

DE SALUD PÚBLICA

Órgano de Difusión de la Sociedad Mexicana de Salud Pública

La prevalencia
de VIH/sida
en Yucatán,
inferior a la
media nacional

LA CASA DEL
SALUBRISTA,
MODERNA Y MÁS
FUNCIONAL

Con datos diagnósticos
precisos la SMSP
proyecta reducir la
mortalidad materna en
comunidades indígenas

**“LA SALUD PÚBLICA DEBE ABORDARSE DESDE
UNA PERSPECTIVA CREATIVA, QUE SEA DISRUPTIVA”**
Dra. Lourdes Motta Murguía

También en este número:
LA SALUD EN IMAGEN • A TU SALUD PÚBLICA
LA PURA CURA • INFOGRAFÍA

Nueva época #3
Noviembre 2016
www.smsp.org.mx



Cuerpo de Gobierno de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Consejo Directivo

- Dr. Miguel G. Lombera González / Presidente ■ Dra. Lourdes Motta Murguía / Vicepresidenta
- Dr. Jesús Felipe González Roldán / Secretario General ■ Mtra. Anabell Arellano Gómez / Secretaria de Actas
- EESP. Thalía Jazmín Toríz Galicia / Tesorera

Consejo Asesor Permanente

- Dra. Silvia Roldán Fernández
- Dr. Luis Fernando Antiga Tinoco
- Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus
- Dr. José Carrillo Coromina
- Dr. Pablo Kuri Morales
- Dr. Manuel Urbina Fuentes
- Dra. Elsa Sarti Gutiérrez
- Dr. Javier Cabral Soto
- Dr. Roberto Tapia Conyer
- Dr. Raymundo Intriago Morales

Secciones Técnicas

- | | | |
|--|--|---|
| Dr. Christian Arturo Zaragoza Jiménez
Afiliación y Control de Socios
Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus
Certificación en Salud Pública
Dr. Heriberto Vera Hermosillo
Salud Bucal
Dr. Jesús Felipe González Roldán
Prevención de Adicciones
Dr. José Alberto Díaz Quiñonez
Laboratorios en Salud Pública
Dr. Juan Garza Ramos
Salud Veterinaria
Dr. Manuel Urbina Fuentes
Determinantes Sociales en Salud
Dra. Celia Josefina Pérez Fernández
Desarrollo Hospitalario | Dr. Miguel Betancourt Cravioto
Políticas Públicas en Salud
Dra. Gabriela Ortiz Solís
Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
Mtra. Laura Tapia Maruri
Desarrollo Profesional
Dra. Patricia Uribe Zuñiga
Prevención de ITS y VIH
Dra. Raffaella Schiavon Ermani
Equidad de Género y Salud
Dra. Silvia Roldán Fernández
Salud Materna y Perinatal
Mtro. Juan Francisco Martínez Campos
Sociedades Filiales y Correspondientes | Lic. Hilda Dávila Chávez
Asuntos Internacionales
Mtro. Jorge Marín Zurita
“La Revista” y el “Boletín Informativo”
Mtro. Marco Antonio Michel Calderón
Asuntos Jurídicos y Regulatorios
Lic. Trizia Herrera Navas
Asuntos Públicos y de Gobierno
M. en C. Fernando Salazar Penagos
Prevención de Enfermedades Transmisibles por Vector
MSP. E. Guadalupe Pérez Hernández
Enfermería en Salud Pública
Dr. Miguel Lutzow Steiner
Equidad de Género y Salud |
|--|--|---|

Sociedades Filiales

- | | |
|---|--|
| Sociedad Baja Californiana de Salud Pública | Sociedad Nuevoleonesa de Salud Pública |
| Sociedad Subcaliforniana de Salud Pública | Sociedad Nayarita de Salud Pública |
| Sociedad Campechana de Salud Pública | Sociedad Oaxaqueña de Salud Pública |
| Colegio de Salud Pública del Estado de Colima | Sociedad de Salud Pública y Administración Sanitaria de Puebla |
| Asociación de Salud Pública del Estado de Chihuahua | Asociación de Salud Pública Quintana Roo |
| Sociedad Chiapaneca de Salud Pública | Sociedad Sinaloense de Salud Pública |
| