análisis en ENSANUT. Tales intervenciones se identificaron a partir de la revisión exhaustiva de las recomendaciones, conclusiones y acciones incluidas en los denominados “documentos analíticos” cuyo objetivo es servir de evidencia para las políticas públicas en salud a nivel nacional.

Con base en lo anterior se han extractado las acciones que atañen directa y exclusivamente a los profesionales de enfermería con el fin de contrastar lo que en ENSANUT 2012 se propone con la formación del profesional de enfermería.

La idea es que si hay congruencia entre las acciones e implicaciones para enfermería derivadas de ENSANUT, en tanto que es el fundamento para las políticas públicas, entonces la enfermería está respondiendo a lo que la sociedad espera de ella. Si no fuera así, esta revisión permite hacer las sugerencias pertinentes para complementar o modificar, en lo que sea necesario o posible, tanto los planes de estudio así como en los programas de atención a la salud vigentes.

La descripción de las intervenciones atiende al orden en que están documentadas las categorías de análisis en el documento de ENSANUT empezando por actividad física y sedentarismo en personas de 10 a 69 años hasta vacunación en niños: hacia un mejor registro y la aplicación sin restricciones.

III.-DELIMITACIÓN DEL FENÓMENO DE ESTUDIO.

ENSANUT es considerada la encuesta maestra entre las encuestas nacionales de salud ya que ésta, evalúa en general el plan sectorial de salud (antes plan nacional de salud) y con sus resultados se realiza el próximo plan sectorial que incluye políticas, planes y programas a seguir por el sector salud.

Ensanut plantea en sus resultados estadísticas de cada fenómeno de estudio de la cual se derivan acciones, recomendaciones y conclusiones para la mejora de cada ítem incluido en la encuesta y con ello sustenta la toma de decisiones en materia de salud a nivel nacional.

Es evidente que los hallazgos de ensanut están reflejados en el plan sectorial, sin embargo quienes operan el plan sectorial (instituciones de salud) responsables de la operación de los programas tendrán que conocer y dimensionar los resultados a fin de comprender la importancia de los programas a desarrollar, en términos de prioridad y viabilidad.

La prioridad atiende a la gravedad de los problemas de la comunidad, porque cada región tiene distinto orden de prioridades. La factibilidad depende de la disponibilidad de los recursos en cuanto a número y perfil.

Uno recursos humanos fundamentales es el personal de enfermería quien por su formación debieran dominar y atender a los recomendaciones sugeridas por ensanut ya que en su mayoría, el personal de enfermería está inmiscuido en la ejecución de tales propuestas. No obstante hay evidencia de que las instituciones educativas en salud no incluyen en sus planes de estudio la revisión o análisis de las encuestas nacionales de salud.

Con base en lo anterior se plantean las siguientes preguntas guía:

¿Las acciones propuestas derivadas de los resultados de ensanut caen en el ámbito de competencia del personal de enfermería? Si es así,

- ¿Los profesionales de enfermería las reconocen como propias?
- ¿Los planes de estudio de la carrera de enfermería incluyen ensanut como fuente de información básica?
- ¿El profesional de enfermería sabe qué es la ENSANUT?

IV.-HIPÓTESIS DIRECCIONALES

Hipótesis general.

- a). Las recomendaciones y acciones propuestas en la encuesta nacional de salud y nutrición (ensanut) 2012 implican directamente en su ejecución al profesional de enfermería en más de un 80%.
- b). Los alumnos de octavo semestre de enfermería perciben las recomendaciones de ENSANUT-2012 como muy importantes al menos en 60% para su disciplina.

Hipótesis específicas

- b) Las intervenciones de enfermería derivadas de ENSANUT se relacionan con la prevención y promoción a la salud en más de un 80%.
- c) Los planes y programas de estudio en enfermería comunitaria o atención primaria, incluyen más del 50% de intervenciones asociadas con lo recomendado por ENSANUT.

V.-OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivos Generales.

1. Analizar las recomendaciones y acciones propuestas en la encuesta nacional de salud y nutrición para establecer sus implicaciones para la profesión de enfermería.

2. Identificar la percepción que tienen los alumnos de octavo semestre de enfermería sobre las recomendaciones de ENSANUT-2012
3. Con base en los resultados elaborar una propuesta de acciones derivadas de ENSANUT que deberán incluirse en el profesiograma de enfermería en los diferentes niveles de atención.
4. Sugerir a las Escuelas de enfermería una propuesta de contenido derivados de ENSANUT para los programas de atención a la salud dentro del plan de estudios de la carrera de enfermería.

Objetivos específicos.







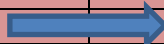
1. Identificar qué percepción tiene el profesional de enfermería sobre las recomendaciones y acciones propuestas en la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 2012
2. Identificar las conclusiones, recomendaciones y acciones propuestas por ENSANUT en las categorías prioritarias para Enfermería.
3. Identificar la congruencia de los planes y programas de estudio con las recomendaciones de ENSANUT.

VI.-ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación atiende a los criterios de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Se respetaron los principios éticos de beneficencia soslayando cualquier tipo de perjuicio, observando la veracidad, privacidad y confidencialidad, de los implicados y sus opiniones. De acuerdo con Wiersma y Jurs (2008) citado por Maldonado Sandra se respetaron los derechos de los

participantes a ser informados sobre su colaboración obteniendo su consentimiento explícito.⁹³

VII.- CRONOGRAMA.

ACTIVIDAD	marzo 2015	abril	mayo	junio	julio	agosto
Selección del tema.						
Revisión de la literatura.						
Definición del problema de investigación y metodología.						
Elaboración del instrumento de recolección de datos.			 			
Proceso estadístico de datos. (Recolección, recuento, presentación y análisis)						
Elaboración del informe.						
Presentación de examen profesional.						

PRESUPUESTO. El estudio está subsidiado por el propio tesista.

VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de diseño: se trata de un estudio observacional, descriptivo transversal comparativo.

Universo: Alumnos de pregrado de la Escuela Nacional de Enfermería.

Población: Alumnos de 8°. Semestre de las licenciaturas en enfermería y licenciatura en enfermería y obstetricia.

⁹³<http://es.slideshare.net/tareasdesandry/la-tica-en-la-investigacin-13020985?related=1>

Muestra: se entrevistaron a 105 alumnos de cada licenciatura dando un total de 210 unidades de observación.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de la muestra. Se incluyeron a todos los alumnos que aceptaron participar en la encuesta, se excluyeron a alumnos que estuvieron ausentes en el momento de la entrevista, se eliminó sólo un cuestionario por razones de baja confiabilidad en las respuestas.

Recolección de datos. Se hace mediante una encuesta instrumentada con un formulario auto aplicable de 97 ítems. (Ver anexo)

Procedimientos.

1. Se realizó una entrevista en la Sección Escolar de la ENEO para identificar número de alumnos por licenciatura y no. De grupos.
2. Se localizaron los grupos por salón.
3. Se pidió la autorización de entrevista por grupo, con un tiempo promedio de 20 minutos.
4. Se procede a procesar los datos en Excel para generar tablas de presentación.
5. En este caso por el número de variables y las características de los cuadros se obvio la realización de gráficos.

Análisis de datos: se hace por indicador usando porcentajes.

La presentación se hace mediante tablas comparativas.

Tabla de variables de estudio

variables de Estudio	Definición operacional de variables	indicadores (acciones) ACCIONES DE ENFERMERÍA PROPUESTAS EN ENSANUT-2012	Respuesta , tipo o escala	Ubicación ítem
Actividad Física y Sedentarismo.	Actividad física: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Sedentarismo: Inactividad física.	1.-Promocionar y fomentar la actividad física momentos activos dentro del hogar, espacios laborales y escuelas, que ayuden a evitar los tiempos sedentarios prolongados.	cualitativa nominal	1
Anemia en mujeres en edad reproductiva.	Disminución en la concentración de hemoglobina. La anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas lo que corresponde al 24,8% de la población de los cuales 524 millones (32.34%) corresponde a mujeres en edad reproductiva. La anemia es una causa subyacente de mortalidad materna y perinatal (2) además de aumentar el riesgo de partos prematuros en mujeres embarazadas y bajo peso al nacer.(3)	2.-Promover el consumo de suplementación y fortificación de alimentos con micronutrientes para combatir la anemia en las mujeres. 3.-Evaluar la eficacia de las acciones para la erradicación de la anemia en mujeres.	cualitativa nominal	2-3
Anemia en niños.	La anemia es un problema que afecta la concentración de hemoglobina (Hb), los procesos de oxidación para defenderse de las infecciones, participa en la producción de ATP (1,2) y tiene efectos deletéreos en niños sobre las funciones nerviosas superiores, en la capacidad de pensamiento abstracto, matemáticas, resolución de problemas, etc. En todo el mundo hay 598 millones de niños con anemia (36.91%) (3).	4.-Verificar que las madres cumplen con las indicaciones de consumo de alimentos fortificados en los niños menores de 2 años y reforzar el consumo en las mujeres embarazadas. 5.-Promover el consumo de hierro desde diferentes fuentes; en mujeres adolescentes para evitar la transferencia Transgeneracional de la anemia.	cualitativa nominal	4-5
Bienestar Infantil.	Es el conjunto de dimensiones (física, emocional y social) que afectan al desarrollo y calidad de vida de los niños.	6.-Prevención de bajo peso al nacer mediante el cuidado prenatal. 7.-Promover la lactancia materna. 8.-Realizar el tamiz neonatal con calidad y equidad. 9.-Capacitar y promover la estimulación temprana. 10.-Promover el consumo de vitamina A en la población infantil. 11.-Asegurar el esquema completo de vacunación sobre todo en áreas rurales y marginadas.	cualitativa nominal	6-14

		<p>12.-Capacitar a las madres sobre el uso de líquidos recomendados para la terapia de rehidratación oral</p> <p>13.-Educar para la prevención y mejora en la atención para accidentes domésticos y de otros tipos en la población infantil.</p> <p>14.-Monitoreo, prevención, tamizaje, diagnóstico, canalización y atención para diferentes tipos de discapacidad infantil.</p>		
Diabetes en adultos.	La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del miocardio, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura. ¹	<p>15.-Diseñar un sistema de registro o base de datos de pacientes con diabetes que incluya su condición de tratamiento, control metabólico y comorbilidad</p> <p>16.-Educar para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular</p> <p>17.-Capacitarse para mejorar los procesos de atención a la población de diabéticos.</p> <p>18.-Actualizar y reforzar la implementación de las guías de práctica clínica para la unificación de criterios de atención</p> <p>19.-Educar y orientar a población en riesgo y personas con diabetes y sus familias</p> <p>20.-Crear interés público sobre el problema de la diabetes.</p>	cualitativa nominal	15-20
Calidad de los procesos de atención ambulatoria en los servicios de salud	Mejorar la salud de la población mediante la provisión de servicios centrados en las personas, equitativos, oportunos, efectivos y seguros. Para lograrlo, se requiere una atención integradora que considere las preferencias, necesidades y valores de los usuarios potenciales para guiar las decisiones y las acciones de los proveedores de servicios de salud. ⁽¹⁾	<p>21.-Educación continua enfocada en la mejora de los procesos de atención ambulatoria.</p> <p>22.-Monitorear el uso de las Guías de Práctica Clínica Sectoriales, con el objetivo de aplicar los criterios de prevención, diagnóstico y tratamiento acordes con la evidencia científica en todas las unidades de atención ambulatoria.</p> <p>23.-Diseñar estrategias de comunicación con los usuarios para mejorar la comunicación médico-paciente</p>	cualitativa nominal	21-23

		sobre su condición de salud durante el proceso.		
Cesáreas.	Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto La cesárea necesaria que se estima indispensable en 10 a 15% de los partos según la Organización Mundial de la Salud (OMS)(3) o 15 a 20% según la NOM-007(4) disminuye los riesgos de salud materna y neonatal, sin embargo, cuando se utiliza sin las indicaciones precisas los riesgos sobrepasan los beneficios, lo que genera diversas complicaciones para las mujeres sometidas a este procedimiento y costos adicionales para el sistema de salud.(1,2)	24.-Reforzar el currículo a favor del parto vaginal y con una perspectiva de atención desde el modelo del parto humanizado. 25.-En la práctica desarrollar habilidades y destrezas clínicas para la atención del parto vaginal fisiológico con base en competencias, en especial uso y apego del partograma para identificar partos prolongados o anormales, y en caso de enfrentar alguna emergencia obstétrica, saber manejar exitosamente el parto instrumental (fórceps o ventosa) como alternativa a la cesárea. 26.-Propiciar el trabajo en equipos multidisciplinarios para la atención del parto 27.-Formular mensajes específicos para divulgar a través de diferentes mecanismos de difusión (campañas masivas, educación prenatal, pláticas) información sustantiva sobre las desventajas que conllevan las cesáreas innecesarias, y que a su vez, elimine los prejuicios existentes en relación al parto vaginal. 28.-Promover la enfermería y la medicina basada en evidencia para fundamentar las intervenciones obstétricas.	cualitativa nominal	24-28
Cobertura efectiva en salud.	El acceso oportuno a servicios de calidad que permitan asegurar la salud de la población.	29.-Diferenciar las intervenciones educativas y preventivas y que respondan a las particularidades culturales (multiculturalidad) de la población que se atiende para facilitar la utilización de los servicios.	cualitativa nominal	29
Cobertura Universal de salud.	La protección en salud se identifica con un elemento necesario para llevar a la práctica el derecho a la protección de la salud que establece el artículo 4 de la Constitución mexicana. La reforma que dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y la implementación del	30.-Implementar campañas de prevención a jóvenes sobre salud sexual, violencia, etc. 31.-Proponer nuevos métodos de captación de la población de "NINIS" a fin de asegurar el derecho a la	cualitativa nominal	30-31

	Seguro Popular (SP), fortalecido en 2006 con el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), ha buscado proporcionar este acceso a la población que no está dentro de los esquemas de seguridad social desarrollados para los trabajadores asalariados de la economía formal.	atención en la salud sexual, promoción de la actividad física, prevención de la violencia y adicciones.		
Consumo de alcohol.	Consumo de una bebida alcohólica de forma diaria u ocasional en el último año. El consumo de alcohol está asociado con mayor riesgo de accidentes,(2) violencia física,(3) conductas sexuales riesgosas,(4) cáncer de mama,(5) y provoca pérdida de productividad,(6) problemas familiares y deterioro cognoscitivo en edades avanzadas.(7)	232.-Dar un acceso amplio a la información y hacer conciencia en la población en general y específicamente entre los adolescentes sobre los daños y consecuencias asociados al consumo de alcohol. 33.-Ofrecer intervenciones de prevención y tratamiento a individuos y familias en riesgo de sufrir trastornos por el consumo de alcohol y afecciones asociadas.	cualitativa nominal	32-33
Consumo de tabaco.	Haber fumado 100 cigarros o más en la vida. El consumo de tabaco provoca 1 de cada 6 muertes por enfermedades crónicas y es factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo.(2) En México, el consumo de tabaco ocasiona más de 60 000 muertes al año.(3)	34.-Advertir sobre los daños a la salud del tabaquismo a la población en general tanto el que es fumador activo como el que se expone al humo del tabaco.	cualitativa nominal	34
Desnutrición.	La falta de ingestión o absorción de nutrientes. La desnutrición ocurre durante la gestación y los primeros dos años de vida y tiene efectos adversos sobre la salud y el desarrollo de capacidades.(2)	35.-Implementar en los servicios de atención primaria de salud (APS) y en programas de desarrollo social una estrategia de comunicación educativa para la adopción de prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria adecuada. 36.-Promover la adopción de comportamientos y estilo de vida saludables. 37.-Capacitación del personal operativo de programas de nutrición en zonas prioritarias que genere conocimientos, destrezas, motivación y habilidades de comunicación de estrategias para el cambio.	cualitativa nominal	35-37
Lactancia materna.	La lactancia materna (LM) es la mejor estrategia para mejorar la salud y prevenir la mortalidad infantil. Los menores amamantados experimentan menor mortalidad, incluido el síndrome de muerte súbita, y menor frecuencia y gravedad de morbilidad por diarreas, infecciones	38.-Realizar acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna (PPALM), que incluye fisiología de la LM, LM natural y extendida, AC, alimentación en situaciones difíciles, alimentación con fórmula en caso	cualitativa nominal	38-45

	<p>respiratorias y dermatitis.(1) Los niños amamantados tienen mayor coeficiente intelectual, menos riesgo de diabetes, obesidad,(2,3) asma y leucemia.(4) Por su parte, en las mujeres que amamantan de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se observa una supresión de la ovulación y una mayor pérdida de peso en los primeros meses posparto comparadas con mujeres que no amamantan o lo hacen con menor intensidad. Asimismo, la lactancia materna se asocia con menor riesgo de sufrir cáncer de mama o de ovarios, y de diabetes en la mujer. (3) La OMS recomienda que la LM sea exclusiva hasta los seis meses y continuada dos años o más si la madre y el niño lo desean.</p>	<p>necesario, conocimiento y adherencia al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (Código).</p> <p>39.-Recibir adiestramiento para apoyo especializado en LME, LM continuada y AC.</p> <p>40.-Fomentar la creación de grupos de apoyo remitiendo a madres a ellos.</p> <p>41.-La LM es lo mejor para el niño - La LM debe ser exclusiva por seis meses y continuada por dos años o más si ambos desean.</p> <p>42.-El niño amamantado NO necesita consumir agua antes de los seis meses. La leche le hidrata perfectamente.</p> <p>43.-La leche materna es nutritiva y de alta calidad durante todo el periodo de lactancia</p> <p>44.-Proveer información precisa a las madres y familias que lo soliciten, sobre alimentación del niño menor de dos años</p> <p>45.-Apoyar la formación de grupos de apoyo y de conexión con el sistema de salud</p>		
<p>Discapacidad y dependencia en adultos mayores.</p>	<p>Las condiciones en que transcurre el curso de vida determinan el estado de salud, el envejecer y, eventualmente, la discapacidad.(3) Poco más de cinco millones de adultos mayores mexicanos (AMM) presentan alguna forma de discapacidad; entre ellos, más de 500 mil viven en situación de dependencia.</p>	<p>46.-Diseñar un sistema de registro o base de datos de pacientes con diabetes que incluya su condición de tratamiento, control metabólico y comorbilidad.</p> <p>47.-Implementar un sistema de información para la vigilancia del desempeño de los diferentes servicios de salud en el manejo de la diabetes.</p> <p>48.-Educar para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular.</p> <p>49.-Capacitarse para mejorar los procesos de atención a la población de diabéticos.</p> <p>50.-Actualizar y reforzar la implementación de las guías</p>	<p>cualitativa nominal</p>	<p>46-52</p>

		de práctica clínica para la unificación de criterios de atención. 51.-Educar y orientar a población en riesgo y personas con diabetes y sus familias. 52.-Crear interés público sobre el problema de la diabetes.		
EDAs.	Es la disminución de la consistencia de las heces (blandas o líquidas) y/o un incremento en la frecuencia de evacuación (más de 3 en 24 horas) con o sin fiebre o vómitos. La diarrea continúa siendo una de las principales causas de mortalidad infantil.(1) En México, en los niños de 1 a 4 años de edad las enfermedades infecciosas intestinales ocuparon el 5° sitio como causa de muerte en 2010 (266 muertes con tasa de 3.5 por 100 000 nacimientos estimados).(2)	53.-Promover el envejecimiento sano y activo y la prevención de la discapacidad. 54.-Fortalecer la prevención en el nivel primario, con perspectiva de curso de vida. 55.-Desarrollar intervenciones diferenciadas para: adultos mayores sanos, para los frágiles y para aquellos con discapacidad. 56.-Desarrollo de programas dirigidos al apoyo y capacitación de los familiares que cuidan a AM con discapacidad. 57.-Crear y desarrollar modelos comunitarios de cuidados a largo plazo; y capacitarse para su operación.	cualitativa nominal	53-57
Seguro Popular.	Es la iniciativa de protección social en salud más importante implementada por el Gobierno mexicano. Los objetivos de este seguro público voluntario son: 1) disminuir el gasto de bolsillo; 2) reducir el riesgo de empobrecimiento a familias vulnerables; 3) preservar la salud de las familias afiliadas; y 4) fomentar la atención oportuna de la salud.(1)	63.-Promover la afiliación al Seguro Popular.	cualitativa nominal	63
Hipertensión arterial.	Aumento de la tensión arterial. Es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México.(1) Uno de cada 3 mexicanos lo padece. factores que contribuyen a la aparición de HTA la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, el tabaquismo, estilo de vida sedentario y la presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes entre	64.-Promover la práctica de actividad física de al menos 150 minutos por semana. 65.-Promover la ingesta de dietas con bajo contenido de sodio y grasa, pero con un alto contenido de verduras, cereales de granos enteros y lácteos bajos en grasa. 66.-Concientizar a la población sobre la detección y tratamiento oportuno de la hipertensión arterial.	cualitativa nominal	64-68

	otros factores.(3)	67.-Prevención de hipertensión con énfasis en población de riesgo (como personas con diabetes, obesidad, adultos mayores, etcétera). 68.-Desincentivar el inicio del tabaquismo y promover la cesación entre los adictos.		
Inequidad persistente en salud en los pueblos indígenas.	La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México (CDI) define como indígenas a las personas que forman parte de un hogar donde el jefe(a), su cónyuge o alguno de los ascendientes declara ser hablante de lengua indígena. Alta vulnerabilidad, así como su permanente exposición a diversos riesgos en condiciones de inequidad social que reducen su capacidad de respuesta para movilizar recursos sociales ante los problemas de salud.	Sin acciones.	cualitativa nominal	
Inseguridad alimentaria.	Seguridad alimentaria cuando "todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades y sus preferencias, a fin de llevar una vida activa y sana".(1) Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) La ELCSA consta de 15 preguntas con opciones de respuesta "sí" o "no" dirigidas al jefe de familia o a la mujer encargada de preparar los alimentos en el hogar. El periodo de referencia para las preguntas son los tres meses previos a la aplicación del cuestionario.(5) La escala clasifica a los hogares en cuatro categorías, dependiendo del número de respuestas positivas y si cuentan o no con integrantes menores de 18 años: seguridad alimentaria; IA leve (cuando se ha experimentado disminución de la calidad de la alimentación); IA moderada (disminución de la cantidad de alimentos); IA severa (un adulto o niño no comió en todo un día).(6)	69.-Orientación en nutrición familiar a la población en general tomando en cuenta las necesidades de individuos con bajos niveles de alfabetismo y presupuestos limitados.	cualitativa nominal	69
IRAs.	Conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio que incluye desde el catarro común hasta la neumonía grave, pasando por la otitis, amigdalitis, sinusitis o bronquitis aguda, entre otras. Las IRA son la primera causa de morbilidad(7) y egreso hospitalario con una razón de 13 por 100 consultas médicas(8), ocurren entre 2 y 4 episodios de	70.-Capacitar a las madres en la identificación de signos de alarma de las enfermedades respiratorias agudas (IRA). 71.-Detección y atención eficiente de IRA. 72.-Promover la higiene y ventilación de la vivienda,	cualitativa nominal	70-74

	IRA al año por niño, las de origen viral representan entre 80-90% de la consulta y hospitalización, una proporción puede complicarse con neumonía grave.(8)	ambiente libre de humo y suspensión del tabaquismo. 73.-Promover la vacunación de pentavalente, conjugada de neumococo, virus de influenza y contra sarampión. 74.-Educar sobre los daos que puede causar la automedicación.		
Lesiones causadas por el tránsito.	En México casi 185 000 personas fallecieron de 1999 a 2010 por lesiones causadas por el tránsito (LCT). En promedio, más de 15 000 muertes por esta causa son reportadas al año, cifra que podría estar subestimada casi 30% si se considera el alto número de personas cuya causa de muerte no se registra correctamente.(1)	Sin acciones.	cualitativa nominal	
Obesidad en adultos.	Obesidad (IMC igual o mayor a 30kg./m2)La obesidad es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares (las dos principales causas de mortalidad general en México), entre otras complicaciones.(1,2)	75.-Habilitar a las personas para la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables que incluyan alimentos frescos, particularmente frutas y verduras, leguminosas y cereales de granos enteros. 76.-Reducir el contenido de azúcares, sodio, grasa saturada, sal y, en general, densidad energética en los alimentos comercializados. 77.-Promover el consumo de consumo de agua simple en lugar de bebidas calóricas. 78.-Promover la práctica de actividad física, y aumentar las oportunidades para el desarrollo de la misma en el trabajo, el transporte y la recreación. 79.-Desincentivar el consumo excesivo de alimentos fritos y con azúcar agregada	cualitativa nominal	75-79
Población joven y violencia interpersonal	Abarca la intrafamiliar, la de pareja, y la comunitaria, en donde se incluyen los robos, riñas y secuestros en espacios públicos. Las consecuencias de la violencia incluyen lesiones que pueden requerir atención hospitalaria, daños a la salud mental, discapacidad y muerte.	80.-Orientar a la población juvenil sobre la violencia interpersonal así como sus daños y consecuencias. 81.-Dar platicas en escuelas sobre Bulling.	cualitativa nominal	80-81

