



SALUDJALISCO

Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco

Editorial

Artículos Originales

- La salud como bien público global en la agenda de desarrollo post-2015
- Diabetes en población derechohabiiente del ISSSTE en el Estado de Jalisco
- Efectos de la globalización en la salud y el bienestar del adolescente: riesgo suicida
- Preservación de leche cruda en sistemas de producción familiar (Altos de Jalisco) mediante el uso campos magnéticos

Artículo de revisión / Caso clínico

- Cirugía de control de daños en obstetricia

Revisión bibliográfica

- Violencia en el noviazgo en adolescentes. Un problema de salud pública

Sección de Bioética

- La mentira y la dignidad de la persona humana

Índices

- Índice General
- Índice por Autores

Año 2 • Número 3 • Septiembre-Diciembre de 2015

6



QUE NO TE VENZA LA INFLUENZA



ABRÍGATE BIEN



EVITA CAMBIOS
DE TEMPERATURA



CÚBRETE AL TOSER
O ESTORNUDAR



MANTENTE
HIDRATADO



LAVA
TUS MANOS



COME
MUY SANO

DEBEN VACUNARSE



EMBARAZADAS



MENORES DE 5 AÑOS



MAYORES
DE 60 AÑOS



LOS QUE PADECEN
ALGUNA ENFERMEDAD

ES GRATIS EN TU CENTRO DE SALUD

EN TIEMPO DE FRÍO, ¡CUÍDATE!



SALUD

Salud Jalisco

<http://ssj.jalisco.gob.mx/cuida-tu-salud/hospitales-a-tu-alcance>



Servicio de Salud Jalisco

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Jaime Agustín González Álvarez

Secretario de Salud y Director del OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. Antonio Cruces Mada

Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)

Lic. Margarita Gaspar Cabrera

Director de Descentralización y Proyectos Estratégicos

Lic. Fernando Letipichia Torres

Director de Asuntos Jurídicos

Lic. Claudia Trigo González

Directora de Comunicación Social

Mtra. Mayda Melendrez Díaz

Director de Contraloría Interna

Dr. Luis Daniel Meraz Rosales

Director General de Planeación

Dr. Héctor Ramírez Cordero

Director General de Salud Pública

Dr. Celso del Ángel Montiel Hernández

Director General y Comisionado para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Jalisco (COPRISJAL)

Dr. Eduardo Covarrubias Iñiguez

Director General de Regiones Sanitarias y Hospitales

Lic. Miguel Ángel Leyva Luna

Director General de Administración

Revista "Salud Jalisco", es una publicación oficial de la Secretaría de Salud Jalisco. Publicación Cuatrimestral editada por la Dirección de Desarrollo Institucional. Oficinas centrales, calle: Dr. Baeza Alzaga 107, Zona Centro. Guadalajara, Jalisco, México. C.P. 44100. Revista "Salud Jalisco" es miembro de AMERBAC (Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C.), Registrada en el Sistema de Información LATINDEX (www.latindex.org). Tiraje 2,000 ejemplares, portada en couche brillante de 250 gr, cuatro tintas, interiores en couche mate de 135 gr, cuatro tintas, más sobrantes para reposición. Número de Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo de título: 04-2015-062913055200-102. Número de Certificado de Licitación de Título en trámite. Número de Certificado de Licitación de Contenido: en trámite. D.R. Composición tipográfica Minion Pro y Miriad Pro. Diseñada e Impresa en México, en la Dirección de Publicaciones del Gobierno del Estado de Jalisco, Av. Prol. Alcalde 1351, 1^{er} Piso del Edificio C, Unidad Administrativa Estatal, Col. Miraflores, C.P. 44270, Guadalajara, Jalisco, México. RevSalJal 2015.02.03. 115-178. Los conceptos publicados son responsabilidad de sus autores. Teléfono: 30305000 ext. 35084.

Correo electrónico: revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx • zenteno_gmo@yahoo.es

COMITÉ EDITORIAL

Director-Editor

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Administrador

Ricardo Flores Calleros

Editores Asociados

Dr. Rafael Rivera Montero

Comisión Estatal de Bioética e Investigación de Jalisco

Dr. Dionisio Esparza Rubio

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

Dr. Víctor Javier Sánchez González

Centro Universitario de los Altos

Universidad de Guadalajara

Editores Locales

Dra. Mireya Guadalupe Rosales Torres

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria II

Dra. Catalina Figueroa García

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria IX

C.D. Ma. Esther Hernández Martínez

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XI

Lic. Enfra. Beatriz Adriana Vázquez Pérez

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XIII

Dr. Raúl Villarroel Cruz

Jefe de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética del Hospital General de Occidente

Dr. Víctor M. Tarango Martínez

Jefe de Enseñanza e Investigación
Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"
Secretaría de Salud Jalisco

Lic. Enfra. Martha Cecilia Mercado Aranda

Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional Puerto Vallarta

Editores Nacionales

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo

ExPresidente de la Academia Mexicana de Cirugía

Dr. Leopoldo Vega Franco

Fundador de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC)

Editores Internacionales

Dr. Alberto Zanchetti/Italia

Dr. Radhamés Hernández Mejía/España

Dra. Dafna Feinholz Klip

Directora de Bioética de la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas (UNESCO)



Consejo Editorial

Dr. Héctor Ramírez Cordero
Dr. Antonio Luévanos Velázquez
Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias
Dr. Celedonio Cárdenas Romero
Dr. Noé Alfaro Alfaro

Comité Científico

Dr. Héctor Ramírez Cordero
 Director General de Salud Pública

Dr. Antonio Luévanos Velázquez
 Director de Desarrollo Institucional

Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
 Jefe de Investigación Estatal

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias
 Director-Editor de la Revista "Salud Jalisco"

Dr. Celedonio Cárdenas Romero
 Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal SSJ

Dr. Ignacio Domínguez Salcido
 Presidente de la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico, A.C.

Mtro. Jorge Laureano Eugenio
 Asesor y promotor de investigación SSJ

Dr. Alberto Briseño Fuentes
 Jefe del departamento de enseñanza SSJ

Dr. José Miguel Ángel Van-Dick Puga
 Director del Hospital General de Occidente

Dr. Ignacio García de la Torre
 Reumatólogo del Hospital General de Occidente
 Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina

Dr. José Fernando Barba Gómez
 Director del Instituto Dermatológico de Jalisco

Dr. José Guerrero Santos
 Director del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva

Dr. Adalberto Gómez Rodríguez
 Director del Instituto Jalisciense de Cancerología

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez
 Director General OPD Hospitales Civiles

Dr. José Sánchez Corona
 Director del Centro de Investigación Biomédica de IMSS

Dr. Héctor Raúl Maldonado Hernández
 Sub Delegado Médico Estatal del ISSSTE

Dr. Jaime Federico Andrade Villanueva
 Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud
 Universidad de Guadalajara

Dr. Marco Antonio Cortés Guardado

Rector del Centro Universitario de la Costa

Dra. I. Leticia Leal Moya

Rectora del Centro Universitario de los Altos
 Universidad de Guadalajara

Dr. Jorge Manuel Sánchez González

Vice Rector Académico de la Universidad Autónoma de Guadalajara

Dr. Mario Adrián Flores Castro

Director del Instituto Tecnológico de Monterrey-Campus Guadalajara

Mtro. Héctor Abel López Llerenas Escalante

Rector de la Universidad del Valle de México Campus Zapopan

Lic. Raúl Enrique Solís Betancur

Rector de la Universidad Cuauhtémoc-Campus Zapopan

Dr. Ricardo Ramírez Angulo

Rector de la Universidad Guadalajara Lamar

Pbro. Lic. Francisco Ramírez Yáñez

Rector de la Universidad del Valle de Atemajac

Dra. Hilda Guadalupe Márquez Villarreal

Coordinadora Estatal de Calidad

Dr. Martín López Rodríguez

Director de Laboratorio de Salud Pública
 Centro Estatal de Laboratorios

Dr. Salvador Chávez Ramírez

Comisionado
 Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL)

Dra. Hilda E. Alcántara Valencia

Directora General
 Sistema de Educación Continua para el Médico General y Familiar

Dra. Karen Grace Gallo Sánchez

Dirección de Salud Pública SSJ

Dr. José de Jesús Saavedra Aceves

Medicina Preventiva SSJ

Mtro. Álvaro Ascencio Tene

Director de Publicaciones y Periódico Oficial de la Secretaría General de Gobierno

Mtra. Elisa Ramírez Guzmán

Supervisión Editorial

LDG Jorge A. Valdez Díaz

Diseño Editorial

LDG Mariana C. Gómez Ruiz

Diagramación

CONTENIDO

Editorial	118
Artículos Originales	
La salud como bien público global en la agenda de desarrollo post-2015	120
Rafael Domínguez Martín	
Diabetes en población derechohabiente del ISSSTE en el Estado de Jalisco	132
Maldonado-Hernández, H.R., Aguirre-Moreno, J. A., Olivares-Orozco, M.P.C. Morales-Flores E.A., Aguirre-Moreno, M.A., Aguirre-Olivares T.A., Avelar-Herrera, C.E., Cooper-Barrera, D.A.	
Efectos de la globalización en la salud y el bienestar del adolescente: riesgo suicida	141
Valadez-Figueroa I., Vargas-Valadez V., Fausto-Guerra J.	
Preservación de leche cruda en sistemas de producción familiar (Altos de Jalisco) mediante el uso campos magnéticos	150
González-Ruiz S., Milián-Suazo F. y Herrera-Rodríguez S.E.	
Artículo de revisión / Caso clínico	
Cirugía de control de daños en obstetricia	158
Rodríguez-Chávez, J. L., Madrigal-Rodríguez, V. M., Bañuelos-Franco, A., Malagón-Reyes, R. M.	
Revisión bibliográfica	
Violencia en el noviazgo en adolescentes. Un problema de salud pública	164
Valenzuela-Varela A., Vega-López M. G.	
Sección de Bioética	
La mentira y la dignidad de la persona humana	169
Rivera-Montero R.	
Índices	
Índice General	171
Índice por Autores	174

EDITORIAL

Retos y desafíos de la planeación estratégica para las instituciones de salud

Dr. Marcelo Sergio Castillero Manzano,
Delegado Estatal del IMSS Jalisco.

En México son limitadas las instituciones de salud que implementan de manera permanente y exitosa modelos de planeación estratégica, y aún menos las que lo implementan con una visión sistémica, enfoque integralidad y considerando una alineación perfecta con los programas institucionales, sectoriales, nacionales e internacionales en materia de salud. Por lo anterior la administración de procesos relacionados con la atención médica se ha convertido en uno de los principales desafíos para el personal directivo responsable de unidades, hospitalares e instituciones de salud.

Existen diversos enfoques y modelos para la implementación de planes estratégicos, desafortunadamente la mayoría de estos enfoques se orientan con mayor énfasis a los procesos administrativos, por lo que en algunos casos la vinculación entre los procesos administrativos y de atención médica es poco efectiva para el logro de resultados adecuados, lo que repercute negativamente no solo en el cumplimiento de objetivos, indicadores y metas sino también en el uso eficiente de los recursos humanos, materiales y financieros.

El notable incremento en la población usuaria y la sobredemanda de algunos servicios de salud, ha motivado a las autoridades responsables de las instituciones de salud a la reingeniería de procesos así como a la implementación urgente de modelos de planeación estratégica orientados a la administración, control, evaluación, seguimiento y rendición de cuentas de cada uno de los programas y procesos que se desarrollan al interior de estas instituciones.

La implementación de modelos de planeación estratégica deben ser considerada como una prioridad institucional permanente y no como una moda o una estrategia de rescate o mejora temporal. El éxito en el resultado de planes estratégicos no solo depende de la disciplina y rigor metodológico de la implementación, sino también de la vinculación y participación activa y obligatoria de los responsables en todos los procesos desarrollados al interior de estas instituciones.

Uno de los pilares fundamentales de la planeación estratégica aplicada a las instituciones de salud es el adecuado desarrollo de un diagnóstico de salud, en el cual se realice una evaluación detallada y objetiva de los principales problemas de salud, considerando el impacto sobre la utilización frecuente o de alta demanda de servicios de atención médica continua, urgencias, cirugía, hospitalización y rehabilitación. Una vez que las principales problemáticas han sido identificadas de manera objetiva se deberá ordenar cada una de estas problemáticas, considerando como una prioridad la resolución inmediata.

Una vez que los problemas de salud han sido identificados y priorizados, se debe elaborar un diagnóstico situacional para evaluar la disponibilidad de recursos humanos, materiales, financieros y de infraestructura que se encuentran al interior de las instituciones o establecimientos, esto con el propósito de establecer e implementar estrategias para su inmediata atención y oportuna resolución. Los responsables de la administración de cada uno de los recursos y/o procesos deberán apegarse a las políticas institucionales y nacionales para el uso óptimo y eficiente de los recursos a utilizarse.

Posterior a la elaboración de estos diagnósticos el responsable de la institución y/o establecimiento deberá reunirse con los mandos superiores y mandos medios para el desarrollo del plan estratégico, que deberá elaborarse estrictamente con alineación estratégica a los programas internacionales, nacionales, sectoriales e institucionales.

El plan estratégico debe estructurarse a través de elementos y componentes metodológicos con estricto apego a las normatividades y políticas de cada una de las instituciones, uno de los componentes con mayor peso para el éxito y logro de resultados es precisamente el referente a las herramientas para control de estrategias táctico-operativas correspondientes a cada uno de los programas o procesos, ya que a través de estas se evaluará la captura, control, supervisión y seguimiento de líneas de acción y por consecuencia los resultados globales del plan estratégico.

Aunque pareciera que una vez que ha sido elaborado el diagnóstico de salud, diagnóstico situacional y plan estratégico los problemas de las instituciones se encuentran en vías de resolución no es así, es justo aquí en donde inicia el principal desafío para el personal directivo, ya que deberá establecer estrategias para la capacitación, operación, evaluación y seguimiento de compromisos y resultados. En todo momento la capacitación debe realizarse considerando el nivel de jerarquía y responsabilidad de cada uno de los personajes del equipo directivo.

Posterior a la capacitación es de suma importancia dar a conocer los documentos de gestión (Diagnóstico de salud, Diagnóstico situacional y Plan estratégico) así como sensibilidad acerca de la importancia de implementar un plan estratégico.

El reto más importante para poder definir si una implementación es exitosa o no es precisamente a través del seguimiento y de la utilización de un esquema de rendición de cuentas, ya que solo así será posible determinar de manera objetiva y tangible si un plan fue verdaderamente efectivo para la resolución o mejora de problemas.

Una vez que ha sido planteada esta visión integral para la planeación estratégica de los servicios de salud, es importante identificar de manera objetiva por el personal directivo y responsable, que se ha realizado al interior de las instituciones o establecimientos de salud, y de igual forma deberá realizarse una evaluación integral de resultados e impactos sobre los procesos o programas en forma general, posteriormente se debe identificar las áreas o servicios con mayor problemática, de esta manera podrá jerarquizarse el nivel de prioridad para la resolución de problemas. En este mismo sentido es imprescindible el desarrollo paralelo de estrategias de prevención y contención de problemas.

Es posible que el desarrollo e implementación de estrategias táctico-operativas planteadas en la planeación estratégica se convierta en uno de los principales retos y desafíos en las instituciones de salud, por lo que es fundamental realizar de manera frecuente y en forma permanente la evaluación del nivel de conocimientos y de las competencias de gestión que tiene el personal que dirige los procesos y programas de las instituciones de salud. En caso de no hacerlo será prácticamente imposible implementar un modelo de planeación estratégica que tenga resultados de alto impacto para las instituciones y establecimientos dedicados a los procesos de atención en salud.

La salud como bien público global en la agenda de desarrollo post-2015

Domínguez-Martín R.

Doctor en Historia Económica. Director de la Cátedra de Cooperación Internacional y con Iberoamérica (Universidad de Cantabria)

Resumen

Objetivo: Analizar las perspectivas de la salud como bien público global en la agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2015-2030. **Material y métodos:** A partir de las estadísticas internacionales y mexicanas sobre cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), por un lado, y de la lista tentativa de los Objetivos (y metas) de Desarrollo Sostenible (ODS), por otro, se evalúan los límites del enfoque de salud pública de ambas agendas, en cuanto a los determinantes sociales y ambientales de la salud, las desigualdades en salud y los fallos en la gobernanza global de la salud. **Resultados y conclusiones:** De cara a la nueva agenda de los ODS se apoya la creación de una Plataforma para la Convención Marco de la Salud Global con el fin de lograr la cobertura universal sanitaria en los países en desarrollo.

Palabras clave

Salud pública, bienes públicos globales, cobertura universal

Abstract

Objective: Analyze the prospects of health as a global public good on the agenda of Sustainable Development Goals (SDGs) for 2015-2030. **Material and methods:** From international and Mexican statistics on compliance Millennium Development Goals (MDGs), on one hand, and the tentative list of Sustainable Development Goals (SDGs) and targets, on the other one, the limits of the public health approach of both agendas are evaluated, respect to the social and environmental determinants of health, health inequalities and failures in global health governance. **Results and conclusions:** Facing the new SDGs agenda, the Platform for the Framework

Convention on Global Health it is supported to achieve universal health coverage in developing countries.

Key words

Public health, global public goods, universal coverage

Introducción

En los últimos años, la multiplicación de epidemias (gripe asiática 2004-06, gripe A 2009-10 y Ébola desde 2012) ha reforzado la conciencia global sobre la salud. Pero la salud es una preocupación internacional desde hace mucho tiempo y, en el caso de América Latina, se remonta a la creación de la Oficina Sanitaria Internacional (1902), luego Oficina Sanitaria Panamericana (1923) y finalmente Organización Panamericana de la Salud (1958), que funge desde entonces como capítulo regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) iniciada en 1948.

El presente ensayo^[1] tiene como propósito analizar las perspectivas de la salud como bien público global (BPG) en la agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2015-2030. Para ello se realiza una evaluación de los límites del enfoque de salud pública de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en cuanto a los determinantes sociales y ambientales de la salud, las desigualdades en salud y los fallos en la gobernanza global de la salud, que, de cara a la nueva agenda de los ODS, han impulsado la creación de una Plataforma para la Convención Marco de la Salud Global con el fin de lograr la cobertura sanitaria universal tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

El trabajo se estructura en tres partes. En el primer apartado se realiza una evaluación normativa de la salud como derecho humano universal y BPG. En el segundo

^[1] El texto recoge las principales ideas de sendas conferencias que dicté en 2014 para la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, en la Universidad Cuauhtémoc (Guadalajara, México), y el Servicio Cántabro de Salud del Gobierno de Cantabria (Santander, España) en el *Curso de Introducción a la cooperación sanitaria*. Agradezco a varios de los intervinientes las sugerencias recibidas, y la doctora Gemma E. Licón la revisión técnica, adelantando que los errores y omisiones son de mi exclusiva responsabilidad.

apartado se establece un balance crítico de la salud en la agenda de los ODM tanto a nivel global como para México en particular. En el tercer apartado se valoran las perspectivas de la salud como derecho humano universal y BPG en la nueva agenda de ODS que sucederá a la de los ODM después de 2015 y estará vigente hasta 2030. El ensayo finaliza con unas breves consideraciones finales sobre la pertinencia de una Convención Marco de la Salud Global con el fin de lograr la cobertura universal sanitaria en los países en desarrollo.

1. La salud como derecho humano universal y bien público global

La salud fue recogida en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1948 (art. 25), a partir de la definición de la OMS en su acta de constitución (1946) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) reconoció el derecho de toda persona al “más alto nivel posible de salud física y mental” (art. 12), de acuerdo al principio de “realización progresiva” (dependiente de la restricción o disponibilidad presupuestaria).

La conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma-Ata (1978) marcó el hito fundamental en política de salud con su declaración *Salud para Todos*. Esta declaración subrayó la importancia de la atención primaria como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud, introdujo el tema de la desigualdad en salud (entre países y dentro de los países) como determinante de la misma, y, en consecuencia, sustituyó el paradigma clínico de la salud por el paradigma integral de los determinantes sociales casi treinta años antes de que la OMS creara la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud en 2005.^{1,2}

La Salud estuvo presente en 3 de los 8 objetivos en la agenda de los ODM lanzada en 2001, como agenda de objetivos de desarrollo mínimo:³ reducir la mortalidad infantil (Objetivo 4), mejorar la salud materna (Objetivo 5) y avanzar en la lucha contra el VIH y otras enfermedades (Objetivo 6). Y otros 3 objetivos incluyeron metas de salud asociadas a la nutrición (erradicar la pobreza extrema y el hambre, Objetivo 1), acceso al agua potable y saneamiento (asegurar un medio ambiente sano y seguro, Objetivo 7), y acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios accesibles en colaboración con las empresas farmacéuticas (lograr una alianza global para el desarrollo, Objetivo 8).

Pese a todo este interés internacional, la salud por sí misma no es un bien BPG: sólo la I+D+i (investigación + desarrollo

+ innovación) en salud y la prevención de enfermedades transmisibles se pueden considerar en la práctica BPG.⁴ Los BPG añaden el carácter global al de los bienes públicos, cuya definición canónica por la premio Nobel de Economía Elinor Ostrom, es la de aquellos que están disponibles para todos (no excluyentes) y sobre los cuales el uso por parte de una persona no impide el uso por parte de otras personas (no rivales). Los BPG traspasan grupos poblacionales y fronteras (están disponibles para todos o para gran parte de los países) y sus costes de provisión y beneficios (externalidades positivas) se extienden entre generaciones (pasadas, presentes y futuras).^{5,6}

A principios de los 90, ante la epidemia del VIH/SIDA, los países desarrollados se concientizaron que la ayuda internacional para la salud no era sólo una donación humanitaria, sino también una inversión para proteger la salud de sus propias poblaciones. Y el concepto clave para ello fue el de BPG.⁴

Los economistas utilizan la jerga de la no rivalidad y la no exclusión para definir los BPG, como un caso extremo, frente a los bienes privados, que presentarían el caso extremo opuesto. Mientras los bienes privados son rivales (disminuyen por el uso y por tanto rivalizan en consumo) y excluyentes (se puede evitar que los demás los consuman), los BPG son no rivales (el consumo que se hace de ellos no reduce la cantidad disponible para el resto de personas o grupos) y no excluyentes (una vez producido el bien, está disponible para todos). Dado que todos se pueden beneficiar de los BPG y que cualquiera puede aprovecharse de la provisión que de ellos hacen otros sin asumir su coste, los BPG pueden estar infra-provisionados por el mercado. Ello requiere intervención no solo de un Estado, sino que, por su carácter global, precisa la cooperación internacional al objeto de maximizar las externalidades positivas de los BPG o minimizar las negativas en caso de infra-provisión, punto en el que se habla de males público globales (MPG).^{5,6,7} En definitiva, los BPG son tanto facilitadores como objetivos de desarrollo, que requieren cooperación internacional para asegurar su provisión y evitar que se traduzcan en MPG:⁸ la salud es un ejemplo particularmente pertinente de ello.^{7,9}

Efectivamente, entre los BPG (MPG) destacan: la estabilidad del clima (calentamiento global) y del sistema financiero (crisis financiera global); la paz y la seguridad (conflictos bélicos y terrorismo); y (I+D+i) en salud, que sería un BPG facilitador del desarrollo, y el control de enfermedades transmisibles (epidemias globales), que sería un objetivo de desarrollo. En el tema de la salud es revelador que el presidente actual del Banco Mundial, Yim Jong

Kim, no sea economista, sino un médico y antropólogo, profesor de la Escuela de Medicina y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, fundador de Partners in Health, y ex director del Departamento de VIH/SIDA de la OMS.^[2]

La salud es un facilitador del desarrollo porque mejora la productividad del capital humano: un aumento del 10% en la esperanza de vida está asociado con la elevación en 0.3 puntos de la tasa de crecimiento económico anual de los países. La enfermedad reduce la productividad y el ingreso de los trabajadores y trabajadoras y es una de las causas de la trampa de pobreza, que genera un círculo vicioso pobreza-mala salud: la pobreza resultante impacta en la salud a través de sus efectos en la nutrición, la educación, las condiciones de vivienda y salubridad.^[10]

Ahora bien, la I+D+i en salud como BPG es un ejemplo claro de cómo un fallo de mercado precisa cooperación internacional de los Estados: el 90% del gasto privado en este rubro está enfocado a combatir enfermedades que afectan sólo al 10% de la población mundial. Pero la solución planteada hasta ahora ha sido la creación de alianzas público-privadas (PPP en sus siglas en inglés) globales,^[4] como el gigante Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (GFTAM, en sus siglas en inglés), que desde 2002 moviliza e invierte cerca de US\$4,000 millones al año para financiar programas dirigidos a acelerar el fin de las epidemias de SIDA, tuberculosis y malaria. Igualmente, el control de las enfermedades transmisibles (en términos de vigilancia epidemiológica, inmunización, y otras medidas preventivas) es un BPG que genera externalidades positivas: prevenir/reducir el contagio en un país beneficia a otros países. En todo caso, la cooperación internacional de los Estados para su provisión también se ha planteado bajo la forma mixta de PPP globales,^[4] como la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI, en sus siglas en inglés), que acaba de ser refinanciada para el período 2016-2020 con más de US\$7,500 millones. En ambas PPP, la Fundación Bill y Melinda Gates es el operador privado más destacado (en el FGTAM ha aportado hasta ahora US\$1,400 y para la GAVI se ha comprometido con US\$1,500).

En general, estas PPP asociadas a los ODM 4, 5 y 6 presentan productos que tienden a confundir con

resultados (7,3 millones de personas tratadas con retrovirales, 12,3 millones sometidas a pruebas de detección de la tuberculosis, distribución de 450 millones de mosquiteros tratados con insecticida para prevenir la propagación de la malaria, en el caso de GFTAM; 500 millones de niños vacunados evitando 7 millones de muertes prematuras en 73 países en el caso de GAVI).^[3] En concreto, buscan promover intervenciones fáciles de vender a los votantes y gobiernos financiadores (*quick wins*), pero siguen enfocadas a soluciones clínicas a expensas del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, que son los que afrontando los determinantes sociales de salud pueden lograr finalmente la provisión de la salud como BPG.^[11, 12]

Esto significa que debería asumirse como objetivo la cobertura sanitaria universal: “asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos”, según la OMS (actualmente 100 millones de personas al año se empobrecen por eso, y 1,3 billones son excluidas). Y ser consecuente con la globalización, que genera la interdependencia internacional de los procesos económicos, ambientales, políticos y sociales con la salud de la población.^[1, 13]

Por tanto el concepto de Salud Global requiere cambiar el enfoque clínico tradicional por un enfoque integral e interdisciplinario de salud preventiva: que atienda a los determinantes sociales y ambientales de la salud (los 7/8 del “iceberg de la enfermedad”); que haga frente a las desigualdades internacionales y al interior de los países en salud; y que resuelva el déficit de gobernanza internacional de la salud como BPG.^[13]

La salud global no es un problema de los países en desarrollo, sino de interdependencia entre países en desarrollo y desarrollados (caso del Ébola). La salud global no es un asunto de problemas de salud, sino de los determinantes de la salud (“aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos mundiales, nacionales y locales que explican la mayor parte de las inequidades sanitarias”, Resolución 62.12 de la Asamblea Mundial de la Salud, 2009). Y no es solamente una cuestión

[2] Véase el perfil biográfico en <http://www.bancomundial.org/es/about/president/about-the-office/bio>.

[3] Véase <http://www.theglobalfund.org/es/about/results/> y <http://www.gavi.org/data-vis/>.

de salud pública, sino del contexto internacional en que operan los sistemas de salud y sus problemas de financiación.^{1, 13}

En particular, es importante tener en cuenta que la salud como BPG es interdependiente de otros BPG como el conocimiento y la estabilidad climática. Sobre el cambio climático, la Lancet Commission (2009) señaló que el cambio climático (como MPG) es la mayor amenaza para la salud global del siglo XXI. Básicamente, el aumento de las temperaturas será responsable del incremento del número de mosquitos y la incidencia de la malaria y otras enfermedades como el dengue, que se está extendiendo no solo por Asia y América Latina, sino a Europa; o de la expansión de la fiebre chikungunya por el Caribe y Centro y Suramérica. Y además, hay que tener en cuenta los efectos no cuantificables sobre la salud del aumento de la contaminación, los cambios en la producción de alimentos, las temperaturas y fenómenos climáticos extremos, o la disminución de las reservas de agua potable. Estos efectos llegarán (están llegando) antes y con mayor intensidad a los pobres de los países más pobres.^{14, 15}

2. Salud en los ODM: balance crítico

Con los ODM (2001) la salud como fenómeno internacional consiguió casi duplicar el porcentaje de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) asignada al sector salud (uno de los grandes ocho sectores en los que se clasifica la AOD), que pasó del 7 al 13% del total en el período 1995-2000 al 2007-2011 (aunque la mayor parte del aumento fue destinado a la lucha contra el VIH/SIDA).¹⁶

Aunque la salud es omnipresente en los ODM (con los Objetivos 4, 5 y 6 específicos de salud, y metas de salud en los Objetivos 1, 7 y 8), sólo el Objetivo 6 y la meta correspondiente del 8 están claramente relacionados con la salud como BPG. Pero el enfoque que se ha dado a alguna de sus soluciones (la provisión de anti-retrovirales subvencionados) no es coherente con el concepto de salud como BPG: los antiretrovirales pueden ser rivales (no están disponibles para todos los países) y excluyentes (las personas sin ingresos pueden quedarse sin acceso a ellos, y, de hecho, el 56% de las personas con VIH en 2012 no tuvieron terapia anti-retroviral),¹⁷ porque están sujetos al Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio

(ADPIC) que, para los países que no producen sus propios anti-retrovirales genéricos, supone un elevado coste de provisión de la terapia contra el VIH/SIDA.¹²

La asignación de la AOD destinada a los Objetivos 4 y 5 se estancó en términos relativos (en torno al 6%) comparando los períodos 1995-2000 y 2007-2011,¹⁶ lo que, junto con la falta de un enfoque coherente con la consideración de la salud como BPG y derecho humano universal, explica el modesto balance de los 3 objetivos específicos de salud en términos de las metas propuestas (caso de los Objetivos 4 y 5) y teniendo en cuenta la escasa ambición de las mismas (caso del Objetivo 6).

En efecto, los ODM no tomaron en cuenta los problemas de desigualdad en salud: no fueron coherentes con la Declaración *Salud para Todos* de 1978, ni con la propia doctrina de NNUU sobre la salud como derecho humano universal.

Respecto a la mortalidad de los menores de 5 años (Objetivo 4), la meta era reducirla en dos terceras partes entre 1990 y 2015, pero, aunque se han logrado importantes avances (en 2012 murieron 6,6 millones de menores de 5 años, en comparación con 12,6 millones en 1990, una reducción del 47%, pasando de una tasa estimada de 90 a 48 muertes por cada 1.000 nacidos vivos y el ritmo mundial de este descenso se ha acelerado pasando del 1,2% anual en 1990-1995 al 3,9% en 2005-2012), la meta no se alcanzará para 2015,¹⁷ en gran medida por la persistencia de las desigualdades entre países en función del nivel de ingreso (Tabla 1), y por las desigualdades dentro de los países.^[4] En el caso de México (país de ingreso medio-alto), la reducción fue desde 41 en 1990 a 16,7% en 2011, considerándose que la meta (13,7) podrá cumplirse en 2015 a nivel federal, aunque con importantes rezagos en más de la mitad de los estados de la República.¹⁹

Tabla 1.
Tasa de mortalidad de menores de 5 años por nivel de ingreso

Países por nivel de ingreso	1992	2012
Ingresos bajos	166	82
Ingresos medio-bajos	118	61
Ingresos medio-altos	54	20
Ingresos altos	15	6

Fuente:¹⁷

[4] El 60% de los niños más ricos de los países en desarrollo tienen 1.2 más probabilidades de dormir bajo una mosquitera, 1.5 de estar vacunados y 3.7 veces de haber nacido atendidos por personal especializado que el 40% de los más pobres.¹⁸

Se estima que el 45% de la mortalidad infantil está asociada a la desnutrición, que incluye la limitación del crecimiento fetal, el retraso del crecimiento, la emaciación muscular y la carencia de vitamina A y zinc, junto con la lactancia materna sub-óptima. En este punto, la meta del Objetivo 1 de reducción a la mitad de la proporción de personas que padecen hambre está cerca de cumplirse en lo referido a los niños menores de 5 años con peso insuficiente (que pasó del 25 al 15% entre 1990 y 2012), aunque todavía 1 de cada cuatro niños menores de 5 años en los países en desarrollo sufren retraso en su crecimiento (definido como peso y talla bajos para la edad), y las mejoras en el indicador de peso insuficiente se han distribuido de forma muy desigual entre las regiones y dentro de ellas (desde Asia meridional, donde pasó del 50 al 30%, a América Latina, donde pasó del 7 a 3%).¹⁷ México en este punto estaría dentro del rango regional, al pasar del 10.8 en 1998 al 2.8% en 2012, habiendo, pues, cumplido la meta.¹⁹

Otro determinante importante de la mortalidad infantil es el acceso al agua potable y saneamiento. El Objetivo 7 contiene una meta de salud para 2015 consistente en reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento: en los países en desarrollo, la meta se alcanzó ya (al pasar del 30 al 13% entre 1990 y 2012); sin embargo, los progresos han sido desiguales en las diferentes regiones, desde África Subsahariana, donde pasó del 52 al 46%, a América Latina, donde pasó del 15 al 6%, y entre las zonas urbanas y rurales, así como entre ricos y pobres.¹⁷ Además, hay una importante deficiencia en las estadísticas, ya que la información se basa en encuestas que no comprueban la calidad del agua.^[5] En cuanto al saneamiento básico, el ritmo actual de los progresos es demasiado lento para que se alcance la meta de los ODM a nivel global. En 2012, 2,500 millones de personas no tenían acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas, y 1,000 millones de estas personas todavía practican la defecación al aire libre. Además, el número de personas que viven en zonas urbanas sin acceso a saneamiento mejorado es cada vez mayor debido al rápido crecimiento de las poblaciones urbanas.¹⁷ En el caso de México, la meta de reducción de la proporción de personas sin acceso a

fuente mejorada de agua también se cumplió (pasó del 21.6 en 1990 a 9.1% en 2010), al igual que la de reducción de los sin acceso a saneamiento (pasó del 41.4 al 22.3% en 2010), aunque la proporción de personas en esta situación todavía sigue siendo enorme: más de 1 de cada 5 mexicanos y mexicanas no tiene acceso a saneamiento y siete estados están por debajo de la meta.¹⁹

En cuanto al Objetivo 5, la principal crítica es que no se atendió adecuadamente a la salud sexual y reproductiva (añadida como meta en la revisión de los ODM en 2005, con indicadores a partir de 2007), que había sido uno de los principales acuerdos de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994).¹⁶ El resultado es que la meta de reducción en tres cuartas partes de la tasa de mortalidad materna (la muerte de una mujer durante o poco después del embarazo) quedó muy lejos de cumplirse: pese a la caída significativa del número de muertes maternas (de una cifra estimada de 523 mil en 1990 a 289 mil en 2013), el ritmo de esa disminución de muertes de madres de entre 15 y 45 años por cada 100 mil niños nacidos vivos es de poco más de la mitad de la necesaria (pasó de 430 a 370 en los países en desarrollo) para alcanzar la meta (230), mientras que lograr el acceso universal a la salud reproductiva quedó también muy lejos, ya que la proporción de mujeres que fueron atendidas durante el embarazo cuatro o más veces (mínimo recomendado por la OMS) sólo aumentó del 37 al 52% en los países en desarrollo; y el embarazo de adolescentes (cuya interrupción en condiciones de ausencia de derecho al aborto es la causa real más importante de la mortalidad materna) apenas se redujo de 64 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años en 1990 a 54 en 2011, por mucho que la definición de la meta (reducir) diga que se ha logrado su cumplimiento.¹⁷ En el caso de México, el progreso en este Objetivo también fue insuficiente, pasando de 88,7 mujeres muertas durante o inmediatamente después del embarazo en 1990 a 43 en 2011 (aunque con importantes diferencias entre estados), siendo la meta para 2015 de 22,2. Las cifras de embarazo adolescente también arrojan datos preocupantes: 81,4 en 1990 y 69,5 en 2007 (último dato disponible), que revela la baja prioridad de esta problemática en las políticas de salud pública.¹⁹

[5] “Las preguntas sólo distinguen dos categorías de fuentes de suministro de agua: las fuentes mejoradas y las fuentes tradicionales. La primera incluye agua por tubería, grifos y bombas de titularidad pública, pozos protegidos y sistemas de recolección de agua de lluvia. Las tradicionales son los pozos sin protección, aguas superficiales y agua de camiones. Se supone que todas fuentes mejoradas proveen agua potable porque, supuestamente, estas protegen el agua de la contaminación desde el exterior”. Sin embargo, los datos de UNICEF y la OMS demuestran que “la contaminación microbiológica del agua se da con mucha frecuencia; sucediendo también en la obtenida de fuentes mejoradas”²⁰

En el Objetivo 6, aunque la tasa de incidencia de VIH/SIDA (número de nuevos infectados al año por cada 100 personas de 15 a 49 años) se redujo en el conjunto de los países en desarrollo de 0.10 a 0.06 entre 2001 y 2012, la propagación de esta epidemia continuará porque todavía hay demasiados casos de nuevas infecciones (en 2012 hubo 2,3 millones de nuevas infecciones por el VIH, el 70% de ellos en África subsahariana) y, paradójicamente, por el avance (insuficiente) en el acceso al tratamiento anti-retroviral en países los países en desarrollo (poco más de 9,7 millones de personas en 2012), que disminuirá la mortalidad por causas relacionadas con el SIDA.¹⁷ En el caso de México, la tasa de incidencia del VIH/SIDA fue de 0.24 en 2012, ligeramente más alta que la del año base (0.21), aunque la meta se considera cumplida al quedar por debajo del marcador establecido en 0.60, al igual que la población infectada con acceso a medicamentos anti-retrovirales (85.1 en 2011, siendo la meta del 80%).¹⁹

La meta de reducción de la incidencia de la malaria también se encaminó hacia su cumplimiento: en el período 2000-2012, la incidencia de la malaria y las tasas de mortalidad de la población en riesgo disminuyeron en todo el mundo el 29% y el 42%, respectivamente. En todo caso, según cálculos de la OMS, aproximadamente la mitad de la población mundial corre el riesgo de contraer la malaria, y se calcula que en 2012 hubo 207 millones de casos, 627 mil de ellos mortales; la mayoría de esas muertes se produjeron en niños africanos menores de 5 años.¹⁷ Para México la incidencia de la malaria cayó del 51.1 (por cada 100 mil habitantes) en 1990 al 0.7 en 2012.¹⁹

En cuanto a la tuberculosis, a escala global, el número de nuevos casos registrados cada año ha ido disminuyendo lentamente durante un decenio (en paralelo al aumento de la tasa de tratamiento, que superó la meta del 85%) con lo que la meta de reducir la propagación de la enfermedad para 2015 se puede dar por cumplida. Así todo, se estima que en 2012 se produjeron 8,6 millones de nuevos casos y 1,3 millones de defunciones (incluidas 320,000 defunciones de personas VIH positivo)¹⁷ Para México, en cambio, la tasa de incidencia de la tuberculosis (en todas sus formas) ha crecido ligeramente desde 1990 a 2012 (de 16.6 por cada 100 mil habitantes a 16.8, con más de la

mitad de los estados por encima de esta última media), si bien la meta de reducción de la tasa de mortalidad por cada 100 mil habitantes está en camino de cumplirse (pasó de 7.1 en 1990 a 2.2 en 2011, siendo la meta para 2015 de 1.7).¹⁹

Finalmente, en el Objetivo 8, la meta de proporcionar acceso a los medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo en cooperación con las empresas farmacéuticas, tampoco parece que se vaya a alcanzar, precisamente por la no consideración de la salud como un derecho humano universal. Como señala la OMS, “muchas personas siguen sufriendo una escasez de medicamentos en el sector público que les obliga a acudir al sector privado”. Las encuestas realizadas entre 2007 y 2012 revelan que la disponibilidad media de determinados medicamentos genéricos en el sector público en países en desarrollo era de tan solo un 57%; siendo los precios para el paciente de los medicamentos genéricos más baratos eran en el sector privado un promedio de 5 veces mayores que los precios internacionales de referencia. “Incluso con los genéricos de menor precio, hay tratamientos comunes que pueden estar fuera del alcance de los hogares con bajos ingresos de los países en desarrollo. El mayor precio lo pagan los pacientes con enfermedades crónicas. Existen tratamientos eficaces para la mayoría de la carga mundial de morbilidad crónica, pero sigue sin alcanzarse el acceso universal”.^[6]

Cabe señalar, por último, que los ODM no tomaron en cuenta los determinantes sociales que restringen la habilidad de los individuos para llevar una vida sana. El Objetivo 8 no incluyó ninguna meta sobre la regulación de las prácticas de publicidad de las compañías de tabaco, bebidas y alimentos que dañan la salud. Esto alude a la necesidad de considerar las enfermedades no transmisibles (verdaderas epidemias industriales o enfermedades impulsadas por el beneficio) como un MPG, y su prevención como un nuevo BPG que exigirá medidas contundentes contra las prácticas de las multinacionales de la alimentación, bebidas y tabaco.^{21,22} No hay que olvidar que las enfermedades vinculadas a la obesidad (diabetes mellitus e hipertensión) y el tabaquismo (cardiopatía) son la primera y creciente causa de mortalidad prematura a nivel global. En

[6] Véase <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>.

China, India, Brasil, México o Sudáfrica, los cambios en la dieta están liderados por los productos de “alimentación” de empresas como Mengniu Dairy (China), Gujarat Cooperative Milk (India), Nestlé, Kraft, Unilever, PepsiCo o Bimbo (en Sudáfrica, Brasil y México) con cuotas de mercado muy elevadas.^{21,22} Estos productos están empeorando los indicadores de salud: la diabetes tipo 2 se va a convertir en la séptima causa de muerte para 2030, como consecuencia del consumo de bebidas azucaradas y comida chatarra ultra-procesada, con especial incidencia en los países en desarrollo: para entonces se calcula que México, que en 2011 era el 7º país del mundo con mayor número de afectados (10,3 millones) ascienda al 6º lugar (16,4 millones), después de China (129,7), India (101,2), EUA (29,6), Brasil (19,6) y Bangladesh (16,8).²³ En este punto es importante destacar que la regulación pública (en cuestiones como el etiquetado o la publicidad) es necesaria para reducir las externalidades negativas sobre la salud global que generan estas empresas.^[7]

3. Salud en los ODS: perspectivas

A partir de 2016 entrará en vigor la nueva agenda de desarrollo que sustituirá a los ODM: los ODS. La propuesta, aprobada por el Grupo de Trabajo Abierto de la Asamblea General de NNUU en julio 2014, que parece será la definitiva en el momento en que se escriben estas líneas (abril de 2015)²⁵ consiste en una lista de 17 objetivos y 169 metas. Frente a los ODM, con 3 de los 8 objetivos enfocados a la salud, se podría pensar que los ODS, con solo 1 objetivo de 17 específico sobre salud, está ha perdido fuerza. Sin embargo, el ODS 3 (garantizar una vida sana y

promover el bienestar para todos en todas las edades) está articulado con 8 metas específicas de otros 5 objetivos que se refieren a los determinantes sociales de la salud (Tabla 2). Asimismo, se puede considerar que el Objetivo 3 es complementario con un buen número de otros. La implementación de esquemas de protección social requeridos en el Objetivo 1 incluye la protección de la salud. La salud es clave para lograr el Objetivo 4 de educación. El agua potable, el saneamiento y los servicios de higiene del Objetivo 6 contribuyen a limitar la extensión de las enfermedades. El empleo y el bienestar económico del Objetivo 8 fortalecen las posibilidades de acceso a los cuidados de salud donde no son ofrecidos por el sector público. Y los Objetivos 13, 14 y 15, relativos a la lucha contra el cambio climático, los servicios del ecosistema y el bienestar medioambiental, pueden complementar el Objetivo 3 como mínimo indirectamente.²⁶ Es importante señalar, por último, que en el ejercicio de análisis costo-beneficio del Copenhagen Consensus Centre, donde se identificaron las metas más costo-efectivas (donde el gasto de cada USD\$1 rinde por encima de USD\$15), de las 18 seleccionadas 9 son relativas a la salud.²⁷

En cuando al Objetivo 3, contiene nueve metas y cuatro mecanismos de implementación (Tabla 3), que inicialmente se ha valorado como “una agenda de salud comprensiva y ambiciosa que incorpora y construye a partir de los ODM no cumplidos, pero se desplaza hacia una visión más holística de la salud y el bienestar”,²² para después ser criticada por su ambición poco realista, con metas cuya operacionalización no refleja suficientemente las elevadas aspiraciones del objetivo, que no se considera alcanzable para 2030 ni siquiera dando cumplimiento a la mayoría de las 9 metas.²⁶

[7] A este respecto es importante destacar la experiencia de Ecuador. En este país el 82% de los alimentos procesados antes de 2013 contenían altos niveles de azúcar, sal y grasas. Ante ello, el Gobierno obligó mediante un reglamento de etiquetado a que todas las empresas identificaran en sus productos los niveles de azúcar, sal y grasas, mediante un sistema de semáforo (copiado del Reino Unido) perfectamente comprensible para todos los consumidores. Aunque el programa todavía no ha sido evaluado desde su implementación en 2013, un primer efecto que ha tenido es incentivar a las empresas a bajar todos o alguno de los tres componentes para situar a su producto en los niveles medio (amarillo) o bajo (verde) identificados ahora fácilmente como más saludables por los consumidores.

Tabla 2.
Metas relacionadas con la salud de los ODS 2, 5, 6, 11 y 16

ODS	Metas relacionadas con salud
2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.	<p>2.1. Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.</p> <p>2.2. Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluido el logro, a más tardar en 2025, de las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.</p>
5. Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas.	<p>5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.</p> <p>5.6. Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.</p>
6. Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos.	<p>6.1. Para 2030, lograr el acceso universal y equitativo a agua potable segura y asequible para todos.</p> <p>6.2. Para 2030, lograr el acceso equitativo a servicios de saneamiento e higiene adecuados para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones vulnerables.</p>
11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.	<p>11.2. Para 2030, proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación vulnerable, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad.</p>
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.	<p>16.1. Reducir considerablemente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad conexas en todo el mundo.</p>

Fuente: ^{22, 25}

Tabla 3.
metas y mecanismos de implementación del ODS 3
(Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades)

Metas	<p>3.1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.</p> <p>3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.</p> <p>3.3. Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.</p> <p>3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.</p> <p>3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.</p> <p>3.6. Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.</p> <p>3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación de la familia, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.</p> <p>3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.</p> <p>3.9. Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.</p>
Mecanismos de implementación	<p>3.a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.</p> <p>3.b. Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha sobre el Acuerdo ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.</p> <p>3.c. Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.</p> <p>3.d. Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.</p>

Fuente:²⁵

En efecto, una primera lectura lleva a pensar que el nuevo Objetivo 3 responde a muchas de las críticas anteriores sobre las insuficiencias de los ODM, cuyo trabajo se pretende además terminar. Para ello se quiere poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años para 2030 (meta 3.2), lo que completaría el ODM4. Se plantea una nueva meta (3.1) de reducción de mortalidad materna (por debajo de 70 mujeres muertas durante o inmediatamente después del embarazo por cada 100 mil nacidos vivos para 2030) y se defiende una mayor atención a la salud sexual y reproductiva (que en 2030 debe ser de acceso universal, incluyendo la planificación familiar, meta 3.7), lo que acabaría el trabajo del ODM5. Se pretende acabar con las epidemias de SIDA, tuberculosis y malaria del viejo ODM6, que se expande a las enfermedades tropicales desatendidas^[8] (meta 3.3) y a las enfermedades no transmisibles (que deben reducirse un tercio para 2030, meta 3.4), que son responsables de 2 de cada 3 muertes a nivel mundial. Se toma en cuenta el derecho a la cobertura sanitaria universal (meta 3.8) y los determinantes sociales y ambientales de la salud, con metas sobre prevención del abuso de alcohol y tabaco (meta 3.5), reducción a la mitad del número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico para 2020 (meta 3.6) que son la octava causa de mortalidad a nivel mundial, y reducción sustancial para 2030 del número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos y peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo (meta 3.9).²²

Sin embargo, se repiten los errores de los ODM: las metas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.6 y 3.9, plantean reducciones proporcionales o absolutas que no tienen en cuenta las enormes diferencias de partida de los países y el problema del infra-registro de datos de mortalidad materna; las metas 3.7 y 3.8, buscan acceso y cobertura universales que tampoco tienen en cuenta la gran desigualdad de partida entre los distintos países; la meta 3.5, que afecta a los intereses de la industria de bebidas alcohólicas, es como la 3.9, inespecífica y ambas se enfrentan a desafíos muy importantes en la recogida y evaluación de datos respectivamente.²⁶

En cuanto a los mecanismos de implementación, las cuestiones que se refieren a cómo lograr efectivamente la cobertura sanitaria universal (el derecho humano a la

salud), quedan en un plano de meras recomendaciones sin horizonte temporal para su cumplimiento, dependen de la voluntad de los países desarrollados en los que falla, como siempre, la coherencia de políticas, y se echa en falta un mecanismo específico para combatir las enfermedades fabricadas industrialmente a través de restricciones a la publicidad y el consumo de bebidas azucaradas, alimentos ultra-procesados y alcohol, por no mencionar el marketing de la industria del automóvil.^{21, 22} El Convenio sobre el Tabaco, que entró en vigor en 2005, no está ratificado por EUA. La legislación sobre propiedad intelectual, que favorece sistemáticamente a los países desarrollados, frena el acceso a los medicamentos a precios asequibles en los países en desarrollo. Y el aumento de la financiación de los sistemas de salud de los países en desarrollo (que concentran el 93% de la carga de enfermedad y solo tienen el 11% del gasto mundial en salud) queda a discreción de los donantes, que han incumplido sistemáticamente sus acuerdos de financiación.^{28, 22, 1} Y además, la meta 3.8, siguiendo a la OMS, asume el entendimiento de la cobertura sanitaria universal como un proceso de aumento de los fondos de cobertura, de la población cubierta y de los servicios prestados, de acuerdo al principio de realización progresiva²⁸ (de ahí la ausencia de límite temporal contra el que evaluar la meta).

Por tanto, no se está hablando de cobertura universal, sino de acceso universal (en términos físicos y financieros), lo que deja una puerta abierta a la exclusión sanitaria y a la privatización de los servicios.²⁸ Sólo así se puede entender la afirmación de que México alcanzó en 2012 la cobertura universal en salud.²⁹ Sin embargo, una parte importante de la población “asegurada” no tiene un acceso real a la atención, y se reproduce la segmentación que deja a millones de personas fuera de la seguridad social, homogeneiza hacia abajo sus beneficios, e introduce una progresiva privatización de los servicios.²⁸

Consideraciones finales

En definitiva, las desigualdades internacionales en salud (“las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”,

[8] Se trata de un grupo de enfermedades infecciosas diversas causadas por patógenos como virus, bacterias, protozoos y helmintos. Las 17 enfermedades que la OMS considera prioritarias son prevalentes en 149 países; esas enfermedades, como el dengue, pueden provocar múltiples infecciones en una persona y, generalmente, se relacionan con la pobreza, y afectan a más de 1,000 millones de personas en todo el mundo. Véase <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>.



Resolución 62.12 de la Asamblea Mundial de la Salud, 2009 y dentro de los países¹ no son efectivamente abordadas. No lo fueron en la agenda de los ODM, cuyo balance en este punto es de persistencia de elevadas desigualdades en salud entre y dentro de los países, pese a la caída de esta última.¹⁸ Y no los son, si se mira detrás de las apariencias de la retórica, en la de los ODS. Cuando se observan las diferencias en el gasto en salud en los países de acuerdo a su nivel de ingreso (con los países de ingreso alto doblando el gasto sobre PIB y el gasto público en salud sobre el gasto total y más que triplicando el gasto público en salud sobre el PIB, respecto a los países de ingreso bajo)³⁰ se concluye que “la urgente necesidad de que los países establezcan sistemas de salud gratuitos y universales” reclamada por Oxfam³¹ no va a ser posible si no se incrementa la cooperación internacional en salud y se aborda la tarea pendiente de completar la vieja agenda de *Salud para Todos* de Alma-Ata (1978): “la nueva meta y objetivos pueden ser alcanzables si perseguimos realmente la prevención en vez de confiarnos en el repliegue al tratamiento”, lo cual significa abordar los determinantes comerciales de la mala salud y las enfermedades impulsadas por el beneficio o producidas industrialmente, así como repensar la política de I+D+i donde el sector público debe tomar una mayor iniciativa.^{22,21}

Además, como señala Oxfam, “la cobertura sanitaria universal debe basarse en el principio de solidaridad social, en forma de subvenciones cruzadas de renta de ricos a pobres y de subvenciones cruzadas de niveles de riesgo de las personas sanas a las enfermas, de modo que el acceso a los servicios dependa de la necesidad y no del poder adquisitivo”³¹ La ampliación de los servicios de salud hasta alcanzar la cobertura sanitaria universal “requiere de la existencia de un sector sanitario público

fuerte que ofrezca la mayor parte de los servicios”, evitando las PPP, que se consideran “arriesgadas y costosas”, y garantizar que un porcentaje adecuado de los presupuestos nacionales está destinado a la sanidad, dando cumplimiento al objetivo de dedicar al menos el 15% del presupuesto público a salud (acordado en la Declaración de Abuja de la OMS en 2001) y ampliar rápidamente la provisión pública de los servicios de salud.³¹

En este sentido, la propuesta de una Convención Marco de NNUU de Salud Global, cuya Plataforma se lanzó en marzo de 2015, podría ser un buen punto de partida. Una convención es un instrumento jurídico blando que se dota de protocolos opcionales duros porque se tienen que trasponer en la legislación nacional o en los contratos inter-gubernamentales de cooperación internacional.¹ El mensaje de esa la Plataforma es así un desafío para la provisión de la salud como BPG en la nueva agenda de los ODS, y permite el adecuado cierre de este trabajo: “son necesarios estándares más claros para la exigibilidad inmediata del derecho [a la salud] y para evaluar su progreso”, así como “un marco de financiación nacional e internacional claro, con normas exigibles”^[9].

Rafael Domínguez Martín

Doctor en Historia Económica

domingur@unican.es

ETS de Caminos, Canales y Puertos, CDTUC
Avda. de los Castros s/n 39005 Santander (España)
Celular 0034629603761

[9] http://www.globalhealthtreaty.org/docs/Plataforma_para_el_Convenio_Marco_de_Salud_Global-Definitiva.pdf

Referencias bibliográficas

1. Prosalus y Cruz Roja. *Comprendiendo el derecho humano a la salud*. AECID, Madrid, 2014.
2. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud, Buenos Aires, 2009.
3. Vandemoortele, J. "Post-2015 agenda: mission impossible?", *Development Studies Research*, 1 (1): 223-232, 2014.
4. Smith, RD y MacKellar, L. "Global public goods and the global health agenda: problems priorities and potential", *Globalization and Health*, 3 (9), 2007.
5. Ostrom, E. *Understanding Institutional Diversity*. Princeton University Press, Princeton, 2005.
6. Hess, C. y Ostrom, E. "Introduction: An Overview of Knowledge Commons", en C. Hess y E. Ostrom (eds.), *Understanding Knowledge as a Commons. From Theory to Practice*. MIT Press, Cambridge Mss: 3-26, 2007.
7. Woodward, D y Smith, R.D. "Global Public Goods and Health: concepts and issues", en http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/gpgh1/en/.
8. Kaul, I. "Global Public Goods. A concept for framing the Post-2015 Agenda?", *German Developmen Institute Discussion Paper*, 2/2013.
9. Bozorgmehr, K. "Rethinking the «global» in global health: a dialectical approach", *Globalization and Health*, 6 (19), 2010.
10. Commission of Macroeconomics and Health. *Investing in Health for Economic Development*. World Health Organization, Geneva, 2001.
11. McCoy, D, Kembhavi, G, Patel y Luintel, A. "The Bill & Melinda Gates Foundation grant-making program for global health", *The Lancet*, 373 (9675): 1645-1653, 2009.
12. Nelson, PJ. "Human Rights, the Millennium Development Goals, and the Future of Development Cooperation", *World Development*, 35 (12): 2041-2055, 2007.
13. Rowson, M et al. "Conceptualising global health: theoretical issues and their relevance for teaching", *Globalization and Health*, 8 (36), 2012.
14. Anstey, M. "Climate change and health – what's the problem?", *Globalization and Health*, 9 (4), 2013.
15. World Bank. *Turn Down the Heat. Why a 4°C Warmer World Must Be Avoided*. The World Bank, Washington, 2012.
16. Fukuda-Parr, S, Yamin, AE y Greenstein, Y. "The Power of Numbers: A Critical Review of Millennium Development Goals Targets for Human Development and Human Rights", *Journal of Human Development and Capabilities: A Multi-Disciplinarity Journal for People-Centred Development*, 15 (2/3): 105-117, 2014.
17. Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2014*. NNUU, Nueva York, 2014.
18. Wagstaff, A, Bredenkamp, C y Buisman, L.R. "Progress on Global Health Goals: Are the Poor Being Left Behind?", *The World Bank Research Observer*, 29 (2): 137-162, 2014.
19. Gobierno de México. *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2013*. Presidencia de la República, México, 2013.
20. Vandemoortele, J. "No creas todo lo que dicen de los ODM", *El País*, 16 de febrero de 2015, disponible en: http://elpais.com/elpais/2015/02/09/planeta_futuro/1423489334_643762.html.
21. Sokol, N. "Non-Communicable Diseases: The Role of Global Food, Tobacco, Soft Drink and Alcohol Industries", en <http://journalistsresource.org/studies/environment/food-agriculture/non-communicable-diseases-role-global-food-drink-tobacco-alcohol-industries>, 2014.
22. Buse, K y Hawkes, S. "Health in the sustainable goals: ready for a paradigm shift", *Globalization and Health*, 11 (13), 2015.
23. Whiting, DR, Guariguata, L., Weil, C. y Shaw, J. "IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030", *Diabetes Research and Clinical Practice*, 94: 311-321, 2011.
24. Evans, A y Steven, D. *What Happens Now?. Time to deliver the post-2015 development agenda*. Center of International Cooperation, NYU, New York, 2015.
25. Naciones Unidas. *Informe del Grupo de Trabajo Abierto sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. A/68/970, 12 de agosto de 2014.
26. Stepping, K y Rippin, N. "Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages", en M. Loewe y N. Rippin (eds.), *The Sustainable Development Goals of the Post-2015 Agenda: Comments on the OWG and SDSN Proposals. Revised versión*, 26 February 2015. German Development Institute, Bonn: 21-25, 2015.
27. "Assessing development goals. The good, the bad and the hideous", *The Economist*, 28 de marzo de 2015, disponible en: <http://www.economist.com/news/international/21647316-which-mdgs-did-some-good-and-which-sdgs-might-work-good-bad-and-hideous>.
28. Prosalus y Médicos del Mundo. *La salud en la cooperación al desarrollo al desarrollo*. Informe 2013.
29. Knaul, FM et al. "Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México", *Salud Pública de México*, 55 (2): 207-235, 2013.
30. Ooms, G et al. "Beyond health aid: would an international equalization scheme for universal health coverage serve the international collective interest?", en IS Global, *Building a Global Health Social Contract for the 21th Century*. Institute of Global Health, Barcelona: 115-142, 2013.
31. Oxfam. *Hagámoslo posible. Propuestas de Oxfam para el marco post-2015*. Informe 187, 2014.