Programas de ayuda alimentaria.	Tienen el objetivo de contribuir al desarrollo de las capacidades de los beneficiarios mejorando su nutrición (el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades [PDHO] tiene objetivos más amplios, que se extienden al desarrollo de las capacidades en materia de salud y educación).(1,2)	82.-Identificar a la población que en verdad necesite los programas de ayuda alimentaria para que estas tengan una mejor función tales como desnutrición, sobrepeso y obesidad.	cualitativa nominal	82
Cáncer en la mujer.	El cáncer cervical es una enfermedad prevenible y curable cuando se detecta en etapas tempranas; En México, en 2010 se reportaron 5 062 muertes por cáncer de mama y 3 959 por cáncer cervicouterino.(1) La prueba del virus del papiloma humano (VPH), en comparación con Papanicolaou, ha mostrado disminuir el riesgo de morir por cáncer cervicouterino en 48% y la auto toma vaginal podría incrementar la participación de mujeres en la detección hasta 3.4 veces más que la de Papanicolaou.(5) México es un país con baja incidencia de cáncer de mama cuando se compara con países desarrollados.	83.-Fomentar la detección del VPH en mujeres de entre 30 a 69 años de edad mediante la prueba del Papanicolaou. 84.-Promover la detección del VPH en zonas rurales con recursos limitados mediante auto toma vaginal. 85.-Promover y educar a las mujeres para la auto exploración de mama.	cualitativa nominal	83-85
Surtimiento y gasto en el acceso a medicamentos .	Los usuarios que no logran obtener todos los medicamentos recetados en los servicios públicos de salud tienen que comprarlos en farmacias privadas, incurriendo en gastos de bolsillo. Esto afecta la economía de los hogares, especialmente en aquellos de menores ingresos, pudiendo generarles gastos empobrecedores.	Sin acciones.	cualitativa nominal	
Consultorios médicos en farmacias privadas.	Hay una demanda no satisfecha de servicios de salud y de suministro de medicamentos, lo cual es manifiesto en el gasto privado ya que 79% del gasto total en medicamentos los paga la población de su bolsillo.(1) En la última década surgió una nueva modalidad de servicios de atención médica: los consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas (MEDAFP) cuyo funcionamiento no está bien reglamentado,(2) por lo cual generan la prescripción en el punto de venta. A partir de la regulación de venta de antibióticos con prescripción médica en 2010, el número de MEDAFP se ha incrementado notablemente (3,4) de forma que sus consultas representan 17% del total nacional de visitas	Sin acciones.	cualitativa nominal	

	ambulatorias.(5)			
Demanda y utilización de servicios de salud ambulatorios en el contexto de la cobertura universal.	En México se implementó a partir de 2003 el Seguro Popular como un novedoso mecanismo para ofrecer un seguro público voluntario orientado a brindar protección en salud a la población empleada en el sector informal de la economía y que por lo tanto carece de cobertura de la seguridad social.	86.-Mejorar la calidad de la atención al usuario de servicios de salud ambulatorios.	cualitativa nominal	86
Vacunación en adolescentes.	La vacunación en adolescentes incluye la aplicación de dos dosis de la vacuna contra tétanos y difteria (Td), una dosis de la vacuna doble viral contra sarampión y rubéola (SR) o de la triple viral contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) y la vacuna contra hepatitis B.(1,2) Las tres vacunas se aplican a partir de los 12 años de edad.	87.-Capacitarse adecuadamente previo a las semanas nacionales de salud y a otras jornadas de vacunación suplementaria. 88.-Fortalecer las actividades de promoción de la salud sobre el uso, conservación y portación de las CNS. 89.-Promover la cultura de vacunación entre los jóvenes, maestros y personal administrativo de los planteles educativos.	cualitativa nominal	87-89
Vacunación en adultos (20 a 59 años).	El esquema de vacunación en adultos incluye dos dosis de vacuna contra tétanos y difteria (Td) y una contra sarampión y rubéola (SR). Ambas están disponibles en el programa permanente en establecimientos de salud. Solo 16.7% de los adultos presentaron Cartilla Nacional de Salud (CNS) o comprobante, y 45.6% manifestó no tenerla.	90.-Fortalecer la capacitación en el programa permanente y en vacunación suplementaria en campañas y bloqueo de brotes (sarampión y rubéola). 91.-Innovar actividades de promoción de la salud sobre uso, conservación y portación de CNS en adultos. 92.-Promover sitios de consulta telefónica e internet para informar sobre la vacunación en adultos.	cualitativa nominal	90-92
Vacunación en adultos mayores.	La vacunación de adultos de 60-64 años incluye la aplicación de dos dosis de la vacuna contra tétanos y difteria (Td) y una dosis de aplicación anual en el periodo pre invernal e invernal vs influenza.(1-2) En el grupo de 65 y más años de edad, se aplican dos dosis de Td, una	93.-Fortalecer la capacitación en el programa permanente y en vacunación de adultos mayores previo a acciones intensivas de vacunación en el periodo pre invernal e invernal.	cualitativa nominal	93-95

	dosis de vacuna de neumococo (polisacáridos purificados 23 valente) y una dosis de influenza en periodo pre invernal e invernal.(1-2)	94.-Fortalecer la promoción de la salud sobre el uso, conservación y portación de las Cartilla Nacional de Salud en adultos mayores. 95.-Promover sitios de consulta telefónica e internet para aclaración de dudas sobre vacunación de adultos mayores.		
Vacunación en niños.	Cubre contra 15 enfermedades prevenibles. La incorporación reciente de la vacuna pentavalente acelular (PVac, que contiene DPT, vacuna de poliovirus inactivados yHib), vacuna contra diarrea por rotavirus y de la conjugada de neumococo contra neumonía y meningitis por 7-13 serotipos de Streptococcus pneumoniae hacen compleja su evaluación.	96.-Capacitación gerencial y supervisión al personal de salud en planeación, cálculo de metas y abasto oportuno de vacunas e insumos para la inmunización. 97.-Innovar estrategias de promoción de la salud diferenciando entre adultos y escolares.	cualitativa nominal	96-97

X.-RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN.

RESULTADOS TABULARES

CUADRO NO. 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA NUTRICION.

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Promoción de consumo de alimentos con micronutrientes para combatir la anemia en mujeres.	6	2.85	82	39.05	122	58.1	210	100.0
Evaluar acciones para erradicar anemia en mujeres.	5	2.38	91	43.33*	114	54.29	210	100.0
Orientar a las madres a que cumplan con alimentos fortificados en los niños menores de 2 años.	3	1.43	36	17.14	171	81.43	210	100.0
Promover el consumo de hierro desde diferentes fuentes en mujeres adolescentes.	5	2.38	47	22.38	158	75.24	210	100.0
Promover en los servicios de atención primaria a la salud (APS) y en programas de desarrollo social una estrategia de comunicación educativa para la adopción de prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria adecuada.	6	2.86	51	24.29	153	72.85	210	100.0
Promover la adopción de comportamientos y estilo de vida saludables.	3	1.43	35	16.66	172	81.91	210	100.0
Capacitación del personal operativo de programas de nutrición en zonas prioritarias que genere conocimientos, destrezas, motivación y habilidades de comunicación de estrategias para el cambio.	7	3.33	90	42.86	113	53.81	210	100.0
Promover alimentos fortificados en mujeres embarazadas.	2	0.95	15	7.14	193	91.91	210	100.0
Promover el consumo de hierro en mujeres adolescentes para evitar la transferencia transgeneracional.	0	0.0	12	5.71	198	94.29	210	100.0
Orientación en nutrición familiar a la población en general tomando en cuenta las necesidades de individuos con bajos niveles de alfabetismo y presupuestos limitados.	4	1.9	53	25.24	153	72.86	210	100.0
Identificar a la población que en verdad necesite los programas de ayuda alimentaria para que estas tengan una mejor función tales como desnutrición, sobrepeso y obesidad.	3	1.43	44	20.95	163	77.62	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012.

CUADRO NO. 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON EL BIENESTAR IINFANTIL

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Prevenir el bajo peso al nacer mediante el cuidado prenatal.	2	0.95	23	10.95	185	88.1	210	100.0
Promover la lactancia materna por los beneficios que esto causa el niño.	4	1.9	50	23.81	156	74.29	210	100.0
Realizar el tamiz neonatal de calidad.	2	0.95	23	10.95	185	88.1	210	100.0
Capacitar y promover la estimulación Temprana.	4	1.9	50	23.81	156	74.29	210	100.0
Promover la Vitamina "A" en población infantil.	9	4.29	75	35.71	126	60.0	210	100.0
Promoción del esquema completo de vacunación.	4	1.9	14	6.66	192	91.44	210	100.0
Capacitar a madres sobre la hidratación oral.	4	1.9	59	28.1	147	70.0	210	100.0
Educación preventiva en accidentes domésticos en población infantil.	5	2.38	79	37.62	126	60.0	210	100.0
Prevención, monitoreo, diagnóstico y canalización de la discapacidad infantil.	4	1.9	41	19.52	165	78.58	210	100.0
Promoción, protección y apoyo de la lactancia materna (PPALM), que incluya fisiología de la lactancia materna (LM), LM natural y extendida, ablactación (AC), alimentación en situaciones difíciles, alimentación con fórmula en caso necesario, conocimiento y adherencia al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.	5	2.38	42	20.0	163	77.62	210	100.0
Recibir adiestramiento para apoyo especializado de LME, LM y AC.	7	3.33	69	32.86	134	63.81	210	100.0
Fomentar la creación de grupos de apoyo de LM remitiendo a madres a ellos.	19	9.05	113	53.81	78	37.14	210	100.0
Orientar que la LM debe ser exclusiva por seis meses y continuada por dos años o más si ambos desean.	8	3.81	46	21.9	156	74.29	210	100.0
Informar que la leche materna es nutritiva y de alta calidad durante todo el periodo de lactancia.	6	2.86	31	14.76	173	82.38	210	100.0
Proveer información precisa a las madres y familias que lo soliciten, sobre alimentación del niño menor de dos años.	1	0.48	47	22.38	162	77.14	210	100.0
Fomentar la formación de grupos de apoyo y de conexión con el sistema de salud.	12	5.71	111	52.86	87	41.43	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012.

CUADRO NO. 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA
RELACIONADAS CON DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS.

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Educación para la prevención de sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular en dm.	1	0.48	12	5.71	197	93.81	210	100.0
Capacitarse para mejorar los procesos de atención a diabéticos.	4	1.9	47	22.38	159	75.72	210	100.0
Crear interés público sobre el problema de la diabetes.	5	2.38	54	25.71	151	71.91	210	100.0
Diseñar un sistema de registro o base de datos de pacientes con diabetes que incluya su condición de tratamiento, control metabólico y comorbilidad.	8	3.81	83	39.52	119	56.67	210	100.0
Educación para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular.	3	1.43	18	8.57	189	90	210	100.0
Actualizar y reforzar la implementación de las guías de práctica clínica para la unificación de criterios de atención.	10	4.76	70	33.33	130	61.91	210	100.0
Educación y orientación a población en riesgo y personas con diabetes y sus familias.	8	3.81	46	21.9	156	74.29	210	100.0
Promover la práctica de actividad física de al menos 150 minutos por semana para prevenir la hipertensión (HT)	5	2.38	37	17.62	188	80.0	210	100.0
Promover la ingesta de dietas con bajo contenido de sodio y grasa, con un alto contenido de verduras, cereales de granos enteros y lácteos bajos en grasa.	4	1.9	35	16.67	161	81.43	210	100.0
Concientizar a la población sobre la detección y tratamiento oportuno de la HT.	3	1.43	20	9.52	187	89.05	210	100.0
Prevención de HT con énfasis en población de riesgo (como personas con diabetes, obesidad, adultos mayores).	2	0.95	20	9.52	188	89.53	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012

CUADRO NO. 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON OBESIDAD EN ADULTOS Y ACTIVIDAD FÍSICA.

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Fomentar a las personas para la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables que incluyan alimentos frescos, particularmente frutas y verduras, leguminosas y cereales de granos enteros.	5	2.38	46	21.9	159	75.72	210	100.0
Promover la reducción de azúcares, sodio, grasa saturada, sal y, en general, densidad energética en el consumo de alimentos.	6	2.86	37	17.62	167	79.52	210	100.0
Promover el consumo de agua simple en lugar de bebidas calóricas.	6	2.86	27	12.86	177	84.28	210	100.0
Promover la práctica de actividad física, en el trabajo, el transporte y la recreación.	5	2.38	53	25.34	152	72.38	210	100.0
Desincentivar el consumo excesivo de alimentos fritos y con azúcar agregada.	6	2.86	51	24.29	153	72.86	210	100.0
Promoción y fomento de actividad física.	1	0.5	23	11.0	186	88.50	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012.

CUADRO NO. 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON ATENCIÓN AMBULATORIA Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Capacitación de educación continua centrada en la atención ambulatoria.	10	4.76	113	53.81	87	41.43	210	100.0
Monitoreo de guías científicas de práctica clínica sectorial con el objetivo de aplicar los criterios de prevención dx y tx acordes con la evidencia científica.	11	5.24	84	40	115	54.76	210	100.0
Diseñar estrategias para mejorar comunicación enfermera-paciente sobre su condición de salud durante el proceso.	17	8.09	62	29.52	131	62.39	210	100.0
Mejorar la calidad de la atención al usuario de servicios de salud ambulatorios.	10	4.76	65	30.95	135	64.29	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012.

CUADRO NO. 6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA REDUCCIÓN DE CESÁREAS.

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Reforzar parto vaginal desde el modelo humanizado para reducir las cesáreas.	4	1.9	41	19.52	165	78.58	210	100.0
Desarrollar habilidades y destrezas para uso de partograma y manejo exitoso de parto instrumental en caso de emergencia obstétrica.	8	3.81	40	19.05	162	77.14	210	100.0
Promoción del trabajo en equipos multidisciplinarios para la atención del parto.	5	2.38	44	20.95	161	76.67	210	100.0
Promoción de riesgos y desventajas de las cesáreas y eliminar prejuicios del parto vaginal.	4	1.9	57	27.14	149	70.96	210	100.0
Promover la práctica del parto basada en evidencia para fundamentar intervenciones obstétricas.	5	2.38	38	18.09	167	79.53	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012.

CUADRO NO. 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON COBERTURA EFECTIVA EN SALUD Y COBERTURA UNIVERSAL.

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Diferencias las intervenciones educativas y preventivas y que respondan a las particularidades culturales de la población para facilitar la utilización de los servicios.	9	4.29	81	38.57	120	57.14	210	100.0
Implementar campañas de prevención a jóvenes sobre salud sexual, violencia, etcétera.	4	1.9	54	25.71	152	72.39	210	100.0
Proponer métodos de captación de NINIS a fin de asegurar el derecho en la atención a la salud sexual, promoción de la salud física, prevención de la violencia y adicciones.	20	9.52	88	41.91	102	48.57	210	100.0
Promover la afiliación al Seguro Popular.	37	17.62	75	35.71	98	46.67	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012.

CUADRO NO. 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO.

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Informar y crear consciencia específicamente entre los adolescentes sobre daños y consecuencias asociadas al consumo de alcohol.	8	3.81	70	33.33	132	62.86	210	100.0
Prevenir y tratar a individuos y familias en riesgo de sufrir trastornos por el consumo de alcohol y afecciones asociadas.	6	2.86	75	35.71	129	61.43	210	100.0
Informar y advertir sobre los daños a la salud del tabaquismo a la población en general tanto al que es fumador activo como al que se expone al humo del tabaco.	5	2.38	58	27.62	147	70.0	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012.

CUADRO NO. 9

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON EDAs E IRAs.

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Capacitar a cuidadores y padres de familia en la identificación oportuna de los signos de alarma de las enfermedades diarreicas agudas (EDAs).	8	3.81	55	26.19	147	70	210	100.0
Promover la vacunación contra rotavirus en niños a los 2 y 4 meses de edad para prevención de EDAs.	4	1.9	53	25.24	153	72.86	210	100.0
Promover y garantizar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad para la creación de anticuerpos.	6	2.86	31	14.76	173	82.38	210	100.0
Educar para la preparación y uso de vida suero oral.	17	8.09	59	28.09	134	63.82	210	100.0
Promover acciones de protección contra riesgos sanitarios como la higiene de alimentos, lavado de manos y abastecimiento de agua dirigido a la población en general, escuelas, expendedores de alimentos y bebidas, lavado de manos.	4	1.9	36	17.14	170	80.96	210	100.0
Capacitar a las madres en la identificación de signos de alarma de las enfermedades respiratorias agudas (IRA).	1	0.48	49	23.33	160	76.19	210	100.0
Capacitar para la detección y atención eficiente de IRA.	3	1.43	36	17.14	171	81.43	210	100.0
Promover la higiene y ventilación de la vivienda, ambiente libre de humo y suspensión del tabaquismo para la prevención de la IRA.	5	2.38	61	29.05	144	68.57	210	100.0
Promover la vacunación de pentavalente, conjugada de neumococo, virus de influenza y contra sarampión para la prevención de las IRAs.	5	2.38	36	17.14	169	80.48	210	100.0
Educar sobre los daños que puede causar la automedicación tanto en las EDAs e IRAs.	5	2.38	47	22.38	158	75.24	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012.

CUADRO NO. 10

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON PREVENCIÓN DE VIOLENCIA INTERPERSONAL.

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Orientar a la población juvenil sobre la violencia interpersonal así como sus daños y consecuencias en la población en general.	13	6.19	67	31.9	130	61.91	210	100.0
Dar pláticas en escuelas sobre Builling.	17	8.09	75	35.71	118	56.2	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012.

CUADRO NO. 11

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA EN LA MUJER.

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Fomentar la detección del virus de papiloma humano (VPH) en mujeres de entre 30 a 69 años de edad mediante la prueba del Papanicolaou.	1	0.48	14	6.66	195	92.86	210	100.0
Promover la detección del VPH en zonas rurales con recursos limitados mediante auto toma vaginal.	3	1.43	15	7.14	192	91.43	210	100.0
Promover y educar a las mujeres para la auto exploración de mama.	2	0.95	9	4.28	199	94.77	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012.

CUADRO NO. 12

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD EN EL ADULTO MAYOR.

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Promover el envejecimiento sano y activo y la prevención de la discapacidad.	7	3.33	34	16.19	169	80.48	210	100.0
Fortalecer la prevención de la discapacidad en el nivel primario, con perspectiva de curso de vida.	7	3.33	46	21.91	157	74.76	210	100.0
Desarrollar intervenciones diferenciadas para: adultos mayores (AM) sanos, para los frágiles y para aquellos con discapacidad.	8	3.81	50	23.81	152	72.38	210	100.0
Desarrollo de programas dirigidos al apoyo y capacitación de los familiares que cuidan a AM con discapacidad.	4	1.9	57	27.15	149	70.95	210	100.0
Crear y desarrollar modelos comunitarios de cuidados a largo plazo; y capacitarse para su operación.	12	5.71	85	40.48	113	53.81	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012.

CUADRO NO. 13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA IMPORTANCIA QUE OTORGAN LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE A LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON VACUNACIÓN EN NIÑOS, ADOLESCENTES, ADULTOS Y ADULTOS MAYORES.

Indicador	Nada Importante	%	Relativ. Importante	%	Muy Importante	%	TOTAL	%
Capacitación gerencial y supervisión al personal de salud en planeación, cálculo de metas y abasto oportuno de vacunas e insumos para la inmunización.	10	4.76	56	26.67	144	68.57	210	100.0
Innovar estrategias de promoción de la salud diferenciando entre adultos y escolares.	5	2.38	59	28.09	146	69.53	210	100.0
Capacitarse adecuadamente previo a las semanas nacionales de salud y a otras jornadas de vacunación suplementaria.	4	1.9	57	27.14	149	70.96	210	100.0
Fortalecer las actividades de promoción de la salud sobre el uso, conservación y portación de las cartillas nacionales de salud (CNS).	10	4.76	77	36.66	123	58.58	210	100.0
Promover la cultura de vacunación entre los jóvenes, maestros y personal administrativo de los planteles educativos.	8	3.81	66	31.43	136	64.76	210	100.0
Fortalecer la capacitación en el programa permanente y en vacunación suplementaria en campañas y bloqueo de brotes (sarampión y rubéola).	5	2.38	53	25.24	152	72.38	210	100.0
Innovar actividades de promoción de la salud sobre uso, conservación y portación de CNS en adultos.	8	3.81	70	33.33	132	62.86	210	100.0
Fortalecer la capacitación en el programa permanente y en vacunación de adultos mayores previo a acciones intensivas de vacunación en el periodo pre invernal e invernal.	14	6.67	70	33.33	126	60.0	210	100.0
Fortalecer la promoción de la salud sobre el uso, conservación y portación de las Cartilla Nacional de Salud en adultos mayores.	13	6.19	50	23.8	147	70.01	210	100.0
Promover sitios de consulta telefónica e internet para aclaración de dudas sobre vacunación de adultos mayores.	10	4.76	56	26.67	144	68.57	210	100.0

FUENTE: ENCUESTA DE ACCIONES DE ENFERMERÍA. ENEO-UNAM. 2015

*INDICADORES OBTENIDOS DE DOCUMENTOS ANALÍTICOS DE ENSANUT-2012.

IX.- Descripción de resultados

La descripción de resultados corresponde a los valores observados para cada una de las variables de estudio en el orden atendiendo al tipo de acciones aglutinadas por afinidad.

Respecto a la importancia que otorgan los alumnos de Enfermería a las acciones realizadas a nutrición (ver cuadro 1) se observó que el 39.05% da relativa importancia al consumo de micronutrientes; el 43.33% da relativa importancia a la evaluación de las acciones para prevenir la anemia en mujeres; el 42.86% da relativa importancia a la capacitación del personal sobre programas de nutrición.

Respecto a los indicadores alimentos fortificados promoción de la adopción de comportamiento y estilo de vida saludable, alimentos fortificados en menores y embarazadas, consumo de hierro en mujeres adolescentes los entrevistados califican como muy importante con valores por encima del 80%.

Respecto a las acciones de Enfermería relacionadas al bienestar infantil (ver cuadro2), el cuidado prenatal, el tamizaje neonatal, el esquema de vacunación y la leche materna durante el periodo de lactancia; son indicadores que más del 80% de los entrevistados calificaron como muy importante. Sin embargo, se observa que el consumo de vitamina A en niños, la educación preventiva de accidentes domésticos, el adiestramiento sobre apoyo especializado, fomentar la creación de apoyo remitiendo a madres a dichos grupos y el fomento de la formación de grupos de apoyo y de conexión con el sistema de salud los entrevistados lo han calificado como relativamente importante en un rango entre 32.86% a 53.81%.

Respecto a las acciones de Enfermería relacionadas a Diabetes e hipertensión arterial en adultos (ver cuadro3), la percepción de los entrevistados hacia la prevención, educación y control de sobrepeso, obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular, así como educar a la población en riesgo para DM y en sus familias, capacitarse para mejorar los procesos de atención a la población de DM, promover la actividad física de al menos 150 minutos por semana, la ingesta de dietas con bajo contenido de sodio y grasa pero con un alto contenido de verduras, cereales de granos enteros y lácteos bajos en grasa, concientizar a la población sobre la detección y tratamiento oportuno de la HT y prevención de Hipertensión con énfasis en población en riesgo; son indicadores que en un 80% o más de los entrevistados calificaron como muy importante. Destacando en lo relacionado con sobrepeso y obesidad en donde más del 90% de los entrevistados calificaron como muy importante. En esta línea de acción de Enfermería sobre DM y HT obtuvieron calificación de relativamente importante los siguientes indicadores: sistemas de registro de tratamiento metabólico y comorbilidad, actualización y unificación de criterios de atención a diabéticos, contar con una base de datos así como implementar un sistema de vigilancia de desempeño en los servicio de salud

en el manejo de diabéticos y la unificación de criterios de atención, tales indicadores los entrevistados calificaron como relativamente importante.

Referente a las acciones de Enfermería relacionadas con obesidad en adultos y actividad física en general (ver cuadro 4) los entrevistados tienen una excelente percepción de la importancia que tienen tales acciones por ejemplo, adopción de comportamientos saludables, el fomento de la actividad física con un 88.50%; la promoción del consumo de agua simple en lugar de bebidas calóricas con un 84.28% al que se suma la reducción de azúcares, sodio en los alimentos comercializados a lo que el 79.52% de los entrevistados ratificaron la condición de acción de muy importante.

En el tema relacionado a la atención ambulatoria y utilización de los servicios de salud (ver cuadro 5) tenemos que los entrevistados tienen una percepción de relativamente importante desde 29.52% hasta un 53.81% con respecto a la educación continua centrada en la atención ambulatoria, monitoreo de guías científicas de práctica clínica sectorial, diseño de estrategias para mejorar la comunicación hacia el paciente y mejorar la atención al usuario de servicios de salud ambulatorios.

Con relación a las acciones de Enfermería relacionadas a la cesárea (ver cuadro 6) donde se consideraron los siguientes tópicos: reforzar la atención del parto vaginal desde un modelo humanizado, uso de parto-grama y manejo exitoso de parto vaginal, integración de equipos multidisciplinarios para la atención del parto, divulgación de riesgos de cesárea y eliminación de prejuicios sobre el parto vaginal y promoción de la práctica basada en evidencia para fundamentar intervenciones obstétricas, mismas que calificaron los entrevistados en un rango de un 70% a 79.53% como acciones muy importantes.

Respecto a las acciones de Enfermería relacionadas con cobertura efectiva y cobertura universal en salud (ver cuadro 7) cuyas acciones representadas por intervenciones educativas y preventivas acordes a las particularidades culturales de la población para facilitar la utilización de los servicios, implementación de las campañas de prevención a jóvenes sobre salud sexual, violencia, hacer propuestas de captación de NINIS, a fin de asegurar el derecho a la salud sexual, salud física, prevención de violencia y adicciones, se observa que un 35% al 41.91% de los entrevistados lo calificaron como relativamente importante con excepción de la implementación de campañas de salud sexual y violencia donde 72.39% de los entrevistados expresaron que era muy importante.

Respecto a las acciones de Enfermería relacionadas al consumo de alcohol y tabaco (ver cuadro 8) solo el 62.86% considero muy importante informar y crear conciencia, específicamente entre los adolescentes sobre los daños y consecuencias asociadas al consumo de alcohol; destaca un 61.43% que considero muy importante ofrecer intervenciones de prevención y tratamiento a individuos y familias en riesgo de sufrir consumo de alcohol y alteraciones

asociadas a este; se reporta además que solo el 70.0% de los entrevistados calificaron como muy importante advertir sobre los daños a la salud por tabaquismo tanto en fumador activo y pasivo.

Respecto a las acciones de Enfermería relacionadas a enfermedades diarreicas agudas (ver cuadro 9) el 82.38% de los entrevistados calificaron como muy importante a promover y garantizar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, seguido por un 81.43% quienes también consideraron como muy importante la atención y detección eficiente a la insuficiencia respiratoria aguda; seguido por un 80.48% de los entrevistados que piensan que es muy importante la promoción de la vacunación pentavalente, vacuna conjugada del neumococo, virus de la influenza y contra el sarampión. No obstante en lo anterior un 29.05% de entrevistados dieron relativa importancia a promover la higiene y ventilación de la vivienda, el ambiente libre de humo de tabaco y suspensión del tabaquismo en los casos de IRA, también es importante señalar que el 28.9% dijo que es relativamente importante la preparación del suero "vida suero oral" y no se puede subestimar un 24.25% que le da relativa importancia a la vacunación contra el rotavirus en niños de 2 y 4 meses de edad.

En relación a las acciones de Enfermería de prevención de la violencia interpersonal (ver cuadro 10) se encontró que el 61.91% de los entrevistados considera muy importante orientar a la población juvenil sobre la violencia interpersonal así como los daños y consecuencias, resultando preocupante que solo el 56.2 % considere de muy importante dar platicas en la escuela sobre Bulling.

Acciones de Enfermeria relacionadas con cáncer de la mujer (ver cuadro 11) que el 94.77% de los entrevistados considera muy importante promover y educar a las mujeres para la autoexploración de mama, el 92.86% también le da total importancia al fomento a la práctica de la prueba de Papanicolaou, seguido de un 91.43% que identifica la máxima importancia de la detección del VPH en zonas rurales mediante el auto toma vaginal.

Las acciones de Enfermeria relacionadas con discapacidad en el Adulto mayor (AM)(ver cuadro 12), se observa que el 80.48% califico como muy importante promover el envejecimiento sano y activo y la prevención de la discapacidad, el 74.76% también considera muy importante fortalecer la prevención en el nivel primario con perspectiva de curso de vida, seguido de un 72.38% que le da máxima importancia a las intervenciones diferenciadas para AM sanos, para los frágiles y para aquellos con discapacidad; en ese tópico destaca un 70.95% que considero muy importante el desarrollo de programas dirigidos al apoyo y capacitación de los familiares que cuidan al AM con discapacidad. No obstante lo anterior solo el 53.81% considero muy importante crear y desarrollar modelos comunitarios de cuidados a largo plazo y capacitarse para su operación.

Finalmente sobre las acciones de Enfermería de vacunación en niños, adolescentes, adultos y AM (ver cuadro 13) se observó que solo el 46.66% califica como muy importante a promover sitios de consulta telefónica e internet para informar sobre la vacunación en adultos, seguidos de un 58.58% que da máxima importancia a la promoción de las intervenciones de salud sobre uso, conservación y portación de cartilla nacional de salud (CNS), seguido de un 60.0% de entrevistados que consideran muy importante fortalecer la capacitación en el programa permanente en la vacunación de AM previo a acciones intensivas de vacunación en el periodo pre-invernal e invernal.

También relacionado con vacunación solo el 68.67% considero muy importante la capacitación gerencial y supervisión al personal de salud en su planeación, cálculo de metas y abasto oportuno de vacunas e insumos para la inmunización, seguido de un 69.53% que dio total importancia a las estrategias de promoción de la salud diferenciadas entre adultos y escolares y no puede subestimarse el 64.66% de entrevistados que calificaron como muy importante a promover la campaña de prevención entre jóvenes, adolescentes y maestros y personal de los planteles educativos. Dada la importancia de los programas de vacunación se destaca 68.57% de entrevistados que dan total importancia a promover sitios de consulta telefónica e internet para aclaración de dudas sobre vacunación en AM.

Y por último se reporta que en 66.86% de entrevistados dijeron que era muy importante innovar actividades de promoción a la salud sobre el uso, conservación y portación de cartilla nacional de salud en adultos.

X. CONCLUSIONES.

1.-No obstante que hay información basta sobre nutrición los entrevistados evidencian un problema de concientización, los entrevistados reflejan un problema de concientización sobre la importancia de la capacitación sobre programas de nutrición en zonas prioritarias, así como la evaluación de las acciones para la erradicación de la anemia en mujeres y el consumo de micronutrientes.

2.-El hecho de que el 50% de los entrevistados le den relativa importancia a la formación de los grupos de apoyo y la conexión de estos con el sistema de salud conjuntamente con la creación de grupos para integrar a las madres de familia a estos revela la carencia de habilidades de los entrevistados para integrar grupos por necesidades comunes y trabajar a través de ellos el fomento a la salud; respecto al fomento del consumo de vitamina A, prevención de accidentes domésticos y recibir adiestramiento para apoyo especializado evidencia además de la dificultad de trabajar con grupos, que los entrevistados relativizan la importancia de la prevención.

3.- Los entrevistados tienen una muy buena percepción hacia el problema de la DM y sus causantes principales como la obesidad y el sobrepeso llegando hasta en un 93.81% de mucha importancia pero, hay una percepción contraria hacia los temas relacionados con sistema de registro, tratamiento, vigilancia, unificación de guías y criterios para la atención del diabético puesto que del 30 al 43% de los entrevistados lo consideraron como relativamente importante.

4.- Las acciones de Enfermería relacionadas con obesidad y actividad física nos indican buena preparación que se refleja en su percepción de los entrevistados de acciones de Enfermería de muy importantes.

5.- Las acciones de Enfermería relacionadas con atención ambulatoria y utilización de los servicios de salud nos dice que la percepción de los entrevistados hacia estos temas es de relativa importancia y esto nos lleva a reflexionar y reconocer que es necesario mejorar los procesos de comunicación efectiva y de calidad hacia el paciente del personal de Enfermería durante su formación académica.

6.- Respecto a las cesáreas a pesar de que los entrevistados tienen una buena percepción, se tiene que reforzar un poco más a estas acciones durante su formación académica y así poder llegar a una práctica realmente basada en evidencia.

7.- Los entrevistados tienen una mediana percepción hacia la cobertura efectiva en salud y cobertura universal y estos nos lleva a hacer más conciencia que no solo es la atención hacia el paciente sino también ver que toda la población tenga el derecho a recibir atención en los servicios de salud así como una cobertura efectiva por lo cual debemos fortalecer e implementar más este tema a los alumnos.

8.- Los resultados sobre el consumo de alcohol y tabaco nos dice que los entrevistados tiene una percepción importante pero no en el nivel deseado, se concluye que su información sobre el consumo de alcohol y tabaco debe ser reforzado para advertir y prevenir eficazmente los daños causados por estos y así poder dar a la población una mejor atención y orientación hacia estos temas.

9.- Respecto a EDAs e IRAs los entrevistados manifiestan una percepción de relativamente importante a muy importante, es recomendable mejorar la información sobre la importancia de la educación para la preparación de vida suero oral, promover la higiene y ventilación de la vivienda, ambiente libre de humo y suspensión del tabaquismo y los signos de alarma.

10.- Los entrevistados dan una importancia relativa hacia los temas de prevención de violencia interpersonal por lo cual resulta un tanto preocupante la percepción que se tiene sobre este tema por lo cual se sugiere revisar para ver porque el alumnado no le da la importancia deseada con el fin de mejorar esta percepción para la mejora de su formación.

11.- En el tema de cáncer de la mujer se tiene una percepción muy importante en cada una de las acciones ya que en todas rebasan el 90% de importancia atribuida por lo cual se concluye que su formación es de excelente calidad en cuanto a prevención de cáncer.

12.- En el rubro de discapacidad del AM los entrevistados valoraron una muy importante percepción de las acciones a excepción de una que es la de desarrollar modelos comunitarios de cuidado a largo plazo y capacitarse para su operación de los modelos la cual le dan una relativa importancia, ante esto concluimos que los entrevistados tiene una percepción deficiente hacia el cuidado del AM y su atención comunitaria.

13.- Se observa que las respuestas referidas entre los entrevistados en el rubro de vacunación en todas las edades (línea de vida) son de relativa importancia resaltando las acciones de promover sitios de consulta telefónica e internet para información sobre la vacunación en adultos y niños, fortalecer las actividades de promoción de la salud sobre uso, conservación y portación de la CNS por lo cual se concluye que el alumno tiene la necesidad de fortalecer estas áreas de gestión y administración en los servicios de salud comunitaria.

XI. RECOMENDACIONES.

1.- Es fundamental hacer conciencia en el alumnado sobre la evaluación de las acciones para la erradicación de la anemia y fomento del consumo de micronutrientes en mujeres en edad reproductiva.

2.- Los estudiantes deberán alcanzar un nivel de suficiencia en las habilidades de los entrevistados para integrar grupos por necesidades comunes y trabajar a con ellos el fomento a la salud; el consumo de vitamina A, la prevención de accidentes domésticos.

Deberán además recibir adiestramiento en acciones preventivas en grupos específicos.

3.-Se recomienda mantener la excelente percepción y por lo tanto capacidad de intervención en la DM no obstante lo anterior es deseable mejorar la enseñanza sobre sistema de registro, tratamiento, vigilancia, unificación de guías y criterios para la atención del diabético

4.-En cuanto a las acciones de Enfermería relacionadas con obesidad y actividad física nos indican buena preparación que se refleja en su percepción de los entrevistados de acciones de Enfermería por lo que se recomienda mantener el nivel de conocimiento al respecto ya que son temas prioritarios nacionales.

En particular se recomienda realizar un programa en la escuela en la que participe el propio alumnado en su elaboración y ejecución en el que sujeto de un beneficio directo.

5.-Es necesario mejorar los procesos de comunicación efectiva y de calidad hacia el paciente del personal de Enfermería durante su formación académica, mejorar la formación sobre atención ambulatoria ya que es una política nacional para ampliar cobertura de servicios de salud.

6.- Es necesario fortalecer la información de los beneficios del parto natural con respecto a las cesáreas desde la perspectiva de la práctica basada en evidencia.

7.- Fortalecer la formación sobre cobertura universal, ya que la política nacional establece que todos deberán tener acceso a un servicio de salud como un derecho.

8.- Aun cuando la percepción sobre consumo de alcohol y tabaco es adecuada se recomienda que debe ser reforzado dado la magnitud de los daños asociados.

9.- Es deseable centrar la atención sobre la preparación de vida suero oral, promoción de la higiene y ventilación de la vivienda, fomento del ambiente libre de humo y suspensión del tabaquismo así como los signos de alarma de EDAs e IRAs.

10.- En el tema de violencia interpersonal se sugiere con gran importancia mejorar la formación del alumnado especialmente sobre Bulling y sus consecuencias.

11.- En el tema de cáncer de la mujer se sugiere mantener la excelente calidad de educación y percepción que se le da al alumnado.

12.- En el rubro de discapacidad del AM se sugiere reforzar con gran medida el desarrollar modelos comunitarios de cuidado a largo plazo y capacitarse para su operación.

13.- En cuanto a la vacunación en todas las edades (línea de vida) se sugiere reforzar las áreas de gestión y administración en los servicios de salud comunitaria particularmente el de promover sitios de consulta telefónica e internet para información sobre la vacunación en adultos y niños, actividades de promoción de la salud sobre uso, conservación y portación de la CNS.

COMENTARIO FINAL.

Es evidente que a lo largo de esta tesis el gran reto de la enfermería radica en la salud pública ya que las prioridades de salud, según los programas y políticas de gobierno; están dirigidos a la prevención de las enfermedades, por medio de la

educación, promoción, capacitación, orientación, implementación y concientización en la población en general dándole más relevancia al área rural.

Por tal motivo, se sugiere incentivar al alumno hacia dicha práctica así como es pertinente meditar la posibilidad de creación de una licenciatura en enfermería en salud pública y/o hacer un tronco común de enfermería y hacer que en los 2 últimos semestres haya una rama terminal de salud pública o comunitaria.

De igual manera es deseable motivar al alumno que quiere hacer diplomados o maestría se enfoquen más a la salud pública ya que es urgente que haya más personal de enfermería que se dedique a esta especialidad o ramo.

XII.- BIBLIOGRAFÍA.

Adiels-Tegman M. The prevalence of anemia in the world. *World Health Stat.* 1985;Q.38:302–316.

Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borges G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Publica Mex* 2007; 49(S4): s467-s474.

Allen L. Biological mechanisms that might underlie iron's effects on fetal growth and preterm birth. *J Nutr* 2001; 131:2S-II.

Beltran A, Merialdi M, Lauer J, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21:98–113.

Borges G, Orozco R, Cremonte M, Buzi-Figlie N, Cherpitel Ch, PoznyakV. Alcohol and violence in the emergency department: a regional report from the WHO collaborative study on alcohol injuries. *Salud Publica Mex* 2008; 50 (Supl. 1): s6-s11.

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Manual de vacunación 2008-2009. México DF: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, 2008.

Centro Nacional para la salud de la Infancia y la Adolescencia. Manual de vacunación 2008-2009, primera ed. México DF, 2008.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). Evaluación integral del desempeño de los programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades 2010-2011. Disponible en: http://web.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Integrales/Integrales%202010-2011/EI_10-11_Ayuda%20Alimentaria.pdf

Cook PJ, Moore MJ. The Economics of alcohol abuse and alcohol-control policies. *Health Affairs* 2002; 21(2): 120-133.

Coronado G, Beasley J, Livaudais J. Alcohol consumption and the risk of breast cancer. *Salud Publica Mex* 2011; 53(5): 440-447.

Coronel M. Médicos en farmacias, ¿modelo que dibuja el rumbo? *El Economista* 29 de octubre de 2012. Disponible en: <http://eleconomista.com.mx/columnas/salud-negocios/2012/08/05/medicos-farmacias-modelo-que-dibuja-rumbo>

Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century (2001). Institute of Medicine (IOM), United States of America. Report Brief. Disponible en: http://books.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf

Cruz Martínez A. Crece el modelo de farmacia con consultorio médico anexo. *La Jornada*. 22 julio de 2012. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2012/07/22/sociedad/033n1soc>

De Maeyer EM, Akman M, Cebeci D, Okur V, Angin H, Abali O, Akman AC. The effects of iron deficiency on infants' developmental test performance. *Acta Paediatr* 2004;93:1391-6.

Denman, C. A., Rosales, C., Cornejo, E., Bell, M. L., Munguía, D., Zepeda, T., ... & de Zapien, J. G. (2014). Peer Reviewed: Evaluation of the Community-Based Chronic Disease Prevention Program Meta Salud in Northern Mexico, 2011–2012. *Preventing chronic disease*, 11. *Diario Oficial*. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012. 3 de diciembre de 2011.

Dirección General de Epidemiología, Anuario Estadístico 2010. México DF, 2011. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico de la Infancia en México 2010. México, DF, junio 2011. ISBN 978-607-460-237-1.

Division of Nutrition and Physical Activity: Research to Practice Series No. 4: Does breastfeeding reduce the risk of pediatric overweight? Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2007

Dresler A, Wirtz V, Leyva-Flores R. Las farmacias mexicanas: regulación y políticas. En: Las farmacias, los farmacéuticos y el uso adecuado de medicamentos en América Latina. Homedes N. y Ugalde A. (eds.). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, 2011. p. 27-57.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2012. Reporte nacional. Cuernavaca: INSP, 2012.

Ezzati M, Lopez AD, Dogers A, Vander HS, Murray CJ. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360:1347-60.

Fleming BB, Grenfield S, Engelgau MM, Pogach LM, et al. The diabetes quality improvement project. *Diabetes Care* 2001; 24:1815-1820.

Fundación Mexicana para la Salud: Trabajando por la salud de la población. Propuestas de política para el sector farmacéutico. Versión para el diálogo. FUNSALUD. AC; 2011.

Grantham-McGregor S, Ani C. A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children. *J Nutr* 2001;131:649S-666S.

H. Congreso de la Unión. Cámara de Diputados. Ley General de Salud. Última Reforma DOF 02-06-2004. [Consultado 2 de julio 2008] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpps/files/pdfleg01.pdf>.

Hijar M, Chandran A, Pérez-Núñez R, Lunnen JC, Rodríguez-Hernández JM, Hyder AA. Quantifying the underestimated burden of road traffic mortality in Mexico: a comparison of three approaches. *Traffic Inj Prev* 2012;13 Suppl 1:5-10.

Kearney P, Whelton M, Reynolds P, Whelton H, Jiang H. Worldwide prevalence of hypertension. *Journal of Hypertension* 2004, 22:11-19.

Kuri-Morales PA, González-Roldán JF, Jesús-Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública Mex* 2006; 48(Supl. I): 91-98.

Lazcano-Ponce E, Lorincz AT, Cruz-Valdez A, Salmerón J, Uribe P, Velasco-Mondragón E, et al. Self-collection of vaginal specimens for human papillomavirus testing in cervical cancer prevention (MARCH): a community-based randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;378(9806):1868-73.

Martorell R, Melgar P, Maluccio JA, Stein AD, Rivera JA. The Nutrition Intervention Improved Adult Human Capital and Economic Productivity. *J. Nutr.* 140: 411-414, 2010.

Melgar-Quiñonez H, Samayoa L. Prevalencia de inseguridad alimentaria del hogar en Guatemala. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011 (ENCOVI).

Mortalidad enfermedades crónicas [base de datos en internet] 2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. México, D.F. Diario Oficial de la Federación, 20 de enero de 2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. Diario Oficial de la Federación, 20 de enero de 2004. México, DF.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (2006), "Food security", FAO's Agriculture and Development Economics Division (ESA), (Policy Brief, 2).

Organización Mundial de la Salud. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo. Ginebra: OMS, 2008. [Consultado 2012 junio 20] Disponible en <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/index.html>.

Organización Panamericana de la Salud "Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud" Washington, D.C.: OPS, © 2008.

Organización Panamericana de la Salud. Nuevas recomendaciones para el tratamiento clínico de la diarrea: Políticas y guías programáticas. Washington, D.C. OPS, 2006. 40 p.

Pérez-Escamilla R, Melgar-Quiñonez H, Nord M, Álvarez MC, Segall-Correa AM. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Memorias de la 1ª Conferencia en América Latina y el Caribe sobre la medición de la seguridad alimentaria en el hogar. Perspectivas en Nutrición Humana. 2007;(S):117-34.

Sánchez, D. M., del Rosal, R. S., Velázquez, L. B., & Rodríguez, M. M. Sedentary citizenship versus active citizenship. A new social canon in access to health and welfare. Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Advances in Our Understanding of the Biology of Human Milk and Its Effects on the Offspring. J. Nutr 2007;137: 503s-510s.

SINAVE/DGE/SALUD/Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010. [Consultado: octubre 2012] Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/2012/A_Morta_%202010_FINAL_Junio%202012.pdf.

Soto, J. R., Dopico, X., Giraldez, M. A., Iglesias, F., & Amador, F. (2010). The influence of physical activity programs on the elderly. European Journal of Human Movement, 22, 65-81.
SSA. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 1995.

Stevens G, Dias RH, Thomas KJA, Rivera JA, Carvalho N, et al. Characterizing the epidemiological transition in Mexico: National and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. PLoS Med 2008;5(6): e125.

Trillard A. Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées [internet]. Francia: Publicado por el Senado de la República Francesa, 2011. Disponible en: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000390/index.shtml>

Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006;367(9525):1819-29.

WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: Pooled analysis. Lancet 2000;355(5):451-5.

WHO. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2(8452):437-8.

WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Ginebra: WHO (Technical Report Series No. 894), 203. 2000.

World Health Organization (2003) Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO; [consultado 2011 noviembre 30]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>

World Health Organization. Alcohol and injuries. Emergency department studies in an International perspective. Geneva: World Health Organization, 2009. [Consultado 2012 junio 20]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcinuries.pdf]

World Health Organization. Alcohol use and sexual risk behaviour: across-cultural study in eight countries. Geneva: World Health Organization, 2005. [Consultado 2012 junio 20]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/alcohol_final.pdf

World Health Organization/Food and Agriculture Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series 916. Geneva: WHO; 2003.

XIII.-ANEXOS

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR PERCEPCIÓN SOBRE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA PROPUESTAS EN ENSANUT-2012

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Justificación: La intención de este formulario es identificar en qué medida las recomendaciones y acciones propuestas en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) involucran al profesional de Enfermería. Esta encuesta tiene fines estrictamente académicos y los resultados estarán disponibles en el formato de tesis

Instrucciones: Contesta en el rubro correspondiente con un **3** si consideras que la acción de Enfermería es muy importante, con un **2** si es relativamente importante y con un **1** si lo consideras nada importante. Las respuestas que nos des son muy valiosas e importantes para el estudio así que te pedimos total confianza en tu respuesta además es totalmente confidencial y anónimo. Gracias por tu colaboración en la construcción del conocimiento Enfermero. El tiempo promedio de la encuesta es de aproximadamente 25 minutos.

ACCIÓN DE ENFERMERIA	RESPUESTA
1.-Promoción y fomento de actividad física en toda la población, no sólo de forma estructurada, si no que incluya la promoción de momentos activos dentro del hogar, espacios laborales y escuelas, que ayuden a evitar los tiempos sedentarios prolongados.	
2.-Promover el consumo de suplementación y fortificación de alimentos con micronutrientes para combatir la anemia en las mujeres.	
3.-Evaluar la eficacia de las acciones para la erradicación de la anemia en mujeres.	
4.-Verificar que las madres cumplen con las indicaciones de consumo de alimentos fortificados en los niños menores de 2 años y reforzar el consumo en las mujeres embarazadas.	
5.-Promover el consumo de hierro desde diferentes fuentes; en mujeres adolescentes para evitar la transferencia Transgeneracional de la anemia.	
6.-Prevención de bajo peso al nacer mediante el cuidado prenatal.	
7.-Promover la lactancia materna.	