Diabetes en población derechohabiente del ISSSTE en el Estado de Jalisco

Maldonado-Hernández, H.R. (1), Aguirre-Moreno, J.A. (2), Olivares-Orozco, M.P.C. (3), Morales-Flores E.A. (4) Aguirre-Moreno, M.A. (5), Aguirre-Olivares T.A. (6) Avelar-Herrera, C.E. (7) Cooper-Barrera, D.A. (7).

(1) Médico especialista, Subdelegado Médico ISSSTE Jalisco. (2) Médico especialista, Doctor en Ciencias de la salud en el Trabajo, CUCS, Universidad de Guadalajara. Adscrito a la Subdelegación Médica del ISSSTE. (3) Médico, Maestría en Terapia Familiar, Doctor en Ciencias de la salud en el Trabajo, CUCS, Académico SEMS, Universidad de Guadalajara. (4) Médico especialista, Director de la C.H. Puerto Vallarta, (5) Médico especialista, adscrito al servicio de ortopedia y traumatología del HRVGF del ISSSTE, Maestro en salud en el trabajo, CUCS, Universidad de Guadalajara. (6) Estudiante de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara. (7) Apoyo Administrativo, Subdelegación Médica ISSSTE.

Resumen

Introducción: El panorama de la diabetes en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es poco favorable debido a las características de su población, conformada principalmente por adultos mayores, sedentarios, con malos hábitos alimentarios, con sobrepeso y obesidad. Para enfrentar esta problemática se ha adoptado un Modelo innovador que busca el empoderamiento de la enfermedad por parte del paciente, el que se ha denominado: Manejo Integral de la Diabetes por Etapas (MIDE), que contempla la participación activa del paciente para el control de su enfermedad y lograr desarrollar capacidades que le permitan hacerse responsable de su salud. Con la finalidad de conocer la magnitud de esta enfermedad hemos realizado un censo de pacientes diabéticos. **Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional, transversal, retrospectivo, durante el año 2014, a partir de la información del registro Sistema de Información Médica Financiera (SIMEF), donde los datos se obtienen en base a la captura de la productividad diaria del personal médico en cada una de las unidades médicas. La población de estudio estuvo conformada por pacientes pertenecientes a cinco Clínicas de Medicina Familiar (CMF) de primer nivel (CMF1, CMF2, CMF3, CMF Aulán, CMF Lagos de Moreno) y dos Clínicas Hospital (CH) de segundo nivel (CH Ciudad Guzmán, CH Puerto Vallarta). **Resultados:** El total de población derechohabiente del ISSSTE en Jalisco es de 353,655 personas, de ellas 16,511 viven con diabetes, La zona metropolitana de Guadalajara presenta el 67.08% de los casos de diabetes y el interior del Estado el 32.91%, correspondiendo 9,371 (56.75%) al género femenino y 7,140 (43.24%) al masculino, lo cual corresponde al 4.66% de la población. Presentan Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (DMIND) 2,321

(14.05%), Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID) 3,017 (18.27%) y pacientes con complicaciones 4,690 (28.40%). La cantidad de consultas cuyo motivo principal es la diabetes mellitus es de 11.85%; Esta enfermedad representa el 19.37% del presupuesto anual Delegacional. **Discusión:** La población derechohabiente en nuestro Estado presenta características similares, lo cual nos permite, respetando la libertad de prescripción del personal médico, homologar el tratamiento médico, reduciendo las complicaciones de la enfermedad y con ello homologar los costos del tratamiento en el Estado de Jalisco. **Conclusiones:** Consideramos urgente necesidad de fortalecer los consultorios MIDE en todo el Estado de Jalisco para contribuir a la mejoría de la calidad de vida de los pacientes y la disminución de complicaciones. Ante el creciente volumen de pacientes diabéticos es necesario también capacitar a todo el personal médico en el manejo de esta enfermedad, aunado a otras enfermedades crónicas degenerativas, como obesidad, hipertensión y síndrome metabólico.

Palabras Clave: Diabetes, ISSSTE, Jalisco.

Abstract

Introduction: The panorama of Diabetes in ISSSTE is unfavorable, the nature of its population, mainly made up of older, sedentary adults with poor eating habits, overweight and obesity. To address this problem it has been adopted an innovative model that seeks the empowerment of the disease by the patient who has been called: Integrated Management Staged Diabetes (MIDE), which includes the active participation of the patient to control his disease and to develop the capacities that will allow responsible for their health. In

order to know the magnitude of this disease have made a diabetic patient census. **Material and methods:** An observational, cross-sectional, retrospective, descriptive study during 2014, based on the registration information to Financial Medical Information System (SIMEF), where data are obtained on the basis to capture daily physician personnel productivity in each of the medical units. The study population consisted of patients from five Clinical Family Medicine (CMF) first class (CMF1, CMF2, CMF3, CMF Autlán, CMF Lagos de Moreno) and two second-level (CH Ciudad Guzman, CH Puerto Vallarta) **Results:** The number of population of the ISSSTE in the State of Jalisco consists of 353,655 beneficiaries, these are 16,511 people living with diabetes, the Guadalajara metropolitan area presents 67.08% of cases of diabetes and the interior of the State 32.91%, with 9,371 (56.75%) were women and 7,140 (43.24%) male, which corresponds to 4.66% of the population. Diabetes Mellitus Insulin Dependent (DMIND) features 2,321 (14.05%), Diabetes Mellitus No Insulin Dependent (NIDDM) 3,017 (18.27%) and patients with complications 4,690 (28.40%). The number of inquiries having diabetes mellitus as the main reason is 11.85%; This disease means 19.37% of the borough's annual budget. **Discussion:** The insured population in our state has similar characteristics, which allows us respecting freedom of prescription medical personnel, standardize medical treatment, reducing the complications of the disease and thereby standardizing treatment costs in the state of Jalisco. **Conclusions:** We consider urgent need to strengthen MIDE clinics throughout the State of Jalisco to contribute to improving the quality of life of patients and decrease complications. With the growing volume of diabetic patients is a need to train all medical personnel in the management of this disease, coupled with other chronic degenerative diseases such as obesity, hypertension and metabolic syndrome.

Keywords: Diabetes, ISSSTE, Jalisco

Introducción

La Delegación Estatal del ISSSTE en el Estado de Jalisco está conformada por cinco unidades de primer nivel; tres CMF en la zona metropolitana de Guadalajara (CMF),^{1,2,3} y dos CMF al interior del estado (Autlán, Lagos de Moreno); así como dos de segundo nivel que son CH, las cuales se encuentran en Ciudad Guzmán y Puerto Vallarta.

De acuerdo a datos proporcionados en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2012, la diabetes se encuentra entre las principales causas de muerte en

México, presentando un panorama nacional de 6.4 millones de personas diagnosticadas con diabetes, generando cifras ascendentes, ya que en ENSA 2000¹ fue de 4.6%, ENSANUT 2006² de 7.3% y ENSA 2012 de 9.2%.³

La cifra de diagnóstico previo aumenta después de los 50 años, lo que hace necesario que la población incremente la actividad física y consuma una dieta adecuada, que son estilos de vida que disminuyen el riesgo de desarrollar diabetes entre 34% y 43%, cuyo efecto puede durar de 10 a 20 años concluida la intervención.^{4,5}

El panorama de la diabetes en ISSSTE es poco favorable por las características de nuestra población, que corresponde a empleados federales, en gran medida adultos mayores cuyas actividades favorecen el sedentarismo y malos hábitos alimentarios, con el consecuente sobrepeso u obesidad.

La prevalencia de diabetes en el ISSSTE es de 12.8% y es responsable de numerosas complicaciones, la Diabetes Tipo 2 contribuye con más del 50% de muertes por enfermedades cardiovasculares, y es la segunda causa más frecuente de falla renal, la prevalencia de nefropatía en pacientes con diabetes es de 27%, siendo de la misma manera la principal causa de ceguera, con una prevalencia de retinopatía de 60%.³

El ISSSTE, ha adoptado un Modelo innovador que busca el empoderamiento de la enfermedad por parte del paciente. Este modelo es el Manejo Integral de la Diabetes por Etapas (MIDE),⁶ que contempla la participación activa del paciente en el control de su diabetes y fundamenta en él su metodología, contribuyendo a desarrollar sus capacidades inherentes para hacerse responsable de su salud.⁷

Como parte de este Modelo, la subdelegación Médica Jalisco ha planteado la necesidad de implementarlo en cada una de las unidades. En este momento en la zona metropolitana de Guadalajara está en operación MIDE 1, MIDE 2, MIDE 3, y estamos iniciando MIDE 4 (Puerto Vallarta), MIDE 5, MIDE 6 y MIDE 7 (CMF Autlán, CMF Lagos de Moreno y CH Ciudad Guzmán).

Siendo imprescindible conocer la dimensión de esta enfermedad, hemos iniciado en base a los reportes de consulta diaria de nuestras unidades durante el año 2014, un censo de pacientes diabéticos del ISSSTE en el Estado de Jalisco en base a los datos obtenidos por el registro del Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF), el cual nos permite establecer y desarrollar las políticas

y programas institucionales en el ámbito de la salud dando prioridad a las acciones relacionadas con medicina preventiva.⁸

Material y Métodos

Diseño y Población de estudio

Estudio descriptivo observacional, transversal, retrospectivo, a partir de la información del registro SIMEF, donde los datos se obtienen en base a la captura de la productividad diaria del personal médico en cada una de las unidades médicas.

La población en estudio se conformó por pacientes pertenecientes a siete unidades médicas: cinco unidades de primer nivel (CMF1, CMF2, CMF3, CMF Aulán, CMF Lagos de Moreno) y dos de segundo nivel (CH Ciudad Guzmán, CH Puerto Vallarta).

Criterios de Inclusión

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31

de diciembre de 2014, considerando las siguientes variables: a) clínica de adscripción, b) género, c) edad, d) codificación de tipo de diabetes, e) esquema de tratamiento, f) costo institucional de tratamiento.

Criterios de Exclusión

Se excluyó a la población no derechohabiente.

Resultados

a) La cantidad de pacientes diabéticos valorados durante 2014 asciende a 16,511, de los cuales 9,371 corresponden al género femenino y 7,140 al masculino; la mayor concentración corresponde a la CMF 1, con 27.70%. A la zona metropolitana de Guadalajara que incluye las CMF 1,2 y 3, le corresponde el 67.07% de los pacientes y el 32.89% al interior de Estado (Tabla 1). La Población del ISSSTE en el Estado de Jalisco está integrada por 353,655 derechohabientes, presentando la Delegación Jalisco una prevalencia de diabetes de 4.66, siendo la mayor en CH Ciudad Guzmán con 8.59 y la menor en CMF 3 con 3.15 (Tabla 1).

Tabla 1.
Censo de pacientes diabéticos en clínicas del ISSSTE, Jalisco

UNIDADES MÉDICAS	POBLACIÓN TOTAL	NÚMERO DE PACIENTES DIABÉTICOS	GÉNERO FEMENINO	GÉNERO MASCULINO	PORCENTAJE DELEGACIONAL	PREVALENCIA DE DIABETES
CMF1	82,232	4,575	2,522	2,053	27.70%	5.52
CMF2	101,431	3,814	2,265	1,549	23.09%	3.76
CMF 3	85,324	2,688	1,575	1,113	16.28%	3.15
CMF AULÁN	16,444	871	480	391	5.27%	5.29
CMF LAGOS DE MORENO	17,813	607	350	257	3.67%	3.40
C.H. CIUDAD GUZMÁN	28,834	2,478	1,381	1,097	15.00%	8.59
C.H. PUERTO VALLARTA	21,577	1,478	798	680	8.95%	6.84
TOTAL	353,655	16,511	9,371	7,140		4.66

Fuente: Directa.

b) La distribución por edad corresponde a una media de 62.14, desviación estándar de ± 12.39 , moda de 63 años, rango de 2 a 103 años (Tabla 2); Por grupo

de edad, de manera principal correspondió 61 a 70 años (30.82%), seguido de 51 a 60 años (28.95%), por clínica los rangos son similares (Tabla 2).

Tabla 2.
Datos estadísticos de pacientes diabéticos en clínicas del ISSSTE, Jalisco

UNIDADES MÉDICAS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MODA	RANGO
CMF1	63	±12.81	55	2 – 102
CMF2	62	±12.33	63	4 – 107
CMF 3	61	±11.66	61	10 - 94
CMF AUTLÁN	63	±13.46	72	9 – 103
CMF LAGOS DE MORENO	61	±12.30	60	5 – 91
C.H. CIUDAD GUZMÁN	63	±12.03	63	4 – 97
C.H. PUERTO VALLARTA	62	±12.15	58	12 - 96
TOTAL	62.14	±12.39	63	2 - 103

Fuente: Directa.

- c) Por grupo de edad, de manera principal correspondió al grupo de 61 a 70 años de edad (30.82%), seguido por el de 51 a 60 años (28.95%) (Tabla 3).

Tabla 3.
**Pacientes diabéticos por grupo de edad
en clínicas del ISSSTE, Jalisco**

Grupo edad	Total
0 – 10	13
11 – 20	52
21 – 30	94
31 – 40	497
41 – 50	1,843
51 – 60	4,781
61 – 70	5,099
71 – 80	3,027
81 – 90	979
91 – 100	122
101 - 110	4
TOTAL	16,511

- d) Datos globales de la prevalencia del estudio.

De los pacientes diabéticos, el 56.28% (9,270) son pacientes con DMNID y el 14.09% (2,321) con DMID; presentando el 28.47% (4,690) complicaciones por la enfermedad (Tabla 4).

Tabla 4.
Codificación de Diabetes en clínicas del ISSSTE, Jalisco

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE PERSONAS AFECTADAS	PORCENTAJE DE PERSONAS AFECTADAS
E 10	DMID	2,321	14.09%
E 11	DMNI	9.270	56.28%
E 12	CON DESNUTRICIÓN	151	0.91
E 13	OTRAS	39	0.23
E 14	COMPLICACIONES	4,690	28.47%
DM TOTAL		16,471	99.98

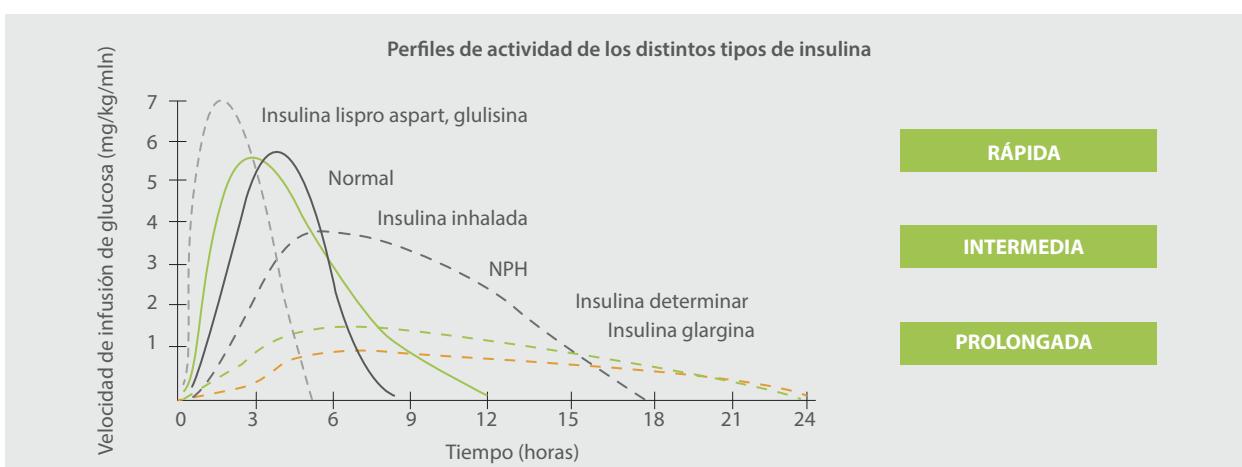
Fuente: Directa.

e) Tratamiento de Diabetes.

1. Diabetes Mellitus Insulino Dependiente.

El grupo de pacientes con DMID está integrado por el 14.09% (2,321) en la Delegación Jalisco del ISSSTE, los cuales son tratados en base a insulinas que presentan diverso perfil de actividad (Figura 1), con la finalidad de lograr diversos esquemas de tratamiento (Figura 2) como el esquema de insulina basal, insulina prandial y bolo basal.⁸

Figura 1.



Fuente: Mazze y cols (2008) Prevención Detección y Tratamiento de la Diabetes en Adultos 3-26.

Figura 2.
Esquemas de tratamiento

INSULINA BASAL	INSULINA PANDRIAL	BOLO BASAL
NPH	LISPRO	INSULINA BASAL
DETEMIR	ASPARTAT	INSULINA PANDRIAL
GLARGINA	GLULISINA	MEZCLAS

El empleo de los medicamentos es en base a la libertad de prescripción y criterio del personal médico de cada una de las unidades.

La insulina más utilizada por la mayoría de las unidades fue la glargin, clave (4158), en promedio

de 32.38 piezas por paciente (p/p), por año, con rango 4.06 p/p en CMF 2 a 7.36 p/p en C.H. Ciudad Guzmán.

De acuerdo al censo, la insulina glargina fue la más utilizada en las CMF 1,2, Autlán, Lagos de Moreno y Puerto Vallarta.

La segunda insulina utilizada es la insulina humana (NPH), (clave 1050), la cual se utiliza en promedio de 20.65 p/p, con rango de 0.41 p/p en la CH Puerto Vallarta a 5.73 p/p en la CMF 3.

Esta insulina es la más utilizada en la CMF 3 y como segunda opción en las CMF 1, Aulán, Lagos de Moreno, Ciudad Guzmán.

La tercer insulina utilizada es la lispro protamina, (clave 4158), en promedio de 16.27 p/p, con rango de 0.10 en la CMF Aulán a 4.74 en la CMF 3

La lispro protamina es segunda más utilizada en las CMF 2 y CMF 3, y no se considera su uso en la CMF Aulán.

El gasto del tratamiento en DMID a nivel delegacional en 2014 fue de \$8,586,238.24, lo que significó en promedio un costo por paciente (CP) de \$3,699.37, presentando diferencias en costos en cada una de las clínicas que oscilan el menor de \$418,399.50 por el año, con CP 1,901.81 y el más oneroso con un costo de \$2,162,412.21, con CP \$3,448.82 (Tabla 5).

Tabla 5.
Piezas por paciente y prioridad del empleo de las insulinas por unidad médica

PERFIL DE ACTIVIDAD DE LA INSULINA			RÁPIDA			RÁPIDA	INTERMEDIA	PROLONGADA		PREMEZCLA ACCIÓN INTERMEDIA / RÁPIDA	INCRETINA GLP-1	GASTO TOTAL POR CLÍNICA Y COSTO POR PACIENTE	
UNIDADES MÉDICAS	D.M. I.D.		4162 INSULINA LISPRO	4156 INSULINA ASPÁRTICA	4168 INSULINA GLULISINA	1051 INSULINA HUMANA	1050 INSULINA HUMANA NPH	4165.01 INSULINA DETEMIR.	4158 INSULINA GLARGINA	4148 INSULINA LISPRO PROTAMINA	4169.01 EXENATIDA SOLUCIÓN		
	PAC	%											
CMF1	537	23.13%	P 609	P 13	P 68	P 471	P 2,342	P 391	P 2,752	P 1,709	P 63	\$1,592,838.56	
			PP 1.13	PP 0.02	PP 0.12	PP 0.87	PP 4.36	PP 0.72	PP 5.12	PP 2.80	PP 0.11	CP 2,966.17	
CMF2	627	27.10%	P 362	P 8	P 175 PP 0.27	P 324 PP 0.51	P 1,402 PP 2.23	P 366 PP 0.58	P 2,546 PP 4.06	P 2,226 PP 3.55	P 96 PP 0.15	\$ 2,162,412.21	
CMF 3	355	15.29%	P 275	P 22	P 25	P 339	P 2,037	P 257	P 1,838	P 1,681	P 43 PP 0.12	\$ 1,724,013.37	
CMF AULÁN	220	9.47%	P 20	0	0	P 115 PP 0.52	P 188 PP 0.85	P 22 PP 0.1	P 1,049 PP 4.76	P 23 PP 0.10	0	\$418,399.52	
CMF LAGOS DE MORENO	71	3.05%	P 39	0	P 1	P 80	P 220	P 12	P 364	P 145 PP 2.04	0	\$200,292.42	
CH CIUDAD GUZMAN	274	11.80%	P 73	P 6	P 89	P 235	P 1,177 PP 4.29	P 370 PP 1.35	P 2,017 PP 7.36	P 628 PP 2.29	P 45 PP 0.16	\$1,280,782.02	
CH PUERTO VALLARTA	237	10.21%	P 59	0	0	P 98 PP 0.41	P 166 PP 0.70	P 10 PP 0.04	P 1,283 PP 5.41	P 630 PP 2.65	P 17 PP 0.07	\$713,256.81	
TOTAL												8,586,238.24	

Fuente: Directa.

p: piezas, pp: piezas por paciente, #: prioridad de manejo

2. Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente.

El grupo de pacientes con DMNID está integrado por el 56.99% (9,410) en la Delegación Jalisco del ISSSTE, los cuales son tratados en base a hipoglicemiantes orales como las sulfoniloureas, biguanidas y DPP4, siendo los medicamentos glibencamida, metformina y sitagliptina respectivamente.

La metformina, (clave 5165), es el medicamento más utilizado por todas las unidades médicas, en promedio de 76.55 piezas por paciente (p/p), con

rango de 5.67 p/p en la CH Ciudad Guzmán y 30.28 p/p en la CMF 2.

Seguida por la glibencamida, (clave 1042), que se utilizó en el año 2014 en promedio 25.64 p/p, con rango de 1.66 p/p en la CH Ciudad Guzmán y 8.06 P/P en la CMF 2.

Finalmente, la sitagliptina de 100 mg. (clave 4152.01), fue la tercera opción, utilizándose en promedio de 9.36 p/p, con rango de 0.52 en la CMF Autlán y 3.78 p/p en la CMF 2.

Tabla 6.
Piezas por paciente y prioridad del empleo de medicamento en DMNID.

EFECTO HIPOGLICEMIANTE			SULFONILOUREA	BIGUANIDA	INHIBIDOR DPP4		
UNIDADES MÉDICAS	D.M. N.I.D.		1042 GLIBENCLAMIDA TABLETA 5 mg.	5165 CLORHIDRATO DE METFORMINA 850	4152.01 SITAGLIPTINA. 100 mg	4153.01 SITAGLIPTINA. 50 mg	GASTO U.M. COSTO PAC.
	PAC	%					
CMF1	3,017	32.54	P 6,809 PP 2.25 #2	P 28,983 PP 9.60 #1	P 4,902 PP 1.62 #3	P 731 PP 0.24	\$1,754,566.06 CP \$581.55
CMF2	775	8.36	P 6,251 PP 8.06 #2	P 23,473 PP 30.28 #1	P 2,935 PP 3.78 #3	P 1,888 PP 2.43	\$1,505,137.52 CP 1,942.11
CMF 3	1,582	17.06	P 6,658 PP 4.20 #2	P 16,972 PP 10.72 #1	P 1,808 PP 1.14 #3	P 764 PP 0.48	\$ 841,244.9 CP 531.76
CMF AUTLÁN	500	5.39	P 2,354 PP 4.70 #2	P 4,724 PP 9.44 #1	P 264 PP 0.52 #3	P 140 PP 0.28	\$ 151,085.95 CP 302.17
CMF LAGOS DE MORENO	501	5.40	P 2,193 PP 4.37 #2	P 4,665 PP 9.31 #1	P 375 PP 0.74 #3	P 106 PP 0.21	\$ 171,251.37 CP 341.81
CH CIUDAD GUZMAN	2,067	22.29	P 3,442 PP 1.66 #2	P 11,730 PP 5.67 #1	P 2,676 PP 1.29 #3	P 404 PP 0.19	\$ 929,912.86 CP 449.88
CH PUERTO VALLARTA	828	8.93	P 2,321 PP 2.80 #2	P 8,894 PP 10.74 #1	P 1,577 PP 1.90 #3	P 577 PP 0.69	\$ 657,732.53 CP 794.36
TOTAL							8,091,985.7

Fuente: directa

p: piezas **pp:** piezas por paciente

#: prioridad de manejo

El gasto del tratamiento en DMNID a nivel delegacional en 2014 fue de \$8,091,985.70, lo que significó en promedio un costo por paciente (CP) de \$5,631.16, presentando diferencias en costos en cada una de las clínicas, que oscilan el menor de \$151,085.95 por el año, con CP \$302.17 y el más oneroso con un costo de \$1,505,137.52 con CP \$1,942.11 (Tabla 6).

Discusión

La diabetes es una enfermedad presente en el 4.66% de la población derechohabiente, su prevalencia es menor a la señalada por ENSANUT en el estado de Jalisco, sin embargo tenemos como una zona crítica para esta epidemia las zonas geográficas que corresponden a las CH de Ciudad Guzmán y Puerto Vallarta, las cuales al momento de realizar el estudio no cuentan con la cobertura de un activador físico ni de un nutriólogo.

La zona metropolitana de Guadalajara presenta el 67.08% de los casos de diabetes y el interior del Estado el 32.91%; en el género femenino se observa la mayor prevalencia de diabetes en todas las unidades médicas.

La mayor cantidad de pacientes diabéticos en el estado se presentan en la CMF 1, motivo que ha obligado la inclusión de la mayor cantidad de médicos en el consultorio MIDE 1.

La población derechohabiente en nuestro estado con respecto a la edad tiene características similares, lo cual nos hace considerar que son poblaciones que se pueden sujetar a similares tratamientos.

Sin embargo, observamos requerimientos de tratamientos diversos en el manejo de DMID en el que no influye la zona geográfica, empleando diversos esquemas de insulinización, lo cual genera diversos costos en el manejo de estos pacientes.

La metformina fue el fármaco de elección para el tratamiento de DMNID, la segunda opción terapéutica fueron las sulfonilureas y la tercera los IDPP4

(inhibidores de la dipeptidilpeptidasa 4), siendo la sitagliptina el fármaco utilizado; cabe mencionar que sí existe una adecuada estandarización en cuanto a la metodología empleada para el tratamiento de la DMNID.

Se debe valorar en futuros estudios sobre cumplimiento terapéutico, el cual está descrito en la literatura de 61.3% a 73.80% [9], así como las complicaciones como la insuficiencia renal, enfermedades cardiovasculares y las hipoglicemias, las cuales se encuentran descritas menores en el grupo IDPP4.¹⁰

Estos resultados es un primer esfuerzo para identificar este grupo poblacional con esta enfermedad, por lo que debemos ser prudentes en el empleo de los resultados que exponemos. Los pacientes con DMNID sí son manejados de manera similar aunque sus costos no son similares.

Conclusiones

Consideramos urgente necesidad de iniciar con consultorios MIDE en todo el Estado de Jalisco, lo que nos proporcionará la capacidad de especializar en diabetes a un equipo médico por cada unidad, lo que implicará una mejor atención del derechohabiente, mejoría en su calidad de vida con la disminución de complicaciones y con ello una reducción en los gastos institucionales.

Ante el volumen de pacientes diabéticos es necesario también capacitar a todo el personal médico en el manejo de esta enfermedad, aunado a otras enfermedades crónicas degenerativas, como obesidad, hipertensión y síndrome metabólico.

Consideramos que en el presente censo los datos son inferiores a lo que en realidad se presentan en nuestro entorno, pero nos permite establecer líneas de investigación a pacientes con complicaciones y proporcionar atención médica oportuna.