8.-Realizar el tamiz neonatal con calidad y equidad.	
9.-Capacitar y promover la estimulación temprana.	
10.-Promover el consumo de vitamina A en la población infantil.	
11.-Asegurar el esquema completo de vacunación sobre todo en áreas rurales y marginadas.	
12.-Capacitar a las madres sobre el uso de líquidos recomendados para la terapia de rehidratación oral	
13.-Educar para la prevención y mejora en la atención para accidentes domésticos y de otros tipos en la población infantil.	
14.-Monitoreo, prevención, tamizaje, diagnóstico, canalización y atención para diferentes tipos de discapacidad infantil.	
15.-Diseñar un sistema de registro o base de datos de pacientes con diabetes que incluya su condición de tratamiento, control metabólico y comorbilidad	
16.-Educar para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular	
17.-Capacitarse para mejorar los procesos de atención a la población de diabéticos.	
18.-Actualizar y reforzar la implementación de las guías de práctica clínica para la unificación de criterios de atención	
19.-Educar y orientar a población en riesgo y personas con diabetes y sus familias	
20.-Crear interés público sobre el problema de la diabetes.	
21.-Educación continua enfocada en la mejora de los proceso de atención ambulatoria.	
22.-Monitorear el uso de las Guías de Práctica Clínica Sectoriales, con el objetivo de aplicar los criterios de prevención, diagnóstico y tratamiento acordes con la evidencia científica en todas las unidades de atención ambulatoria.	
23.-Diseñar estrategias de comunicación con los usuarios para mejorar la comunicación médico-paciente sobre su condición de salud durante el proceso.	
24.-Reforzar el currículo a favor del parto vaginal y con una perspectiva de atención desde el modelo del parto humanizado.	
25.-En la práctica desarrollar habilidades y destrezas clínicas para la atención del parto vaginal fisiológico con base en competencias, en especial uso y apego del partograma para identificar partos prolongados o anormales, y en caso de enfrentar alguna emergencia obstétrica, saber manejar exitosamente el parto instrumental (fórceps o ventosa) como alternativa a la cesárea.	
26.-Propiciar el trabajo en equipos multidisciplinarios para la atención del parto	
27.-Formular mensajes específicos para divulgar a través de diferentes mecanismos de difusión (campañas masivas, educación prenatal, pláticas) información sustantiva sobre las desventajas que conllevan las cesáreas innecesarias, y que a su vez, elimine los prejuicios existentes en relación al parto vaginal.	
28.-Promover la enfermería y la medicina basada en evidencia para fundamentar las intervenciones obstétricas.	
29.-Diferenciar las intervenciones educativas y preventivas y que respondan a las particularidades culturales (multiculturalidad) de la población que se atiende para facilitar la utilización de los servicios.	
30.-Implementar campañas de prevención a jóvenes sobre salud sexual, violencia, etc.	
31.-Proponer nuevos métodos de captación de la población de "NINIS" a fin de asegurar el derecho a la atención en la salud sexual, promoción de la actividad física, prevención de la violencia y adicciones.	

32.-Dar un acceso amplio a la información y hacer conciencia en la población en general y específicamente entre los adolescentes sobre los daños y consecuencias asociados al consumo de alcohol.	
33.-Ofrecer intervenciones de prevención y tratamiento a individuos y familias en riesgo de sufrir trastornos por el consumo de alcohol y afecciones asociadas.	
34.-Advertir sobre los daños a la salud del tabaquismo a la población en general tanto el que es fumador activo como el que se expone al humo del tabaco.	
35.-Implementar en los servicios de atención primaria de salud (APS) y en programas de desarrollo social una estrategia de comunicación educativa para la adopción de prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria adecuada.	
36.-Promover la adopción de comportamientos y estilo de vida saludables.	
37.-Capacitación del personal operativo de programas de nutrición en zonas prioritarias que genere conocimientos, destrezas, motivación y habilidades de comunicación de estrategias para el cambio.	
38.-Realizar acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna (PPALM), que incluye fisiología de la LM, LM natural y extendida, AC, alimentación en situaciones difíciles, alimentación con fórmula en caso necesario, conocimiento y adherencia al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (Código).	
39.-Recibir adiestramiento para apoyo especializado en LME, LM continuada y AC.	
40.-Fomentar la creación de grupos de apoyo remitiendo a madres a ellos.	
41.-La LM es lo mejor para el niño - La LM debe ser exclusiva por seis meses y continuada por dos años o más si ambos desean.	
42.-El niño amamantado NO necesita consumir agua antes de los seis meses. La leche le hidrata perfectamente.	
43.-La leche materna es nutritiva y de alta calidad durante todo el periodo de lactancia	
44.-Proveer información precisa a las madres y familias que lo soliciten, sobre alimentación del niño menor de dos años	
45.-Apoyar la formación de grupos de apoyo y de conexión con el sistema de salud	
46.-Diseñar un sistema de registro o base de datos de pacientes con diabetes que incluya su condición de tratamiento, control metabólico y comorbilidad.	
47.-Implementar un sistema de información para la vigilancia del desempeño de los diferentes servicios de salud en el manejo de la diabetes.	
48.-Educar para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular.	
49.-Capacitarse para mejorar los procesos de atención a la población de diabéticos.	
50.-Actualizar y reforzar la implementación de las guías de práctica clínica para la unificación de criterios de atención.	
51.-Educar y orientar a población en riesgo y personas con diabetes y sus familias.	
52.-Crear interés público sobre el problema de la diabetes.	
53.-Promover el envejecimiento sano y activo y la prevención de la discapacidad.	
54.-Fortalecer la prevención en el nivel primario, con perspectiva de curso de vida.	
55.-Desarrollar intervenciones diferenciadas para: adultos mayores sanos, para los frágiles y para aquellos con discapacidad.	

56.-Desarrollo de programas dirigidos al apoyo y capacitación de los familiares que cuidan a AM con discapacidad.	
57.-Crear y desarrollar modelos comunitarios de cuidados a largo plazo; y capacitarse para su operación.	
58.-Capacitar a cuidadores y padres de familia en la identificación oportuna de los signos de alarma de las enfermedades diarreicas agudas.	
59.-Promover la vacunación contra rotavirus en niños a los 2 y 4 meses de edad.	
60.-Promover y garantizar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.	
61.-Educar para la preparación y uso de vida suero oral.	
62.-Dirigir acciones de protección contra riesgos sanitarios como la higiene de alimentos, lavado de manos y abastecimiento de agua dirigido a la población en general, escuelas, expendedores de alimentos y bebidas, lavado de manos.	
63.-Promover la afiliación al Seguro Popular.	
64.-Promover la práctica de actividad física de al menos 150 minutos por semana.	
65.-Promover la ingesta de dietas con bajo contenido de sodio y grasa, pero con un alto contenido de verduras, cereales de granos enteros y lácteos bajos en grasa.	
66.-Concientizar a la población sobre la detección y tratamiento oportuno de la hipertensión arterial.	
67.-Prevención de hipertensión con énfasis en población de riesgo (como personas con diabetes, obesidad, adultos mayores, etcétera).	
68.-Desincentivar el inicio del tabaquismo y promover la cesación entre los adictos.	
69.-Orientación en nutrición familiar a la población en general tomando en cuenta las necesidades de individuos con bajos niveles de alfabetismo y presupuestos limitados.	
70.-Capacitar a las madres en la identificación de signos de alarma de las enfermedades respiratorias agudas (IRA).	
71.-Detección y atención eficiente de IRA.	
72.-Promover la higiene y ventilación de la vivienda, ambiente libre de humo y suspensión del tabaquismo.	
73.-Promover la vacunación de pentavalente, conjugada de neumococo, virus de influenza y contra sarampión.	
74.-Educar sobre los daos que puede causar la automedicación.	
75.-Habilitar a las personas para la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables que incluyan alimentos frescos, particularmente frutas y verduras, leguminosas y cereales de granos enteros.	
76.-Reducir el contenido de azúcares, sodio, grasa saturada, sal y, en general, densidad energética en los alimentos comercializados.	
77.-Promover el consumo de consumo de agua simple en lugar de bebidas calóricas.	
78.-Promover la práctica de actividad física, y aumentar las oportunidades para el desarrollo de la misma en el trabajo, el transporte y la recreación.	
79.-Desincentivar el consumo excesivo de alimentos fritos y con azúcar agregada	
80.-Orientar a la población juvenil sobre la violencia interpersonal así como sus daños y consecuencias.	

81.-Dar platicas en escuelas sobre Builling.	
82.-Identificar a la población que en verdad necesite los programas de ayuda alimentaria para que estas tengan una mejor función tales como desnutrición, sobrepeso y obesidad.	
83.-Fomentar la detección del VPH en mujeres de entre 30 a 69 años de edad mediante la prueba del Papanicolaou.	
84.-Promover la detección del VPH en zonas rurales con recursos limitados mediante auto toma vaginal.	
85.-Promover y educar a las mujeres para la auto exploración de mama.	
86.-Mejorar la calidad de la atención al usuario de servicios de salud ambulatorios.	
87.-Capacitarse adecuadamente previo a las semanas nacionales de salud y a otras jornadas de vacunación suplementaria.	
88.-Fortalecer las actividades de promoción de la salud sobre el uso, conservación y portación de las CNS.	
89.-Promover la cultura de vacunación entre los jóvenes, maestros y personal administrativo de los planteles educativos.	
90.-Fortalecer la capacitación en el programa permanente y en vacunación suplementaria en campañas y bloqueo de brotes (sarampión y rubéola).	
91.-Innovar actividades de promoción de la salud sobre uso, conservación y portación de CNS en adultos.	
92.-Promover sitios de consulta telefónica e internet para informar sobre la vacunación en adultos.	
93.-Fortalecer la capacitación en el programa permanente y en vacunación de adultos mayores previo a acciones intensivas de vacunación en el periodo pre invernal e invernal.	
94.-Fortalecer la promoción de la salud sobre el uso, conservación y portación de las Cartilla Nacional de Salud en adultos mayores.	
95.-Promover sitios de consulta telefónica e internet para aclaración de dudas sobre vacunación de adultos mayores.	
96.-Capacitación gerencial y supervisión al personal de salud en planeación, cálculo de metas y abasto oportuno de vacunas e insumos para la inmunización.	
97.-Innovar estrategias de promoción de la salud diferenciando entre adultos y escolares.	

OBSERVACIONES

FUENTE: Instrumento elaborado por Hilario Alejandro Oviedo Jurado con base en ENSANUT 2012. ENEO-UNAM.2015

Nota: Instrumento en fase de validación.

Anexo

Tablas de trabajo para extraer las acciones inherentes a la profesión de Enfermería.

2.1 Resultados de actividad física y sedentarismo en personas de 10 a 69 años

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>De acuerdo con los hallazgos de esta encuesta es prioritario promover no sólo el incremento de actividad física moderada y vigorosa, incluyendo actividades deportivas, sino también la disminución de actividades sedentarias (transporte inactivo, tiempo frente a una pantalla y tiempo sentado). Para ello, diversos grupos de expertos recomiendan el uso de campañas de comunicación masiva con mensajes cortos enfocados a aspectos clave para la comunidad. <u>Es importante trabajar en conjunto con la sociedad civil y diversos sectores como las secretarías de salud, educación, hacienda, comunicaciones y transportes, la comisión nacional de cultura física y deporte, organizaciones privadas y los medios de comunicación para facilitar el acceso a la actividad física recreativa y a sistemas de transporte activo.</u> Como ha sido señalado en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA), es necesario establecer metas específicas y aportaciones de cada sector. Es necesario desarrollar apoyo social para la actividad física en los diversos entornos así como en el ámbito escolar, para lo cual se requiere la construcción, adaptación y mantenimiento de espacios adecuados para su práctica. También el desarrollo.</p>	<p><u>La inactividad física es el cuarto factor de riesgo para mortalidad en el plano mundial. El gobierno y todos los sectores sociales deben prestar atención a este factor y buscar prevenirlo en la población.</u> Es importante reconocer que dentro de las acciones orientadas a prevenir la obesidad y otras enfermedades crónicas, se tiene que incluir un esfuerzo importante para promover y facilitar estilos de vida más activos, así como integrarlos a la rutina diaria, para lo cual será fundamental contar con políticas integrales, multisectoriales y de apoyo de la sociedad en su conjunto.</p>	<p>Las acciones ambientales y de políticas públicas deben incluir mejora del acceso a lugares para la práctica de actividad física, diseño urbano, uso de tierra, políticas para fomento del transporte activo (como instalación y diseño de ciclovías) entre otras alternativas.</p> <p>Deben contar con apoyo tanto del gobierno federal y local, como de la sociedad civil que incluya estrategias para aumentar: 1) espacios accesibles sin costo o de bajo costo, que cubra un gran número de horarios, y que fomente la participación de todos los ciudadanos, 2) espacios seguros con una correcta iluminación, vigilancia y mantenimiento, y 3) la promoción de actividad física, no sólo de forma estructurada, si no que incluya la promoción de momentos activos dentro del hogar, espacios laborales y escuelas, que ayuden a evitar los tiempos sedentarios prolongados.</p>	<p>.Promoción y fomento de actividad física en toda la población, no sólo de forma estructurada, si no que incluya la promoción de momentos activos dentro del hogar, espacios laborales y escuelas, que ayuden a evitar los tiempos sedentarios prolongados.</p>

2.2 ANEMIA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA: IR AL PROBLEMA DE ORIGEN.

Recomendaciones ENSANUT-2012	Conclusiones ENSANUT-2012	Acciones ENSANUT-2012	Acciones e implicaciones básicas para el profesional de enfermería
<p>La principal causa de anemia en el país es la deficiencia de hierro.⁷⁻⁹ La Organización Panamericana de la salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud proponen cuatro estrategias para reducir o erradicar la anemia por deficiencia de hierro: la fortificación de alimentos con hierro, la suplementación, la promoción, comunicación y educación nutricional así como la vigilancia epidemiológica nutricional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En México, a través del sector salud, se cuenta con programas de suplementación con hierro y ácido fólico a mujeres embarazadas, además de que, desde hace una década, se cuenta con programas sociales que distribuyen alimentos fortificados con hierro y otros micronutrientes a la población en pobreza como el Programa de Abasto Social de Leche (PASL) y la papilla fortificada del programa Oportunidades, que han mostrado efectos importantes en la disminución de la prevalencia de anemia en niños.^{11,12} Dado que la magnitud de la anemia afecta de igual manera a las mujeres sin importar sus condiciones de bienestar, es importante implementar estrategias de suplementación o de fortificación de alimentos que den cobertura universal a las mujeres en edad reproductiva (no embarazadas, embarazadas, posparto y lactantes). • Promover no sólo el consumo de alimentos ricos en hierro biodisponible (como alimentos de origen animal) a través de la educación nutricional con el fin de prevenir la anemia. Es necesario también difundir información en todos los segmentos de la sociedad sobre la gravedad de la deficiencia de hierro en el país o región y las consecuencias que tiene sobre la salud y productividad de las personas. • Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva para mantener las reservas corporales de hierro después del parto mediante el método de lactancia-amenorrea. 	<p>A pesar de los avances logrados en la reducción de anemia en mujeres en edad reproductiva, la magnitud de anemia en mujeres embarazadas y adolescentes sigue siendo un problema de salud pública que requiere atención. <u>Es necesario fortalecer estrategias de prevención de la deficiencia de hierro y ampliar las acciones de detección temprana de anemia en las mujeres en edad reproductiva para tratar oportunamente esta deficiencia y así evitar que las mujeres con anemia tengan hijos con esta deficiencia.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiar y evaluar nuevas estrategias de suplementación y fortificación de alimentos con micronutrientes para combatir la anemia en las mujeres. • Desarrollar nuevos procesos de investigación para evaluar la eficacia de las acciones para la erradicación de la anemia en mujeres. • Desarrollo de un mayor compromiso político por parte de organismos nacionales e internacionales para mejorar la cobertura de las intervenciones eficaces para atender la anemia. • Fortalecer las estrategias de detección de anemia en mujeres en edad reproductiva. 	<p>.Promover el consumo de suplementación y fortificación de alimentos con micronutrientes para combatir la anemia en las mujeres.</p> <p>.Evaluar la eficacia de las acciones para la erradicación de la anemia en mujeres.</p>

2.3 Anemia en niños: fortificar el cuidado y cortar la transmisión generacional

RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES	ACCIONES	ACCIONES E IMPLICACIONES PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
<p>Es necesario incentivar a las madres a cumplir con las indicaciones de consumo de alimentos fortificados (Oportunidades, Liconsa y otros), en los niños menores de dos años de edad y reforzar el consumo en las mujeres embarazadas. Ampliar la cobertura con hierro a los niños menores de dos años de todos los quintiles de ingreso, promoviendo ante la comunidad médica y los padres de familia el uso de preparados farmacológicos de hierro y otros micronutrientes. Debido a la mayor susceptibilidad de las mujeres adolescentes, las acciones de prevención de anemia deben favorecerlas para evitar la transmisión transgeneracional de la anemia, cuando estas jóvenes se embaracen en un futuro cercano.</p>	<p>Se registran avances muy importantes, pero el trabajo para disminuir la prevalencia de anemia debe continuar y fortalecerse. La anemia sigue siendo un problema con alta prevalencia en México a pesar de haber disminuido 16.6 pp en los últimos 13 años en niños menores de dos años. El problema sigue siendo relevante en mujeres adolescentes y aumentará en la edad adulta por la pérdida de sangre menstrual y durante el embarazo. Seguirá siendo un mecanismo para perpetuar la pobreza, ya que muchas mujeres se embarazan a temprana edad y conciben hijos que desarrollan anemia y deficiencia de hierro. Es necesario mantener el aumento de la tasa de bienestar social y cumplir con el consumo de alimentos fortificados distribuidos por Oportunidades y Liconsa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar el cumplimiento del programa Oportunidades, la leche Liconsa y la harina fortificada de Diconsa, incentivando a las madres para cumplir con las indicaciones de consumo. • La intervención con hierro debe ampliarse a los niños de los quintiles de mayores ingresos. • Es necesaria una intervención con hierro en mujeres adolescentes para evitar la transferencia transgeneracional de la anemia. 	<p>.Verificar que las madres cumplen con las indicaciones de consumo de alimentos fortificados en los niños menores de 2 años y reforzar el consumo en las mujeres embarazadas.</p> <p>.Promover el consumo de hierro desde diferentes fuentes; en mujeres adolescentes para evitar la transferencia Transgeneracional de la anemia.</p>

2.4 Indicadores de bienestar infantil en México: una agenda política para el monitoreo y la acción

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Los datos presentados en este informe buscan promover el debate sobre la situación de la infancia en México, facilitar el acceso a la evidencia y aportar insumos para mejoras en el seguimiento del bienestar de los niños, según parámetros nacionales e internacionales. La información hace visibles logros y desafíos clave en esta área así como poblaciones específicas en las cuales enfocar esfuerzos. La intención es facilitar la creación de estándares y medias nacionales de referencia al proporcionar evidencia que incida en la elaboración de un sistema de monitoreo, tamizaje, canalización y atención para promover el bienestar y desarrollo infantiles.</p> <p>En general, es necesario promover mejoras en las estrategias de monitoreo poblacional a través de la creación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Indicadores de monitoreo del bienestar infantil más detallados · Sistemas de tamizaje y diagnóstico con altos niveles de calidad · Sistemas de referencia y canalización eficientes y equitativamente distribuidos <p>En relación con la discapacidad sensorial, motora y, especialmente, la de carácter intelectual, existe todavía una insuficiente política pública para:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Prevenir la discriminación y promover la inclusión educativa, social y laboral · Mejorar los servicios públicos y programas de prevención de discapacidades y mejoría de calidad de vida de los niños discapacitados · Impulsar propuestas de carácter fiscal que beneficien a los sujetos y familias que sufren discapacidad, que coadyuven a atenuar el impacto de los gastos de atención y cuidado que, para muchas familias, se constituyen como gastos catastróficos y, por lo tanto, incrementan y perpetúan la pobreza <p>Las recomendaciones internacionales apuntan hacia la importancia de que todos los niños reciban atención que incluya procedimientos de tamizaje relacionado con el desarrollo tres veces durante el primer año de vida, dos veces en el segundo año de vida y anualmente después de los dos años. Este tamizaje deberá incluir un monitoreo del desarrollo infantil en términos físico, cognitivos y socioemocionales y representa una oportunidad de detección de riesgos y problemas para ofrecer una atención oportuna, que tendrá un mayor impacto positivo a un costo más bajo.</p>	<p>La meta para el bienestar infantil no debe de ser sólo la supervivencia física, sino también el desarrollo del potencial físico, social, emocional y cognitivo de la niñez mexicana, a partir de un amplio conjunto de sectores que incluyen salud, nutrición, estimulación, protección y educación. Lo anterior está encaminado a lograr una comprensión más amplia y detallada del bienestar infantil que permita implementar mejoras en las acciones de prevención y atención que aseguren la calidad de vida de todos los niños y las niñas de México.</p>	<p>Se deben utilizar los indicadores de bienestar y desarrollo infantil para evaluar el desempeño de programas como Arranque Parejo en la Vida, entre otros y, en general, definir áreas prioritarias para mejorar la aplicación de las políticas públicas en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Prevención de bajo peso al nacer · Promoción de la lactancia · Realización del tamiz neonatal (garantizando calidad y equidad) · Capacitación en y promoción de la estimulación temprana · Alcanzar la cobertura equitativa con calidad en la provisión de consultas para la atención al desarrollo de los niños en sus primeros dos años de vida · Cobertura con suplementación con vitamina A y esquema completo de vacunación, especialmente en áreas rurales y poblaciones marginadas · Capacitación en uso de líquidos recomendados para la terapia de rehidratación oral · Prevención y mejoría en la atención para accidentes domésticos y de otro tipo · Monitoreo, prevención, tamizaje, diagnóstico, canalización y atención para diferentes tipos de discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> · Prevención de bajo peso al nacer mediante el cuidado prenatal. · Promover la lactancia materna. · Realizar el tamiz neonatal con calidad y equidad. · Capacitar y promover la estimulación temprana. · Promover el consumo de vitamina A en la población infantil. · Asegurar el esquema completo de vacunación sobre todo en áreas rurales y marginadas. · Capacitar a las madres sobre el uso de líquidos recomendados para la terapia de rehidratación oral · Educar para la prevención y mejora en la atención para accidentes domésticos y de otros tipos en la población infantil. · Monitoreo, prevención, tamizaje, diagnóstico, canalización y atención para diferentes tipos de discapacidad infantil.