Responsable de correspondencia:

Dr. José Alcides Aguirre Moreno, Subdelegación Médica ISSSTE, correo electrónico: jalcidesam1963@yahoo.com.mx

Referencias bibliográficas

- 1 Olaiz-Fernandez, G, Rojas R, Aguilar-Salinas C, Rauda J, Villalpando S. Diabetes Mellitus in Mexican Adults: results from the 2000 National Health Survey. *Salud Pública Mex.* 2007; 49:331-7.
- 2 Villalpando S, Rojas R, Shamah-Levy T, Rojas R, Shamah-Levy T, Avila MA, Gaona B, De la Cruz V, et al. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population: A probabilistic survey. *Salud Pública Mex.* 2010; 52 (suppl 1): S19-S26.
- 3 Gutierrez JP, Dommarco J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados Nacionales Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
- 4 Van Dijk JW, Tummers K, Stehouwer CD, Hartgens F, Van Loon LJ. Exercise Therapy in type 2 diabetes: Is daily exercise required to optimize glycemic control? *Diabetes Care.* 2012;35:948-54-
- 5 Li CI, Chang HY, Hsu CC, Lu JF, Fang HL, Joint predictability of health related quality of life and leisure time physical activity on mortality risk in people with diabetes. *BMC Public Health.* 2013;13:67.
- 6 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Plano rector para el desarrollo y mejoramiento de la infraestructura y los servicios de salud del ISSSTE, México: ISSSTE, 2009.
- 7 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Programa “Manejo Integral de la Diabetes por Etapas” (MIDE), México: ISSSTE; 2009.
- 8 Mazze, R, et al. (2008) Prevención Detección y Tratamiento de la Diabetes en Adultos 3-26.
- 9 Rathmann W, Kostev K, Gruenberger JB, Dworak M, Bader G, Giani G. (2013) Treatment persistence, hypoglycaemia and clinical outcomes in type 2 diabetes patients with dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and sulphonylureas: a primary care database analysis. *Diabetes Obes Metab.* 15(1):55-61. doi:
- 10 Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R. Combinación de metformina frente a inhibidores de la dipeptidilpeptidasa y sulfonilureas en el tratamiento de la diabetes tipo 2: impacto clínico y económico. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2014;31(4):626-34.

Artículo original

Efectos de la globalización en la salud y el bienestar del adolescente: riesgo suicida

Valadez-Figueroa I. (1), Vargas-Valadez V. (2), Fausto-Guerra J. (3)

(1) Dra. en Ciencias de la Salud Pública, Orientación Socio médica. Profesor Investigador de la Universidad de Guadalajara. (2) Doctora en Ciencias de la Salud. Profesor de la Universidad de Guadalajara. (3) Dra. en Ciencias de la salud. Profesor Investigador de la Universidad de Guadalajara.

Resumen

El incremento de riesgo suicida en adolescentes es producido por el impacto psicosocial de la globalización en su salud y bienestar, nos enfrentamos a una nueva forma de dinámica social, el debilitamiento de las instituciones sociales primordiales, el Estado, la familia, la escuela, que repercuten en los ámbitos de la integración social, en la reproducción cultural y la socialización de todos, situaciones que actúan como traumatismos que impactan en la constitución yoica del adolescente y que sin duda detonan las condiciones de situaciones mentales de depresión, soledad y desesperanza, sufrimiento, desconfianza, incertidumbre y carencia de un sentido de vida, que anteceden a la grave decisión de quitarse la vida.

Palabras clave: suicidio, adolescentes, globalidad.

Abstract

The increase of suicide risk in adolescents is produced by the psychosocial impact of globalization on their health and well being, we are facing a new mode of social dynamics, the weakening of the main social institutions; the State, the family, the school, has repercussions on the fields of social integration, cultural reproduction and socialization of everyone, situations that act as traumas affecting the ego conformation of the teenager and which undoubtedly detonate the conditions for mental situations of depression, loneliness and hopelessness, suffering, distrust, uncertainty and lack of life sense, which precede the grave decision of taking his own life.

Key words: suicide, adolescent, globalization.

Introducción

En las últimas décadas, la sociedad se ha visto inmersa en una crisis social económica y política propiciada por

el cúmulo de carencias de diverso tipo: La pobreza, la inequidad, la desigualdad, la marginalidad, la corrupción, y la constante violación a los derechos humanos que se ha extendido ampliamente en todo el planeta. La salud, como fenómeno ligado a variables sociales se ve notable y rápidamente afectada por estos cambios.¹ Varias interpretaciones se podrían hacer de los efectos de una sociedad globalizada actual, pero está fuera de las posibilidades e intenciones de este texto hacer un análisis exhaustivo de ella, en este documento solo se consideran algunas expresiones de la misma y sus repercusiones en el adolescente, que pueden contribuir a abrir un horizonte más amplio al debate de los determinantes sociopolíticos de la salud. En la actualidad, los factores económicos de la globalización son los que dominan el análisis y la investigación del fenómeno, a ellos se dedican la mayoría de los estudios y la literatura. Esto provoca que, en ocasiones se ignoren otros puntos de vista que pueden, sin duda, enriquecer el estudio en su conjunto del fenómeno suicida en el adolescente. El objetivo de la presente comunicación es resaltar cómo el incremento de riesgo suicida en adolescentes es producido por el impacto psicosocial de la globalización en la salud y bienestar de los jóvenes, tomando en cuenta que esta etapa del ciclo de la vida se caracteriza por demandas y necesidades crecientes de integración en las estructuras sociales, políticas y económicas que le rodean, así como un esfuerzo general de los adolescentes por adaptarse a las condiciones medioambientales existentes.²

En este trabajo partimos de tres consideraciones que lo sustentan:

Por un lado, el desarrollo adolescente se da en una delicada interacción con los sujetos sociales del entorno, tiene como referente no sólo la biografía individual, sino también la historia y el presente de su sociedad. Es el período en que



se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno.^{3,4}

En segundo término, la Globalidad referida como el conjunto de transformaciones estructurales que se dan en ese conjunto de fuerzas que operan en la sociedad, en las que se modifican las costumbres, los patrones de conducta, los modos de vida de los individuos y de los grupos sociales. Transformaciones estructurales que de una manera efectiva, pero con baja intensidad para el observador común, inciden y tienen repercusión en la estructuración psíquica, en el proceso de construcción y afirmación de la subjetividad de los adolescentes⁵ y que conllevan a actuaciones violentas hetero y auto-dirigidas, constituyendo factores de riesgo.

Y en tercer lugar, la consideración de que los suicidios y los intentos suicidas en el adolescente no son fenómenos ajenos a los marcos sociales en los que acontecen. Dichos marcos, se constituyen por los factores económicos, sociales y culturales que se encuentran implicados, los cuales actúan como elementos que pueden favorecer la emergencia de comportamientos suicidas.

Por consecuencia en el fenómeno del suicidio adolescente debe tenerse en cuenta que en él, toman parte tanto procesos estrictamente biológicos, como procesos psicológicos que hacen referencia a los procesos subjetivos que constituyen la personalidad de los adolescentes, y de igual manera los procesos estructurales socioculturales⁶ que se originan en las fuerzas de relaciones sociales y productivas y consecuentemente, condicionan la organización de otros procesos y de las instituciones que participan en su producción. Desde esta perspectiva, se propone trazar algunas líneas que sirvan de base para analizar la sociedad global y sus efectos en la configuración de la “potencialidad suicida” que hacen que el adolescente se coloque en situación de vulnerabilidad y riesgo social.⁷

El grupo social, la comunidad y las interacciones que se llevan a cabo en el entorno sociocultural son, para Mead, las bases para la constitución del yo, de la personalidad de los individuos.

¿De qué riesgos estamos hablando?: Hablamos de riesgo, no en su acepción de riesgo natural o de riesgos derivados de la manipulación de la naturaleza por el hombre, sino de aquellos derivados de las prácticas productivas, de los ajustes económicos y la dependencia de los Estados a las decisiones corporativas. Hablamos

de riesgos sociales, entendidos como procesos derivados de situaciones desfavorables que desde el punto de vista social y económico generan circunstancias que aumentan el grado de vulnerabilidad en los individuos. En este sentido, el riesgo no solo existe únicamente cuando su ocurrencia implique pérdidas objetivas en el bienestar social de las personas, sino también cuando se produzca una percepción subjetiva de vulnerabilidad por parte del individuo o grupos de individuos, que los colocan en constante tensión en el desarrollo de su vida.

Vulnerabilidad

El nuevo patrón de desarrollo que se instauró y se generalizó en todo el mundo con sus naturales especificidades regionales y nacionales, ha producido un impacto cuyo rasgo característico es la vulnerabilidad social. La vulnerabilidad social se relaciona con los grupos socialmente vulnerables, cuya identificación obedece a diferentes criterios a saber: algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal, el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos, o la presencia de un atributo básico compartido (edad, sexo, condición étnica) que se supone les confiere riesgos o problemas comunes. No solo es producto de circunstancias externas, sino que se define a partir de la capacidad de reacción de los actores, la cual está en función de su dotación de activos y de las estrategias que lleven a cabo para su uso. Ser vulnerable implica fragilidad, una situación de amenaza o posibilidad de sufrir daño psíquico o emocional en el plano de la percepción subjetiva, y se presenta como un sentimiento de indefensión.⁸

La subjetividad

En toda caracterización psicológica, sociológica y antropológica, la adolescencia ha sido considerada como etapa crítica o calificada como momento o crisis vital de alto impacto en la constitución subjetiva. La adolescencia es para algunos autores, como un segundo nacimiento: hay que adaptarse a un nuevo cuerpo, a unos padres que se des-idealizaron, a nuevos roles, y empezar a dibujar un proyecto de vida propio, independiente. Con estas condiciones se produce en la adolescencia una nueva vuelta de construcción subjetiva, es decir de construirse como sujetos, formando parte de una cultura, que los envuelve, los atraviesa y les confiere características particulares.

La subjetividad se construye y desarrolla como producto de la confluencia de factores internos del individuo, relaciones estructurantes humanas y del medio social circundante inmediato y amplio, en un contexto particular histórico,^{9,10} supone mecanismos complejos y la necesaria presencia de instituciones que hagan de sostén. Es por ello que plantearse la construcción de la subjetividad es interrogarse por los sentidos, las significaciones y los valores que produce determinada cultura, por su forma de apropiación por parte de los sujetos que la integran y por la orientación que dan a sus acciones. Es decir, son las maneras como se configuran las trayectorias de vida de los sujetos en un contexto socio-histórico. Pensemos entonces cómo es la construcción y el desarrollo de la subjetividad del adolescente en un contexto Globalizado.

¿Cuáles son los elementos de la Globalización generadores de vulnerabilidad y riesgo en los adolescentes?

El proceso de Globalización ha transformado los parámetros cruciales de la sociedad, la división y organización del trabajo, la socialización primaria y la educación, la estructura de la familia y la comunidad, el funcionamiento de las empresas y los mercados, las comunicaciones y los intercambios, las formas de participación y la política, y las propias maneras de representarnos el mundo.^{11,12}

Cuatro de las tendencias en donde se observa el impacto de la globalización y que inciden directamente en el adolescente, se refieren a:

1. La transformación de la cultura, específicamente en lo que refiere a las relaciones entre cultura y economía (sociedad de consumo, cultura audiovisual y socialización individualizadora) y cultura y sociedad.
2. La exclusión social, educativa y del trabajo.
3. El debilitamiento de los sistemas referenciales cercanos (familia, escuela, y entornos familiares y escolares), y
4. La violencia estructural que permea la dimensión económica, política, cultural, ecológica.

Al hablar de cultura, nos referimos a las formas en la que las personas hacen sus vidas, individuo colectivamente, a través de la comunicación. En un sentido más complejo, la cultura es como una experiencia vivida y creativa para los individuos, es el contexto dentro del cual los seres humanos dan un significado a sus acciones y experiencias y dan un sentido a su vida.¹³

1. La transformación de la cultura: Cultura y economía

Los individuos están inmersos en una realidad social, su desarrollo personal no puede disociarse de su interacción con ella, su personalidad se va forjando en su participación, en las creencias, actitudes, comportamientos de los grupos a los que pertenece. Esa realidad colectiva consiste en un modo de sentir, comprender y actuar en el mundo y en formas de vida compartidas, que se expresan en instituciones, y los comportamientos regulados; en suma en lo que entendemos por una cultura. Muchos ven en la Globalización, un ataque a la diversidad e identidad cultural, segmentos enteros de diversas culturas sienten que sus historias irrepetibles y los valores que rigen sus comunidades están siendo pisoteados por las empresas y organizaciones globales, con lógicas culturales mucho más pluralistas, sin grandes narrativas, y sin grandes anclajes colectivos de cohesión. Ellos perciben una pérdida de coherencia y de significado en un mundo cada día más dominado por la producción, las marcas, los logotipos y los tipos de vida corporativos.¹⁴ De esta manera la globalización impacta en los procesos de identificación de los adolescentes porque pone delante de ellos a otros individuos que actúan como modelos para asemejarse o diferenciarse.

1.1. Relación entre cultura y economía: La sociedad de consumo, la cultura audiovisual y la socialización individualizadora

La sujeción de la cultura a la lógica economicista no atañe solo al reparto del mercado cultural, también influye directamente en la evolución de la sustancia misma de las culturas. La generalización y popularización a escala mundial de los valores de la sociedad de consumo iniciada hace varios decenios, provocan un verdadero cambio de mentalidades, de costumbres y de ética, como son el rechazo de valores, tradiciones y conocimientos, aparentemente difíciles de convertir en éxito, por carecer de interés y sentido, produciendo así un desplazamiento de unos valores hacia lo útil, lo práctico, lo ligero.¹⁵

La cultura actual ha creado un nuevo contexto, en donde los individuos han tenido que enfrentarse a nuevas maneras de vincularse en lo social y con los otros, esto ha traído a nivel subjetivo transformaciones, sobre todo en la manera como estos sujetos establecen lazos sociales. Se promueve la dependencia social e individual con respecto a los productos, supedita al adolescente como sujeto que difícilmente sea "algo" si no consume, por lo que se da una generación de adicción, con alejamiento de sus propias fantasías y sentimientos. Se podría decir que la globalización de la economía está definiendo una identidad más vinculada con los bienes a los que se accede,



más que con el lugar donde se ha nacido, afectando en el adolescente su sentido de pertenencia.

Por su parte el consumo se encuentra siempre relacionado el éxito social y personal, con la adquisición de determinados productos, lo que en algunos sectores de población adolescente con poco poder adquisitivo, es propiciador de sentimientos de frustración, cuando estos aun dependen de la economía familiar. Hablar de consumo hace referencia también al consumo de drogas, como herramienta relacional o de otro tipo. A la par, en los significados que trasmitten los medios, salta a la vista que en ellos prevalece la incitación al consumo excesivo, el lucro, la sexualidad, la violencia, la fragilidad y el deterioro de los vínculos sociales, que se venden como productos de la gran industria del entretenimiento.

La exaltación desmedida de la juventud y la belleza como fuentes del éxito fácil, en donde el cuerpo se fabrica como un objeto más dispuesto a entrar en las ofertas del mercado, se convierte en el instrumento ideal para situar el hedonismo como valor fundamental de nuestro tiempo.¹⁶ Esta cultura audiovisual que promueve la sociedad de consumo (cultura de la imagen) disminuye en los adolescentes la capacidad de abstracción, imaginación, y creatividad, estimula la dependencia en espera de que algo los movilice, lo que es abiertamente incompatible con los valores de esfuerzo, responsabilidad, disciplina, dejando al adolescente desprovisto de herramientas para enfrentar las dificultades de la vida. Así mismo el ruido y las escenas violentas caracterizan las imágenes que ejercen su influencia en respuestas colectivas, generando un verdadero "desasosiego cultural", sobre todo para los más jóvenes.¹⁷ Estos medios audiovisuales son los que hoy construyen una subjetividad basada en un modelo de individuo degradado, reducido a un objeto de consumo, aislado de los semejantes y debilitando su capacidad de asombro. Los adolescentes se viven a sí mismos en función de los medios de comunicación, más por como son presentados en la sociedad, que por lo que realmente son y hacen, se comportan como los medios los muestran: transgresores, consumidores, individualistas, probablemente movidos por la necesidad de identificarse con algo.

La invitación permanente al consumo lleva inevitablemente al vacío, los altos índices de depresión, de trastorno de ansiedad, de conductas adictivas, denotan la aparición de la angustia y del malestar de nuestro tiempo, contrario a la esperada satisfacción ofrecida por los objetos del mercado.¹⁸ A su vez el proceso de socialización individualizadora, con la acentuación del egoísmo y la fragmentación de los lazos sociales,

conlleva a una modificación de las formas básicas en las que los adolescentes establecen sus contactos personales. Propiciando un debilitamiento de los vínculos familiares, y la destrucción progresiva de los vínculos de sostén comunitario, lo que conlleva el fracaso en la satisfacción de la necesidad de relación con pares e íntimos. Esto hace que los adolescentes se sientan solos entre individuos que persiguen su propia satisfacción ante la tarea de darle sentido al mundo y a su vida, menoscabando su capacidad de afrontamiento de situaciones estresantes, con deficiencias en la obtención de un sentido de comunidad y un sentimiento de pertenencia a una estructura social. En esta nueva cultura mediática, los jóvenes construyen sus identidades cada vez más regidos por el consumo en donde la nada, el vacío y la violencia, el "presente inmediato" como el único tiempo que merece tenerse en cuenta, puesto que el pasado ya no interesa y el futuro es incierto. Tal fragmentación genera una desvinculación con el pasado, como una des-historización del sujeto, y en relación al futuro, como una ausencia de proyecto, construyendo una identidad desarraigada y sin rumbo.^{19, 20, 21}

1.2. La transformación de la cultura: Cultura y Sociedad

La integración progresiva de una amplia franja de élites mundiales a una misma cultura global dominada por las problemáticas y los valores de las sociedades más avanzadas, produce el desmembramiento de muchas culturas nacionales, creando condiciones de deculturación extendida, despersonalización y deja en total vacío de sentido a sectores enteros de sociedades humanas. Con el peligro de encontrarse moral y culturalmente desposeídos, por la falta de culturas localmente ricas y dinámicas para poder funcionar, dar sentido, inspirar y promover la comunicación, se propicia la construcción de una alteridad como caldo de cultivo para que pueda darse rebeldía, integrismos y la lógica de toda violencia declarada o escondida, con la consiguiente emergencia de ciertas formas de barbarie, en el seno mismo de los grandes centros de civilización. Para el caso la identidad es importante en un doble sentido, por un lado en el nivel comunitario, es necesario que los grupos humanos vivan cohesionados, vinculados y dotados del simbolismo necesario para dar al mundo sentido y significado, solo así es posible moverse en él; por su parte en el ámbito personal nos remite al proyecto de vida de los adolescentes.

2. Exclusión social, educativa y del trabajo

La transición de una sociedad donde predominaban relaciones de desigualdad y subordinación vertical, a

una sociedad donde tiende a predominar una nueva lógica de polarización en términos de dentro/fuera, implica para el nuevo conjunto de colectivos excluidos la ruptura de ciertos parámetros básicos de integración social. En el mundo del trabajo las consecuencias de las transformaciones derivadas de la Globalidad se han manifestado en un aumento de la producción con menos trabajadores que trae aparejada una escasez de empleos, el desplazamiento de la fuerza del trabajo hacia la economía informal, el subempleo, el empleo temporal, en general hablamos de trabajo y salario precario e inestabilidad, con menoscabo de condiciones de vida y de trabajo.²²

Esta situación se torna más dramática cuando se trata de la población juvenil que ingresa a temprana edad al mercado de trabajo; la fuerza de trabajo más joven está expuesta a condiciones de trabajo, extremadamente precarias²³ que los expone, a una situación de vulnerabilidad o incluso a la exclusión laboral, al erosionar las vías de integración social.²⁴ Esta violencia vinculada con la falta de oportunidades y medios que brinda nuestra sociedad, es inseparable de las vivencias de desamparo. El desamparo puede darse en todos los sectores de la sociedad, pero adquiere un carácter especialmente relevante en los estratos sociales más vulnerables donde la exclusión deviene en autoexclusión, en particular para las adolescentes y especialmente a las mujeres.

Para muchos jóvenes trabajar constituye un factor básico en cuanto a sus posibilidades de una supervivencia digna; el acceso al trabajo y las disposiciones de inserción social, por sí mismas son instancias que tienen una función estructurante de la personalidad, lo cual adquiere especial importancia en esta etapa vital. La percepción por parte de los adolescentes del trabajo, como principal problema que enfrentan en el contexto de la falta de oportunidades y medios que hoy les brinda nuestra sociedad, implica el reconocimiento de una situación simbólicamente violenta.

Las escasas oportunidades que tiene el adolescente de incorporarse al mundo del trabajo y su progresión en la vida laboral constituyen expresiones de una situación traumática en el ámbito social, que le provoca una demora en el proceso de emancipación y con ello el logro de una autonomía. A la par se pone en juego la propia idea del trabajo como elemento estructurante de la vida y del conjunto de relaciones, inserciones y derechos sociales. El tema de la incertidumbre, de las dificultades para poder proyectarse en un futuro impredecible y a veces imposible, ha conducido a la introducción del concepto de un nuevo duelo que deben enfrentar los adolescentes

contemporáneos, denominado “duelo a futuro”. Un duelo vinculado con lo que no podrá, lo que no será, o que quizás nunca pueda ser.²⁵

El adolescente es consciente de esta sociedad de la cual forma parte y la que no le garantiza un lugar en la estructura productiva. Están marginados de la posibilidad de construir un proyecto de vida. Para algunos grupos sociales, se trata de un encierro en el círculo repetitivo y transgeneracional de la pobreza, y de la locura de la violencia en todas sus formas. En relación a los jóvenes mexicanos, estos tienen un oscuro futuro ante las condiciones actuales del país hay que resaltar que después de cierto nivel de estudios, sus posibilidades de continuar estudiando se van limitando y muchos abandonan a edades relativamente tempranas su educación formal. Además, independientemente al nivel de escolaridad que hayan alcanzado, saben que será difícil encontrar un empleo y que aun y cuando lo obtengan, les será complicado enfrentar las dificultades económicas cotidianas, por los bajos niveles de los salarios o quizás tendrán que migrar a otra parte del país o, incluso, al extranjero para sobrevivir.

3. El debilitamiento de los sistemas referenciales cercanos: Familia, escuela, y vecindarios

3.1. La crisis y desestabilización de la familia

Otro de los medios específicos por los cuales las condiciones sociales influyen en el adolescente, lo encontramos en el debilitamiento de los sistemas referenciales cercanos y de los grupos de pertenencia y referencia. Las formas como se relaciona el adolescente con los otros cercanos e inmediatos le van a proporcionar claves de actuación en un sistema de valores y normas, tendientes a lograr la identidad, es decir la construcción social, sexual y de género de los sujetos, donde vienen a reconocerse y ser reconocidos en una dialéctica con los otros.

Moreno²⁶ afirma que muchas de las perturbaciones en el manejo de las normas y las conductas en las familias constituyen una modalidad de expresión de los contextos familiares en crisis, misma que directa o indirectamente hace que el joven tenga que enfrentar la falta de un referente claro de familia, una distorsión de los padres como figuras de autoridad respetables una ausencia de relaciones organizadoras establecidas por los padres y la falta de seguridad emocional. Es decir, muchos de los jóvenes no cuentan en sus contextos familiares con figuras claras que sean interpretadas como referentes de autoridad respetables, ni con un sistema



de relación normativo-afectivo que les permita sentirse reconocidos como sujetos ni definirse como seres éticos capaces de asumir lo que les corresponde, organizar sus vidas exitosamente y responder adecuadamente a sus deberes. Nos encontramos con un desarrollo del proceso adolescente que posee graves distorsiones en su proceso de crecimiento y hallamos padres desconcertados, sin modelos de autoridad contenedores, adolescentes sin referencias para la construcción de su proyecto vital, convirtiéndose en procesos de autonomías sin salida.²⁷ Se sabe que cuanto mayor es la precarización y rigidez en los vínculos familiares fundantes del psiquismo, mayor es su vulnerabilidad frente a dichos cambios, con efectos de desestructuración vincular e individual.²⁸ Por su parte, la familia fuerte y estable para toda la vida se difumina, se diluye la dimensión prospectiva de futuro de un proyecto posible, aparecen nuevas formas vinculares.^{29, 30, 31, 32} Hay mutaciones y precarizaciones de los vínculos, se han creado nuevas expresiones de la sexualidad, presentándose una disociación entre sexualidad y reproducción, entre pulsión y amor. Se diversifica la estructura de los hogares y los modelos de familia; el acceso de las mujeres al mundo laboral aumenta sin cesar, a pesar de las discriminaciones que se mantienen, la doble jornada laboral de las mujeres hacen que crezcan las tensiones, se incrementan las rupturas y crecen los núcleos monoparentales de mujeres con hijos. A los cambios en el rol de maternaje se agrega un déficit de la función paterna, como función representante de los mandatos socioculturales.²⁸ Aunado a lo anterior la familia se encuentra inmersa en un medio, donde el bajo nivel de vida, las altas tasas de desempleo y el deterioro del salario prevalecen en una gran mayoría, constituyéndose en situaciones que la impactan. Por su parte, las dificultades económicas, restan la capacidad de cubrir áreas como el espaciamiento, la educación y la atención a la salud, situación que propicia una degradación permanente de pequeñas satisfacciones, así mismo perturban la capacidad de los padres para ser apoyadores y comprometidos, lo que genera estilos de crianza coercitivos y distantes, situación que trae aparejada una deficiente comunicación entre padres e hijos lo que va en detrimento del sentimiento de seguridad e incertidumbre, propiciador del crecimiento individual, que incide de manera destructiva en la elaboración de una identidad positiva del adolescente.^{33,34}

3.2 El entorno escolar

En las instituciones educativas, de salud, y en la calle, observamos una cualidad relacional impregnada de violencia, como una falta de consideración por el prójimo, revelando así la desconsideración por sí mismo, porque

mañana se puede estar en el lugar del otro, con pérdida del sentimiento de solidaridad, transformando al otro en un extraño amenazador.

Hoy día es ampliamente reconocido el papel de la educación como proceso antropogénico constituyente de la subjetividad humana; es decir, como espacio en el que los seres humanos se construyen a sí mismos tanto en lo colectivo como en lo individual, tanto en lo objetivo, como en lo subjetivo, mas sin embargo en los últimos tiempos hemos sido testigos del deterioro progresivo de la convivencia escolar y a nadie se le oculta que el clima en algunos centros educativos se ha degradado y se han hecho más visibles aspectos de violencia en particular el maltrato entre iguales, (victimización, bullying, acoso).

El maltrato entre iguales produce a la larga, consecuencias negativas tanto académicas como psicológicas e interpersonales, ya que afecta al desarrollo socioemocional de los/as implicados/as. Si se toma en consideración que el maltrato por exclusión manifestado por el rechazo, pretende el aislamiento del individuo del grupo, esa sensación de rechazo frecuentemente se acompaña de sentimientos de vacío y tristeza. Los estudios³⁵ alertan de las fuertes repercusiones en las víctimas (baja autoestima, depresión, ansiedad, rechazo de la situación escolar, mayor deseo de muerte, suicidio). Este fracaso en la satisfacción de necesidades de relación con pares e íntimos, ocasiona problemas para relacionarse de una manera eficaz, deficiencias de un sentido de comunidad y un sentimiento de pertenencia a una estructura social.

3.3. Entorno Vecinal

Por su parte, desde hace varios años, la inseguridad aparece como el problema sentido por la sociedad, el problema se sitúa en un proceso de descomposición que caracteriza la dinámica actual; en una estructura económica formal incapaz de satisfacer las necesidades básicas de la población y a un estado de derecho débil. Se señalan a los entornos vecinales como puntos de alto riesgo, por las bandas que controlan espacios, los pleitos entre estudiantes afuera del plantel y la obtención fácil de drogas, con escaso o nulo control de la zona.

El entorno de muchas escuelas y hogares³⁶ es para quienes venden, un mercado; para las autoridades un problema; para los policías, una posibilidad de ganancias alternas. Son espacios sin límites donde las pequeñas transgresiones están incorporadas a la cotidianidad de nuestros adolescentes, en donde la desconfianza, la violencia, la ilegalidad, la corrupción, se han constituido

en referentes del comportamiento social. Estas situaciones destruyen el capital social, la confianza en las instituciones y en las demás personas, mientras que a su vez propicia un ambiente de incivilidad, debilitando y/o destruyendo las relaciones de cooperación entre los ciudadanos, produciendo un adelgazamiento de la perspectiva solidaria (ya nadie se compromete a ayudar a otro), lo que ocasiona fallas en la consolidación de sí mismo. Aunado a lo anterior, esta tolerancia social a la violencia, mina el sistema de normas y valores, que son fundamentos que dan sentido a la vida de los individuos, y se constituyen pilares del sistema social, de la estabilidad y el orden existencial. Desmorona la autoestima y la confianza en los otros, provocando un descreimiento colectivo en la legalidad y la justicia (ya nadie cree en nuestras autoridades).

El debilitamiento como proveedoras de sentidos de las instituciones sociales primordiales como el Estado, la familia y la escuela, como contextos que repercuten en los ámbitos de la integración social, en la reproducción cultural y la socialización de todos, es una muestra clara de que nos enfrentamos a una nueva forma de dinámica social, las instituciones que antes servían para el mantenimiento del orden social, parecen resquebrajarse cada vez más.¹⁶

4. Violencia estructural

Estamos acostumbrados a identificar conductas violentas en el mundo que nos rodea, pero difícilmente somos conscientes de hasta qué punto estamos inmersos en la sociedad de la violencia. Identificamos aquella que se ejerce de manera directa, que es la que nos muestran continuamente los medios. Pero existe otro tipo de violencia, una invisible, contra la que estamos desprevenidos, una violencia indirecta, pero no menos peligrosa, puesto que está presente en la injusticia social, una violencia estructural derivada de la organización social y económica, legalizada, en el supuesto de crear las condiciones del desarrollo y progreso, explicable a partir de estructuras sociales que producen distribuciones inequitativas de poder y de los recursos y que se corresponde con las injusticias estructurales, económicas, sociales.^{37,38,39} Habría que reconocer, como en la mayoría de las ocasiones quién es objeto de ella y la sufre, no la percibe como tal, no tiene conciencia de su situación, porque existen mediaciones que le impiden visualizarla (una violencia cultural, que hace que se perciba como algo natural, inmutable y en su caso, las razones son aleatorias -mala suerte, el destino, los dioses, etc.), en consecuencia no

se le opone ninguna resistencia y, paradójicamente, se colabora de manera indirecta con el mantenimiento de la situación.³⁹

La Organización Panamericana de la Salud [40] en su declaración de 1994, señala que a este tipo de violencia se le relaciona con situaciones de malestar social debidas a las crisis económicas, social, y cultural, (desempleo, los cambios de estilo de vida, la pobreza, exclusión social), cuyo daño se produce en las personas concretamente en la privación de la satisfacción de sus necesidades humanas básicas, de la identidad, del bienestar, de la libertad y alcanza por igual a niños, jóvenes, adultos y viejos, con distintas características y repercusiones, es decir es una situación que nos compete a todos.

Todo este conjunto de factores mencionados son percibidos por los adolescentes, los cuales actúan como traumatismos que impactan en la constitución yoica, y que sin duda detonan las condiciones de situaciones mentales de depresión, soledad, desesperanza, sufrimiento, desconfianza, incertidumbre, mezquina carencia de un sentido de vida, condiciones que anteceden a la grave decisión de quitarse la vida. Dichos factores se superponen a la incertidumbre específica del propio proceso adolescente; si es difícil pasar por un período de cambio y reestructuración, como lo es la adolescencia, lo es más, en una era de cambio y transición radical como la nuestra, y esta dificultad se incrementa aun más, cuando la crisis del mundo limita notablemente las perspectivas de desarrollo individual y social, lo que hace que la vida del adolescente sea ubique en parámetros de alta vulnerabilidad.

Al respecto Bernard,⁴¹ señala que cuando los cambios en el macrocontexto son bruscos, o masivos, actúan como desorganizadores del psiquismo. La compleja red de apuntalamientos se rompe, con efectos más o menos graves para los sujetos, dependiendo éstos de la calidad del cambio, del grado de participación activa en él, de los sujetos involucrados, del tipo de su estructura mental. Resulta claro que la inestabilidad del proceso adolescente aumenta con la inestabilidad de estos entornos y la presencia de alteraciones en estos puede generar un desequilibrio del desarrollo psicosocial que conduce a un incremento del riesgo para la presencia del fenómeno suicida en los adolescentes.

Isabel Valadez Figueroa

Dra. en Ciencias de la Salud Pública, Orientación Socio médica
Profesor Investigador de la Universidad de Guadalajara.
dravaladez@hotmail.com



Referencias bibliográficas

1. Chonchol J. Impacto de la globalización en las sociedades latinoamericanas: ¿que hacer frente a ello?. *Estudos avançados* [Internet]. 1998; 12, (34): 163-186p. Disponible en www.scielo.br/pdf/ea/v12n34/v12n34a20.pdf
 2. Havighurst RJ. *Suicide and education. On the nature of suicide.* 1969; 53-67p.
 3. Krauskopf D. *Adolescencia y Educación.* Segunda edición. San José, Costa Rica: Editorial EUNED; 1994.
 4. Krauskopf D. Dimensiones del desarrollo y la salud mental en la adolescencia. En: Organización Panamericana de la Salud [OPS] (Eds.). *Indicadores de Salud en la Adolescencia.* San José, Costa Rica; (1995).
 5. Liebel M. *Mala onda: la juventud popular en América Latina.* Managua, Nicaragua: Ediciones Nicarao; 1992.
 6. Valadez I. & González N. El suicidio en el adolescente. En: H. Solís Gadea & Planter (Eds.). *Jalisco en el mundo contemporáneo, aportaciones de una enciclopedia de la época. Tomo I: Arte Población y Cultura, Salud* (Primera Edición). Guadalajara. México: Universidad de Guadalajara, Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología. COECYTJAL-UDEG. 2010; 521-533p. ISBN 978-607-450-301-9.
 7. Amezcua R. *Diseño y validación de un instrumento (escala) para evaluar potencialidad suicida en el adolescente escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara.* [Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología] [México]: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); 2003.
 8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe – Economic Commission for Latinoamérica and the Caribbean [CEPAL-ECLAC]. *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas.* Brasilia, Brasil. 2002. ONU, LC/R.2086.
 9. Escobar M. *Jóvenes contemporáneos: ¿singularidades nominadas, diferencias incluidas y resistencias emergentes?* En: M Zuleta, H Cubides & M Escobar. (Eds.). *¿Uno solo o varios mundos? Diferencia subjetiva y conocimientos en las ciencias sociales contemporáneas.* Bogotá: Siglo del hombre editores; 2007.
 10. Franco Y. *Subjetividad: lo que el mercado se llevó: una perspectiva desde el pensamiento de Cornelius Castoriadis. Debate crítica marxista* [Internet]. 2000; (12). Disponible en: http://reocities.com/CapeCanaveral/galaxy/7755/biblioteca/textos/franco_subjetividad.pdf
 11. Brunner JJ. *Globalización cultural y posmodernidad.* México: Fondo de Cultura Económica; 1998. ISBN: 956-7083-93-2.
 12. Castell M. *La tesis de la globalización sostenible y el estado.* [Internet]. 1999. [consultado 2008 Febrero.] Disponible en <http://www.gobernabilidad.cl/documentos/globalizacion.doc>
 13. Gilly A. *Globalización y Neoliberalismo: Ejes de la reconstrucción del capitalismo mundial y del Estado en el fin del siglo XX.* 2000.
 14. Lahera E. (redactor). *América Latina y el Caribe en la globalización. Anexo interdivisional al documento de la*
 15. CEPAL-ECLAC para la Reunión de la Comisión en Brasil. 2002. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/2002/S2002024.pdf>
 16. Globalización, identidad cultural, crisis [Internet]. Disponible en <http://www.profesorenlinea.cl/Economia/GlobalizIdentidadCultural.htm>
 17. Lipovetsky G. *La era del vacío.* [Internet]. Barcelona: Anagrama; 1986. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/blog/docentes/trabajos/6553_15813.pdf
 18. Murolo NL. *Pantallas, pantallas y más pantallas. Desasosiego en la cultura de la imagen.* Rev. Perspectiva. 2011; (86).
 19. Machado Toro MC. *Sujeto y resistencia (Subject and resistance).* Revista Trabajo Social [Internet]. 2010; (12): 47-53. Bogotá, Colombia. ISSN0123-4986. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/viewFile/18085/19001>
 20. Bolzman C. *El Concepto de Identidad. Reflexiones teóricos a partir del estudio del Problema del Exilio.* III Coloquio Paul Kirchhoff. 1996. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México.
 21. Giménez G. *La identidad social o el retorno de sujeto en sociología.* III Coloquio Paul Kirchhoff. 1996. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México.
 22. Fèc Gómez JL. *El circuito de la cultura, comunicación y cultura popular.* (Cap. V).En: E. Ardèvol & N. Muntañola (Coord). *Representación y cultura audiovisual en la sociedad contemporánea.* España: Editorial UOC; 2004.
 23. Jiménez L, Brugué Q, Gomà R, Jaumandreu G, Martí M, Obradors A, & Subirats J. *Perfiles y alcance de la exclusión social.* VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. 28-31 Oct. 2003. Panamá.
 24. Navarrete L EL. *Juventud y trabajo: un reto para principios del siglo.* México: El Colegio Mexiquense; 2001.
 25. De La Hoz FJ, Quejada R. & Yáñez M. *El desempleo juvenil: problema de efectos perpetuos.* Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud 2012; 10, (1): 427-439p.
 26. Sujoy O. & Selener G. *Las vicisitudes de la adolescencia en el escenario clínico.* Revista de AAPPG. 1998.
 27. Moreno N. *¿Jóvenes en conflicto o crisis de adultos?.* Revista Electrónica de Psicología SocialPoiésis [Internet]. 2009. [Consultado 2011 Marzo]; (17): 1-9p. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/192/181>
 28. Fandiño P YJ. *Los jóvenes hoy: enfoques, problemáticas y retos.* Revista Iberoamericana de Educación Superior (RIES) [Internet]. 2011; II, (4). México, ISSUE-UNAM/UNIVERSIA. Disponible en: <http://convivir-comprender-transformar.com/wp-content/uploads/2012/08/LOS-J%C3%93C3%93VENES-HOY-PROBLEMAS-Y-RETOS.pdf>
 29. Cantis D. *Transformaciones en la cultura, violencia cotidiana y psicoanálisis.* Revista Psicoanálisis APdeBA [Internet]. 2000;

- XXII, (2): 333-343p. Disponible en: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/022000cantis.pdf>
29. Berenstein I. Vínculo familiar. Hechos, sucesos y acontecimientos. Ponencia. Asociación Argentina de Psicología de Grupo. Departamento de familia; 1996; 24, (9): 96p.
30. Puget J., A., N., I., N., E. En la búsqueda de una hipótesis. El contexto social. XXXV Congreso IPA. 1987. Montreal.
31. Puget, J., A., N., I., N., E. & Berenstein, I. En la búsqueda de una hipótesis. El contexto social. Revista de Psicoanálisis. 1987; 44, (4).
32. Rojas MC & Sternbach S. Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la modernidad. Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina; 1997.
33. Valadez I, Amezcuia R, Quintanilla R. & González N. Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. Archivos en Medicina Familiar; Medigraphic [www.medigraphic.com] [Internet]. 2005; 7, (3): 69-78p. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf053b.pdf>
34. González-Gallegos N, Quintanilla-Montoya R, Valadez-Figueroa I & Amezcuia-Fernández R. Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. Archivos en Medicina Familiar; Medigraphic [www.medigraphic.com] [Internet] 2005; 7, (3): 69-78p. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf053b.pdf>
35. Valadez I, Amezcuia R, González N, Montes R. & Vargas V. Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2011; 12, (9): 783-796p.
36. Valadez I. Los contextos escolares y vecinales de las escuelas de enseñanza media básica. Guadalajara, México: Secretaría de Educación Jalisco. 2009. Reporte de investigación. Documento interno.
37. Weigert KM. Structural Violence. En: L. Kurtz (Ed.) Encyclopedia of Violence, Peace and Conflict. San Diego: Academic Press; 1999; vol. 3. 431-440p.
38. La Parra CD & Tortosa B JM. Violencia estructural: una ilustración del concepto. Documentación Social. 2003; (131): 57-52p. ISSN 0417-8106. (Ejemplar dedicado a Violencia y sociedad). Madrid, España.
39. Jiménez BF & Muñoz M FA. Violencia estructural. En: M. López Martínez (dir.) et al. Enciclopedia de Paz y Conflictos. Granada: Editorial Universidad de Granada; 2004. 1166-1168p.
40. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Interamericana sobre sociedad, violencia y salud. Washington, D.C. 1994.
41. Bernard M. Los organizadores del vínculo. De la pulsión al otro. Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo Buenos Aires. 1999; XXII (1).

Preservación de leche cruda en sistemas de producción familiar (Altos de Jalisco) mediante el uso campos magnéticos

González-Ruiz S. (1), Milián-Suazo F. (3) y Herrera-Rodríguez S.E. (2)

(1) Maestría en Salud y Producción Animal Sustentable, U.A.Q., (2), Investigador Titular, Centro de Investigación y Asistencia en Tecnología y Diseño del Estado de Jalisco, A.C. (3) Coordinador de la Maestría en Salud y Producción Animal Sustentable, U.A.Q.
e-mail: sherrera@ciatej.mx

Resumen

La industria láctea se ha interesado por encontrar alternativas innovadoras para la conservación de los alimentos con el objeto de mejorar la higiene e inocuidad, aumentar la vida útil y mantener el sabor natural de productos lácteos. Por razones económicas y/o geográficas, no siempre es posible el uso de la refrigeración como método de conservación de la leche, ya sea por la no existencia de los sistemas, porque se encuentren defectuosos o por el elevado costo, lo que lleva a buscar métodos alternativos para la preservación de la leche. **Objetivo:** El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de los campos magnéticos como método alternativo para la preservación de la leche cruda de ranchos de producción familiar (no tecnificados) de los Altos de Jalisco. **Metodología:** Se realizaron muestreos en tres ranchos productores de leche de cadena “caliente” (no refrigeración). El factor de interés fue la aplicación de dos tratamientos con campos magnéticos de diferente intensidad durante 3 horas: alta intensidad (11,700 Gauss), baja intensidad (3,800 Gauss), y un control sin tratamiento de campos magnéticos. Los parámetros a determinar fueron: pH, acidez ($^{\circ}\text{D}$) y unidades formadoras de colonias bacterianas por mililitro (UFC's/mL). **Resultados:** De acuerdo a un análisis estadístico general, no se encontró diferencia significativa ($p>0.05$) entre los tratamientos para el conteo de UFC/ml, a pesar de que algunos tratamientos si mostraron disminución de las cuentas totales bacterianas. En cuanto al pH, si hubo diferencia significativa ($p<0.05$), lo que indica cambios en la leche durante el tiempo de transporte de la unidad de producción al centro colector. **Conclusiones:** Este trabajo abre la puerta a nuevos estudios, quizás con diferentes dosis de magnetismos, tiempo de tratamiento y otras variables de respuesta que puedan ser útiles para la preservación de leche de cadena caliente.

Palabras clave: Campos magnéticos, leche cruda, Gauss, lechería familiar

Abstract

The dairy industry has been always interested in finding new methods to preserve milk and milk-derived products in good conditions. These methods are required to—improve hygiene and safety, to increase shelf life and to keep natural flavor. Due to economic and/or geographic reasons, it is not always possible to use refrigeration for milk preservation, either by the lack of cooling systems, defective systems or high cost. Therefore, new methods to preserve raw milk are always required. **Objective:** The aim of this study was to evaluate the effect of magnetic fields as an alternative method to preserve raw milk on family-run low-technology dairy farms from Los Altos de Jalisco, Mexico. **Methodology:** Three milk samples were taken from three different herds. Each sample was split into three aliquots and a different treatment of magnetic field was applied to each: one with no treatment as a control, one with a high intensity doses of magnetic field (11,700 G) and one with a low intensity (3,800 G). Treatment was for three hours. The response variables were: pH, acidity ($^{\circ}\text{D}$) and bacterial colony forming units per milliliter (UFC's/mL). **Results:** No significant difference ($p>0.05$) between treatments for CFU's/mL was observed; however, some treatments showed considerable less CFU's after treatment. Significant difference ($p<0.05$) between treatments was observed for pH, suggesting changes in some of the milk characteristics during treatment. **Conclusions:** This study opens the opportunity for new studies in which adjustments to the different treatments could provide better results.

Keywords: magnetic fields, raw milk, Gauss, family dairy.

Recibido: 11/03/2015

Aceptado: 06/07/2015

Introducción

Actualmente la industria alimenticia y, la láctea en particular, se han interesado por encontrar alternativas innovadoras para la conservación de los alimentos, con el objeto de mejorar la higiene e inocuidad del producto final, aumentar su vida útil y mantener un sabor natural (Aguilar *et al.*, 2007). En nuestro país, por razones económicas y/o geográficas, no siempre es posible el uso de la refrigeración durante la cadena de producción y conservación de la leche, ya sea por la no existencia de los sistemas, porque los mismos están defectuosos o por tener que pagar un precio elevado de electricidad, lo cual nos lleva a experimentar métodos alternativos para la conservación de la leche (Martínez y Ponce, 1992).

La obtención y preservación de la leche va desde procesos especializados con todos los insumos y garantías de la cadena fría, hasta pequeños ranchos de tipo familiar con bajo nivel de infraestructura, lo que pueden influir al incremento de la carga bacteriana presente en la leche y contribuir a que se disminuya la calidad de aspectos esenciales como: composición, características organolépticas, fisicoquímicas y el valor nutritivo, que deben encontrarse de acuerdo a las especificaciones del Consejo para el Fomento de la Calidad de la Leche y sus derivados (COFOCALEC) y basados en la Norma Oficial Mexicana NOM-155-SCFI-2003, Leche, fórmula láctea y producto lácteo combinado – Denominaciones, especificaciones físico-químicas, información comercial y métodos de prueba.

Las características de los ranchos de tipo familiar de “cadena caliente”: 1) son manejados por los integrantes de la familia; 2) es un manejo semi-estabulado, es decir, los animales son alimentados en el corral y también salen a los potreros a pastorear; y 3) el número de vacas es bajo, de entre 10 y 90 vacas. En este tipo de ranchos existen diversos factores que pueden contribuir a la producción de leche que no cumplen con una buena calidad. Las principales fuentes de contaminación microbiana son por manejo no adecuado de cántaras; lavado poco efectivo; además, existe la posibilidad de contaminación por las manos de los ordeñadores (no higienizadas de manera correcta). Otro factor puede ser las instalaciones de baja infraestructura, aunado a la decadente salud de las vacas, ya que pueden presentar mastitis subclínica, enfermedad caracterizada por la inflamación de la glándula mamaria y sus tejidos secretores, lo que resulta en la disminución de la producción de leche y la posible alteración de su composición, incluso el sabor de la misma (Signorini *et al.*, 2003). De manera general, en

estos ranchos, después del ordeño la leche es depositada en cántaras de acero inoxidable (40 litros), los cuales se mantienen a temperatura ambiente y a pie de carretera hasta ser transportadas a los centros de acopio para su procesamiento. El tiempo promedio de transporte es de aproximadamente tres horas. Las acopiadoras se rigen bajo las normas de calidad de leche según la Norma Oficial Mexicana NMX-F-700-COFOCALEC-2012, Sistema producto leche – alimento lácteo – leche cruda de vaca – Especificaciones físico-químicas, sanitarias y métodos de prueba, en donde se evalúan los parámetros que deben cumplir los productores, para que así suministren su productos en las mejores condiciones y al mismo tiempo se les incentive a fin de que logren mejor rendimiento y un pago justo (Román *et al.*, 2003).

La aplicación de campos magnéticos en la industria alimenticia data desde el siglo XX, ya que aunque la esterilización es eficaz para la destrucción de microorganismos, también causa bajas en la calidad de los alimentos, como en las propiedades organolépticas o físicas de los mismos; es por ello que se han buscado métodos alternativos para evitar este problema. Uno de estos métodos es la aplicación de campos eléctricos pulsantes de alta intensidad (CEPAI), que consiste en el uso de pulsos eléctricos de alto voltaje al alimento colocado entre dos electrodos. Esta tecnología reduce significativamente los cambios en las propiedades organolépticas (Fernández *et al.*, 2001; Quass, 1997). Otra tecnología de importancia son los campos magnéticos oscilantes (CMO), los cuales se aplican en forma de pulsos, y los campos magnéticos estáticos (CMS), donde la intensidad del campo magnético es constante con el tiempo. Los CMO son utilizados para la inactivación de los microorganismos, así como para la mejora en la calidad y en la vida de anaquel de los alimentos.

En el caso particular de la leche, los campos magnéticos se han empleado para obtener leches fermentadas de mejor calidad (1200-1800 gauss), ya que aumentan la viscosidad de la misma y disminuyen la tensión superficial. Esto sugiere en que se mejora la homogeneidad de la leche y que se logra prevenir pérdidas de proteínas por control de la acidez y de los microorganismos, logrando así su preservación por mucho más tiempo (Insua *et al.*, 2010). Así mismo Guzmán *et al.*, (2009) demostraron el efecto de los campos magnéticos en bacterias ácido lácticas para potenciar su efecto bioconservante en quesos debido a la estimulación de bacteriocinas (proteínas o péptidos producidos por algunas bacterias y que poseen actividad antimicrobiana, letal o inhibidora), todos bajo condiciones de laboratorio.

Por lo anterior, el presente estudio se realizó para evaluar el efecto de los campos magnéticos (de alta y baja intensidad) en la preservación de la leche cruda de cadena caliente en condiciones de campo como método alterno de conservación de la calidad de la leche, a la fecha no existe un trabajo de esta naturaleza en campo.

Material y métodos

Las muestras se obtuvieron de tres ranchos productores de leche de cadena caliente del municipio de San Ignacio Cerro Gordo, en el Estado de Jalisco. Estos ranchos fueron seleccionados debido a que colectan y entregan su leche al Centro Lechero Cooperativo de los Altos de Jalisco (CECOPAL). CECOPAL es una empresa formada por socios ganaderos que caracteriza por pagar "calidad y no cantidad" de leche. Los muestreos se realizaron durante el mes de julio, por ser el mes con las más altas temperaturas, en un periodo de 4 semanas cada uno. Arbitriariamente fueron identificados como: Rancho No. 1 azul, rancho No. 2 rosa y rancho No. 3 verde. Un total de 108 muestras fueron analizadas por triplicado después del ordeño. Las variables de respuesta fueron: pH, acidez (grados Dornic) y unidades formadoras de colonias (UFC's). Los tratamientos se aplicaron durante el tiempo transcurrido entre la colecta en rancho (tiempo 0) y su llegada al centro de acopio (tiempo 1), por aproximadamente 3 horas.

Muestras y tratamientos en la leche cruda

De cada rancho se tomó una muestra representativa de 6 litros de leche cruda, misma que fue dividida en tres alícuotas de 2 litros/cada una. Estas alícuotas fueron distribuidas respectivamente en los tres tratamientos en cántaras de 2 litros: 1.- Testigo, leche sin aplicación de campos magnéticos, 2.- leche expuesta a 11,700 Gauss (Tx1) y 3.- Leche expuesta a 3,800 Gauss (Tx2). Los tratamientos se aplicaron durante el trayecto del rancho al centro de acopio a temperatura ambiente. Las variables de respuesta fueron: acidez, grados Dornic ($^{\circ}\text{D}$), pH y UFC's.

Determinación de pH

Para la determinación del pH se utilizó un potenciómetro (calibrado), la medición de pH para cada uno de los tratamientos (Testigo, Tx1 y Tx2), se realizó tomando 9 mL de leche, por triplicado, para posteriormente obtener la diferencia de pH entre el tiempo 0 y tiempo 1.

Determinación de grados Dornic $^{\circ}\text{D}$

Se tomaron 9 mL de leche por triplicado por cada uno de los tratamientos, posteriormente se les adicionaron cinco gotas del indicador fenolftaleína (1%) y se hizo la titulación agregando gotas de Hidróxido de Sodio (0.1N) con agitación constantemente hasta cambio de color (rosado). Cabe señalar que se realizaron ambos análisis (pH y acidez), ya que la acidez $^{\circ}\text{D}$, se realiza de manera rutinaria en CECOPAL, aunque esta es una prueba subjetiva porque la titulación está basada en un viraje de color (rosa), en cambio, los valores de pH son más confiables porque, aunque se tenga la misma acidez en grados Dornic pueden tener diferente pH, (Alais, 1985).

Cultivos bacterianos para cuenta de unidades formadoras de colonias (UFC)

Para determinar el crecimiento de las bacterias de la leche cruda bajo el efecto de los campos, se realizaron cultivos bacterianos (totales) en placa petri con medio de cultivo (Agar triptona-extracto de levadura). En estos cultivos se determinaron las unidades formadoras de colonias (UFC's), se utilizó el protocolo de Camacho et al., (2009), considerada la "prueba de oro" para evaluar calidad higiénica, según la Norma Oficial Mexicana NOM-092-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la cuenta de bacterias aerobias en placa. Se contaron las colonias en la placa y el resultado se expresó en unidades formadoras de colonias (UFC/mL). Los cultivos bacterianos de cada tratamiento fueron sembrados por duplicado, contados y promediados (12 muestras) por cada rancho.

Resultados y Discusión

Los resultados de las variables de pH y acidez fueron analizadas en el programa estadístico IBM SPSS statistics, versión 21. En el cuadro 1 se muestra el resumen de los valores descriptivos de cada grupo de estudio para las variables pH y acidez $^{\circ}\text{D}$ durante el t0 (ordeña) y t1 (acopiadora). Se obtuvo un total de 108 observaciones, para pH y acidez. Por cada rancho se obtuvieron 72 mediciones. Se calculó la diferencia entre el t1 y t0 de cada uno de los análisis por rancho, dando como resultado 36 datos de pH y 36 datos para acidez.

Cuadro 1.

Resumen de valores de pH y acidez (°D) durante los tiempos de evaluación (t0-t1) en muestras de leche cruda sometidas a tratamiento de campos magnéticos

Variables de respuesta	Rancho	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza de 95%	Límite superior
						Límite inferior	
pH (t0)	1	36	6.513	.093	.015	6.482	6.545
	2	36	6.477	.098	.016	6.444	6.511
	3	36	6.486	.063	.010	6.464	6.507
pH (t1)	1	36	6.552	.193	.032	6.487	6.618
	2	36	6.661	.204	.034	6.591	6.730
	3	36	6.661	.110	.018	6.623	6.698
Acidez (t0)	1	36	18.277	.566	.094	18.086	18.469
	2	36	18.361	.487	.081	18.196	18.525
	3	36	18.250	.554	.092	18.062	18.437
Acidez (t1)	1	36	18.388	.494	.082	18.221	18.556
	2	36	18.194	.467	.077	18.036	18.352
	3	36	18.305	.467	.077	18.147	18.463

El cuadro 2 muestra los valores de la diferencia que hubo entre los pH y grados Dornic, durante los tiempos de evaluación: tiempo 0 y tiempo 1. La comparación de grupos se hizo a través de análisis de varianza de un camino, con un post hoc tukey y un nivel de confianza del 95%; el cual mostró que el rancho 1 es

estadísticamente diferente ($p<0.05$) a los ranchos 2 y 3; lo cual puede ser asociado a que el manejo de cada grupo de estudio es distinto, además de la salud de las vacas o inclusive el sistema de lavado tanto del equipo de ordeño como de las cántaras para la recolección de la leche.

Cuadro 2.

Promedio de la diferencia de las variables pH y grados Dornic, durante los tiempos de evaluación (t1-t0), por rancho en muestras de leche sometidas a un tratamiento con campos magnéticos

Variables de respuesta	Rancho	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza de 95%	Límite superior
					Límite inferior	
pH	1	.038 ^a	.201	.033	-.029	.107
	2	.183b	.214	.035	.110	.255
	3	.175b	.120	.020	.134	.215

Variables de respuesta	Rancho	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza de 95%	Límite superior
					Límite inferior	
Acidez °D	1	.111 ^a	.784	.130	-.154	.376
	2	-.166 ^a	.696	.116	-.402	.069
	3	-.222 ^a	1.806	.301	-.833	.389

Medias con literales iguales no son estadísticamente diferentes ($p>0.05$).

De igual manera se realizó el análisis de varianza para la comparación del grupo testigo y los grupos tratados con alta y baja intensidad de campos magnéticos; no se observó

diferencia significativa ($p>0.05$), lo que indica que las intensidades de magnetismo utilizadas no modifican el pH de la leche cruda en un período de 3 horas (Cuadro 3).

Cuadro 3.
Promedio de la diferencia de las variables pH y grados Dornic, durante los tiempos de evaluación (t1-t0), en los diferentes tratamientos con campos magnéticos

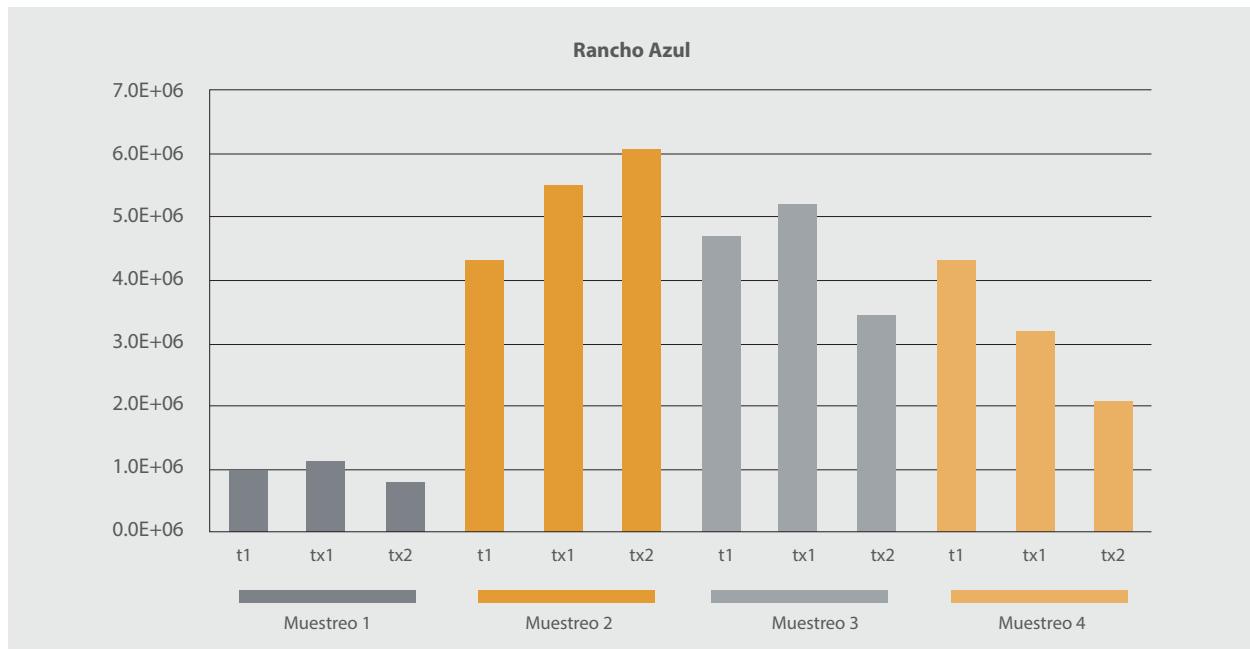
Variables de respuesta	Tratamiento	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza de 95%	Límite superior
					Límite inferior	
pH	Testigo	.175 ^a	.255	.042	.088	.261
	11,700 G	.111 ^a	.180	.030	.050	.172
	3,800 G	.111 ^a	.118	.019	.070	.151
Acidez °D	Testigo	-.250 ^a	1.841	.306	-.873	.373
	11,700 G	.222 ^a	.637	.106	.006	.437
	3,800 G	-.250 ^a	.691	.115	-.484	-.015

Medias con literales iguales no son estadísticamente diferentes ($p>0.05$).