2.5 Diabetes en adultos: urgente mejorarla atención y el control

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Todas las enfermedades son importantes y ameritan la atención de la sociedad y del sector salud. Sin embargo, la diabetes y sus complicaciones son una verdadera emergencia de salud pública y requieren de una política pública especial. La diabetes está asociada con la pérdida de productividad y tiene impactos muy significativos en el desarrollo nacional y la pobreza. Hay más de 6.7 millones de mexicanos que viven con diabetes y posiblemente otros 6 millones de ellos todavía no saben que están en riesgo de presentar complicaciones, pues aún no han iniciado su tratamiento. En 2010, 83 000 personas murieron a consecuencia de las complicaciones de la diabetes, con una edad media de 66.7 años. Debemos actuar ante el reto emergente que representa la diabetes y consolidar la política integral para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad, la diabetes y el riesgo cardiovascular, que incluya su evaluación sistemática y se enfoque en lograr una mayor sensibilización sobre la diabetes, sus complicaciones y su prevención. La consolidación del programa derivado</p>	<p>Todas las enfermedades son importantes, pero la diabetes y sus principales factores de riesgo se han constituido como una verdadera emergencia de salud pública que requiere una política de estado. La problemática actual requiere la creación de un programa nacional para atender este importante reto de salud pública, así como la definición de indicadores claros para medir avances y resultados en salud. El objetivo principal debe ser establecer medidas de prevención de la diabetes y de sus complicaciones a través del control en la población que ya padece esta enfermedad.</p>	<p>-Papel del Gobierno Federal.</p> <p>Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud para consolidar política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular Identificar los recursos financieros para apoyar estas acciones Establecer una política farmacéutica para los medicamentos y tecnologías utilizadas para tratamiento y control de la diabetes Fortalecer la estructura de la Secretaría de Salud federal para conducir y evaluar las diferentes políticas y sus programas.</p> <p>-Los Gobiernos estatales.</p> <p>Establecer los programas estatales que fortalezcan las actividades de prevención y tratamiento de la diabetes y sus complicaciones.</p> <p>-Creación de registros longitudinales que alimenten las decisiones de política pública y evalúen el uso de recursos destinados a controlar y prevenir esta enfermedad</p> <p>Crear un observatorio, con un registro de pacientes con diabetes que incluya su condición de tratamiento, control metabólico y comorbilidad Implementar un sistema de información para la vigilancia del desempeño de los diferentes servicios de salud en el manejo de la diabetes.</p> <p>-Mejora de la calidad de los servicios con énfasis en atención primaria y comunitaria</p> <p>Fortalecer la generación de recursos humanos y materiales para aumentar la capacidad de respuesta a la demanda de la atención de</p>	<p>. Diseñar un sistema de registro o base de datos de pacientes con diabetes. que incluya su condición de tratamiento, control metabólico y comorbilidad. Implementar un sistema de información para la vigilancia del desempeño de los diferentes servicios de salud en el manejo de la diabetes. Educar para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular .Capacitarse para mejorar los procesos de atención a la población de diabéticos. .Actualizar y reforzar la implementación de las guías de práctica clínica para la unificación de criterios de atención .Educar y orientar a población en riesgo y personas con diabetes y sus familias . Crear interés público sobre el problema de la diabetes.</p>

<p>de esta política debe incluir acciones y guías de actividades aplicables a los distintos proveedores de salud para mejorar la calidad de la atención, tomando en cuenta las necesidades de promoción a la salud, prevención y control de la enfermedad.</p> <p>Será importante mejorar la calidad de la información sobre diabetes y sus complicaciones con la creación de registros longitudinales que alimenten las decisiones de política pública y evalúen el uso de recursos destinados a prevenir y controlar estar enfermedad. La sensibilización de los usuarios, del personal de salud y de los tomadores de decisiones sólo se logrará mediante una comunicación educativa focalizada a través de los medios de difusión disponibles. Aunado a lo anterior, una política de incentivos al personal de salud pudiera contribuir a la mejora del desempeño en los servicios.</p>		<p>los pacientes diabéticos en los servicios de salud</p> <p>Capacitar al personal de salud, médicos y trabajadores comunitarios para mejorar los procesos de atención de los prestadores de servicios, incluyendo el sector privado</p> <p>Actualizar y reforzar la implementación de las guías de práctica clínica para la unificación de criterios de atención</p> <p>Desarrollar indicadores comparativos de desempeño con referentes internacionales de calidad</p> <p>Desarrollar sistemas de acreditación de los servicios de atención ambulatoria.</p> <p>-Comunicación educativa focalizada</p> <p>Fortalecer los programas de educación a población en riesgo y personas con diabetes y sus familias</p> <p>Crear interés público sobre el problema de la diabetes a nivel nacional, sociedad y del individuo.</p> <p>-Política de incentivos al personal de salud para la mejora del desempeño en los servicios</p> <p>Investigar, evaluar y desarrollar mecanismos para implementar pago por desempeño a personal de salud y entidades federativas</p> <p>Implementar mecanismos para establecer incentivos económicos y no económicos para mejorar la calidad de la atención, tanto en el personal de salud como en los pacientes.</p>	
---	--	---	--

2.6 Calidad de los procesos de atención ambulatoria en los servicios de salud: estándares y mejora organizacional

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Instrumentar acciones para mejorar la percepción del servicio y del estado de salud entre los usuarios de las instituciones públicas del sector para avanzar en la convergencia y la integración funcional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer estrategias para fortalecer los indicadores de calidad reportados, principalmente los relacionados con el trato adecuado y la comunicación entre el personal de salud y los usuarios, que incluyan capacitación al personal, principalmente a los médicos generales. • Diseñar estrategias organizacionales que respondan a la preferencia de los usuarios, como la atención sin cita previa con tiempos cortos de espera y la opción de selección de los servicios, haciéndolos más flexibles y con horarios de atención extendidos. • Consolidar las acciones del Sistema Integral de Calidad (SÍ Calidad) para garantizar la permanencia de niveles apropiados de calidad percibida y de una adecuada gestión de los servicios de salud en las instituciones públicas, extendiendo estas acciones a todos los proveedores. • Evaluar de manera continua la disponibilidad de los recursos humanos e infraestructura física para mantener una capacidad de respuesta congruente con la demanda de servicios y disminución de tiempos de espera. • Reforzar la rectoría de la Secretaría de Salud para homologar criterios de atención de acuerdo a estándares de calidad basados en evidencia científica. 	<p>El aumento en la proporción de percepción adecuada del servicio por los usuarios entre 2006 y 2012 refleja el esfuerzo por mejorar la calidad de la atención ambulatoria en los servicios de salud. Sin embargo, aún es necesario fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones con estrategias organizacionales para brindar atención con mayor oportunidad y responder a las expectativas de los usuarios. Asimismo, es recomendable promover estándares de calidad homogéneos en las diversas instituciones del sector, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud y en colaboración con los ámbitos estatales y locales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la educación continua, enfocándola en la mejora de los procesos de atención de los proveedores de servicios. Particularmente en el área médica es necesario: <ul style="list-style-type: none"> - El uso de las Guías de Práctica Clínica Sectoriales, con el objetivo de aplicar los criterios de prevención, diagnóstico y tratamiento acordes con la evidencia científica en todas las unidades de atención ambulatoria. - Diseñar estrategias de comunicación con los usuarios para mejorar la comunicación médico-paciente sobre su condición de salud y tratamiento requerido. • Mejorar el proceso organizacional para ampliar los servicios sin cita previa y reducir los tiempos de espera en la atención ambulatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> . Educación continua enfocada en la mejora de los procesos de atención ambulatoria. . Monitorear el uso de las Guías de Práctica Clínica Sectoriales, con el objetivo de aplicar los criterios de prevención, diagnóstico y tratamiento acordes con la evidencia científica en todas las unidades de atención ambulatoria. . Diseñar estrategias de comunicación con los usuarios para mejorar la comunicación médico-paciente sobre su condición de salud durante el proceso.

2.7 Elevada recurrencia a las cesáreas: revertirla tendencia y mejorar la calidad en el parto

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>De acuerdo a los resultados encontrados se puede identificar que la cesárea innecesaria es un problema multifactorial, por lo que se requiere contemplar diferentes ámbitos para su reducción a través del desarrollo de políticas públicas encaminadas a este fin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación y regulación de recursos humanos • Diseño y organización institucional <p>Formación y regulación de recursos humanos. Por un lado se requiere impulsar la formación de médicos con un mayor apego a la atención de partos vaginales con pleno conocimiento de la normatividad actual. Paralelamente, es importante la capacitación y sensibilización de los médicos en servicio para la atención del parto vaginal y bajo los lineamientos del parto humanizado, por lo que se requiere, entre otras estrategias, fomentar su integración en equipos con enfermeras obstetras, parteras profesionales y enfermeras generales que permitan manejar en su conjunto el proceso del parto fisiológico y cubrir las necesidades de la población usuaria.</p> <p>Debe reinstaurarse la utilización de fórceps y ventosa para que un número mayor de nacimientos se atiendan mediante estos procedimientos, sin tener que recurrir a cesáreas.</p> <p>También es importante revisar y actualizar el currículo de la enfermera en donde se incluyan conocimientos y prácticas relacionadas con la vigilancia del trabajo de parto vaginal e identificación de la emergencia obstétrica. Diseño y organización institucional. Se debe inspeccionar la estructura y organización interna de las salas de labor para que, ante la sobresaturación del servicio, se busque diseñar espacios que permitan la vigilancia necesaria para el desarrollo más eficiente y satisfactorio del trabajo de parto. Asimismo, tomando en cuenta las causas comunes documentadas en la literatura internacional como las responsables del mayor número de cesáreas innecesarias, se recomienda estandarizar</p>	<p>La disminución decisiva de la cesárea innecesaria en todas las instituciones de salud de México debe ser una acción prioritaria, ya que expone a las madres y a sus hijos a una mayor morbilidad y mortalidad. La estrategia más importante se debe dirigir a evitar la primera cesárea, no sólo por sus propias implicaciones, sino también por los riesgos en los embarazos y partos subsecuentes, así como por el gasto adicional que se utiliza para dicha práctica clínica, el cual debiera ser redirigido para solventar otros problemas de salud sexual y reproductiva urgentes en el país.</p>	<p>Construir una normatividad hospitalaria específica para la reducción de cesáreas innecesarias sin incrementar los riesgos de morbilidad y mortalidad materna.</p> <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar el currículo de formación de médicos generales, ginecoobstetras, enfermeras ginecoobstetras, enfermeras generales y parteras profesionales a favor del parto vaginal y con una perspectiva de atención desde el modelo del parto humanizado. • Fomentar en la práctica el desarrollo de habilidades y destrezas clínicas para la atención del parto vaginal fisiológico con base en competencias, en especial uso y apego del partograma para identificar partos prolongados o anormales, y en caso de enfrentar alguna emergencia obstétrica, saber manejar exitosamente el parto instrumental (fórceps o ventosa) como alternativa a la cesárea. • Impulsar la apertura de escuelas para la formación de parteras profesionales con reconocimiento oficial. • Propiciar el trabajo en equipos multidisciplinarios para la 	<p>Reforzar el currículo a favor del parto vaginal y con una perspectiva de atención desde el modelo del parto humanizado.</p> <p>En la práctica desarrollar habilidades y destrezas clínicas para la atención del parto vaginal fisiológico con base en competencias, en especial uso y apego del partograma para identificar partos prolongados o anormales, y en caso de enfrentar alguna emergencia obstétrica, saber manejar exitosamente el parto instrumental (fórceps o ventosa) como alternativa a la cesárea.</p> <p>Propiciar el trabajo en equipos multidisciplinarios para la atención del parto</p> <p>Formular mensajes específicos para divulgar a través de diferentes mecanismos de difusión (campañas masivas, educación prenatal, pláticas) información sustantiva sobre las desventajas que conllevan las cesáreas innecesarias, y que a su vez, elimine los prejuicios existentes en relación al parto vaginal.</p> <p>Promover la enfermería y la medicina basada en evidencia para fundamentar las intervenciones obstétricas.</p> <p>-----</p>

<p>protocolos donde se tenga como práctica de rutina el doble diagnóstico para casos complejos y con diagnóstico incierto,¹³ así como una revisión exhaustiva de la justificación clínica para la realización de cesárea en aquellas mujeres donde el riesgo de una cesárea se incrementa, es decir, en aquellas menores de 2014 y mayores de 35 años de edad,^{8,15} primíparas^{2,8} y con cesárea previa.² Todas las instituciones deben promover el parto vaginal después de la primer cesárea incluyendo un monitoreo cercano y la habilidad para efectuar una cesárea urgente en caso necesario. También se recomienda el diseño de un sistema de auditorías¹⁶ donde se reconozcan públicamente las tasas de cesárea por proveedor.</p> <p>Por otro lado, durante el desarrollo del TP, se propone condicionar la rutinización de conducción del trabajo de parto con la aplicación de oxitocina,² la monitorización continua con tococardiógrafo⁶ en especial en el sector privado y ofrecer la oportunidad a las pacientes con cesárea previa a una prueba con supervisión estrecha del avance de TP.¹⁷</p> <p>Sería oportuno identificar hospitales estratégicos en donde se pudieran incorporar modelos de atención alternativos (parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras) para implementar una vigilancia centrada en el desarrollo del TP de la mujer y valorar su aportación a la salud de la madre y del hijo, así como a la reducción de costos institucionales. Particularmente en comunidades rurales o marginadas, se recomienda incrementar el desarrollo de la atención obstétrica para embarazos de bajo riesgo a través del modelo de las Casas de la Salud, en donde los partos sean atendidos por personal calificado no médico¹⁸ y con un sistema de referencia hospitalaria con ginecoobstetras para la atención de partos complicados o emergencias obstétricas. Es decir, con una estructura de atención en equipos de trabajo en donde el personal calificado no médico tenga un papel de vigilancia del desarrollo del trabajo de parto y de acompañamiento a la mujer.</p> <p>En los Centros de Salud con las usuarias o a nivel poblacional se recomienda difundir las ventajas del parto vaginal versus la cesárea innecesaria y otorgar educación prenatal¹⁹ en salas de espera, en la consulta clínica y en pláticas del Programa Oportunidades. También se deben dar</p>		<p>atención del parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formular estrategias institucionales para otorgar estímulos anuales a los médicos que en su práctica clínica tengan más partos vaginales que cesáreas. <p>Organización institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuar todos los espacios destinados al trabajo de parto y parto para poder manejarlo y vigilarlo con calidad y calidez. • Diseñar mecanismos de valoración de prácticas a favor del parto vaginal en el segundo y tercer nivel de atención, donde se certifique a los hospitales como “Hospital Amigo del Parto Vaginal”. Por ejemplo, se puede certificar los hospitales del Programa Seguro Popular sólo si tienen un porcentaje de operación cesárea menor de 30%. • Reglamentar la asignación de incentivos a las instituciones que logren metas progresivas y preestablecidas de disminución. • Estipular mecanismos intersectoriales para que los hospitales puedan utilizar los ahorros monetarios derivados de la reducción anual de las cesáreas. • Formalizar dispositivos institucionales para exigir y garantizar una segunda opinión antes de que se realice una cesárea cuando hay incertidumbre en el diagnóstico, incentivando que se encuentren alternativas clínicas dirigidas a la atención del nacimiento por vía vaginal y sin riesgos para la salud de la madre 	
---	--	---	--

<p>a conocer los derechos de las mujeres para la atención al nacimiento con un enfoque humanizado³ incluyendo el trato con respeto y dignidad.</p>		<p>y del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionar al menos una Casa de la Salud en localidades estratégicas para atender a mujeres con partos de bajo riesgo y normar un sistema de referencia hospitalaria para casos que requieran atención especializada. Con usuarias o población en general • Formular mensajes específicos para divulgar a través de diferentes mecanismos de difusión (campañas masivas, educación prenatal, pláticas) información sustantiva sobre las desventajas que conllevan las cesáreas innecesarias, y que a su vez, elimine los prejuicios existentes en relación al parto vaginal. • Es necesaria la realización de un estudio detallado en el ámbito nacional sobre la interrelación entre diversos factores que se han identificado como influyentes en el incremento de la práctica de la operación cesárea y estudiar algunas acciones que pudieran estar relacionadas con la realización de la cesárea tales como la práctica de “dejar todo limpio” en la sala de labor que muchos hospitales llevan a cabo en el cambio de turno. 	
---	--	---	--

2.8 Cobertura efectiva en salud: reforzar la prevención y reducir la brecha socioeconómica

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Focalización de intervenciones A través de las acciones de los programas sociales, como Oportunidades, es posible reforzar el componente de salud con estrategias de promoción de las intervenciones preventivas dirigidas hacia los más vulnerables. Los resultados en la cobertura de vacunación indican que es posible incrementar la cobertura entre los pobres, para eliminar las brechas en acceso a servicios preventivos de salud.</p> <p>Reforzar la orientación preventiva. Si bien ha sido parte de la estrategia en salud el enfoque hacia lo preventivo y se ha discutido y promovido el giro hacia las acciones preventivas, es necesario generar los incentivos apropiados para los proveedores para convertir este discurso en acciones. Reconocer los centros y unidades de salud que alcancen mayor cobertura de acciones preventivas en la población de influencia es un mecanismo poderoso para lograrlo; asimismo, asegurar servicios culturalmente apropiados para incrementar la utilización entre todos los grupos.</p>	<p>Las brechas asociadas a condiciones socioeconómicas tienden a reforzarse al disminuir la inversión en salud entre las poblaciones vulnerables. La eliminación de estas brechas, logrando la equidad en acceso, es una estrategia que favorece el desarrollo humano y que incide en el crecimiento económico.</p>	<p>Incentivos a la cobertura de intervenciones preventivas efectivas: establecer mecanismos que permitan reconocer, incluso con estímulos económicos, las unidades de salud y jurisdicciones que alcancen coberturas elevadas de las intervenciones prioritarias. Servicios culturalmente apropiados: generar esquemas de operación de los centros de salud que respondan a las particularidades culturales de la población que atienden para facilitar la utilización de los servicios.</p>	<p>.Diferenciar la intervenciones educativas y preventivas y que respondan a las particularidades culturales (multiculturalidad) de la población que se atiende para facilitar la utilización de los servicios.</p>

2.9 Cobertura universal en salud: los retos del monitoreo y la afiliación en jóvenes

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Estrategias de afiliación dirigidas a los jóvenes Dirigir estrategias de afiliación hacia los jóvenes que han dejado la escuela y que no se han incorporado al mercado laboral formal permitirá atraerlos hacia el sistema de salud, en lo general, y los servicios preventivos, en lo particular. Si bien se trata de una población sana, las acciones preventivas y de detección oportuna son de primera importancia para este grupo, ya que si son efectivas permiten, por un lado, disminuir la aparición de enfermedades y sus complicaciones, y por el otro, identificar de forma temprana padecimientos e implementar estrategias que reduzcan las consecuencias negativas de los mismos.</p> <p>Registro nominal en salud La conformación y mantenimiento constante de un registro nominal de salud, que considere la información con CURP integrando a todas las instituciones, es un primer paso necesario para asegurar un mecanismo de monitorear la cobertura del sistema. Únicamente de esta forma es posible hacer frente al dinamismo laboral, que se traduce en entradas y salidas constantes del sector formal, así como las actualizaciones requeridas por los nacimientos y fallecimientos. Con la actualización permanente de este registro, a través de los procesos administrativos habituales de las instituciones, se podrá saber con mayor precisión qué población es atendida por cada proveedor de servicios de salud, así como el estatus de cobertura.</p> <p>Universalización Contar con un registro nominal en salud también es una herramienta importante para el tránsito hacia un sistema de provisión de servicios de salud integrado. Un eje central para dicho sistema es informar a la población sobre la posibilidad de utilizar servicios de salud en el lugar de su preferencia entre las alternativas públicas. Un primer paso en esa dirección está en los acuerdos que ya se están implementando en el ámbito hospitalario entre instituciones públicas. Ante la ausencia de la infraestructura necesaria para contar con expedientes clínicos a los que se pueda acceder desde distintos puntos, la fase inicial debe centrarse en lograr mayor eficiencia con las instalaciones disponibles, evitando duplicidades e iniciando un mecanismo de elección por implementar con pagos entre instituciones, y definiendo con claridad el paquete de servicios que se cubre por cada institución.</p>	<p>La cobertura universal en salud es mecanismo tanto para hacer efectivo el derecho constitucional a la atención de la salud como para incentivar el desarrollo humano y económico. Las reformas en México han sentado ya las bases para su concreción; no obstante, los retos que plantean las limitaciones de información llaman a implementar mecanismos y herramientas para hacer monitoreable la cobertura.</p>	<p>Salud para los jóvenes: implementar campañas de afiliación utilizando redes sociales y dirigiendo los mensajes a los jóvenes con una combinación entre el enfoque en la importancia de la prevención, como en el acceso a las demandas identificadas entre estos grupos: salud sexual, violencia, etcétera. Registro Nominal Único de Salud: promover e incentivar la conformación el RNUS, proporcionando los recursos para su integración y estableciendo una asociación entre los recursos que llegan a las instituciones y el grado de certidumbre en el tamaño de la población que efectivamente atienden.</p>	<p>Implementar campañas de prevención a jóvenes sobre salud sexual, violencia, etc.</p> <p>Proponer nuevos métodos de captación de la población de “NINIS” a fin de asegurar el derecho a la atención en la salud sexual, promoción de la actividad física, prevención de la violencia y adicciones.</p>

2.10 Consumo de alcohol en México, 2000-2012: estrategias mundiales para reducir su uso nocivo

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles insta a los Estados Miembro, incluyendo a México, a seguir haciendo frente a los factores de riesgo comunes a través de cinco intervenciones prioritarias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control del tabaco (la prioridad más urgente e inmediata) 2. Reducción del consumo de sal 3. Mejoría en la dieta y actividad física 4. Reducción del consumo peligroso de alcohol 5. Acceso a los medicamentos esenciales y a la tecnología 	<p>El abuso en el consumo de alcohol no sólo causa un detrimento de la salud sino consecuencias sociales para el bebedor, su familia y la sociedad. Las recomendaciones establecidas por la OMS son factibles si se consideran la voluntad política de los gobiernos, la infraestructura y la capacidad técnica existente, la participación coordinada de todos los sectores, grupos de interés, a la sociedad civil organizada y a la colectividad en su conjunto.</p>	<p>Promover la aplicación de la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir el uso nocivo del alcohol, reconociendo la necesidad de formular planes de acción intersectorial de nivel nacional y subnacional que consideren todas las políticas u opciones recomendadas en la Estrategia. Estas se han agrupado en 10 esferas de acción que se relacionan entre sí:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Liderazgo, concienciación y compromiso: fomentar un acceso amplio a la información y a programas eficaces de concienciación especialmente entre los adolescentes. 2. Respuesta de los servicios de salud: ofrecer intervenciones de prevención y tratamiento a individuos y familias en riesgo de sufrir trastornos por el consumo de alcohol y afecciones asociadas. 3. Acción comunitaria: movilizar a la comunidad para prevenir la venta y el consumo de bebidas alcohólicas entre los menores de edad, creando y apoyando entornos sin alcohol. 4. Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol: establecer medidas para la conducción responsable de vehículos y establecer límites de concentración de alcohol de acuerdo con la norma internacional. 5. Disponibilidad de alcohol: reducir la disponibilidad de alcohol a través del establecimiento de un sistema de regulación de la producción y venta al por mayor en puntos de venta y en servicios de bebidas alcohólicas. 6. Mercadeo de las bebidas alcohólicas: reducir la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas. 7. Políticas de precios: establecer un régimen de impuestos nacionales específicos sobre el alcohol, con la revisión periódica de precios en función de la inflación y el ingreso. 8. Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica: exigir el cumplimiento de las leyes que impiden servir alcohol hasta la intoxicación del bebedor y de responsabilidad legal por las consecuencias de los daños resultantes de la intoxicación causada por servir alcohol. 9. Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y del alcohol de producción informal: regular la venta del alcohol de producción informal, sometiéndolo al régimen impositivo vigente. 10. Seguimiento y vigilancia: creación de un repositorio de datos nacionales basado en indicadores internacionalmente acordados y comunicación de los datos en el formato acordado por la OMS. 	<p>.Dar un acceso amplio a la información y hacer conciencia en la población en general y específicamente entre los adolescentes sobre los daños y consecuencias asociados al consumo de alcohol.</p> <p>. Ofrecer intervenciones de prevención y tratamiento a individuos y familias en riesgo de sufrir trastornos por el consumo de alcohol y afecciones asociadas.</p>

2.11 Consumo de tabaco en México 2000-2012: los beneficios de su reducción

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles insta a los Estados Miembro, incluyendo a México, a seguir haciendo frente a los factores de riesgo comunes a través de cinco intervenciones prioritarias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control del tabaco (la prioridad más urgente e inmediata) 2. Reducción del consumo de sal 3. Mejoría en la dieta y actividad física 4. Reducción del consumo peligroso de alcohol 5. Acceso a los medicamentos esenciales y la tecnología 	<p>Reducir sustancialmente el consumo de tabaco contribuye de manera importante a la reducción de la incidencia de las enfermedades no transmisibles, aportando considerables beneficios no sólo para la salud de los mexicanos sino para el desarrollo y crecimiento económico de México.</p>	<p>Acelerar la aplicación completa del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS), de manera integral, sinérgica y sostenida, iniciando con el plan de medidas MPOWER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorear la epidemia del tabaquismo a través de la implementación del Observatorio Mexicano para el Control del Tabaco. • Proteger de la exposición al humo de tabaco ajeno, impulsando una legislación federal para que México sea 100% libre de humo de tabaco. Reforzar el monitoreo y la vigilancia del cumplimiento de las legislaciones locales ya existentes. • Ofrecer ayuda para dejar de fumar que incluya tratamiento psicoterapéutico y farmacológico. Implementar programas de cesación de tabaquismo en las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE y Seguro Popular). • Advertir sobre los daños a la salud, implementando las directrices de empaquetado y etiquetado de todos los productos de tabaco, y buscar a mediano plazo la adopción del empaquetado genérico. • Prohibir totalmente la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco. • Aumentar los impuestos a todos los productos de tabaco, ajustándolos según la inflación. • Asegurar la sanción efectiva del comercio ilícito, la venta a menores y al menudeo. • Adoptar medidas integrales para prevenir la interferencia de la industria tabacalera en las políticas de salud pública. 	<p>.Advertir sobre los daños a la salud del tabaquismo a la población en general tanto el que es fumador activo como el que se expone al humo del tabaco.</p>

2.12 Desnutrición en México: intervenciones hacia su erradicación

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Las causas inmediatas de la desnutrición incluyen la alimentación inadecuada en cantidad o calidad, la incidencia de enfermedades infecciosas y el cuidado inadecuado del niño, que depende para su adecuada alimentación y salud del cuidado de su madre. Estas causas inmediatas son a su vez el resultado de inapropiada disponibilidad de alimentos y de servicios de salud y educación y de infraestructura sanitaria deficiente (causas subyacentes). Estas, a su vez, son consecuencia de inequidad en la distribución de recursos, servicios, riqueza y oportunidades (causas básicas). Existe evidencia sobre intervenciones específicas de alta efectividad para la prevención de la desnutrición. Sin embargo estas intervenciones específicas son insuficientes para la erradicación de la desnutrición en ausencia de políticas que incidan en las causas básicas y subyacentes. Se recomienda, por tanto:</p> <p>1) Continuar aplicando intervenciones de probada eficacia a gran escala y focalizada al período de los 1 000 días y a la población más pobre (quintil de condiciones de bienestar bajo, zonas rurales, región sur), incluyendo: a) servicios universales de nutrición y salud materna e infantil y b) acciones puntuales para mejorar la nutrición de la población más pobre mediante promoción de prácticas de alimentación infantil adecuada, incluyendo la promoción de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de lactancia prolongada acompañada de alimentación complementaria adecuada, incluyendo la provisión de complementos nutricionales de alto valor nutritivo.</p> <p>2) Combinar las acciones específicas antes mencionadas con políticas de desarrollo social, incluyendo crecimiento económico, distribución de ingresos y dotación de servicios en infraestructura básica.</p> <p>3) La provisión de servicios de nutrición de alta calidad que aseguren la demanda y adecuada utilización por la población beneficiaria de servicios de nutrición, alimentos y complementos distribuidos.</p> <p>4) La evaluación independiente del diseño, procesos e impacto de las políticas y programas de prevención de la mala nutrición y el uso de los resultados para retroalimentar la toma de decisiones.</p> <p>5) Evitar que los programas y acciones para mejorar la nutrición de las mujeres y niños promuevan aumento excesivo de peso.</p>	<p>NO HAY</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los programas de salud y de desarrollo social que incluyen componentes de nutrición y que han probado eficacia (Oportunidades, Liconsa, PAL), asegurando cobertura y focalización adecuadas y servicios de calidad • Implementar en los servicios de atención primaria de salud (APS) y en programas de desarrollo social una estrategia de comunicación educativa para la adopción de prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria adecuada, utilizando metodología de punta para la adopción de comportamientos saludables • Capacitación del personal operativo de programas de nutrición en zonas prioritarias que genere conocimientos, destrezas, motivación y habilidades de comunicación • Creación de un sistema de supervisión que refuerce la capacitación permanente en servicio 	<p>Implementar en los servicios de atención primaria de salud (APS) y en programas de desarrollo social una estrategia de comunicación educativa para la adopción de prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria adecuada. Promover la adopción de comportamientos y estilo de vida saludables.</p> <p>Capacitación del personal operativo de programas de nutrición en zonas prioritarias que genere conocimientos, destrezas, motivación y habilidades de comunicación de estrategias para el cambio.</p>

2.13 Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apearse a lo básico

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Gobierno Federal (incluye pero no está limitado a la Secretaría de Salud):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrar las recomendaciones de la OMS sobre la Estrategia mundial para la alimentación del niño lactante y pequeño. En ella, se identifican los actores que deben participar, y se identifican intervenciones y responsabilidades. Detalles: • Formular, aplicar, supervisar y evaluar una política nacional integral de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna (PPALM). • Desarrollar un plan de acción con metas y objetivos definidos, calendarios de cumplimiento, distribución de responsabilidades, y propuesta de indicadores objetivos y cuantificables para supervisión y evaluación • Identificar y asignar recursos adecuados incluyendo humanos, financieros y de organización que permitan un diálogo constructivo entre los grupos que trabajan con el mismo fin, y con apoyo a la investigación epidemiológica y operativa • Reforzar y monitorear el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (o Código). México se adhiere pero es respetado, a juzgar por las tasas altas de abandono de la lactancia y la incorporación de fórmulas en la alimentación del niño en el 2012. • Implementar leyes que favorezcan el estricto 	<p>La LM está deteriorándose; es apremiante desarrollar competencias efectivas de apoyo para personal de los sistemas de salud. Por ello, es indispensable concretar la política pública en implementación en pro de la LM. No será posible mejorarla sin la vigilancia del Código, ni sin implementar estrategias de corresponsabilidad y de rendición de cuentas.</p>	<p>Entidades profesionales de salud (asociaciones profesionales y escuelas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrir en sus programas los temas indispensables para las acciones de PPALM, que incluye fisiología de la LM, LM natural y extendida, AC, alimentación en situaciones difíciles, alimentación con fórmula en caso necesario, conocimiento y adherencia al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (Código) • Adiestrar para apoyo especializado en LME, LM continuada y AC, a neonatólogos, pediatras, nutriólogos y trabajadores en salud reproductiva y comunitaria. • Fomentar las acciones de la iniciativa Hospital Amigo del Niños y la no aceptación de suministros de sucedáneos, biberones o chupones. • Asumir completa y responsablemente las obligaciones del Código • Fomentar la creación de grupos de apoyo remitiendo a madres a ellos. • Las ideas clave para promover: <ul style="list-style-type: none"> - La LM es lo mejor para el ni- La LM debe ser exclusiva por seis meses y continuada por dos años o más si ambos desean. Los datos muestran que en México, más del 10% de las madres desean lactar por más de dos años. - El niño amamantado NO necesita consumir agua antes de los seis meses. La leche le hidrata perfectamente. - La leche materna es nutritiva y de alta calidad durante todo el periodo de lactancia. <p>Organizaciones de la sociedad civil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveer información precisa a las madres y familias que lo soliciten, sobre alimentación del niño menor de dos años. • Apoyar la formación de grupos de apoyo y de conexión con el sistema de salud. • Contribuir para la creación de grupos de apoyo de PPALM. <p>Empresas</p>	<p>.Realizar acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna (PPALM), que incluye fisiología de la LM, LM natural y extendida, AC, alimentación en situaciones difíciles, alimentación con fórmula en caso necesario, conocimiento y adherencia al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (Código).</p> <p>.Recibir adiestramiento para apoyo especializado en LME, LM continuada y AC.</p> <p>. Fomentar la creación de grupos de apoyo remitiendo a madres a ellos.</p> <p>.Los tópicos a promover en el grupo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La LM es lo mejor para el niño- La LM debe ser exclusiva por seis meses y continuada por dos años o más si ambos desean. Los datos muestran que en México, más del 10% de las madres desean lactar por más de dos años. - El niño amamantado NO necesita consumir agua antes de los seis meses. La leche le hidrata perfectamente. - La leche materna es nutritiva y de alta calidad durante todo el periodo de lactancia. <p>. Proveer información precisa a las madres y familias que lo soliciten, sobre alimentación del niño menor de dos años</p> <p>. Apoyar la formación de grupos de apoyo y de conexión con el sistema de salud</p>

<p>apego al Código con un sistema de monitoreo y rendición de cuentas de su cumplimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y promover oportunidades de PPALM en programas federales en operación, como Oportunidades, PAL y DIF entre otros. • Incorporar la iniciativa Hospital Amigo del Niño extendiéndola a Centros de Salud Amigos del Niño (CSAN). Dado el enorme descenso de LME<6M en medio rural, sin la inclusión de los CSAN sería difícil proteger eficientemente la lactancia materna. • Promover el establecimiento de vínculos entre los servicios de maternidad y redes de apoyo de la LM en comunidad. • Identificar líder nacional ombudsman de la lactancia • Fomentar y financiar investigación en LM para generar evidencia del estado en el país, y para sustentar el diseño de política pública. Actualmente el financiamiento en investigación nacional es casi inexistente. 		<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con el Códex Alimentarius y el Código, y supervisar que las prácticas vayan de acuerdo a estos principios. <p>Empleadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar derechos de maternidad. • Apoyar la LM en sitios de empleo materno con lactarios equipados para que las madres tengan un sitio adecuado y cómodo para extraer y almacenar su leche. • Respetar los horarios para la lactancia. • Sindicatos: defender estos derechos. • Establecer un sistema de incentivos en el ámbito laboral y dentro de los programas sociales como Oportunidades para favorecer la lactancia materna exclusiva. <p>Autoridades educativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de una imagen positiva de la LM en todos los sitios y en todas las circunstancias. • Promoción para el respeto al código del niño y para la madre. • Promover estrategias de comunicación y mercadeo social para la adopción de comportamientos que protejan, apoyen y promuevan la lactancia durante, después del parto, y durante los primeros dos años de la vida. 	
--	--	--	--

2.14 Diabetes mellitus: la urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Reforzar el alcance del Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades</p> <p>Reforzar las estructura del Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE) para dotarlo de la estructura necesaria para dar seguimiento a los programas de prevención y control de enfermedades crónicas. En particular, es indispensable que cuente con las herramientas de información necesarias para el seguimiento de los factores predisponentes, así como para impulsar y conducir las estrategias de mayor efectividad considerando el perfil de riesgo para enfermedades crónicas de los mexicanos.</p> <p>Desarrollar e implementar una estrategia amplia de difusión sobre diabetes</p> <p>Será de gran importancia generar interés público sobre el problema de la diabetes en el ámbito nacional, de la sociedad y del individuo, para consolidar una respuesta social a este problema de esta manera activar las políticas nacionales necesarias para reducir el impacto de la diabetes en México. Para ello, es importante reforzar el desarrollo de investigación sobre las consecuencias sociales e individuales de la diabetes y sus complicaciones, y una estrategia agresiva que incida en los estilos de vida que se asocian al desarrollo de la diabetes.</p> <p>Desarrollar una estrategia para incrementar la calidad de la atención</p> <p>Si bien los retos de la calidad de la atención no son privativos de la diabetes, la magnitud del reto para la atención de esta condición llama a estrategias que incidan en la calidad de la práctica clínica. Esquemas de incentivos a los proveedores han mostrado efectividad en entornos con indicadores claros y medibles como es el caso de la diabetes, por lo que debe explorarse su uso en lo general para mejorar la atención a padecimientos crónicos.</p>	<p>La Secretaría de Salud ha puesto en marcha durante los últimos 12 años diferentes programas de acción para hacer frente al reto de la diabetes. Estas iniciativas se han reflejado en el desarrollo de programas de alcance estatal y federal. En el IMSS se puso en marcha el programa DiabetIMSS, y en ISSSTE el programa: Manejo Integral de Diabetes por Etapas. Sin embargo los resultados en agregado y documentados en la ENSANUT 2012 sugieren la necesidad de ajustar estos programas bajo un liderazgo más efectivo y posiblemente con una asignación presupuestal más amplia que facilite las acciones y la capacitación de los proveedores de servicio y de los pacientes. Igualmente, es necesario fortalecer las áreas de rectoría desde la Secretaría de Salud federal, ya que estas áreas no cuentan con los recursos humanos y financieros y esto último se refleja en una rectoría débil y un seguimiento incompleto de las acciones desarrolladas. También será necesario desarrollar los esquemas de vigilancia epidemiológica sobre diabetes para fortalecer la medición del impacto de las políticas públicas y programas desarrollados para hacer frente a este importante problema nacional.</p>	<p>Es necesario desarrollar, en el marco del Programa Nacional de Salud, un plan estratégico de prevención y control de la diabetes, con el más alto liderazgo desde el ámbito federal, con responsabilidades, indicadores y metas para los diferentes proveedores de servicio y con una asignación de recursos acorde con la magnitud del reto. Este plan estratégico debe priorizar un abordaje preventivo, tanto desde el ámbito de la salud pública (estrategias para la población general) como en la atención primaria en salud, con elementos de identificación temprana de los factores predisponentes y potenciadores de la diabetes. La evidencia científica sobre prevención y tratamiento intensivo para diabetes indica que las acciones en ambas vertientes son costo-efectivas y tienen buenos rendimientos cuando las primeras se focalizan en personas con alto riesgo de padecer diabetes y las segundas en el control de la hipertensión, el colesterol y los niveles de glucosa entre las personas que padecen la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Diseñar un sistema de registro o base de datos de pacientes con diabetes que incluya su condición de tratamiento, control metabólico y comorbilidad. Implementar un sistema de información para la vigilancia del desempeño de los diferentes servicios de salud en el manejo de la diabetes. Educar para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular. .Capacitarse para mejorar los procesos de atención a la población de diabéticos. . Actualizar y reforzar la implementación de las guías de práctica clínica para la unificación de criterios de atención. . Educar y orientar a población en riesgo y personas con diabetes y sus familias. . Crear interés público sobre el problema de la diabetes.

2.15 Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Las condiciones en que transcurre el curso de vida determinan el estado de salud, el envejecer y, eventualmente, la discapacidad. Para prevenir la dependencia es necesario identificar los determinantes de las distintas trayectorias en el proceso de salud-enfermedad envejecimiento, sobre el cual los determinantes sociales y económicos ejercen una marcada influencia.</p> <p>Para preservar la autonomía y la calidad de vida al envejecer debemos intervenir sobre los determinantes de la discapacidad y suprimir los obstáculos que impiden el acceso a un cuidado digno. Además del soporte económico, necesitamos promover el envejecimiento sano y activo a través de educación y acceso oportuno a las subvenciones y servicios; sólo así será posible prevenir, o al menos diferir o mitigar, la discapacidad la consecuente dependencia. El escaso éxito hasta ahora obtenido con estrategias poco estructuradas e integradas; y el predominio de estrategias informales para hacer frente a la dependencia, evidencian la necesidad de avanzar hacia un sistema formal de cuidados de largo plazo. Para ello, es necesaria la participación activa de diferentes sectores (salud, educación y desarrollo social), así como la incorporación de organizaciones de la sociedad civil, del sector privado y de los AMM en su conjunto y sus familias.</p> <p>Se debe subsidiar directa o indirectamente a quienes asumen el rol de cuidadores, capacitarlos médica y psicológicamente para afrontar el desafío. A la par, se deben desarrollar y generalizar programas comunitarios y de atención domiciliaria dirigidos a este sector de la población. Sin duda, las iniciativas ya en curso, tales como las visitas domiciliarias y los proyectos para el desarrollo de centros comunitarios polivalentes para AM con dependencia leve y moderada, así como la creación de un sistema de cuidados de largo plazo y ayuda domiciliaria con mayor cobertura para AM con dependencia severa, son medidas que, a la luz de los datos presentados, cobran particular sentido. En el diseño de estas acciones, y en la programación presupuestal, deben ser consideradas las impactantes proyecciones del crecimiento de la población de AMM. El financiamiento debe ser una carga compartida por el gobierno federal, presupuestos gubernamentales regionales y la sociedad civil.</p>	<p>Es evidente la necesidad de continuar desarrollando programas y protección social para los AMM. A ello deben sumarse otras medidas que apoyen a quienes cuidan de nuestros AM dependientes. La discapacidad y la dependencia originan consecuencias que afectan y afectarán más aún a toda la sociedad y no sólo al 10% de la población que actualmente tiene 60 años o más. Por ello debe ser abordada en forma inmediata, desde una perspectiva de curso de vida y con énfasis en la prevención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar una política pública para la promoción del envejecimiento sano y activo y la prevención de la discapacidad. • Fortalecer la prevención en el nivel primario, con perspectiva de curso de vida. • Desarrollar intervenciones diferenciadas para: adultos mayores sanos, para los frágiles y para aquellos con discapacidad. • Desarrollo de programas dirigidos al apoyo y capacitación de los familiares que cuidan a AM con discapacidad. • Crear y desarrollar modelos comunitarios de cuidados a largo plazo; y capacitar al personal necesario para su operación. • Promover la coordinación y participación intersectorial (Salud-Educación-Social) en pro del bienestar de los AMM. • Fortalecer la investigación sobre la discapacidad en AM. 	<p>.Promover el envejecimiento sano y activo y la prevención de la discapacidad.</p> <p>.Fortalecer la prevención en el nivel primario, con perspectiva de curso de vida.</p> <p>.Desarrollar intervenciones diferenciadas para: adultos mayores sanos, para los frágiles y para aquellos con discapacidad.</p> <p>.Desarrollo de programas dirigidos al apoyo y capacitación de los familiares que cuidan a AM con discapacidad.</p> <p>.Crear y desarrollar modelos comunitarios de cuidados a largo plazo; y capacitarse para su operación.</p>

2.16 Enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años: la respuesta es multifactorial

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>A partir de los resultados anteriores, se formulan las siguientes consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En general, se observó disminución en la prevalencia de EDA al comparar la ENSANUT 2012 con la ENSANUT 2006. • Asimismo, los resultados muestran disminución en la prevalencia de diarreas en los niños en el nivel socioeconómico más desprotegido al comparar la ENSANUT 2012 con la ENSANUT 2006. • Existe variabilidad en la proporción de niños con episodios de EDA de acuerdo a las entidades federativas, sin embargo, se observa una disminución en la brecha entre la entidad con mayor y menor proporción. • Tanto en áreas urbanas como rurales, las “evacuaciones frecuentes” son el principal signo de alarma identificado por padres o cuidadores, en contraste con los demás signos asociados a cuadros graves. <p>Con base en lo anterior, se hacen las siguientes recomendaciones:</p> <p>1. Servicios de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantar una campaña nacional con intensificación en temporada de verano para reforzar el conocimiento de las familias sobre los riesgos y acciones a realizar ante las EDA y promover en el programa Oportunidades el fortalecimiento de las capacidades sobre: <ul style="list-style-type: none"> - La no interrupción de la alimentación habitual, ni la suspensión de alimentación al pecho materno. - El aumento en el consumo de líquidos, en especial usar planes de hidratación con Vida Suero Oral. - Reforzar el conocimiento a madres y cuidadoras para la preparación y uso correcto del Vida Suero Oral. - Identificación de signos clínicos de alarma y de factores de mal pronóstico por padres o cuidadores. - Referencia oportuna de niños al segundo nivel de atención. • Promover la vacunación oportuna contra rotavirus a los niños de 2 y 4 meses de edad. • Promover y reforzar los centros de capacitación para el personal de salud de primer y segundo nivel para la atención integrada al menor de cinco años en cada entidad federativa. • Elaboración y difusión de guías clínicas para el manejo de EDA en el primer nivel de atención. 	<p>Se observan avances en los años recientes, sin embargo, persisten retos como son el fortalecer la vinculación intra e interinstitucional, abriendo espacios para la capacitación al personal de salud de las unidades de primer nivel de atención y, principalmente a la comunidad (madres, padres y cuidadores). Es preciso desarrollar estrategias innovadoras y sostenibles dirigidas al personal de salud y la población, tanto de forma presencial como educación a distancia, así como el apoyo con incentivos que incidan en la mejora de la calidad de la atención. Se requiere fortalecer las actividades sostenibles de promoción de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a cuidadores y padres de familia en la identificación oportuna de los signos de alarma. • Reforzar los centros de capacitación para la atención integrada al menor de cinco años para la capacitación y rotación en servicio del personal de salud de primer y segundo nivel de atención. • Promover y garantizar la vacunación contra rotavirus en niños a los 2 y 4 meses de edad. • Promover y garantizar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. • Acciones de protección contra riesgos sanitarios, abastecimiento de agua, complementar y evaluar intervenciones sobre higiene de alimentos dirigidas a población general, escuelas, expendedores de alimentos y bebidas y lavado de manos. • Promover la atención 	<p>.Capacitar a cuidadores y padres de familia en la identificación oportuna de los signos de alarma de las enfermedades diarreicas agudas.</p> <p>.Promover la vacunación contra rotavirus en niños a los 2 y 4 meses de edad.</p> <p>.Promover y garantizar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.</p> <p>.Educar para la preparación y uso de vida suero oral.</p> <p>.Dirigir acciones de protección contra riesgos sanitarios como la higiene de alimentos, lavado de manos y abastecimiento de agua dirigido a la población en general, escuelas, expendedores de alimentos y bebidas, lavado de manos.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Reducción en el uso de antimicrobianos. • Garantizar los insumos necesarios para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de EDA. • Evaluación y estímulo al desempeño para personal de salud, unidades de salud, guarderías y escuelas. <p>2. Población:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que se lleve a vacunación contra rotavirus a los niños a los 2 y 4 meses de edad. • Identificación de signos de alarma y consulta inmediata ante: rechazo del alimento, estado letárgico o inconsciente, sed intensa, intolerancia de líquidos u otros alimentos (vomitar todo), evacuaciones líquidas y numerosas, fiebre persistente, evacuaciones con sangre. • Llevar oportunamente a los niños a los servicios de salud. • Continuar la alimentación al pecho materno, consumo de sólidos, incrementar la ingesta de líquidos, en especial el uso del Vida Suero Oral para prevenir la deshidratación y suplementar la dieta con zinc. <p>3. Promover investigación enfocada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la comunicación y transmisión bidireccional de conocimientos y prácticas entre la comunidad y el personal de salud. • Métodos de diagnóstico prácticos. • Mecanismos inmunológicos protectores en población menor de cinco años. 	<p>Es necesario planificar, implementar y evaluar intervenciones que fortalezcan la adecuada manipulación y conservación de los alimentos.</p> <p>En los servicios de salud es importante promover la eficiencia en la atención clínica mediante guías clínicas que incluyan algoritmos simplificados de respuesta inmediata ante datos de gravedad.</p>	<p>integrada al menor de cinco años, generando planes de actualización dirigidos al personal de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y acceso de Vida Suero Oral en todos los centros de salud. • Aplicación de protocolos de referencia y contrarreferencia. • Divulgar los programas de incentivos (p.ej., los de SICALIDAD) e implementar otros, dirigidos a los intereses del personal de salud (p.ej., capacitación, constancia de reconocimiento al desempeño). 	
---	--	--	--

2.17 Seguro Popular y gasto en salud en hogares mexicanos: consolidar el efecto protector

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Este estudio muestra la existencia de un claro efecto protector del SP sobre la vulnerabilidad financiera de sus beneficiarios en el ámbito nacional y ante la presencia de problemas de salud crónicos y eventos hospitalarios. Los efectos estimados son similares a los reportados por estudios previos utilizando la ENSANUT 2006.</p> <p>A pesar del efecto protector del SP, no se encontró efecto sobre la probabilidad de gastar en salud ni sobre la mediana del gasto en salud en los hogares más vulnerables (ubicados en el tercil I). Ello podría deberse a que estos hogares se localicen en zonas rurales con mayor marginación y por ello enfrenten mayores dificultades para acceder geográficamente a los servicios de salud y a que estos centros de atención tengan mayores problemas de abasto de medicamentos. En este sentido, un estudio realizado en el CIDE documenta heterogeneidad del efecto protector del SP y lo atribuye a la falta de acceso a centros de salud y a problemas en el surtimiento de medicamentos. En relación con el acceso a medicamentos, es pertinente señalar que el gasto en medicamentos constituye un rubro importante del gasto en salud. Se ha documentado que este rubro llegar a concentrar dos tercios del gasto en salud de los hogares</p>	NO HAY	<p>A 10 años de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud y en los que se ha logrado el crecimiento expansivo en la afiliación, las estrategias para mantener y avanzar con la protección financiera, principalmente para los hogares más pobres, deberán no sólo completar la afiliación de su población objetivo, sino también incluir estrategias para mejorar la disponibilidad de servicios e infraestructura en zonas rurales con mayor marginación, así como el acceso equitativo a medicamentos esenciales. Por último, tal como lo señalan Knaul et al., 16 el reto para el Sistema de Protección Social en Salud en los próximos años será alcanzar la cobertura efectiva en salud y para ello, garantizar un nivel de calidad aceptable en los servicios de salud que se ofrecen, así como la movilización y uso eficiente y equitativo de los recursos como metas indispensables para alcanzar el derecho igualitario a la protección en salud.</p>	.Promover la afiliación al Seguro Popular.