No se observó diferencia significativa ($p>0.05$) entre los tratamientos para la variable UFC's, el valor mínimo obtenido posterior a la ordeña en algunos casos fue de 7.0×10^4 UFC's, valor aceptable de acuerdo a NMX-F-700-COFOCALEC-2012, que señala que el conteo de UFC's/mL para la clase 1 debe ser $\leq 100\,000$; sin embargo, el valor máximo obtenido después de transcurridas 3 horas indica un aumento considerable de UFC's: 1.1×10^7 , el cual sobrepasa en relación a la clase 4 que señala la NMX-F-700-COFOCALEC-2012.

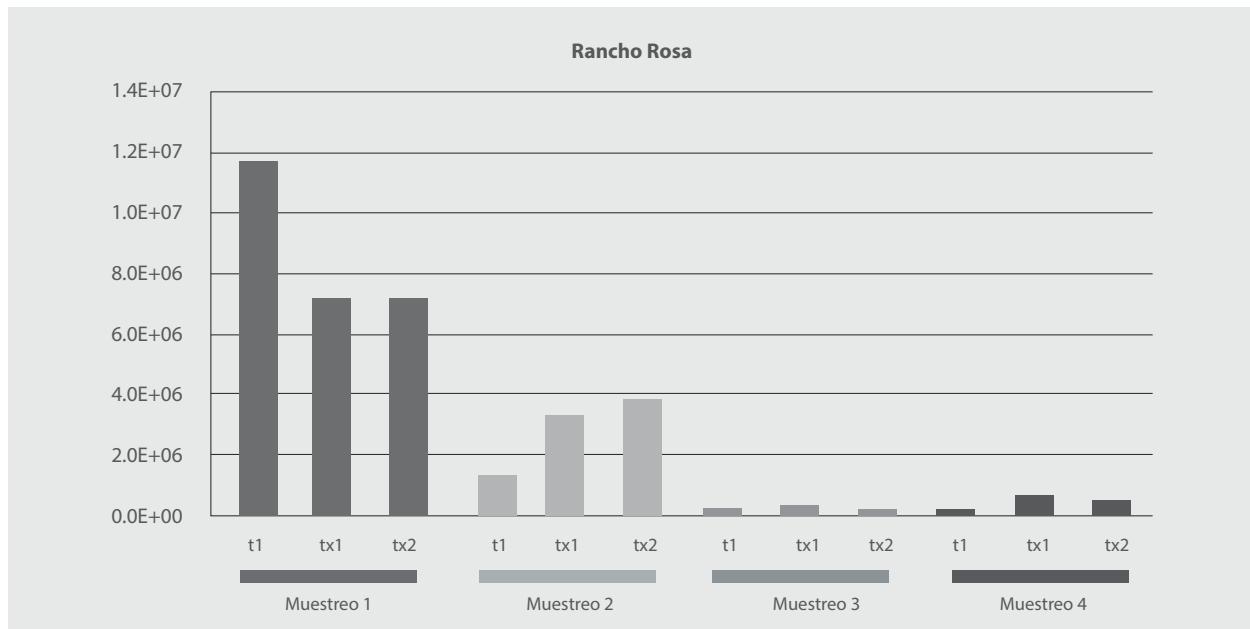
A pesar de que no hubo diferencia significativa entre los tratamientos, sí mostraron disminución en las UFC's, por lo que se muestra un resumen de estas para cada rancho por separado, para los diferentes muestreos. En la figura 1; se puede observar en el rancho azul, el muestreo 1, y 3, las UFC's del Tx2 fueron menores que Tx1, en el muestreo 4 las UFC's, tanto para el Tx1 como Tx2 fueron menores que en el grupo Testigo (T1).

Figura 1.
Unidades Formadoras de Colonias (UFC's), en leche cruda con tratamientos magnéticos, durante los cuatro muestreos en el rancho azul



En el rancho rosa (Figura 2), en el muestreo 1 las UFC's, tanto para el Tx1 como para el Tx2 fueron menores que en el T1, y en el muestreo 4 las UFC's del Tx2 fueron menores que el Tx1.

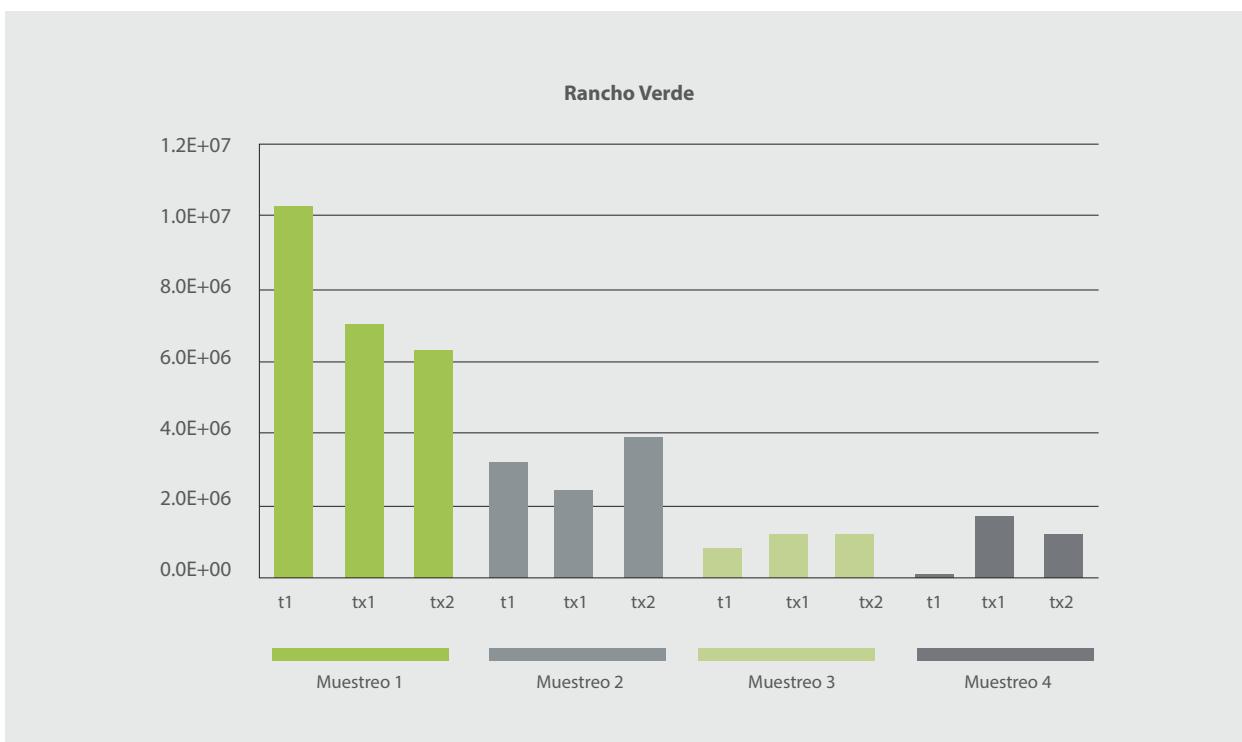
Figura 2.
Unidades Formadoras de Colonias (UFC's), en leche cruda con tratamientos magnéticos durante los cuatro muestreos en el rancho rosa



Los resultados del rancho verde muestran que en el muestreo 1 las UFC's, tanto para el Tx1 como para el Tx2 fueron menores.

Figura 3.

Unidades Formadoras de Colonias (UFC's), en leche cruda con tratamientos magnéticos, durante los cuatro muestreos en el rancho verde



Conclusiones

Aunque no en todos los casos hubo diferencia significativa entre los tratamientos para las variables estudiadas, los campos magnéticos muestran potencial como método alternativo de conservación de la leche en sistemas de producción de “leche caliente” ya que se observó que el tratamiento de baja intensidad (3,800 G), aparentemente tiene mejores resultados en la disminución de las UFC's en relación al de alta intensidad (11,700 G). Esto sugiere que ajustes en las dosis de los tratamientos

pueden proporcionar mejores resultados, en beneficio de conservar la calidad de la leche cruda.

Con los resultados obtenidos se concluye que la leche cruda al estar expuesta a temperatura ambiente, sin refrigeración, sufre cambios en el pH, lo que puede repercutir en la disminución de la calidad. Estos cambios pueden estar asociados a la salud de las vacas y al manejo que se le da tanto al equipo de ordeño como el lavado de las cántaras en donde es depositada la leche.

Referencias bibliográficas

1. Aguiar, J, Pérez, I, Cepero, O. 2007. Efecto de los campos magnéticos en la conservación de la leche cruda sin refrigerar. REDVET. Vol. VII, núm. 4, pp. 1-9. España.
2. Alais, C. 1985. Ciencia de la leche: principios de técnica lechera. Editor Reverte. Pag. 53.
3. Camacho, A, Giles, M, Ortegón, A, Serrano, B, Velázquez, O. 2009. Técnicas para el análisis microbiológico de alimentos. 2^a ed. Facultad de Química, UNAM. México.
4. Fernández, JJ, Barbosa, GV, Swanson, BG. 2001. Tecnologías emergentes para la conservación de alimentos sin calor. Consejo superior de investigaciones científicas. Rev. Arbor pp. 155-170.
5. Guzmán, TM, Anaya, VM, Abreu, J, Duquesne, F, Guerra, G, Valdés, O. 2009. Efecto del campo magnético en la calidad microbiológica del queso Telita. Cienc. Tecnol. Vol. 19. Núm. 3.
- 6.- Insua, DA, Cepero, O, Silveira, EA Pérez, I. 2010. Magnetización: una alternativa en la leche cruda sin refrigerar. REDVET. Vol. 11. Núm. 03. Cuba.
7. Martínez, S, Ponce, P. 1992. Influencia del ordeño mecánico sobre la calidad de la leche y la salud de la ubre. CENLAC/CENSA. Habana.
8. Norma Oficial Mexicana. Leche, fórmula láctea y producto lácteo combinado, Denominaciones, especificaciones fisicoquímicas, información comercial y métodos de prueba. NOM-155-SCFI-2003. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de septiembre de 2003.
9. Norma oficial mexicana. Sistema producto leche – alimento lácteo – leche cruda de vaca – Especificaciones fisicoquímicas, sanitarias y métodos de prueba. NMX-F-700-CFOCALEC-2012. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de marzo de 2014.
10. Norma Oficial Mexicana (NOM-092-SSA1-1994). Bienes y servicios. Método para la cuenta de bacterias aerobias en placa. Fecha de publicación en el DOF: 12 de diciembre de 1995.
11. Quass, DW. 1997. Pulsed electric field processing in the food industry. A status report. Electric Power Institute. Palo Alto California.
12. Román, S, Guerrero, L, Pacheco, L. 2003. Evaluación de la calidad fisicoquímica, higiénica y sanitaria de la leche cruda almacenada en frío. Rev. Cient. FCV-LUZ, 13.
13. Signorini, ML, Sequeira, GJ, Bonazza, JC, Dalla-Santina, R, Otero, JL, y Rosmini, MR. 2003. Variación estacional en los principales indicadores de higiene en leche cruda de un tambo de la cuenca central. Departamento de Salud Pública Veterinaria, Facultad de Ciencias Veterinarias. Revista FAVE-Ciencias Veterinarias 2 (2) ISSN.

Cirugía de control de daños en obstetricia

Rodríguez-Chávez, J. L. (1, 4), Madrigal-Rodríguez, V. M. (1, 3), Bañuelos-Franco, A. (1, 2), Malagón-Reyes, R. M. (5).

(1)Unidad de Investigación en Ginecología y Alto Riesgo Obstétrico; (2) Jefe de división de Ginecología y Obstetricia; (3) Jefe de enseñanza de Ginecología y Obstetricia; (4) Coordinador de investigación en Ginecología y Alto Riesgo Obstétrico y Subespecialista en Medicina Crítica en Obstetricia; (5) Cirujano. Unidad de cuidados intensivos Obstétricos. Hospital Mónica Pretelini Sáenz, Instituto de Salud del Estado de México.

Resumen

Cirugía control de daños, trata de medidas temporales (conjunto de procedimientos quirúrgicos simples destinados a estabilización fisiológica del paciente crítico), aplicadas como parte de un criterio escalonado ante un problema complejo. **Objetivos:** Describir los hallazgos clínico-quirúrgicos y de imagen. El seguimiento clínico de una paciente obstétrica crítica, complicada por pre-eclampsia, debut clínico tardío en emergencia hipertensiva de novo y presentando síndrome de disfunción órgano múltiple. **Método:** Reporte de caso y revisión de la literatura. gestación a término, denota en el puerperio precoz dolor “en barra de Chaussier”, emergencia hipertensiva y alteración del estado de alerta activándose “Código Mater” se objetiva clínicamente abdomen agudo y bioquímicamente asociado a síndrome de disfunción órgano múltiple y se decide laparotomía exploradora con protocolo de Cirugía Control de Daños “CCD” **Resultado:** Nuestra experiencia institucional, desde la creación como práctica rutinaria con alto nivel de evidencia científica la “Cirugía de Control de Daños” disminución significativa de morbilidad y mortalidad. **Conclusiones:** Proponemos que parte del currículo del especialista en ginecología y obstetricia contemple el abordaje pautado en cirugía de control de daños. Creación de equipos de respuesta rápida. Capacitación clínica con modelos de baja y alta fidelidad.

Palabras claves: Obstetricia, cirugía control daños.

Abstract

Damage Control treated Surgery temporary measures (set of simple surgical procedures to physiological stabilization of critical patients), implemented as part of a phased approach to a complex problem. **Objectives:** To describe the clinical-surgical and imaging findings. Clinical follow a patient complicated obstetric: Preeclampsia late on set in hypertensive emergency de novo and presenting multiple organ dysfunction syndrome. **Method:** Case report and literature review. Term pregnancy, denoted in

the early postpartum pain “in bar Chaussier” hypertensive emergency and impaired alertness, activated “Mater Code” is clinically objective abdomen Sharp and biochemically associated with dysfunction multiple organ syndrome and exploratory laparotomy is decided Damage Control Surgery Protocol “DCS”. **Result:** Our institutional experience, from creation as a routine practice with high scientific evidence the “damage control surgery” significant reduction in morbidity and mortality. **Conclusions:** We propose that part of the curriculum specialist in obstetrics and gynecology surgery scheduled contemplates the damage control approach. Creation of rapid response teams. Clinical training models of low and high fidelity.

Keyword: Obstetrics, Damage control surgery obstetrics

Puntos de buena práctica clínica

- Generar equipos de respuesta inmediata.
- Mantener un protocolo de abordaje unificado.
- Utilizar escalar de predicción de morbi-mortalidad ajustado al escenario de obstetricia (SOFA, APACHE II, P POSSUM, Sepsis Obstetrics Score).
- Utilizar herramientas alternas durante el acto quirúrgico, bolsa MALA (Malagón Reyes Acta Med Port 2013), balón Bakri SOS en piso pélvico (Charoenkwan, Am J Obstet Gynecol 2014).
- Capacitación continua en escenarios de emergencia obstétrica.
- Modelos de simulación clínica y virtual (alta fidelidad).

Introducción

Durante las últimas dos décadas, la cirugía de control de daños se ha convertido en el estándar de tratamiento de pacientes con compromiso severo de su fisiología que requieren de intervención quirúrgica.¹

Laparotomía de control de daños, fue descrita por primera vez por el Dr. Harlan Stone en 1983 cuando sugirió que los pacientes con trauma severo deben tener sus procedimientos primarios abreviados cuando se encontró con coagulopatía.² El concepto operacional de control de daños en el entorno de trauma fue acuñado por Rotondo et al., en 1993. Los estudios en los años siguientes han validado que esta técnica ha demostrado una disminución de la mortalidad y de las complicaciones postoperatorias inmediatas.²

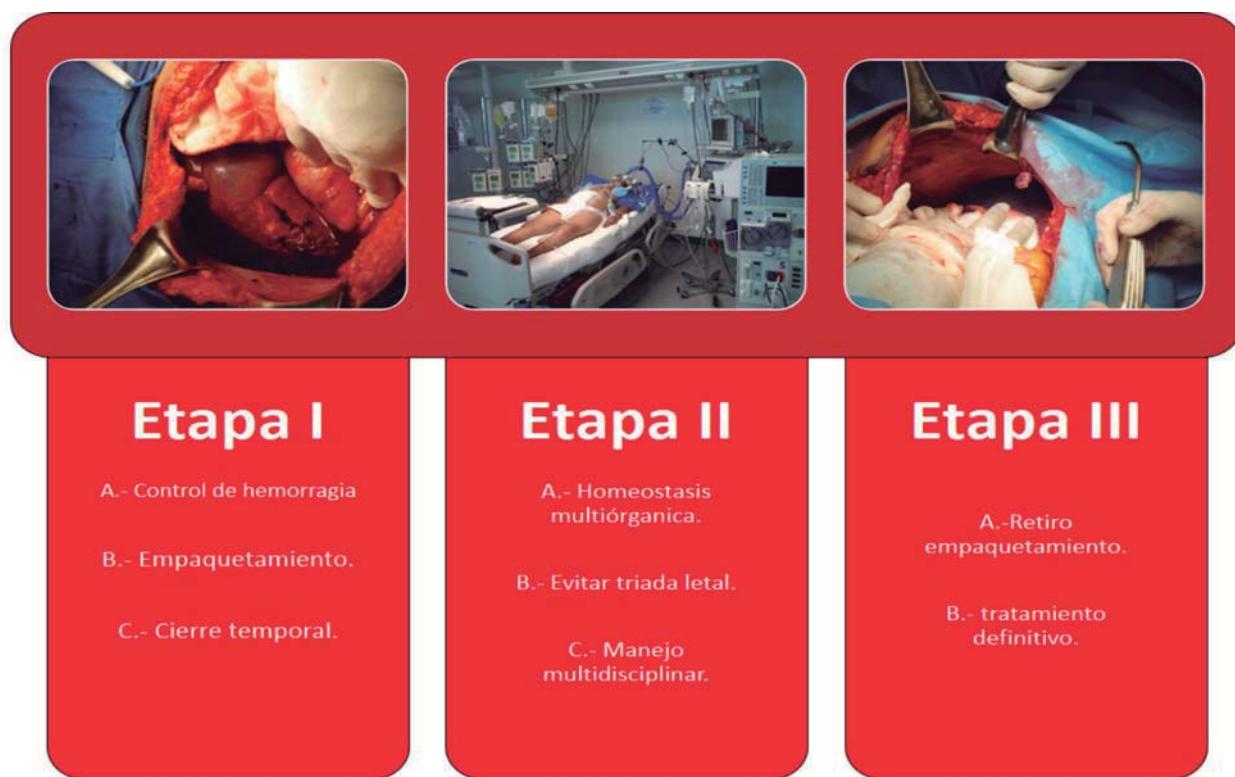
Las patologías para someterse a una estrategia de tratamiento de control de daños compuesto por una mezcla de trauma, choque séptico y hemorrágico, incluyendo perforaciones gastrointestinales, isquemia intestinal, sangrado intra y postoperatorio de cirugías electivas, y la emergencia de los aneurismas aórticos rotos; pero en el tenor obstétrico: hemorragia obstétrica multifactorial y sepsis.

El término “Control de daño”, surge inicialmente en la marina de guerra norteamericana en referencia a: “La capacidad de un buque de absorber el daño y mantener la integridad de la misión” [3]. Se trata de medidas temporales (conjunto de procedimientos quirúrgicos simples destinados a la estabilización fisiológica del paciente crítico), aplicadas como parte de un criterio escalonado ante un problema complejo.³⁻⁶ Durante décadas se le ha solicitado al cirujano: Arte y destreza, cirugía energética y extensa en pacientes graves, realizando medidas temporales, aplicadas como parte de un criterio escalonado ante un problema complejo.⁷⁻¹⁰

Este acercamiento disminuye la mortalidad por arriba del 50%. En el enfoque clásico del control de daños se diferencian 3 etapas: 1) Laparotomía inicial, 2) Resucitación, y 3) Cirugía definitiva (figura 1).

Figura 1.

Etapas del control de daños



Objetivos

Describir los hallazgos clínico-quirúrgicos y de imagen. El seguimiento clínico de una paciente obstétrica crítica

complicada por pre-eclampsia, debut clínico tardío en emergencia hipertensiva de novo, y presentando síndrome

de disfunción órgano múltiple; y la revisión pertinente de la literatura médica.

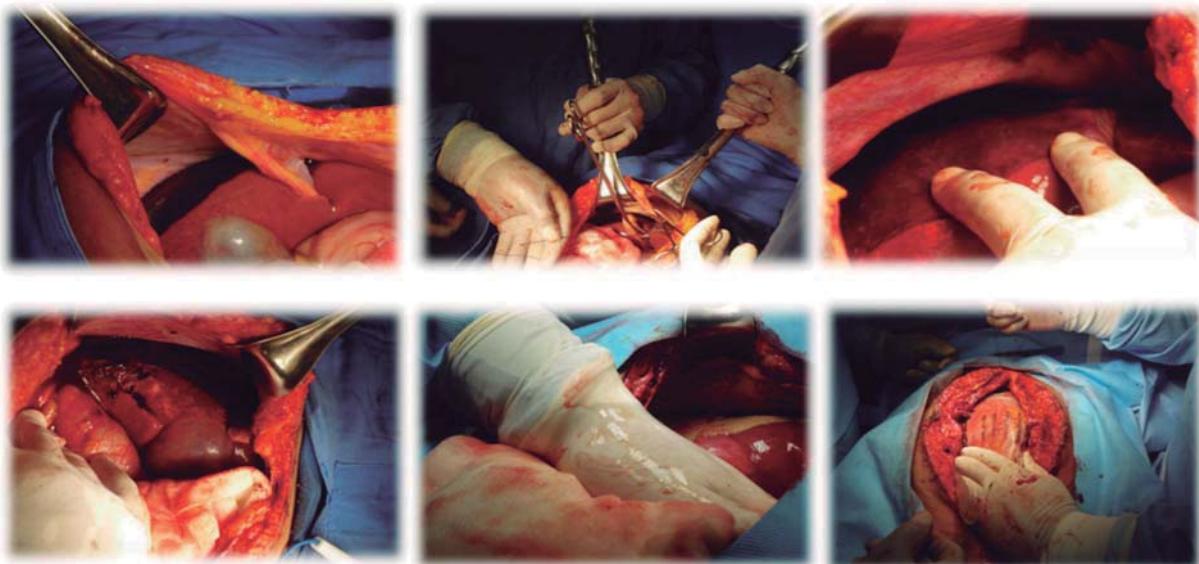
Método

Reporte de caso.

Latina de 30 años cursando quinta gestación a término, control antenatal subóptimo, acude al servicio de urgencias por presentar fase activa-período expulsivo

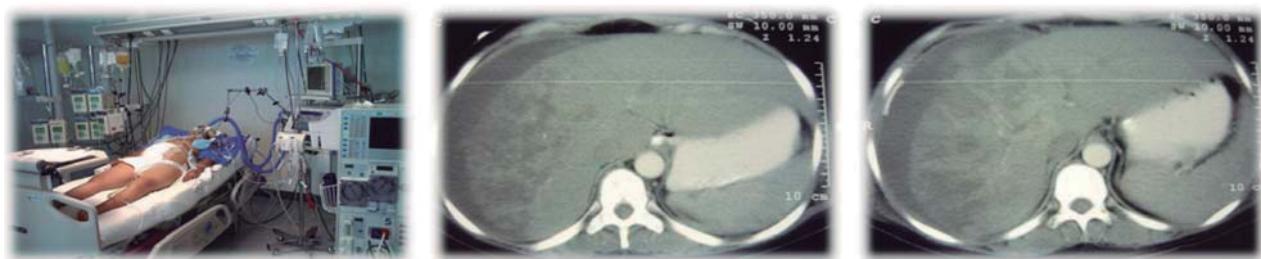
de trabajo de parto, se realiza atención del parto y denota en el puerperio precoz: dolor “en barra de Chaussier”, emergencia hipertensiva y alteración del estado de alerta; activándose “Código Mater”, se objetiva clínicamente abdomen agudo y bioquímicamente asociado a síndrome de disfunción órgano múltiple y se decide laparotomía exploradora con protocolo de Cirugía Control de Daños “CCD” (figuras 2-3-4)

Figura 2.
Fase I del Protocolo de Cirugía de Control de Daños
Fase I:



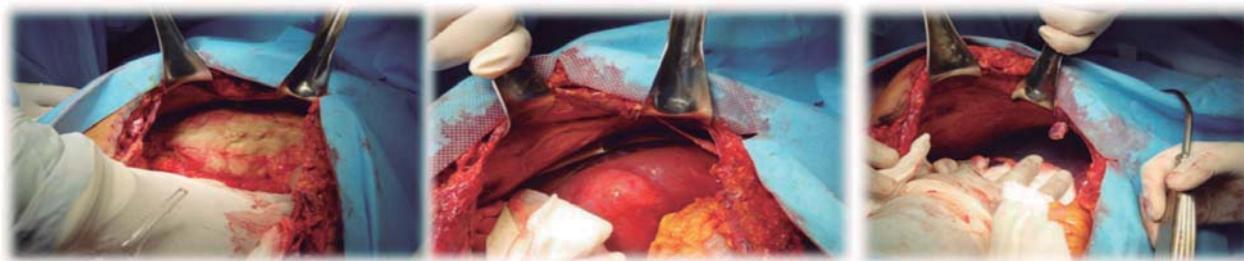
1. Ubicación del hematoma. 2-3. Sección/ligadura ligamento falciforme, luxación de glándula hepática para exposición y delimitación de la lesión y maniobra de Pringle. 4. Lesión hepática grado IV laceración parenquimática del 60% del hígado en 3 segmentos de Couinaud (VI-VII-VIII). 5. Empaquetamiento. 6. Colocación de bolsa de polietileno “mala”.

Figura 3.
Fase II del Protocolo de Cirugía de Control de Daños
Fase II:



1. Manejo soporte multiorgánico/organoprotéesis en terapia intensiva.
2-3. Control tomográfico de abdomen región hepática.

Figura 4.
Fase III del Protocolo de Cirugía de Control de Daños
Fase III:



1. Desempaquetamiento. 2. Recolocación de drenajes pasivos monitoreo integridad anatómica. 3. Hemostasia selectiva.

La correcta selección del paciente es crucial para el maximizar el beneficio de una estrategia de cirugía de control de daños;¹ no aplicar la estrategia para pacientes críticos aumentará su riesgo de muerte, aunque su uso excesivo será exponer a los pacientes a riesgos de múltiples actos quirúrgicos, gestión de abdomen abierto y a una prolongada estancia de cuidados intensivos, negando el

concepto de beneficios potenciales. Por lo tanto, habrá que protocolizar la indicación de cirugía control de daños ante el escenario clínico de posible catástrofe quirúrgica en los siguientes rubros: factor propio del paciente, gravedad y patrón de las lesiones locales o generales, parámetros fisiológicos y factores iatrogénicos o propios del tratamiento previo (figura 5).

Figura 5.
Factores a considerar en estrategia de cirugía de control de daños en emergencias abdominales

Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Historial médico y quirúrgico. • Comorbilidad (enfermedades crónicas) • Medicación.
Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza de la patología.
Lesión	<ul style="list-style-type: none"> • La gravedad de la patología. • Historia natural esperable.
Fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> • hipotermia. • Coagulopatía. • Disfunción orgánica. • Inestabilidad hemodinámica. • Severidad de inflamación/sepsis
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Magnitud y calidad de la reanimación. • Duración y efecto fisiológico de la cirugía. • Magnitud de la cirugía definitiva.