2.18 Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>La prevalencia de HTA en México se encuentra entre las más elevadas en el plano mundial. Sin embargo, la tendencia creciente que había presentado entre el año 2000 y 2006 muestra una estabilización. Sin embargo, otros indicadores como el diagnóstico oportuno, que ha aumentado en el caso de enfermedades como diabetes mellitus, no ha mostrado aumento en el caso de hipertensión, a pesar de que el diagnóstico de esta última es más sencillo y no invasivo. Es indiscutible que un problema con esta magnitud requiere de mayor atención y participación de todos los sectores de la sociedad. También es claro que programas integrales como el ANSA4 pueden contribuir a una mejor prevención y control de este problema ya que identifican las causas y factores protectores.</p> <p>Entre las recomendaciones que es necesario atender se sugieren las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar programas que permitan un diagnóstico temprano y la atención oportuna de los adultos que estén en riesgo de desarrollar HTA, teniendo como meta mejorar los porcentajes identificados en la ENSANUT 2012. 2. Establecer el uso de protocolos clínicos en todo el personal encargado de atender a los enfermos con HTA para prescribir el mejor y más actualizado tratamiento. Con esto deberá aumentar el número de adultos hipertensos con cifras de tensión arterial bajo control. 3. Retomar los objetivos del ANSA e identificar aquellos centrales para la prevención de hipertensión con énfasis en población de riesgo (como personas con diabetes, obesidad, adultos mayores, etcétera). 4. Asegurar que los programas de promoción de la salud y prevención y tratamiento de la HTA sean diseñados considerando como eje principal la adopción de estilos de vida saludables que incluyan: desincentivar el inicio del tabaquismo y promover la cesación entre los adictos, mantener una dieta con bajo contenido de grasas saturadas, grasas trans, colesterol, sodio y alcohol, pero con alto consumo de verduras, cereales de granos enteros y lácteos bajos en grasa, además de promover la práctica constante de actividad física moderada al menos 150 minutos a la semana. 5. Incentivar la reformulación de alimentos industrializados para mejorar su perfil nutricional (buscando bajo contenido de sodio, grasas totales, grasas saturadas y trans, pero con un alto contenido de fibra). <p>Hacer mayor énfasis, en el currículo de las carreras de medicina, nutrición y psicología en la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas y la importancia que tiene en el manejo de estas patologías la adopción de estilos de vida saludables.</p> <p>Esto deberá lograr una mayor capacidad en los egresados para prevenir, dar consejería y tratar de manera más adecuada a las personas con enfermedades como la HTA.</p> <p>Desarrollar un sistema de etiquetado frontal de alimentos, comprensible para la población, que oriente sobre la selección y compra de alimentos saludables, especialmente en lo que se refiere a contenidos de sal.</p> <p>Promover una ingesta diaria de <5 g de sal al día (<2 g de sodio) para prevenir HTA en aquellos adultos en riesgo, y una ingesta menor a 1.5 g en adultos que ya tienen la enfermedad.</p>	<p>La hipertensión afecta a 3 de cada 10 adultos mexicanos de las distintas regiones, localidades y NSE. Pese a la tendencia creciente en la prevalencia de HTA en las últimas dos décadas, en los últimos seis años la prevalencia se ha estabilizado. El ANSA6 constituye el primer esfuerzo multisectorial del Gobierno federal para abordar este problema, sin embargo, el reto en los próximos años será intensificar las acciones, evaluarlas y perfeccionarlas.</p>	<p>El Estado, los gobiernos locales y las comunidades deben intensificar sus esfuerzos para identificar los instrumentos legales para promover la práctica de actividad física así como la ingesta de dietas con bajo contenido de sodio y grasa, pero con un alto contenido de verduras, cereales de granos enteros y lácteos bajos en grasa. Al mismo tiempo, se debe fomentar que la industria coopere con una transformación gradual de la oferta y la demanda a través de la educación y promoción de productos más saludables.</p>	<p>.Promover la práctica de actividad física de al menos 150 minutos por semana.</p> <p>.Promover la ingesta de dietas con bajo contenido de sodio y grasa, pero con un alto contenido de verduras, cereales de granos enteros y lácteos bajos en grasa.</p> <p>.Concientizar a la población sobre la detección y tratamiento oportuno de la hipertensión arterial.</p> <p>.Prevención de hipertensión con énfasis en población de riesgo (como personas con diabetes, obesidad, adultos mayores, etcétera).</p> <p>. Desincentivar el inicio del tabaquismo y promover la cesación entre los adictos.</p>

2.19 Inequidad persistente en salud en los pueblos indígenas: retos para el sistema de protección social

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>En México son escasos los análisis para conocer la situación social y de salud de los pueblos indígenas. La ENSANUT 2006 y 2012 representa una de las pocas fuentes para profundizar en el conocimiento de la salud y el alcance de los programas sociales. Los resultados de este análisis muestran que persisten desigualdades en las condiciones de vida, la situación de salud y el acceso a los servicios de salud entre la población indígena y la no indígena. En este contexto, se establecen las siguientes recomendaciones:</p> <p>Atención a la inequidad social persistente en salud. Se requiere formular e implementar políticas dirigidas a mejorar las condiciones estructurales de vida de los pueblos indígenas; en particular medidas orientadas a la reducción de barreras socioeconómicas para el acceso a servicios de salud.</p> <p>Programas sociales ajustados culturalmente. En los años analizados se muestra un incremento significativo de la cobertura de programas sociales con alta focalización en población indígena.</p> <p>Será muy relevante considerar la multiculturalidad como un elemento clave para su implementación y el alcance de sus propósitos.</p> <p>Mejorar el acceso a la atención médica ambulatoria y atención del parto. El uso de servicios de salud por indígenas puede estar regulado por los significados y representaciones sociales sobre la manera de atender problemas de salud. En este sentido, se requiere mejorar la relación entre proveedores y usuarios de acuerdo con la dinámica cultural.</p> <p>Desarrollo de estrategias apropiadas de información en salud.</p> <p>Ante la evidencia de subreporte de morbilidad en los grupos indígenas respecto a los no indígenas, se requiere diseñar e implementar estrategias con enfoque intercultural para el registro de información que favorezca la atención oportuna a las necesidades de la población indígena.</p>	<p>La persistencia de condiciones de inequidad social en salud limita la contribución de los programas sociales para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas. Se requiere de una política de protección social integral que atienda las necesidades de los pueblos indígenas, entre ellas las de salud, basada en el mejoramiento de las condiciones estructurales de vida y respeto a su cultura.</p>	<p>NO HAY</p>	

2.20 Distribución de la inseguridad alimentaria: evidencia para intervenciones diferenciadas

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Aunque la mayoría de los hogares mexicanos en inseguridad alimentaria se caracterizan por tener una dieta poco variada (inseguridad leve), hay más de ocho millones de hogares que se enfrentan al consumo de una dieta insuficiente en cantidad además de poco variada y, en casos extremos, han experimentado hambre. Esta situación sugiere diseñar intervenciones con atención diferenciada a hogares de acuerdo al nivel de inseguridad alimentaria, con mayor urgencia en aquellos hogares con inseguridad alimentaria severa.</p> <p>Los programas sociales de distribución de alimentos deben focalizar su intervención inmediata en los hogares que han tenido experiencia de hambre (IA severa); en aquellos con niños menores de cinco años que padecen desnutrición, en los grupos indígenas y en los que viven en menores condiciones de bienestar. Para poner en marcha acciones que ayuden a disminuir cualquier tipo de IA en México se requiere un análisis y rediseño de las estrategias que ha implementado el Estado con el fin de garantizar la seguridad alimentaria en México. La lista es muy amplia y difícil de abordar por completo en este espacio, sin embargo, entre las más urgentes están el poder consolidar los esfuerzos de los diferentes actores relacionados con el problema alimentario y nutricional a través del diseño de programas que involucren a los diversos sectores (agricultura, salud, educación y la propia comunidad) que permitan lograr sinergias importantes en los resultados, así como fortalecer y desarrollar la formación de recursos humanos en materia de bioingeniería y biotecnología encaminados a aportar mejoras en el ámbito de la producción, distribución y consumo de alimentos y en el desarrollo sustentable de las comunidades; crear nuevos sistemas de producción y distribución local de alimentos y que además se puedan integrar a los programas sociales respondiendo así a las necesidades nutricionales y culturales de la población a través de canastas alimentarias de bajo costo y alto valor nutritivo.</p>	<p>La proporción de hogares en inseguridad alimentaria es alta en el país. El indicador de seguridad alimentaria dentro de los hogares permite detectar a los grupos de población en pobreza de ingresos además de los que presentan carencia en el cumplimiento de sus derechos sociales como la alimentación.</p>	<p>Corto plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> · Establecer un sistema de monitoreo continuo de IA en las zonas más afectadas por IA severa. · Facilitar a la población el acceso a alimentos nutritivos y saludables (verdura, fruta, pescado, pollo, carne, leche, huevo). · Mejorar la orientación en nutrición familiar a la población en general tomando en cuenta las necesidades de individuos con bajos niveles de alfabetismo y presupuestos limitados. <p>Mediano plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ajustes a salarios mínimos basándose en el costo real de una canasta de alimentos que aporte la energía y nutrientes necesarios para una familia promedio. · Desarrollar programas de agricultura familiar donde pequeños agricultores reciban incentivos fiscales y agropecuarios para producir frutas y verduras con el objetivo de distribuirlos en poblaciones vulnerables. <p>Largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> · Políticas basadas en atacar los determinantes sociales de la IA como: acceso universal a educación escolar de buena calidad, a trabajos que paguen salarios dignos y suficientes para eliminar la IA y distribución equitativa de la riqueza (crecimiento económico) en el país. 	<p>.Orientación en nutrición familiar a la población en general tomando en cuenta las necesidades de individuos con bajos niveles de alfabetismo y presupuestos limitados.</p>

2.21 Infecciones respiratorias agudas en niños: inmunizar a tiempo y educar la respuesta

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>1. Servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar estrategias innovadoras permanentes (presenciales, virtuales) de capacitación en: <ul style="list-style-type: none"> - Detección y atención eficiente de IRA en la unidad de salud. - Uso racional de antibióticos. - Identificar oportunamente factores de mal pronóstico en la evolución clínica desde el primer contacto con los servicios de salud. • Garantizar: <ul style="list-style-type: none"> - Insumos necesarios para prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. - Cobertura con esquema básico completo de vacunación en niños de un año y menores de 5 años $\geq 95\%$. - Evaluación y Estímulo al desempeño para personal de salud, unidades de salud, guarderías y escuelas. <p>2. Población</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias innovadoras y participativas de educación para la salud: <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar y concienciar para acudir a los servicios de salud, identificación oportuna de signos de alarma y evitar la automedicación. - Promover la higiene y ventilación de la vivienda, ambiente libre de humo y suspensión del tabaquismo. - Promover alimentación al pecho materno en los primeros 4-6 meses de vida. • Solicitar demanda de vacunas pentavalente, conjugada de neumococo, virus de influenza y contra sarampión. <p>3. Promover investigación enfocada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Métodos de diagnóstico práctico, sensible y específico. • Factores genéticos de riesgo y mecanismos inmunológicos protectores en población. • Investigación operativa: ej. interpretación de las madres a mensajes sobre atención a niños, calidad de la atención médica, oportunidades pedidas de vacunación, etc. 	<p>Se observa que existen avances en los años recientes. Es urgente fortalecer la vinculación intra e interinstitucional, así como la capacitación al personal de salud y a la comunidad (madres y cuidadores) para limitar las complicaciones. Asimismo, es necesario crear estrategias innovadoras tales como la educación a distancia para el personal de salud y el diseño de esquemas de incentivos que mejoren la calidad de la atención.</p> <p>El control de la IRA es complejo. Se requiere fortalecer la oportunidad en los esquemas de vacunación. Asimismo es necesario promover la capacitación en los padres o cuidadores para lograr que se acuda oportunamente a los servicios de salud en caso de signos de alarma. En los servicios de salud es importante promover la eficiencia en la atención clínica que incluya algoritmos de respuesta inmediata ante datos de gravedad. En la comunidad se requiere promover los espacios libres de humo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover y reforzar los centros de capacitación para la atención integrada al menor de 5 años en cada entidad federativa, promoviendo la capacitación y rotación en servicio del personal de salud de primer y segundo nivel. • Atención eficiente, referencia y contrarreferencia ACTIVAS de IRA. • Capacitación a las madres en la identificación de signos de alarma. • Incrementar la cobertura de Vacunación por vacuna y esquema completo. • Implementar programa de incentivos en los servicios de salud y escuelas hacia una comunidad educativa corresponsable. 	<ul style="list-style-type: none"> .Capacitar a las madres en la identificación de signos de alarma de las enfermedades respiratorias agudas (IRA). .Detección y atención eficiente de IRA. .Promover la higiene y ventilación de la vivienda, ambiente libre de humo y suspensión del tabaquismo. .Promover la vacunación de pentavalente, conjugada de neumococo, virus de influenza y contra sarampión. .Educar sobre los daos que puede causar la automedicación.

2.22 Lesiones causadas por el tránsito: hora de poner el freno

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar la consideración de las LCT como una prioridad nacional, reconociendo las oportunidades de prevención y la importancia de éstas para reducir el impacto de las LCT en la salud de la población y generar ahorros para el sistema de salud. • Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica de las LCT que generen demanda de atención prehospitalaria y hospitalaria que involucre a todas las instituciones del país. • Realizar un diagnóstico sobre la discapacidad y secuelas de las LCT para documentar aspectos clave como la calidad de la atención de los servicios prehospitales y de urgencias, así como la atención médica especializada de los lesionados. • Impulsar la investigación sobre prevención de LCT para ampliar las estrategias implementadas en México. 	<p>Una movilidad segura implica considerar las necesidades de todos los usuarios de la vía pública, y en especial, de los más vulnerables.</p> <p>Existen aún retos y oportunidades en el tema de la prevención de las LCT. Se requiere incrementar el uso de sistemas de retención y cascos, además de disminuir la exposición al alcohol y otras drogas al conducir, y para ello se debe dedicar especial atención a la actualización de la legislación y su estricta aplicación.²² De igual forma, se debe continuar, ampliar y fortalecer la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial (IMESEVI) implementada por el gobierno federal para dar respuesta a los acuerdos establecidos en la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020, y con ello reducir las lesiones, discapacidades y muertes causadas por el tránsito en el país.</p>	s/a	

2.23 Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>El aumento en la prevalencia de obesidad en México se encuentra entre los más rápidos documentados en el plano mundial. Sin embargo, en los últimos seis años se observa una desaceleración importante que puede deberse a una combinación de factores. Para este fenómeno que está ocurriendo en algunos países se han propuesto diversas explicaciones, entre las principales destacan las siguientes: a) equilibrio de saturación: existe un porcentaje de población con alta susceptibilidad a desarrollar peso excesivo (por razones genéticas o de otra índole), que constituye el techo en la prevalencia al que se está llegando ya en la población mexicana, b) efecto de intervenciones: los factores de riesgo inmediatos (ingestión de energía o actividad física) se han modificado como resultado de acciones gubernamentales de regulación o de educación, o del aumento en la conciencia colectiva o en ciertos grupos sociales sobre los efectos adversos de la obesidad o en las normas sociales como resultado de la socialización del problema mediante medios masivos de difusión o de campañas colectivas de concientización y educación. Para responder a estas interrogantes se requerirán análisis detallados de las encuestas de nutrición así como otros estudios actualmente en curso y evaluaciones rigurosas de las políticas de prevención de obesidad. Es indiscutible que un problema de esta magnitud requiere de la participación de todos los sectores de la sociedad y de programas multisectoriales para su adecuada prevención y control.</p> <p>Para ello es necesario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar que los programas de prevención sean diseñados considerando información sobre factores sociales y culturales que influyen en la adopción de conductas alimentarias para lograr una elevada demanda y utilización de los servicios y beneficios de los programas, así como de la adopción de hábitos de alimentación y actividad física saludable. 2. Revisar el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA), un modelo positivo a seguir si se le asigna un instrumento de seguimiento y rendición de cuentas con carácter vinculatorio. 3. Desarrollar estrategias para promover la actividad física y aumentar las oportunidades para el desarrollo de la misma en el trabajo, el transporte y la recreación. 4. Promover una alimentación saludable que incluya alimentos frescos, particularmente frutas y verduras, leguminosas y cereales de granos enteros, e incentivar la producción de alimentos industrializados con bajos contenidos de sodio, azúcares, grasas totales, saturadas y trans y con alto contenido de fibra, así como el consumo de agua simple en lugar de bebidas calóricas. 5. Desarrollar un sistema de etiquetado frontal de alimentos comprensible para la población, que oriente sobre la selección y compra de alimentos saludables. 6. Promover la regulación de publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a niños y adolescentes en lugar de un código de autorregulación, ya que se ha mostrado que las estrategias de mercadotecnia pueden influir en la adopción de patrones de alimentación que ponen en riesgo la salud. 7. Considerar la aplicación de instrumentos fiscales como incentivos para la producción de alimentos saludables o impuestos a los que aumentan el riesgo de obesidad y sus comorbilidades. 8. Asegurar la pertinencia de las acciones y programas para la prevención de la obesidad mediante la evaluación rigurosa de su diseño, desempeño e impacto y asegurar mecanismos de retroalimentación utilizando los resultados de evaluación para mejorar el diseño y operación de los programas. 	<p>El sobrepeso y la obesidad afectan a 7 de cada 10 adultos mexicanos de las distintas regiones, localidades y NSE. Esto implica que los esfuerzos para prevenir este problema deben tener prioridad nacional al mismo tiempo que se implementan esfuerzos multisectoriales y con participación social para su control. Para ello se requiere regulación, diseño y evaluación de programas y una adecuada inversión de recursos. El ANSA constituye el primer esfuerzo multisectorial del Gobierno federal para abordar este problema, sin embargo, el reto en los próximos años será intensificar las acciones, evaluarlas y perfeccionarlas.</p>	<p>Impulsar políticas intersectoriales para contrarrestar el entorno obesigénico presente en el país y habilitar a las personas para la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables igualmente es importante generar instrumentos para lograr que la industria de alimentos y bebidas se transforme y se alinee con el consenso internacional, en donde ya se admite la necesidad de reducir el contenido de azúcares, sodio, grasa saturada, sal y, en general, densidad energética en los alimentos comercializados.</p> <p>Se debe fomentar que la industria y los pequeños productores y vendedores de alimentos cooperen con buena voluntad en una transformación gradual de la oferta y la demanda a través de educación y promoción de productos más saludables. Al mismo tiempo, el Estado, los gobiernos locales y las comunidades deben intensificar sus esfuerzos para promover la práctica de actividad física, así como desincentivar el consumo excesivo de alimentos fritos y con azúcar agregada.</p>	<p>.Habilitar a las personas para la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables que incluyan alimentos frescos, particularmente frutas y verduras, leguminosas y cereales de granos enteros.</p> <p>. Reducir el contenido de azúcares, sodio, grasa saturada, sal y, en general, densidad energética en los alimentos comercializados.</p> <p>.Promover el consumo de consumo de agua simple en lugar de bebidas calóricas.</p> <p>.Promover la práctica de actividad física, y aumentar las oportunidades para el desarrollo de la misma en el trabajo, el transporte y la recreación.</p> <p>.Desincentivar el consumo excesivo de alimentos fritos y con azúcar agregada.</p>

2.24 Población joven y violencia interpersonal: reducción de la vulnerabilidad y opciones de futuro

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>La ENSANUT 2012 documenta un aumento importante en la frecuencia con que la población reporta haber sufrido consecuencias de la violencia; este aumento indica la necesidad de realizar estudios para entender mejor este fenómeno y diseñar estrategias e intervenciones apropiadas desde el sector salud que tengan repercusión sobre la violencia en comunidades que se documenta en este reporte.</p> <p>Se propone realizar un diagnóstico nacional especializado que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de factores que aumentan o disminuyen el riesgo de VI y que podrían modificarse mediante intervenciones, diferenciando por grupos de edad y sexo. • Selección de factores que abarquen desde una perspectiva ecológica los niveles: individual, familiar, relacional inmediato con los pares (barrio y escuela), institucional (instituciones existentes para los y las jóvenes, y su respuesta ante ellos), cultural (normas, creencias y valores) y estructural (principalmente la escolaridad y el empleo) para dar cuenta de qué variables pueden operar como “riesgo” o “protección” en contextos que en general pueden considerarse poco favorables, adversos y expuestos a una serie de desventajas, de modo que dificultan el decidir sobre trayectorias de vida alternativas a la violencia. • Identificación y adopción de programas que puedan ser implementados en las escuelas, ya que se ha demostrado que tienen mejores resultados para reducir la violencia, más aún si en ellos se combinan varios contextos, como la familia, el salón de clase y la comunidad. • Adopción de medidas que permitan incidir tanto a nivel primario como secundario; es decir, identificar y abordar factores específicos y modificables que posibiliten evitar comportamientos violentos, por un lado, y por el otro, contar también con aquellos dirigidos a disminuir las secuelas derivadas de la violencia en la salud mental, tales como el trastorno por estrés posttraumático, la depresión y el inicio en el consumo temprano de sustancias. • El abordaje debe orientarse a descriminalizar la violencia interpersonal juvenil y generar una descripción crítica de la problemática más allá de los estereotipos asociados con los jóvenes, particularmente aquéllos pertenecientes a los sectores menos favorecidos social y económicamente. 	<p>La población joven en México está expuesta a sufrir daños a la salud física y mental a consecuencia de la violencia, que abarcan desde lesiones leves hasta permanentes e incluso la muerte. Sin embargo, no existen en nuestro país esfuerzos articulados que permitan llevar a cabo acciones de prevención y atención de la violencia en este sector tan importante de la población, que transita de la vulnerabilidad social y el desaliento a la criminalización y la muerte prematura.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ampliar las funciones del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) para transformarlo en encuentro nacional de prevención de la violencia, lo que implicaría incluir las lesiones intencionales. 2. Convocar la participación de las diferentes instancias, tanto programas del gobierno federal y local como instituciones académicas y de la sociedad civil que estén llevando a cabo actividades de investigación o intervención para atender la VI, en cualquiera de sus expresiones, para conformar un sistema nacional para la atención y prevención de la violencia en población joven. 3. Uno de los propósitos será hacer una compilación de los datos existentes, y la documentación de experiencias de intervención que hayan sido exitosas para la atención y prevención de la VI en población joven en México y América Latina. 4. Diseñar y desarrollar un modelo de prevención de la violencia para adolescentes y jóvenes en las escuelas. 	<p>.Orientar a la población juvenil sobre la violencia interpersonal así como sus daños y consecuencias. .Dar pláticas en escuelas sobre Bulling..</p>

2.25 Programas de ayuda alimentaria en México: cobertura y focalización

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Oportunidades. Después de más de 15 años de su implementación y dado el actual panorama de transición epidemiológica y nutricional debe valorarse a quién va dirigido y focalizar sus esfuerzos además de revisar sus acciones.</p> <p>PASL. Focalizar el Programa de Abasto Social de Leche Liconsa y ampliarlo a zonas rurales e indígenas en donde hay mayores deficiencias de micronutrientes (como hierro y zinc). Por otra parte, valorar la pertinencia de distribuir de manera universal leche descremada a fin de prevenir la alta prevalencia de obesidad en niños mexicanos. Acompañar sus acciones con programas integrales de salud y nutrición, con el fin de garantizar la efectividad del programa.</p> <p>Desayunos escolares del DIF. Sistematizar su focalización y analizar su pertinencia de acuerdo a población vulnerable, estado de nutrición y nivel de seguridad alimentaria.</p>	<p>Si bien los programas de ayuda alimentaria en México han contribuido a reducir la desnutrición, deben reevaluarse a fin de comprobar su pertinencia y focalización con base en sus impactos según condiciones de bienestar y población con mayor vulnerabilidad social.</p>	<p>Con el fin de dirigir los programas de ayuda alimentaria a la población con mayor vulnerabilidad social se sugiere evaluar la congruencia y la pertinencia de los programas con base en la población objetivo, tomando en consideración los problemas de mala nutrición (desnutrición, sobrepeso y obesidad), así como características culturales, locales y la conveniencia de su permanencia. Establecer mecanismos de selección similares para la inclusión de beneficiarios en todos los programas de ayuda alimentaria y congruencia entre ellos, con el fin de garantizar su focalización y equidad.</p>	<p>.Identificar a la población que en verdad necesite los programas de ayuda alimentaria para que estas tengan una mejor función tales como desnutrición, sobrepeso y obesidad.</p>