Tres series de casos se compararon los resultados observados en pacientes que reciben cirugía de control de daños con escalas pronósticas predichas por predicción de resultados (Fisiología aguda y crónica de evaluación de salud (APACHE) II; y puntaje de severidad fisiológica y operativo para la enumeración de la mortalidad y la morbilidad (POSSUM). El total de 38 pacientes reportados en estos tres estudios mostró una mortalidad más baja que la predicha, y en una serie de 14, esta observación alcanzó significancia estadística (1). Mas sin embargo aun sin estandarizarse en el entorno de la paciente obstétrica.¹

Nueva evidencia. El desarrollo de los fundamentos de la cirugía de trauma de cirugía general de emergencia basado en la reparación definitiva de primaria de las lesiones graves en los pacientes con la fisiología desquiciada es perjudicial para el resultado.

Cuando la cirugía es inevitable, la cirugía de control de daños, con control rápido de hemorragia y de la contaminación, y sin más retraso ni lesión tisular importante, hace posible corregir la fisiología y salvar a algunos de los pacientes más gravemente heridos.

Las fases de la cirugía de control de daños se definen por cinco pasos (figura 6): *Primero*, la identificación del paciente enfermo basa en patrón de lesión (o enfermedad subyacente) y fisiopatología; *segundo*, la cirugía abreviada para controlar el sangrado y contaminación; *tercero*, la reevaluación de los parámetros mientras el paciente todavía está en la mesa de operaciones; *cuarto*, monitorización estrecha y soporte multiorgánico para restauración de la fisiología en la unidad de cuidados intensivos; y, por último, *quinto*: la reparación quirúrgica definitiva.¹

Figura 6.
Fases de la cirugía de control de daños

		Emergencias abdominales no traumáticas	
	Cirugía de trauma	Choque hemorrágico	Choque séptico
Fase 0	Inicio de la reanimación hemostática dirigida a objetivos sin retrasar la cirugía.	Inicio de la reanimación hemostática dirigida a objetivos sin retrasar la cirugía.	Resuscitación volumétrica preoperatoria y terapia aminergica. Corrección hipotermia. Administración antibioticoterapia.
Fase 1	Identificación del paciente: <ul style="list-style-type: none">• Patrón de las lesiones.• Fisiología.	Identificación del paciente: <ul style="list-style-type: none">• Patología.• Fisiología.	Identificación del paciente: <ul style="list-style-type: none">• Patología.• Fisiología.
Fase 2	Control de la hemorragia. Control contaminación.	Control de la hemorragia.	Descontaminación. Control fuente de sepsis.
Fase 3	Nueva evaluación durante la cirugía.	Nueva evaluación durante la cirugía.	Nueva evaluación durante la cirugía.
Fase 4	Restauración fisiológica en cuidados intensivos. Optimización hemodinámica. Corrección triada letal. Optimización y soporte órganos vitales	Restauración fisiológica en cuidados intensivos. Optimización hemodinámica. Corrección triada letal. Optimización y soporte órganos vitales	Restauración fisiológica en cuidados intensivos. Optimización hemodinámica. Corrección triada letal. Optimización y soporte órganos vitales Antibiótico específico basado en resistencia
Fase 5	Reparación definitiva. Cierre pared abdominal.	Reparación definitiva. Cierre pared abdominal.	Reparación definitiva. Cierre pared abdominal.

Fuente: D. G. Weber, C. Bendinelli and Z. J. Balogh. Damage control surgery for abdominal emergencies. BJS 2014; 101: e109–e118.

Discusión y conclusiones.

Nuestra experiencia institucional, desde la creación como práctica rutinaria con alto nivel de evidencia científica en la "Cirugía de Control de Daños": Mortalidad cero en los últimos tres años.

Recomendamos al cirujano ginecólogo y obstetra que enfrenta estos problemas quirúrgicos complejos, considerarla como un arma terapéutica valiosa, donde los resultados dependen de la fisiología y no de la integridad anatómica del paciente, para lograr mayor supervivencia.

La operación temprana permite eventualmente un cierre definitivo precoz, que favorece la rehabilitación. Hoy en día disponemos de mecanismos e instrumentos que nos permiten tener mayor capacidad de respuesta para mejorar no sólo la atención prenatal, sino también el entorno en el que se desarrollan el evento agudo y las complicaciones médico-clínico-quirúrgicas traducidas en asistencia obstétrica hospitalaria altamente especializada en el manejo de complicaciones graves.

Las aplicaciones clínicas de los principios de control de daños están muy por delante de la evidencia clínica disponible. Por desgracia, es difícil de llevar a cabo ensayos aleatorios en situaciones en que la práctica aceptada está antes de que exista evidencia de nivel alto.

Proponemos que parte del currículo del especialista en ginecología y obstetricia contemple el abordaje pautado en cirugía de control de daños. Así, junto al cirujano general adquirir el liderazgo en investigación de esta práctica, creando estrategias ajustadas al escenario institucional para el tratamiento de las emergencias abdominales basado en trauma y choque séptico o hemorrágico. Utilizando modelos predictivos ajustados al escenario obstétrico. (SOS: Sepsis Obstetrics Score, SOFA: Sequential Organ Failure Assessment, APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation, P POSSUM: Physiological and Operative SeverityScore for the enUmeration of Mortality and Morbidity).

Fuentes de financiamiento: Propias institucionales.

Conflictos de intereses: Los autores declaramos no contar con conflictos de intereses.

Secretaría de Salud Jalisco.

Hospital General de Occidente.

División de Ginecología y Obstetricia.

Unidad de Investigación en Ginecología y Alto Riesgo Obstétrico.

Dirección postal: Avenida Zoquipan 1050 colonia Zoquipan, Zapopan, Jalisco código postal 45170 teléfono 01 33 3030 6300

Correo electrónico: unidad.inv.obgyn.aro.hgo.2015@gmail.com
joseluisrchmd@hotmail.com

Referencias bibliográficas

1. Weber DG, Bendinelli, C, Balogh, ZJ. Damage control surgery for abdominal emergencies. *BJS* 2014; 101: e109–e118
2. Godat. et al. Abdominal damage control surgery and reconstruction: world society of emergency surgery position paper. *World Journal of Emergency Surgery* 2013;8:53.
3. Parr et al. Damage control surgery and intensive care. *Injury, Int. J. Care Injured* 2004; 35: 713—722.
4. Waibel et al. Damage control in trauma and abdominal sepsis. *Crit Care Med* 2010; 38:421–430.
5. Tavares-de la Paz et al. Abdomen abierto. Evolución en su manejo, *cir ciruj* 2008;76:177-186.
6. Dooley RN, Weiberg, BS, Jordan. Body Mass Index Affects Time to Definitive Closure After Damage Control Surgery. *J Trauma*. 2009; 66:1683–1687.
7. Escobar MF, Garcia A, Fonseca J. Cirugía de control de daños: Un concepto aplicable en ginecología y obstetricia. *Colomb Med* 2005; 36: 110-114.
8. McAlister et al. Catastrophe surgery: response to multiple casualties or individual patients with devastating injuries *Can J Surg*, 2009;53(3) 175-176.
9. Iñaguazo Sánchez et al. Cirugía de control de daños: alternativa quirúrgica eficaz para el trauma hepático grave. *Rev Cubana Cir*, 2007; 46:48
10. Malagón Reyes RM, et al. Experience of the MALA bag in the open abdomen management, *Acta Med Port* 2013 Nov-Dec;26(6):699-704.

Violencia en el noviazgo en adolescentes. Un problema de salud pública

Valenzuela-Varela A. (1), Vega-López M. G. (2)

(1) Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Doctorante en Ciencias de la Salud Pública. (2) Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Doctorado en Ciencias de la Salud Pública. Profesora, investigadora y Directora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Departamento de Ciencias Sociales.

Resumen

La violencia en el noviazgo es considerada un problema de salud pública a nivel mundial y con alta incidencia en México. Los grupos más jóvenes tienen prevalencias más altas de este fenómeno y para poder detener este problema, hay que reconocer los patrones de violencia entre ellos. Si un adolescente solo vive relaciones violentas, las establecerá y pueden llegar a ser las únicas que tendrá en toda su vida. Las relaciones de violencia son construidas y aprendidas social y culturalmente desde el hogar y las instituciones como es la escuela, la iglesia y medios de comunicación. Se reconocen tres principales tipos de maltrato en parejas: física, psicológica/emocional y sexual. En donde el más común es el psicológico o emocional. El propósito de este trabajo es analizar algunos aspectos sobre la violencia en el noviazgo que permitan un acercamiento del fenómeno como problema de salud pública.

Palabras clave: Violencia en el noviazgo, adolescencia, tipos de violencia.

Abstract

The dating violence is considered a public health problem worldwide with high incidence in Mexico. The younger age groups have higher prevalence of this phenomenon and to stop this problem, we must recognize the patterns of violence between them. If a teen only lives violent relationships, establish and may become the only ones that will in a lifetime. The relations of violence are constructed and socially and culturally learned from the home and in institutions such as school, church and media. Physical, psychological / emotional and sexual are recognized as the three main types of abuse in couples. Where the most common is psychological or emotional. The purpose of this paper is to analyze some aspects of violence in dating that allow an approach of the phenomenon as a public health problem.

Key words: Dating Violence, adolescence, types of violence.

Introducción

La violencia puede estar presente en diferentes ámbitos de la vida del ser humano. La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.¹ La misma institución reporta que “Cada año, más de 1.6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinflingida, interpersonal o colectiva. La violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad”.¹

Los terrorismos, las guerras, los disturbios callejeros pueden ser vistos alrededor del mundo por los medios de comunicación y las redes sociales; sin embargo, existe una forma de violencia que sucede, se esconde y se vuelve silenciosa, dentro de los hogares, en el trabajo y en las escuelas. Los factores biológicos como el tener alguna discapacidad física; o factores individuales como el ser tímido, no tener amigos, manejo del estrés o el género, pueden predisponer el ser agresivo o victimizado.^{2,3} Así mismo, el hecho de que los hijos observen la violencia dentro de casa, puede ser factor de conductas agresivas o receptoras de agresión, en un contexto más amplio. Es en la familia donde se construyen las bases de las relaciones que se reproducen en las diferentes etapas de la vida, como sería el noviazgo. El aumento de casos de violencia en el noviazgo, ha obligado a examinar esa problemática social que representa este fenómeno.

Recibido: 13/03/2015

Aceptado: 06/07/2015

En la etapa de la adolescencia se tienen relaciones afectivas; algunas de ellas pueden presentar aspectos violentos. En México los grupos más jóvenes tienen prevalencias más altas de violencia en el noviazgo, para poder detener este problema, hay que reconocer los patrones de violencia entre ellos. Se trata de un periodo sensible donde las pautas de interacción aprendidas, o bien, se repiten y continúan, o se transforman. El Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), dio a conocer que en nuestro país, cerca del 30 por ciento de jóvenes entre 12 y 29 años de edad han sufrido conductas violentas durante el noviazgo.⁴ Así mismo, el país ocupa el décimo cuarto lugar a nivel internacional en agresión a las mujeres. Nueve de cada diez mexicanas de entre 12 y 19 años de edad han sido agredidas durante sus noviazgos, de las cuales sólo 5 están conscientes de ello.⁵ En un estudio que realizó la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se afirma que entre los 15 y los 19 años, el 32% de los jóvenes sufre violencia emocional, mientras que en el rango de los 20 a los 24, la cifra aumenta a 41%. En México, 39% de los jóvenes de ambos sexos, de entre 15 y 24 años de edad, que tienen una relación de noviazgo, sufren violencia emocional.⁶

El vivir una situación de violencia dentro de noviazgo en ocasiones trasciende en el tiempo, pues se ha encontrado que una agresión física previa al matrimonio supone una probabilidad del 51% de que esa agresión se repita a lo largo del primer año y medio de convivencia.⁷

Definición de violencia en el noviazgo

El noviazgo es una etapa considerada de conocimiento mutuo, en donde los dos desean agradarse y que lo único pensable es pasar el tiempo juntos, amándose y ser felices; sin embargo, se tiene la otra cara de la moneda, que muestra la complejidad de las relaciones humanas, en la cual se mezcla un juego de poderes y búsqueda del dominio de la pareja.

La convivencia diaria entre los adolescentes, dentro de las instituciones escolares, propicia que se den relaciones afectivas que pueden llevar al noviazgo. Aunque en algunas de estas relaciones puedan existir algunas pautas de inequidad y dominación por parte de un miembro de la pareja. El querer dominar o controlar a la otra persona, es una de las características de lo que se conoce como violencia en el noviazgo.

Se pueden encontrar varias definiciones, en este escrito se proponen dos de ellas. Segundo Pick (2001), la violencia en el noviazgo se puede definir como "cualquier acto

mediante el cual una persona trata de doblegar o paralizar a su pareja. Su intención, más que dañar, es dominar y someter ejerciendo el poder".⁸ Para Morales y Rodríguez (2012) –cercanos al concepto de la OMS- la definen como: "el uso o amenaza de la fuerza física, restricción, abuso psicológico y/o el abuso sexual con el propósito de causar daño o dolor a la otra persona. Se considera que hay violencia si al menos uno de estos componentes está presente en la relación".⁹

Se considera que existen esfuerzos sistemáticos, por parte de la pareja, para controlar, dominar y atemorizar a través de actos de violencia física, abuso emocional, coerción sexual y aislamiento social.¹⁰

Es así que en las relaciones inmersas en la violencia, por lo regular es difícil salir. Se convierte en un círculo vicioso, en el que la pareja agresora muestra arrepentimiento del acto cometido y pide disculpas, mostrándose cariñoso, aunque tiempo después vuelva a cometer el mismo acto violento.

"La violencia de pareja no solo se extiende a las parejas casadas o en convivencia, sino a las parejas de novios o de otra índole en donde existe una relación afectiva y sexual, sean o no del mismo sexo".¹¹ Las personas que son víctimas en sus relaciones a menudo también cometen actos de violencia, pero no todas las relaciones implican violencia mutua.

La Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana de México, en su página de internet, menciona que la violencia generalmente se presenta en un ciclo en el que tanto el hombre como la mujer se encuentran atrapados. Así, divide en tres fases el ciclo de violencia: *"Fase de acumulación de tensión:* Se manifiestan insultos, reproches, escenas de celos y control, silencios prolongados, burlas, malestar constante y en aumento; *fase de estallido o explosión:* Se manifiestan incidentes con todo tipo de agresión física, golpes, ruptura de objetos y amenazas; y *fase de arrepentimiento o luna de miel:* Se manifiestan expresiones de perdón, promesas de cambio, interés sexual, regalos y tranquilidad".¹² Es la última fase la que perpetúa el ciclo, pues por lo general se piensa que la pareja ha cambiado o que esa actitud violenta es pasajera. Sin embargo, se ha visto que las agresiones aumentan de intensidad conforme pasa el tiempo.

El origen de la violencia en el noviazgo

El origen de la violencia en las relaciones de noviazgo puede suceder en edad temprana. Se considera que

“los primeros incidentes se producen a los 15 años. Sin embargo, se reconoce que los niños pueden llegar a ser violentos y repetir estas conductas cuando son adultos ya sea porque fueron abusados de niños o porque fueron testigos de abusos entre los padres”.¹³

Como se señaló previamente, la forma de relacionarse dentro de la familia influye desde pequeños, para reproducir patrones o estilos de convivencia. La investigación de Cáceres, A. y Cáceres, J. (2006),¹⁴ demuestra que la violencia en el noviazgo es precedente de la violencia en el matrimonio y por ende de la violencia intrafamiliar, lo que forma un círculo vicioso, pues una de las causas de este fenómeno es el haber vivido, durante la infancia, en un ambiente violento.

Los niños y niñas que presencian violencia entre los padres exhiben diferentes problemas emocionales y de conducta, incluyendo miedos, agresividad, desafío a la autoridad, destructividad, fracaso escolar y mala relación con los compañeros.¹⁵ Se reconoce que la violencia y las relaciones de violencia son construidas y aprendidas social y culturalmente desde el hogar y las instituciones como es la escuela, la iglesia y medios de comunicación.¹⁶

Al respecto, Duke, Pettingell, McMorris y Borowsky (2010),¹⁷ mencionan que los adolescentes que tuvieron múltiples experiencias negativas en la infancia, como el abuso y la disfunción familiar, se asocian con la violencia, entre ellas la violencia en el noviazgo. Así mismo, el estudio de Foshee, Ennet, Bauman, Benefitfield y Suchindran (2005),¹⁸ coincide en que la violencia familiar tiene sus connotaciones en las relaciones de noviazgo, pero además sugieren que existe mayor prevalencia de violencia en el noviazgo en adolescentes de color, con familia disfuncional, que en las adolescentes blancas con el mismo tipo de familia.

En cuanto al tema de las experiencias negativas, en el estudio de Espelage y Holt, (2007),¹⁹ se buscó relacionar el bullying como antecedente de la violencia en el noviazgo y el acoso sexual. Se encontró que en el grupo de agresores-víctimas se reportó mayor violencia física y acoso sexual entre pares y más abuso emocional en las relaciones de pareja que los estudiantes no involucrados y las víctimas. En otro estudio elaborado por Berger, S. C. (2012),²⁰ las mujeres rechazadas socialmente según sus pares, y con bajas competencias académicas según sus profesores, estarían en mayor riesgo de ser victimizadas por sus pares. En el caso de los hombres, el principal factor de riesgo para la victimización es, tanto según el reporte de pares como de profesores, la popularidad. Es decir, la baja

popularidad favorecería el ser victimizado por sus pares, tanto desde la perspectiva de los propios compañeros como la de los profesores.

Por otro lado, se ha observado que en el matrimonio la violencia es más grave y evidente; sin embargo, proviene de una violencia más sutil e invisible de la época del noviazgo. De aquí que si un adolescente solo vive relaciones violentas, las establecerá y pueden llegar a ser las únicas que tendrá en toda su vida. “La violencia de pareja en la adolescencia se ha encontrado como un factor de riesgo para la continuación de la violencia en la edad adulta”.²¹

En cuanto a la edad, Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Nemeth, J., Bartle-Haring, S., Buettner, C., y Schipper, D. (2012),²² encontraron que de las mujeres maltratadas, el 44.7% experimentó por primera vez la violencia entre las edades de 13 y 15 años, mientras que de este porcentaje el 62.5% experimentaron la violencia sexual entre los 16 y 17 años. Entre los hombres, un 16% a 30% de la victimización comenzó antes de los 15 años.

Se observa hasta aquí, que la violencia se puede extender a varios ámbitos de la vida del ser humano, como es la familia, la escuela y las relaciones interpersonales.

Tipos de violencia dentro del noviazgo

Se reconocen tres principales tipos de maltrato en parejas: física, psicológica/emocional y sexual. En donde el más común es el psicológico o emocional.

El maltrato psicológico o emocional tiene como características el humillar a la pareja, ofender de forma verbal con palabras altisonantes o que hacen alusión al físico de la persona, también es el hecho de querer cambiar a la persona en lo físico o conductual, como sería la vestimenta, las amistades o la forma de ser. La violencia física puede ir de forma leve como podrían ser los tirones, jalones de cabello o de los brazos, hasta bofetadas, golpes, patadas o ya en casos crónicos golpes brutales en los cuales se requiera atención médica o hasta provocar la muerte. La violencia sexual, es donde se obliga a la pareja a tener relaciones sexuales. Cabe destacar, que cualquier forma de violencia tiene consecuencias emocionales y de la misma forma la violencia sexual conlleva maltrato físico. El tipo de violencia que se ejerce depende en parte del tipo de violencia al cual ha estado expuesto el individuo tanto directamente, en este caso la familia de origen o por parte de una pareja; como indirectamente a través del conocimiento de los tipos de violencia que ejercen sus conocidos con sus parejas.²³

De los tres tipos de violencia, la psicológica es la más utilizada. En un estudio,²⁴ se reportó que más de la mitad de las participantes 61.2% de la población estudiada habían vivido este tipo de violencia. La violencia física se hizo presente en la vida del 3% de las jóvenes, por parte de sus novios. Sobre la violencia sexual los hallazgos de este estudio son que el 4.4% de las estudiantes han sido obligadas a tener relaciones sexuales sin su consentimiento, lo que supone un daño en la salud física y mental de las jóvenes.

Bonomi, et. al. (2012),²⁵ encontró en Ohio, Estados Unidos, que el 15% de los participantes en el estudio reportaron 20 o más eventos en su vida, de algunos tipos de violencia en el noviazgo, por ejemplo, la conducta controladora (35.6%); las ofensas/insultos (37%); presión sexual (42.9%); bofetadas / golpes (50%), y amenazas (62.5%).

Los jóvenes con menores recursos emocionales utilizan en mayor medida la violencia psicológica como críticas, insultos, descalificaciones, minusvalorización, hostilidad, desapego, coartación, exigencias desmedidas, ridiculización, culpa y manipulación, en sus relaciones de pareja.²⁶

En España se realizó un estudio que demostró que el 20,2% de la población femenina ha sufrido maltratos a manos de su pareja y que el 6,2% de las mujeres han sufrido maltrato durante el último año.²⁷ Este tipo de estudio incluyó a mujeres casadas, solteras, divorciadas y viudas, sin tomar en cuenta a los hombres que pudieran sufrir violencia por parte de su pareja. Sin embargo, se observa que existe vulnerabilidad a la violencia por el hecho de ser mujer.

Se considera que, los actos de violencia de los varones tendían a explicarse y justificarse por conductas de la mujer y como una forma de reafirmar el orden “natural” entre los géneros, mientras que los actos de violencia de las mujeres tendían a atribuirse a situaciones de infidelidad y frustración por el desapego emocional de su pareja y a

caracterizarse por un alto contenido emocional.²⁸ En el estudio de Corral (2009)²⁹ se reafirma que “es más probable que las mujeres utilicen la violencia para defenderte y que los hombres la utilicen para ejercer control”.

En relación con lo anterior, en el estudio de Morales y Rodríguez, (2012);³⁰ se encontró en Puerto Rico, que entre las formas de resistencia a la violencia de pareja se observaron conductas de reto, en donde se tenían conductas y actitudes que al novio no le parecían, para provocarlo o se asumía la misma conducta de agresión. Más de la mitad de las participantes señalaron que en ocasiones enfrentaban la violencia con violencia. Estas conductas en muchas ocasiones provocaban respuestas de mayor violencia y agresión de parte de sus novios. De acuerdo con el estudio, se puede observar que es posible que la mujer responda a las agresiones, antes que ser la agresora principal.

En el Estado de México, según los datos arrojados por la Encuesta Estatal de Juventud 2009, el 82.1% de la población joven tiene o ha tenido al menos una relación afectiva (heterosexual o de otro tipo). Los resultados arrojaron que el 69.5% de la juventud mexiquense niega la existencia de cualquier situación de violencia física o emocional. Sin embargo, un 30% de jóvenes señala que ha sufrido algún tipo de violencia en el noviazgo. En aquellos jóvenes que admitieron alguna situación de violencia, la más común fueron los gritos (28.9%) y las groserías (22.6%) que sumadas dan 51.5% del total, lo que nos hace ver que existe un alto índice de intimidación verbal; mientras que el 13.4% aceptó la existencia de golpes en su relación.³¹

Como se ha observado, la violencia en el noviazgo se puede considerar un problema de salud pública a nivel mundial y con alta incidencia en México; por ello es importante conocer y asumir una postura crítica que apoye a resolver la situación.

Correspondencia: Sierra Mojada N°950. Col. Independencia. C.P. 44350, CE: alejalovale@hotmail.com

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud: Informe mundial sobre la violencia y la salud, Washington, DC, OPS, 2002.
2. Berger, SC. Trayectorias de victimización escolar: características y factores de riesgo en adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica* 2012; 11(1): 103-118.
3. Joffre-Velázquez, VM, et al. Bullying en alumnos de secundaria. Características generales y factores asociados al riesgo. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 2011; 68(3): 193-202
4. Instituto Mexicano de la Juventud (2012) Recuperado de: www.milenio.com/cdb/doc/.../19a9044728bab51986342a4dc9532532

5. Instituto Mexiquense de la Juventud. Secretaría de Desarrollo Social (2013) Recuperado de: http://portal2.edomex.gob.mx/imej/entorno_joven/violencia_noviazgo/index.htm
6. Castro, R, y Casique, I. Violencia en el noviazgo entre los jóvenes mexicanos. UNAM CRIM (Ed.) 2010 (p. 248). Recuperado de <http://www.crim.unam.mx/drupal/?q=node/322>
7. O'Leary, KD, Barling, J, y Arias, J. Prevalence and stability of physical aggression between spouses: a longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 54(7): 263-268.
8. Pick, S. Yo adolescente. México, Ariel, 2001.
9. Morales, N, Rodríguez, V. Experiencias de violencia en el noviazgo de mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología* 2012; 23: 57-90.
10. Cortaza, L, Mazadiego, T, y Ruiz, S. Prevalencia de violencia en el noviazgo en estudiantes preuniversitarias de Minatitlán, México. *Revista Exploratoris* 2011; 2: 13-18.
11. Rey, C. Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2007; 26(2): 227-241.
12. Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana de México: Guía del Taller Prevención de la Violencia en el Noviazgo. 2012; Recuperado de <http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp>ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repository/1214154//archivo>
13. Arriaga, X, Foshee, V. Adolescent Dating Violence: Do Adolescents Follow in Their Friends', Or Their Parents, Footsteps. *Journal of Interpersonal Violence* 2004; 19(2): 162-184.
14. Cáceres, A, y Cáceres, J. Violencia en relaciones íntimas en dos etapas evolutivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2006; 6(2): 271-284.
15. Rey, C. *Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura*. Avances en Psicología Latinoamericana 2007; 26(2): 227-241.
16. Morales, N, y Rodríguez, V. *Experiencias de violencia en el noviazgo de mujeres en Puerto Rico*. Revista Puertorriqueña de Psicología 2012; 23: 57-90.
17. Duke, NN, Pettingell, SL, McMorris, BJ, y Borowsky, IW. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics* 2010; 125(4): 778-786. doi: 10.1542/peds.2009-0597
18. Foshee, VA, Ennett, ST, Bauman, KE, Benefield, T, y Suchindran, C. *The Association Between Family Violence and Adolescent Dating Violence Onset: Does it Vary by Race, Socioeconomic Status, and Family Structure*. *The Journal of Early Adolescence* 2005; 25(3): 317-344.
19. Espelage, DL, Holt, MK. *Dating Violence y Sexual Harassment Across the Bully-Victim Continuum Among Middle and High School Students*. *Journal Youth Adolescence* 2007; 36(6): 799-811.
20. Berger, SC. *Trayectorias de victimización escolar: características y factores de riesgo en adolescentes chilenos*. *Universitas Psychologica* 2012; 11(1): 103-118.
21. Alleyne-Green, B, Coleman-Cowger, VH, Henry, DB. *Dating Violence Perpetration and/or Victimization and Associated Sexual Risk Behaviors Among a Sample of Inner-City African American and Hispanic Adolescent Females*. *Journal of Interpersonal Violence* 2012; 27(8): 1457-1473.
22. Bonomi, AE, Anderson, ML, Nemeth, J, Bartle-Haring, S, Buettner, C, Schipper, D. *Dating violence victimization across the teen years: Abuse frequency, number of abusive partners, and age at first occurrence*. *BMC Public Health* 2012; 12: 637. doi: 10.1186/1471-2458-12-637
23. Rey, C. *Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura*. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2007; 26(2): 227-241.
24. Cortaza, L, Mazadiego, T, y Ruiz, S. *Prevalencia de violencia en el noviazgo en estudiantes preuniversitarias de Minatitlán, México*. *Revista Exploratoris* 2011; 2: 13-18.
25. Bonomi, AE, Anderson, ML, Nemeth, J, Bartle-Haring, S, Buettner, C, y Schipper, D. *Dating violence victimization across the teen years: Abuse frequency, number of abusive partners, and age at first occurrence*. *BMC Public Health* 2012; 12: 637. doi: 10.1186/1471-2458-12-637
26. Blazquez-Alonso, M, Moreno-Manso, JM, García-Baamonde, E, Guerrero-Barona, E. *La competencia emocional como recurso inhibidor para la perpetración del maltrato psicológico en la pareja*. *Salud Mental* 2012; 35: 287-296.
27. Fontanil, Y, Ezama, E, Fernández, R, Gil, P, Herrero, FJ, Paz, D. *Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres*. *Psicothema* 2005; 17(1): 90-95.
28. Rey, C. *Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura*. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2007; 26(2): 227-241.
29. Corral, S. *Estudio de la violencia en el noviazgo en jóvenes universitarios/as: cronicidad, severidad y mutualidad de las conductas violentas*. *Psicopatología Clínica Legal y Forense* 2009; 9: 29-48.
30. Morales, N, Rodríguez, V. *Experiencias de violencia en el noviazgo de mujeres en Puerto Rico*. Revista Puertorriqueña de Psicología 2012; 23: 57-90.
31. Instituto Mexiquense de la Juventud. Secretaría de Desarrollo Social (2013) Recuperado de http://portal2.edomex.gob.mx/imej/entorno_joven/violencia_noviazgo/index.htm

Sección Bioética

La mentira y la dignidad de la persona humana

Rivera-Montero R.

Comisión Estatal de Bioética e Investigación de Jalisco.

Esta parte del siglo XXI que nos ha tocado vivir es muy interesante en la historia de la humanidad. Vemos frecuentemente que se proclaman los derechos humanos y no es fácil comprenderlos. Sin embargo, casi todos los días comprobamos que nuestra especie padece una verdadera avalancha de atropellos en todos los órdenes. Nos quejamos de que existe mucha inseguridad y violencia, de que día a día es mayor el número de suicidios que se reportan en todas las edades, que no nos respetamos, que no somos verdaderamente hermanos y fácilmente detectamos cuando existe la falsedad y la mentira en los diferentes niveles del actuar humano.

¿Por qué este fenómeno en nuestra época? Si hacemos un planteamiento relacionado con las causas de estos atropellos podríamos encontrar muchas respuestas, entre ellas el desconocimiento, olvido y tergiversación del concepto y noción de lo que es *persona*, el cual ha sufrido en nuestros días, un proceso de oscurecimiento que lleva a algunas ideologías a intentar su desaparición o, por lo menos, su deformación. En la actualidad existe un racionalismo materialista que ha provocado un oscurecimiento conceptual de la persona, desembocado en un utilitarismo y hedonismo desintegradores. Se ha llegado a un subjetivismo que deja a la persona en manos de lo que el legislador en turno decide, al margen de lo que la persona es en verdad, porque la persona es una realidad antes de ser un concepto; es un proyecto vital antes de ser teoría. No es la razón la que da consistencia a la persona, sino que es la consistencia de su realidad la que fundamenta el concepto razonable de la misma.

Sin embargo y de manera afortunada, actualmente existe una preocupación por la persona y ello es universal. La necesidad de protegerla nadie la discute. Sin embargo, ¿cómo podríamos explicar entonces que en el siglo que iniciamos, los hombres sigan sufriendo la avalancha de atropellos descritos? Ante lo anterior, enunciaremos una respuesta más: Porque al no tener muy claro el concepto de persona, los hombres perdemos humanidad y ganamos insolidaridad. Es por ello que nuestro mundo nos exige actualmente más valores y más respeto a la dignidad de la persona humana.

Y entre esos atropellos existe la mentira de manera cotidiana y sobre todo en el discurso de algunas figuras públicas. Ahora bien, ¿por qué existe la mentira? Es innegable que en nuestros días existe además una falta del sentido de la veracidad. Entre los bienes que posee el hombre se encuentra la capacidad de expresar y comunicar sus pensamientos y afectos a través de las palabras. Para usar rectamente esta capacidad, ordenándola a nuestro fin, los hombres debemos vencer dos posibles obstáculos que frecuentemente se nos pueden presentar: El primero, la dificultad de discernir lo verdadero de lo falso y, el segundo, la inclinación a ocultar o deformar la verdad.

El emplear bien la palabra es para todos, un deber de justicia, en virtud de que todo hombre posee el derecho a no ser engañado y, en razón de la dignidad humana, el derecho al honor y a la buena fama. Por lo tanto, la veracidad en el discurso de toda persona es un requisito indispensable para que exista la confianza y para que la convivencia social sea posible.

Sin embargo, nuestra realidad nos indica que la mentira es muy utilizada en los diferentes ámbitos: intelectual, religioso, científico y político. La mentira es “una palabra, grupo de palabras o signos, por los que se da a entender algo distinto de lo que se piensa con la intención de engañar” (Tomás de Aquino, 1225-1274). Es decir, los elementos que integran a la mentira son dos: Primeramente, la inadecuación entre lo pensado y lo exteriorizado y, el segundo, la intención de engañar.

Un discurso puede tener mentiras claras o mentiras simuladas. Las mentiras simuladas son: la simulación propiamente dicha, la hipocresía, la adulación y la ligereza. La simulación se verifica con hechos, la hipocresía es aparentar lo que no es realidad, la adulación es exagerar elogios para obtener beneficios y la ligereza es hablar con apreciaciones inexactas o injustas.

Si en ocasiones apreciamos claramente que algún discurso está impregnado de mentiras, podríamos preguntarnos: ¿Por qué se miente?, ¿por qué se atropella



nuestro derecho a no ser engañados?, o bien, ¿por qué se afecta injustamente nuestra dignidad de persona humana?

La pérdida del sentido de la veracidad representa un mal social, no solamente para la vida ordinaria, sino también para la historia de la humanidad. Nuestra cultura sufre un grave quebranto cuando se oscurece la noción de la veracidad, puesto que con ello se pierde uno de los conceptos primarios y más fundamentales que es el sentido del “bien” y del “mal”. Una generación que pierde la sensibilidad del “bien” y del “mal”, es una generación culturalmente pobre. Las causas que motivan el eclipse del sentido del “bien” y del “mal” son: el relativismo, la confusión entre moralidad y legalidad y la pérdida del sentido de dignidad de la persona humana.

“Sucede frecuentemente en la historia, durante períodos más o menos largos y bajo la influencia de múltiples factores, que se oscurece gravemente la conciencia moral en muchos hombres...”

...y es inevitable que en esta situación queda oscurecido el sentido de la veracidad, unido a la búsqueda de la verdad

y a la voluntad de hacer un uso responsable de la libertad” (Juan Pablo II, 02 Dic. 1984).

Por lo tanto, mencionar la palabra veracidad tiene una relación muy directa con la dignidad. Sin dignidad humana se resquebrajan los derechos humanos fundamentales. Sin el reconocimiento de los derechos fundamentales, la sociedad se tambalea sin recursos morales que la sostengan. Un concepto equivocado de persona lleva a un concepto falso sobre el hombre. La degradación del hombre lleva consigo la degradación de la sociedad. La razón sin espíritu es un esqueleto que seca la vida.

Fuimos testigos del siglo más criminal de la historia, el siglo XX. En ningún otro siglo se ha derramado tanta sangre inocente. Pero además, el presente siglo promete muchas cosas. Mientras no se fundamenten correctamente los derechos humanos sobre la dignidad de las personas y en su vida de trascendencia, las palabras y declaraciones se verán pisoteadas en la práctica. De ahí la necesidad urgente de recuperar el sentido profundo de la realidad de la persona humana. Esa es una de las grandes tareas que aún nos esperan en el siglo XXI. ¿Verdaderamente, estamos trabajando en ello? Y... ¿verdaderamente, estamos preparados para ello?

Referencias bibliográficas

1. Burggraf, J. *Teología Fundamental*. 1^a. Ed. Nostra Ediciones, Madrid, 2006, pp. 184-186.
2. Cardona, C. *Ética del Quehacer Educativo*, Ed. Rialp, Madrid, pp. 11-20, 59-105.
3. Díaz, MT. *El sentido del sufrimiento*, en Actas del I Simposium Internacional de Ética en Enfermería, Pamplona, 1989.
4. García C, López BF. *Legislar en Bioética, legislando para el futuro*, México, GPPAN, México, 2003, pp. 207-212, 361-365.
5. Gómez-Pérez, R. *Ética en la vida cotidiana. Cómo crecer en valores personales y sociales*. 1^a. Ed., Romana Editorial, Madrid, 2010, pp. 63-68.
6. Herranz, G. *El respeto, actitud ética fundamental en Medicina*, lección inaugural del curso 1985-1986, Pamplona, Universidad de Navarra, 1985.
7. Juan Pablo II, Exhort. Ap. *Reconciliatio et paenitentia*, 18: 02 Dic. 1984.
8. Kuthy PJ. *Introducción a la Bioética*, México, Universidad Anáhuac, 1^a. Ed. 1997, pp. 125-136.
9. La Puma, J. Stocking, D.B., Silverstein, M:D., Di Martini, A., Siegler, M.: *An Ethics Consulting Service in a Teaching Hospital. Utilization and Evaluation*, en *Journal of the American Medical Association*, 260, 1988, pp. 808-811.
10. Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. 4^a Ed. Madrid: Ediciones RIALP, S.A; 2000. pp. 393-397.
11. Rivera-Montero, R. *Bioética en Pediatría*, 1^a. Ed. Manual Moderno, México, 2014. pp. 230-245.
12. Sada-Fernández, R., Monroy-Campero, A. *Curso de Teología Moral*. 7^a. Ed., Editora de Revistas, S.A. de C.V., México, D.F., 1989, pp. 219-235.
13. Sgrecia, E. *Manual de Bioética*, Ed. Univ. Anáhuac-Diana, México, 1994, pp. 15-93.
14. Tarasco-Michel, M. *El Personalismo en los Comités Hospitalarios de Bioética*, en: Comités Hospitalarios de Bioética, México, Ed. Manual Moderno, Nov. 2007,
15. Teel, K. *The Physicians Dilemma. A Doctor's View: What the Law should be?*, en *Taylor Law Review*, 27, 6, 1975, pp. 8-9.
16. Tomás de Aquino (1225-1274), *Summa Theologiae*, II-II, q.110.
17. Vázquez, R. *La bioética en contexto. El derecho a la salud como derecho social*. En: *Aspectos sociales de la bioética. Memorias CNB 3*, 1^a. Ed., Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética, México, D.F., 2009, pp. 90-94.

Índice General

Volumen 2, 2015

Número 4 enero-abril 2015

Editorial	4
Días de relevancia internacional y mundial en salud	8
Artículos Originales	
Corrección estética de la deformidad frontal causada por mucoceles de los senos	10
Guerrerosantos J., Hernández Martínez N.	
Perfil de la presión arterial en adolescentes embarazadas menores de 17 años	19
Parra-Carrillo J.Z., García de Alba-García J.E., Fonseca-Reyes S., Bravo-Barba N., Nápoles-Rodríguez F.	
Potencial presencia de tuberculosis zoonótica en la región Altos Sur de Jalisco, México	25
Higareda-de Sales L.G., Ramírez-Cervantes F.J., Razo-Ibarra F., Milián-Suazo F., Aguilar-Tipacamú G., Herrera-Rodríguez S.E.	
Interés y habilidades para realizar investigación en enfermería a nivel hospitalario	30
Franco-Alatorre R., Arroyo-Muñoz S., González-Morales L.E., Javier E., García de Alba-García J.E.	
Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un centro de salud urbano de Jalisco, México	35
Mejía-Mendoza M.L., Laureano-Eugenio J., Jaime Alejandro Saavedra-Serrano J.A., Pereida-Díaz V.E., Llamas-Avelar V., Luévanos-Velázquez A.	
Artículo de Revisión	
Fármacos en Evaluación Clínica para el Tratamiento de Tuberculosis	42
Flores-Valdez M.A., Villalpando-Montoya A.	
Sección de Bioética	
Dilema bioético	52
Rivera-Montero R.	
Personajes ilustres de la salud	
Trascender a través del tiempo	
A la memoria de un apóstol de su profesión Doctor Joaquín Baeza Alzaga (1862-1949)	54
González-Rubio R.	

Editorial	64
Artículos Originales	
Síndrome Metabólico en trabajadores de oficina central de la SSJ, 2013	66
González-Álvarez J.A., Ramírez-Cordero H., Luevanos-Velázquez A., Rodríguez-Rodríguez J.G., Esparza-Rubio D., Pérez-Castillo M.G., Rivera-Montero R., Zepeda-Alfaro M.D., Laureano-Eugenio J., Zenteno-Covarrubias G., Silva-Pavia H.E.	
Incidencia y determinación de factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Autlán	74
Morales-Calderón A., Morales-Silva V., Alfaro-Alfaro N., Bernabé-Vargas J., Ramos-Hernández T. de J.	
Vivencias de una mujer mexicana cuyo hijo padece Síndrome de Tourette	80
Vargas-Moreno F.A., Cuevas-Guajardo L., Solano-Garrido A.1	
Cosméticos y Cosmecéuticos en México	89
Padilla-Camberos E., Flores-Valdés M.A., García-Fajardo J.A., Urzúa-Esteve E., Lugo-Cervantes E., García-Carvajal Z.Y.	
Caso clínico	
Controversia en el manejo del absceso hepático amebiano	96
Vázquez-Corona A., Meza-Pérez J.A.	
Cultura médica	
El fenómeno contemporáneo del acoso escolar “bullying” y la salud social en México	100
Flores-Larios E.A.	
La historia y filosofía de la cirugía plástica, Mural del Instituto Jalisciense de Cirugía Plástica, “Dr. José Guerrerosantos”	104
Fernández-Díaz, OF, Cano-Genel E, Guerrerosantos J.	
Personajes ilustres de la salud	
Crónica de una Vida Entregada al servicio de sus semejantes “Dr. Alfredo Lepe Oliva”	107
Aguilar-Garay M. de L.	

Número 6 septiembre-diciembre 2015

Editorial	118
Artículos Originales	
La salud como bien público global en la agenda de desarrollo post-2015.....	120
Rafael Domínguez Martín	
Diabetes en población derechohabiente del ISSSTE en el Estado de Jalisco	132
Maldonado-Hernández, H.R., Aguirre-Moreno, J. A., Olivares-Orozco, M.P.C. Morales-Flores E.A., Aguirre-Moreno, M.A., Aguirre-Olivares T.A., Avelar-Herrera, C.E., Cooper-Barrera, D.A.	
Efectos de la globalización en la salud y el bienestar del adolescente: riesgo suicida	141
Valadez-Figueroa I., Vargas-Valadez V., Fausto-Guerra J.	
Preservación de leche cruda en sistemas de producción familiar (Altos de Jalisco) mediante el uso campos magnéticos	150
González-Ruiz S., Milián-Suazo F. y Herrera-Rodríguez S.E.	
Artículo de revisión / Caso clínico	
Cirugía de control de daños en obstetricia	158
Rodríguez-Chávez, J. L., Madrigal-Rodríguez, V. M., Bañuelos-Franco, A., Malagón-Reyes, R. M.	
Revisión bibliográfica	
Violencia en el noviazgo en adolescentes. Un problema de salud pública	164
Valenzuela-Varela A., Vega-López M. G.	
Sección de Bioética	
La mentira y la dignidad de la persona humana	169
Rivera-Montero R.	
Índices	
Índice General	171
Índice por Autores	174

Índice por Autores

Volumen 2, 2015

	página		página	
A				
Aguilar-Garay Ma. de. Lurdes	107		García-Fajardo Jorge A.	89
Aguilar-Tipacamú Gabriela	25		González-Álvarez Jaime Agustín	66
Aguirre-Moreno José Alcides	132		González-Morales L E	30
Aguirre-Moreno Martín Alberto	132		González-Rubio Roman	54
Aguirre-Olivares Tomas Alcides	132		González-Ruiz Sara	150
Alfaro-Alfaro Noe	75		Guerrerosantos José	10, 105
Arroyo-Muñoz Sandra	30			
Avelar-Herrera Carlos Eduardo	89			
B				
Bañuelos-Franco Alberto	158		Hernández -Martínez Norberto	10
Bernabé-Vargas Josefina	74		Herrera-Rodríguez Sara Elisa	25, 150
Bravo-Barba Nancy	19		Higareda-de Sales Luís Gonzalo	25
C				
Cano-Genel Enrique	104		Laureano-Eugenio Jorge	35, 66
Cooper-Barrera Diego Alejandro	132		Llamas-Avelar Venustiano	35
Cuevas-Guajardo Leticia	80		Luevanos-Velázquez Antonio	35, 66
D			Lugo-Cervantes Eugenia	89
Domínguez-Martín Rafael	120			
E				
Esparza-Rubio Dionisio	6		M	
F			Madrigal-Rodríguez Víctor Manuel	158
Fausto-Guerra Josefina	141		Mauricio-Malagón Reyes Ricardo	158
Fernández-Díaz Oscar	104		Maldonado-Hernández Héctor Raúl	132
Flores-Larios Edgar Arturo	100		Mejía-Mendoza Martha Leticia	35
Flores-Valdez Mario Alberto	42, 89		Meza-Pérez José Azael	96
Fonseca-Reyes Salvador	19		Milián-Suazo Feliciano	25, 150
Franco-Alatorre Roberto	30		Morales Flores Edgar Armando	132
G			Morales-Calderón Alfredo	74
García de Alba-García Javier Eduardo	19, 30		Morales-Silva Verónica	74
García-Carvajal Zara Yunuen	89			
N				
			Nápoles-Rodríguez Francisco	19
O				
			Olivares-Orozco María Petrita	
			del Carmen	132

	página		página
P		U	
Padilla-Camberos E.	89	Solano-Garrido Andrea	80
Parra-Carrillo José Z.	19		
Pereida-Díaz Vanessa Eli	35		
Pérez-Castillo Martha Gabriela	66		
•	•	•	•
R		V	
Ramírez-Cervantes Francisco Javier	25	Valdez-Figueroa Isabel	141
Ramírez-Cordero Héctor	66	Valenzuela-Varela Alejandra Lorena	164
Ramos-Hernández Teresa de. Jesús	75	Vargas-Moreno Fernando Antonio	80
Razo-Ibarra F	25	Vargas-Valadez Vania	141
Rivera-Montero Rafael	52, 66, 169	Vázquez-Corona Adriana	96
Rodríguez-Chávez José Luis	158	Vega-López María Guadalupe	164
Rodríguez-Rodríguez José Gilberto	66	Villalpando-Montoya Adriana	42
•	•	•	•
S		Z	
Saavedra-Serrano Jaime Alejandro	35	Zenteno-Covarrubias Guillermo	66
Silva-Pavia Héctor Eduardo	66	Zepeda-Alfaro María Dolores	66
•	•	•	•

Agradecimiento especial

a todos aquellos que en los anteriores números,
correspondientes al Volumen 2, contribuyeron como revisores y/o traductores.

1. Dr. Rafael Rivera Montero
2. Lic. Enfra. Lucia Barajas Sánchez
3. Dra. Ludivina González Herrera
4. Dra. Edna Jáuregui Ulloa
5. Lic. Nut. Jesús Bañuelos Magaña
6. Mtra. Ivonne Miriam Sánchez Rentería
7. Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
8. Mtro. Jorge Laureano Eugenio
9. Dr. Dionisio Esparza Rubio
10. Dr. José Guadalupe Panduro Barón
11. Lic. Efra. Rosa Aurelia Reyes Sánchez
12. Lic. Enfra. Edith Ochoa Chávez
13. Dr. Alfredo de Jesús Celis de la Rosa
14. Dr. Antonio Luévanos Velásquez
15. Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
16. Enfra. Ma de los Ángeles Gómez Fonseca

Instrucciones para los autores en la revista SALUDJALISCO

La revista SALUDJALISCO es una publicación oficial cuatrimestral de la Secretaría de Salud Jalisco que publica artículos en idiomas español e inglés. La revista tiene como objetivo el difundir resultados de investigación, información acerca de eventos y programas de promoción de la salud, al igual que brindar un reconocimiento a personajes destacados en el ejercicio de la salud pública, convirtiéndose en un vehículo para fortalecer el quehacer de la medicina, la enfermería, la odontología y profesiones afines, en los tres niveles de atención en salud.

A continuación se describen las instrucciones para los investigadores que decidan someter trabajos para su publicación en la revista SALUDJALISCO:

a) Tipos de trabajos que se reciben

- **Artículos de comunicación científica** (de 15 a 20 páginas): estos documentos presentan de manera detallada resultados originales e inéditos de investigación, teniéndose que estructurar de la siguiente manera: introducción, metodología, resultados y discusión. Dentro de las páginas deberán de considerarse el resumen en español e inglés, cuadros, imágenes y bibliografía.
- **Artículos de revisión de tema** (de 10 a 15 páginas): en este tipo de documentos, se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, así como de la revisión crítica de la literatura sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo.
- **Cartas al editor** (de 1 a 2 páginas): descripción crítica y analítica de la posición del autor sobre los documentos publicados en la revista SALUDJALISCO, lo cual constituye una aporte importante para generar la reflexión y discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de dos meses posteriores a la publicación de un artículo. Se dará oportunidad a los autores para responder.
- **Casos clínicos** (de 5 a 10 páginas): descripción de situaciones clínicas reales y de relevancia para la práctica médica del personal de salud en los tres niveles de atención.
- **Cultura Médica** (2 a 5 páginas) Documentos que buscan rescatar y valorar las manifestaciones culturales ligadas con aspectos de la salud.

Cuando se reciba un documento en cualquiera de sus modalidades, esto no implica que de manera obligada el Comité Editorial lo publique, pues el Comité se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos o de hacer las modificaciones editoriales pertinentes.

b) Instrucciones para envío y sometimiento del artículo

Envío de documentos:

Enviar en archivo electrónico el documento original en Word, letra *Arial* o *Times New Roman*, tamaño 12 puntos, con una extensión máxima de 20 páginas (sin tener en cuenta tablas, gráficos y referencias bibliográficas) a 1.5 cm de espacio, tamaño carta con márgenes de 2.5 cm en cada lateral. Se admiten por artículo 35 referencias como máximo y mínimo 10, con excepción de los artículos de revisión que se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica.

Los documentos se deberán de enviar en electrónico al correo **revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx** o **zenteno_gmo@yahoo.es** o bien de manera personal al Departamento de Investigación en Oficina Central, de la Secretaría de Salud Jalisco, con domicilio en Calle Dr. Baeza Alzaga 107, zona centro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44100, tel. 3030 5000 ext. 35084.

Junto con el documento a someter para posible publicación, se debe anexar una carta de sometimiento del artículo con la declaración de responsabilidad donde señale que el(las) autor(es) están aceptando que el artículo es original, que no ha sido enviado ni se someterá para su publicación a otra revista.

De igual manera, hacen constar los permisos para reproducir material sujeto a derechos de autor dentro del artículo, las fuentes de financiación de la investigación o publicación y cualquier otro conflicto de intereses que pueda existir por parte del autor o autores, especificando la transferencia de los derechos de autor a la Revista SALUDJALISCO en caso de aceptarse su publicación.

Tomando en cuenta el número elevado de co-autores que se inscriben dentro de una publicación científica, se tendrá suficiente rigor en la evaluación de la contribución real de cada autor, señalando dentro de la carta de sometimiento del artículo, las contribuciones de cada uno de los autores, tal como fue aprobado por el International Committee of Medical Journal Editors, que reconoce la autoría basada en la contribución sustancial en relación con:

- El diseño y/o análisis e interpretación de datos
- La redacción del artículo o la revisión crítica de su contenido intelectual importante
- La aprobación final de la versión para ser publicada

Evaluación de documentos

Todos los documentos que se reciban, serán revisados de forma anónima por dos o tres personas expertas en el objeto de estudio y/o la metodología empleada. Se dará un promedio de dos semanas para la revisión por sus pares, pero de igual manera los tiempos de revisión dependen de su disponibilidad. El Comité Editorial revisará las evaluaciones de los pares expertos y se tomará la decisión de aceptar el artículo, de reenviarlo al autor con modificaciones o rechazarlo.

Si el documento se acepta pero con modificaciones, una vez que los autores envían la versión revisada de su artículo, el Comité Editorial procederá a revisar la nueva versión junto con la carta que deben enviar los autores, explicando los ajustes y modificaciones realizada a partir de las recomendaciones de los expertos.

Las recomendaciones en que no se este de acuerdo, deben explicar los motivos detalladamente los autores. Se reservará el derecho de no publicar un documento si los autores no contestan a satisfacción los requerimientos planteados.

Una vez que haya sido aceptado el documento para su publicación, el Comité Editorial enviará un documento donde se manifieste la decisión

editorial y se indicará el número en el que se publicará. La versión se enviará en formato PDF a los autores, con el fin de realizar una revisión general al artículo y devolver el mismo ya sea con ajustes pequeños o aprobado, dando como plazo 24 horas después del envío.

Presentación de los trabajos

Los artículos, deberán de contener los siguientes apartados, debidamente diferenciados y presentados en el siguiente orden:

Primera hoja:

Título: lo más corto posible, sin interrogaciones ni exclamaciones y con carácter afirmativo, escribiéndolo en un máximo de 18 palabras.

Autores: nombre completo de todos los autores en el orden de aparición en la publicación, su fecha de nacimiento, títulos académicos, dirección electrónica e información laboral institucional. Deberá de señalarse el autor a quien se dirija la correspondencia y se va a enviar los ejemplares correspondientes a cada autor, con indicación de su dirección, teléfono, dirección electrónica o apartado postal.

Segunda hoja:

Resumen: redactar un resumen estructurado con los siguientes subtítulos: objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones. El resumen deberá de ser no mayor a 250 palabras, incluyendo la síntesis de cada uno de los elementos del artículo.

Se deberá de agregar de 3 a 5 palabras claves, que describan el contenido del documento, recomendándose normalizar las palabras claves que son aceptadas por bases de datos internacionales.

El resumen se deberá de presentar en idioma español y en inglés, al igual que las palabras clave.

Tercera hoja en adelante:

Introducción: describir el desarrollo antecedentes del problema u objeto de estudio y de una manera puntual, permita centrar el tema de estudio, indicando claramente las bases en que fundamenta el estudio, las razones que justifican su realización y el objetivo del estudio. La introducción debe redactarse enfatizando la necesidad del estudio, generando curiosidad en el lector.

Metodología: esta sección detalla la forma de cómo se ha realizado el estudio. Debe de proporcionarse toda la información necesaria para que otros investigadores puedan replicar la investigación. Se debe de incluir la definición del tipo de estudio realizado, el objeto del trabajo, definición de la población, el tamaño y tipo de la muestra y forma de cálculo, el análisis estadístico utilizado, los procedimientos empleados, las marcas, modelos de equipos e insumos empleados.

Es importante agregar al final de este apartado, si la investigación fue aprobada por alguna comisión de investigación y ética, así como mencionar si se obtuvo consentimiento informado por escrito por parte de las personas que participaron en la investigación.

Resultados: El objetivo de este apartado es presentar los resultados del análisis de los datos, mostrando si los datos obtenidos apoyan o no la hipótesis de la investigación, deben presentarse en una secuencia lógica, en textos apoyados en tablas y figuras que expresen claramente los resultados del estudio. No repetir en el texto todos los datos de las tablas y figuras, sólo los más importantes.

Algunas consideraciones importantes para la redacción de resultados son: los resultados se presentan pero no se interpretan, la presentación debe de ser concisa y han de presentarse de una sucesión lógica.

Discusión y conclusiones: en este apartado debe de destacarse los aspectos nuevos e importantes de las observaciones hechas, argumentando las conclusiones que de ellas se derivan. No deben repetirse en detalle los resultados que ha presentado en la sección anterior ni en la introducción, relacionando los obtenidos, con otros estudios relevantes sobre el tema, indicando las implicaciones de sus hallazgos y sus limitaciones. Deben de relacionarse las conclusiones con los objetivos del estudio, no haciendo suposiciones si no se ven apoyadas por los datos.

Agradecimientos: en este apartado se mencionan las personas o instituciones que han ayudado personal o materialmente en la elaboración del estudio, las personas que han atribuido al desarrollo del trabajo pero cuya colaboración no justifica la autoría. Es necesario que me señale el tipo de colaboración.

Referencias bibliográficas

Las referencias se deben numerar, en secuencia, según su orden de aparición en el texto, por medio de números arábigos entre corchetes [], en texto plano, es decir, sin utilizar hipervínculos de notas al final. Cada referencia debe comenzar con el apellido y luego las iniciales de todos los autores —sin signos de puntuación entre estos elementos—hasta un máximo de seis autores. Si son siete o más, deben citarse los seis primeros y luego la abreviatura et al. Si son varios autores, deben separarse con comas.

Se recomienda seguir de manera estricta, la guía esquemática de presentación de la *Norma Internacional Vancouver*.

Material gráfico: El material gráfico está constituido básicamente por tablas, cuadros y figuras. Todos deben estar anunciados o llamados en el texto, lo más cerca posible del punto en que deban insertarse. Los llamados en el texto se indican mediante la expresión tabla, mapa o figura, según el caso, seguida de su número correspondiente en arábigos. Las tablas y gráficos estarán contenidos dentro del archivo.

Las tablas deben llevar un título breve en la parte superior, a continuación del término tabla y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitán en la parte inferior. Se admiten como máximo seis tablas.

Las figuras pueden ser material ilustrativo diverso, como fotos, mapas, diagramas y esquemas. Deberán llevar un título lo más breve posible en la parte inferior, a continuación del término figura y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitán en la parte inferior, después del título.

Este material deberá enviarse tanto en el archivo electrónico fuente, como en Word o Power Point y en PDF, para que el diseñador tenga la oportunidad de adecuarlos a los espacios disponibles.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista SALUDJALISCO

Calle Dr. Baeza Alzaga 107
Zona Centro, Guadalajara, Jalisco.
Código postal 44100.
Teléfono: 3030 5000 extensión 35084.
Correo electrónico:
revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx
o al editor: zenteno_gmo@yahoo.es

Comisión Nacional de Bioética

Tiene la misión de promover el conocimiento y la aplicación de la Bioética en el ámbito científico, de la tecnología y la salud con una perspectiva social y global

Divulgación y difusión
del conocimiento bioético
Publicaciones y portal virtual



Servicios de información
en bioética
Portal Amigos CONBIOÉTICA

<http://amigosconbioetica.salud.gob.mx/>



Interlocución social
Videoconferencias
y diálogos virtuales

<https://www.youtube.com/user/conbioetica>



Capacitación en bioética
Cursos y talleres para
CHB y CEI



Eventos internacionales
10^a Cumbre Global
y 12^º Congreso Mundial

<https://vimeo.com/bioethicsmexico>



Programa de Acción
Específico en Bioética
2013 - 2018



www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx



Agradecemos a la Universidad del Valle de México su apoyo en la impresión de este número