2.26 Prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer: soluciones al alcance

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Si bien los resultados de la ENSANUT 2012 dan cuenta de avances en detección temprana de cáncer de mama y cérvicouterino, es claro que aún hay que redoblar esfuerzos para mejorar el desempeño de los programas y su cobertura poblacional. A continuación se hacen recomendaciones para ambos programas:</p> <p>Cérvicouterino</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consolidar el programa de cobertura universal de detección mediante la combinación de la prueba de Papanicolaou y VPH en mujeres de 25 a 64 años, focalizando el uso de la prueba de VPH en mujeres mayores de 30 años y el seguimiento con Papanicolaou y colposcopia de aquellas que resulten positivas. 2. Hacer auditoría de las mujeres que mueren por cáncer cérvicouterino para establecer y corregir las fallas en el sistema de detección temprana. 3. Promover incentivos para la detección de casos in situ en los diferentes proveedores de servicio 4. Conectar vigilancia del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos con prevención como una estrategia innovadora de seguimiento. 5. Asegurar la calidad del desempeño de la prevención, detección y tratamiento para evitar muertes por este padecimiento. <p>Cáncer de mama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer las Unidades de Especialidades Médicas de diagnóstico y pasar de esquemas de tamizaje oportunista a esquemas de tamizaje organizado. 2. Fortalecer la capacidad de tamizaje con técnicos de lectura de mamografías. 3. Consolidar estrategias innovadoras como la tele mamografía. 4. Lograr la elaboración y apego de guías de práctica clínica, consensuadas por las instituciones del Sistema Nacional de Salud. 5. Asegurar la determinación de marcadores tumorales para ofrecer un tratamiento dirigido. 6. Asegurar el control de calidad de las mamografías. 7. Establecer los indicadores de progreso e impacto para el programa nacional. 	<p>Es recomendable que los tomadores de decisiones dirijan sus acciones hacia la constitución de programas organizados de prevención y detección oportuna del cáncer de mama y cérvicouterino, enfermedades por las que aún siguen muriendo las mujeres mexicanas; impulsando la calidad de los servicios y la cobertura de la población blanco, sin olvidar a las más desprotegidas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expansión en el ámbito nacional de la instrumentación de laboratorios con biología molecular para detección de VPH. 2. Capacitación de cito tecnólogos y patólogos en la toma de muestra y diagnóstico, así como la acreditación de colposcopistas. 3. Fomentar la detección del VPH mediante auto toma vaginal, en zonas con recursos limitados. 4. Capacitar técnicos en la interpretación mamográfica. 5. Implantar un registro de casos positivos susceptibles de evaluación para identificar deficiencias en los programas, por ejemplo en los casos que fallecen. 6. Asegurar la infraestructura y los recursos para operar mediante supervisiones periódicas de ambos programas. 7. Universalizar el acceso a diagnóstico temprano en cualquier unidad médica y referir a tratamiento al sistema de salud o aseguradora correspondiente. 	<p>.Fomentar la detección del VPH en mujeres de entre 30 a 69 años de edad mediante la prueba del Papanicolaou.</p> <p>. Promover la detección del VPH en zonas rurales con recursos limitados mediante auto toma vaginal.</p> <p>.Promover y educar a las mujeres para la auto exploración de mama.</p>

2.27 Surtimiento y gasto en el acceso a medicamentos en instituciones públicas: asignaturas pendientes

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>1. En comparación con 2006, los resultados de la ENSANUT 2012 señalan que persisten las barreras en el acceso a medicamentos. Se requerirá identificar cuáles son las barreras más relevantes para implantar estrategias orientadas a mejorar la provisión oportuna de medicamentos.</p> <p>2. Entre los usuarios del sector público que recibieron recetas, los atendidos en los SeSa (que representan 35.1% del total) continúan teniendo la probabilidad más alta de surtimiento incompleto de recetas y por lo tanto, tienen mayor probabilidad de incurrir en gasto en medicamentos, lo que es consistente con lo reportado en estudios anteriores. Las diferencias en el acceso a medicamentos entre las diferentes instituciones se traducen en inequidades, las cuales deben abordarse con una serie de estrategias entre las que se incluye mejorar el suministro y uso eficiente de medicamentos. Se requerirán también mayores análisis que permitan identificar cuáles son los medicamentos con mayores problemas de surtimiento y si éstos están o no incluidos en los cuadros básicos por institución de salud.</p> <p>3. Un tercio de los afiliados al SP incurrió en gasto por medicamentos, lo que significa una reducción de 9.2% en comparación con 2006. Sin embargo, para lograr los objetivos del SP de reducir significativamente el gasto de bolsillo en este rubro deberían revisarse las estrategias actuales, ya que como se ha mencionado, el gasto en medicamentos constituye un rubro importante del gasto en salud.</p> <p>4. A pesar de los avances en el propósito de alcanzar la cobertura universal de salud, 40.8% de los usuarios acudieron al sector privado, lo que representa un incremento en comparación con 2006. Dado que quienes utilizan dichos servicios tienen las probabilidades más altas de gastar en medicamentos y los montos gastados son más altos que los que enfrentan los usuarios de los servicios públicos, es necesario vigilar la calidad prescriptiva y la asequibilidad de medicamentos en el sector privado.</p>	<p>Mejorar el acceso equitativo a medicamentos esenciales es todavía una asignatura pendiente en México. Dada la complejidad del problema, es necesario abordarlo de una manera integral abarcando conjuntamente el sector público y el privado y fortaleciendo la rectoría sectorial con la consolidación de una Política Nacional Farmacéutica.</p>	<p>Se requerirá integrar una Política Nacional Farmacéutica que refuerce el papel rector de la Secretaría de Salud y que actualice el marco normativo sobre medicamentos.</p> <p>1. Fortalecer el suministro de medicamentos en el sector público incluyendo la utilización de sistemas de información para el monitoreo y la evaluación, y vinculándolos al otorgamiento de incentivos.</p> <p>2. Promover el uso costo-eficiente de los medicamentos, con especial énfasis en la revisión y homogenización de cuadros institucionales vinculados a guías de prescripción basadas en la evidencia científica y el desarrollo de intervenciones a partir de estudios de utilización de medicamentos.</p> <p>3. Mejorar el acceso equitativo y la asequibilidad de medicamentos en el sector privado, promoviendo el uso de medicamentos genéricos así como información sobre la calidad de medicamentos.</p>	<p>.no aplica</p>

2.28 Consultorios médicos en farmacias privadas: efectos inesperados en el uso de servicios de salud y el acceso a medicamentos

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • Más de la mitad de los usuarios de MEDAFP estaban afiliados a algún seguro público de salud, lo que indica que posiblemente los MEDAFP cubren en forma expedita la demanda de atención médica ambulatoria y de prescripción de medicamentos que las instituciones no pueden cubrir. Es recomendable que las instituciones públicas pongan en práctica modelos ágiles de prestación de servicios ambulatorios que disminuyan los tiempos de espera, sensibilicen al personal para que se evite el mal trato y otorguen los medicamentos prescritos. • Los MEDAFP reflejan aspectos débiles de la regulación.* Si bien el actual marco normativo prohíbe la comunicación directa entre farmacias y consultorios médicos, el funcionamiento de los MEDAFP podría indicar problemas en la interpretación de la regulación o en la capacidad para hacerla cumplir; incluso, podría reflejar una política de laissez faire ante la disyuntiva de favorecer el acceso a servicios versus hacer cumplir la regulación. Es recomendable revisar el marco normativo de las farmacias y el reglamento de prestación de servicios médicos para establecer reglas claras –y que se hagan cumplir– sobre el funcionamiento de los MEDAFP. • A casi dos tercios de los usuarios les recetaron tres o más medicamentos, lo cual llama la atención tratándose de pacientes jóvenes que acudieron a consulta por problemas de salud agudos. Dado que el problema de sobreprescripción injustificada ocurre tanto en el sector público como en el privado, es indispensable instrumentar acciones para supervisar la calidad prescriptiva en ambos sectores, pero sobre todo en los consultorios MEDAFP donde podrían existir incentivos económicos que motiven la prescripción injustificada de medicamentos. • El gasto de bolsillo que realizan los usuarios pone de manifiesto que todavía no se logra proteger financieramente a la población y que es indispensable incrementar la capacidad de las instituciones públicas para satisfacer la demanda de medicamentos. 	<p>Los MEDAFP son “un elefante en la habitación”; esto es, son un hecho evidente e ignorado, cuando en realidad forman parte sustancial de los servicios de salud. La permisividad es errónea y tiene consecuencias, como el gasto de bolsillo y la sobreprescripción. Dada su magnitud en términos de servicios otorgados resulta pertinente fortalecer la regulación y promover una interacción saludable entre los MEDAFP y el resto del sector salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los MEDAFP tienen una presencia importante en el mercado de servicios de salud, es indispensable revisar y ejercer la regulación de estos servicios, de los cuales se desconoce la calidad y consecuencias en salud para la población usuaria. • El elevado número de medicamentos prescritos indica que los médicos que laboran en MEDAFP pueden tener incentivos perversos para la prescripción; resulta razonable crear mecanismos de supervisión y certificación para los médicos que laboran en estos servicios. • Es indispensable realizar estudios orientados a conocer la motivación de los usuarios para entender mejor su decisión de acudir a servicios privados a pesar de tener derecho a recibir atención médica en instituciones públicas. 	<p>.No aplica</p> <p>Hacer un estudio sobre satisfacción y necesidades el usuario.</p>

2.29 Demanda y utilización de servicios de salud ambulatorios en el contexto de la cobertura universal

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>Si bien el análisis presentado en este documento es descriptivo y breve, sí permite esbozar algunas recomendaciones para mejorar la cobertura efectiva de servicios de salud ambulatoria.</p> <p>a. El reto para aumentar la utilización de servicios ambulatorios institucionales públicos. Si bien contar con algún tipo de esquema de aseguramiento en salud aumenta la probabilidad de usar servicios institucionales, ésta es menor para aquéllos que cuentan con el Seguro Popular. Una proporción importante de la población asegurada aún prefiere usar servicios privados, así como no institucionales en lugar de aquéllos a los que tiene derecho. Si bien es claro que esta decisión está mediada de manera importante por el nivel socioeconómico, es necesario considerar otros factores. Es necesario considerar la percepción de la calidad de los servicios, además de las barreras exploradas en este trabajo. Otro aspecto importante por considerar es que una buena proporción de los usuarios de servicios aún prefiere usar proveedores privados (algo que también está ligado al nivel socioeconómico), lo que refleja, desde luego, una mayor libertad presupuestal para demandar los servicios que se consideren más adecuados por cualquier motivo.</p> <p>b. El reto de incrementar el uso de los servicios de salud ambulatorios. Uno de cada cinco mexicanos que reporta haber tenido algún problema de salud en las últimas dos semanas no usa ningún tipo de atención médica. Algunos de ellos simplemente deciden no usar ningún servicio. Es posible que esto se deba a que no se percibe la necesidad de hacerlo, pero también es posible que la percepción de los costos relacionados con usar los servicios es mayor a la percepción de los beneficios de hacerlo, en este sentido, la percepción de calidad puede ser un factor importante. Otra parte de los individuos que no usan servicios médicos reporta que no lo hizo debido a las barreras para ello. Este análisis muestra que ambos tipos de barreras (del lado de la oferta y del lado de la demanda) afectan en mayor medida a los sectores más pobres de la población. Es muy importante abordar este tipo de barreras de manera explícita.</p> <p>c. El reto del uso de los servicios privados. Es necesario analizar el papel de la oferta de servicios privados, en particular entre la población más pobre. Los hogares probablemente perciben que este tipo de servicios son de mayor calidad o son más accesibles. Sin embargo, se sabe poco sobre la calidad de estos servicios, por tanto es importante evaluarla y regular la participación de estos proveedores en el mercado.</p>	<p>En la última década México ha implementado importantes reformas a su sistema de salud con el objetivo de lograr que la población sin acceso a la seguridad social (la mitad de la población en 2000) tenga acceso a un paquete básico de servicios. A pesar de que, efectivamente, las políticas implementadas han permitido mejorar el acceso a los servicios de salud, lo que se ve reflejado en que las diferencias entre la población asegurada por el IMSS y el ISSSTE no muestran patrones de utilización dramáticamente distintos a los observados entre los beneficiarios del Seguro Popular, aún hay retos por superar.</p>	<p>a. Evaluar de manera continua la calidad de los servicios ambulatorios públicos y tomar medidas para crear incentivos para su mejora.</p> <p>b. Mejorar el acceso a servicios públicos de salud ambulatoria.</p> <p>c. Regular el mercado privado de prestadores de servicios Médicos.</p>	<p>.Mejorar la calidad de la atención al usuario de servicios de salud ambulatorios.</p>

2.30 Vacunación en adolescentes: capacitación, gestión y cambio cultural para la cobertura total

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>1. Impulsar y reforzar la capacitación de la planeación y estimación de metas de las estrategias de vacunación suplementaria en las escuelas y de forma permanente en establecimientos de salud.</p> <p>2. Abatir las falsas contraindicaciones para vacunar y el temor a la vacunación múltiple mediante cursos específicos y talleres de casos clínicos en los que se refuerce la toma adecuada de decisiones en la práctica diaria. Reforzar el registro de las dosis aplicadas en la CNS.</p> <p>3. Desarrollar estrategias de promoción y educación para la salud dirigidas a adolescentes, maestros y personal administrativo de los planteles educativos que permitan reforzar el uso y cuidado de la CNS como instrumento de seguimiento de las dosis aplicadas hasta completar el esquema básico de vacunación.</p> <p>4. Promover la cultura de la vacunación entre los jóvenes con mensajes sobre su importancia en escuelas, bibliotecas, centros deportivos, cafeterías, conciertos de música, “antros” y otros lugares de reunión.</p> <p>5. Asegurar el abasto oportuno y suficiente de vacunas, cartillas, formatos de censo nominal y otros insumos que permitan abatir las oportunidades de pérdida de vacunación.</p>	<p>La proporción de vacunación con Td ha mejorado con respecto las cifras encontradas en la ENSA 2000, sin embargo, continúan por debajo del indicador del 95% por tipo de vacuna. Los resultados aportan elementos para realizar intervenciones en capacitación, supervisión, promoción de la salud y gerencia del programa que favorezcan la obtención de coberturas elevadas de vacunación en los ámbitos local, jurisdiccional, estatal y nacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las actividades de capacitación y supervisión del personal de salud previa a las semanas nacionales de salud y a otras jornadas de vacunación suplementaria. • Fortalecer las actividades de promoción de la salud sobre el uso, conservación y portación de las CNS. • Promover áreas de consulta telefónica e internet para aclaración de dudas sobre vacunación de adolescentes. 	<p>.Capacitarse adecuadamente previo a las semanas nacionales de salud y a otras jornadas de vacunación suplementaria.</p> <p>.Fortalecer las actividades de promoción de la salud sobre el uso, conservación y portación de las CNS.</p> <p>.Promover la cultura de vacunación entre los jóvenes, maestros y personal administrativo de los planteles educativos.</p>

2.31 Vacunación en adultos (20 a 59 años): una visión hacia la mejora de las políticas públicas

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<p>1. Impulsar y reforzar la capacitación para vacunación permanente en adultos en establecimientos de salud. Abatir falsas contraindicaciones para vacunar y el temor a vacunación múltiple mediante cursos específicos y talleres de casos clínicos para la toma adecuada de decisiones en la práctica diaria.</p> <p>2. Reforzar el registro en CNS de dosis aplicadas.</p> <p>3 Desarrollar estrategias innovadoras de promoción y educación para la salud dirigidas a los adultos. Capacitar en la importancia del uso y cuidado de la CNS como instrumento para seguimiento de su salud y vacunas aplicadas hasta completar el esquema básico.</p> <p>4. Promover la cultura de vacunación en medios, lugares de estudio, trabajo y diversión utilizando “un enfoque de vacunación familiar”.</p> <p>5. Asegurar abasto oportuno y suficiente de vacunas, cartillas y otros insumos que permitan abatir las oportunidades de pérdidas de vacunación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se cumplen indicadores de cobertura individual ni esquema completo. • Los datos sugieren subregistro de dosis aplicadas en CNS. • No se realiza vacunación múltiple. • Se aportan elementos para implementación e innovación de intervenciones en capacitación, promoción de la salud y gerencia del programa que favorezcan la vacunación oportuna y aumento de cobertura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la capacitación y supervisión del personal de salud en el programa permanente y en vacunación suplementaria en campañas y bloqueo de brotes (sarampión y rubéola). • Innovar actividades de promoción de la salud sobre uso, conservación y portación de CNS. • Promover sitios de consulta telefónica e internet para informar sobre la vacunación. • Implementar estrategias de incentivos dirigidos a la población y al desempeño en servicios de salud. 	<p>.Fortalecer la capacitación en el programa permanente y en vacunación suplementaria en campañas y bloqueo de brotes (sarampión y rubéola).</p> <p>.Innovar actividades de promoción de la salud sobre uso, conservación y portación de CNS en adultos.</p> <p>.Promover sitios de consulta telefónica e internet para informar sobre la vacunación en adultos.</p>

2.32 Vacunación en adultos mayores: acción dirigida y prevención de complicaciones en enfermedades crónicas

Recomendaciones	Conclusiones	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar y reforzar la capacitación planeación y estimación de metas de vacunación en establecimientos de salud. Abatir las falsas contraindicaciones para vacunar y el temor a la vacunación múltiple, mediante cursos específicos y talleres de casos clínicos en los que se refuerce la toma adecuada de decisiones en la práctica diaria, y atención integrada al adulto mayor. Reforzar el registro de dosis aplicadas en la Cartilla Nacional de Salud. • Poner énfasis en la vacunación de personas con algún deterioro crónico en salud, y programar a partir de listados de pacientes, la vacunación dirigida, aumentando simultáneamente la oferta de vacunación universal en los servicios de salud, en asilos, nosocomios psiquiátricos y prisiones, lo que redundaría en ahorro de costos de atención de complicaciones atribuibles a enfermedades inmunoprevenibles.3-9 • Desarrollar estrategias de promoción y educación para la salud a adultos mayores y sus familiares, para reforzar el uso y cuidado de la CNS, como instrumento de seguimiento del esquema básico de vacunación. • Promover la cultura de la vacunación en la tercera edad, como recurso para mejorar su calidad de vida. • Asegurar el abasto oportuno y suficiente de vacunas, cartillas y otros insumos que permitan abatir oportunidades perdidas de vacunación.8-9 • Mejorar la utilización de las Cartillas Nacionales de Salud como fuentes de registro, validación y como instrumento educativo para el seguimiento y control médico. 	<p>La cobertura y porcentaje de vacunación es insuficiente para alcanzar efectos favorables en la calidad de vida de este sector de la población y probablemente para disminuir los costos de atención de complicaciones de padecimientos crónicos que son prevenibles por vacunación. Los resultados aportan elementos para realizar intervenciones en capacitación, supervisión, promoción de la salud y gerencia del programa que favorezcan la obtención de coberturas elevadas de vacunación, en los ámbitos local, jurisdiccional, estatal y nacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la capacitación y supervisión al personal de salud en programa permanente, y previo a acciones intensivas de vacunación en el periodo preinvernal e invernal. • Fortalecer la promoción de la salud sobre el uso, conservación y portación de las Cartilla Nacional de Salud. • Promover unidades de primer nivel como modelo para la capacitación y rotación del personal de salud, en atención integrada al adulto mayor. • Promover sitios de consulta telefónica e internet para aclaración de dudas sobre vacunación de adultos mayores. 	<p>.Fortalecer la capacitación en el programa permanente y en vacunación de adultos mayores previo a acciones intensivas de vacunación en el periodo pre invernal e invernal.</p> <p>.Fortalecer la promoción de la salud sobre el uso, conservación y portación de las Cartilla Nacional de Salud en adultos mayores..</p> <p>.Promover sitios de consulta telefónica e internet para aclaración de dudas sobre vacunación de adultos mayores.</p>

2.33 Vacunación en niños: hacia un mejor registro y la aplicación sin restricciones

Recomendaciones	Conclusiones de ENSANUT	Acciones	Acciones e implicaciones para el profesional de enfermería
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ampliar la promoción de vacunas para mantener tanto las semanas nacionales de salud, como un programa de comunicación educativa continuo en medios masivos que alerte a los padres sobre las ventanas de oportunidad para completar el esquema de vacunación. 2. Poner en marcha el registro nominal de vacunación (PROVAC) anclado a la información del registro nacional de nacimientos para lograr una mejor estimación de coberturas y desempeños estatales y una mejor rectoría y cumplimiento de las metas del programa nacional de vacunación. 3. Mantener una vigilancia continua del desempeño de los proveedores de vacunas para evitar desabastos de las mismas y retrasos en las entregas. 4. Mejorar la coordinación institucional del Sector Salud para impulsar las compras consolidadas multianuales y evitar desabastos. 5. Mejorar la utilización de las Cartillas Nacionales de Salud como fuentes de registro y validación y como instrumento educativo para los padres de familia. 6. Desarrollar estrategias de entrenamiento al personal de salud con énfasis en la revisión sistemática del esquema de vacunación en cada contacto con los servicios de salud, a partir de las dosis registradas en la CNS, y referir al área de inmunizaciones a los niños elegibles para vacunación. 7. Abatir las falsas contraindicaciones para vacunar y el temor a la vacunación múltiple, el conocimiento insuficiente del esquema de vacunación y de la edad en que se aplican las vacunas, mediante cursos específicos y talleres de casos clínicos en los que se refuerce la toma adecuada de decisiones en la práctica diaria. 8. Desarrollar estrategias innovadoras de promoción y educación para la salud en la población (niños), que permita a los adultos responsables de los niños valorar la importancia de la CNS como instrumento para el seguimiento de las dosis de vacunas aplicadas, hasta completar el esquema básico y refuerzos de acuerdo con la edad. 9. Promover la cultura de vacunación mediante mensajes que aclaren dudas relacionadas con la vacunación en niños, que disminuyan el peso de creencias erróneas o mitos sobre la aplicación de biológicos. 10. Promover la vacunación diaria y en jornadas completas, sin horarios restrictivos ni procedimientos que desalienten la demanda de vacunación (ejemplo: días especiales de vacunación, obtención de fichas, citas). 11. Asegurar el abasto oportuno y suficiente de vacunas, cartillas, formatos de censo nominal y otros insumos que permitan abatir las oportunidades perdidas de vacunación. 	<ul style="list-style-type: none"> • La cobertura de vacunación en general ha mejorado en 2012 en relación a encuestas previas. Sin embargo, con excepción de la vacuna BCG, los demás biológicos presentan coberturas insuficientes. • El hallazgo de que la cobertura de vacuna individual es superior a la cobertura del esquema completo de todas las vacunas, sugiere que no se realiza vacunación múltiple. • Probablemente existe subregistro de dosis aplicadas a los niños en la CNS, lo que explica que la cobertura administrativa basada en censos nominales de vacunación, sea superior a los resultados de la ENSANUT 2012. • Los resultados aportan elementos para la implementación de intervenciones en capacitación, supervisión, promoción de la salud y gerencia del programa que favorezcan la obtención de coberturas elevadas de vacunación, en los ámbitos local, jurisdiccional, estatal y nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la capacitación y supervisión al personal de salud • Reforzar la capacitación gerencial en los servicios de salud en planeación, cálculo de metas y abasto oportuno de vacunas y de otros insumos para la inmunización. • Implantar programas de seguimiento e incentivos al desempeño del personal de salud. • Innovar estrategias de promoción de la salud sobre uso, conservación y portación de las CNS diferenciada para padres y niños. • Analizar y mejorar los aspectos de regionalización operativa del programa entre las instituciones del sector salud, para garantizar el acceso universal a todos los biológicos del programa, sin dejar niños ni áreas del territorio nacional sin cobertura y alcanzar la equidad inmunitaria en la población. • Registrar todas las dosis de vacuna aplicada a niños en el Registro de Nacimiento, la CNS y el Censo Nominal de Vacunación • Fortalecer la cobertura de vacunación en los derechohabientes de cada institución, y establecer acuerdos para que la institución donde se vacunen derechohabientes de otra, ésta proporcione las vacunas aplicadas. • Promover y fortalecer centros de atención integrada al menor de cinco años para capacitación y rotación del personal de salud en cada entidad federativa. 	<p>.Capacitación gerencial y supervisión al personal de salud en planeación, cálculo de metas y abasto oportuno de vacunas e insumos para la inmunización.</p> <p>.Innovar estrategias de promoción de la salud diferenciando entre adultos y escolares.</p>

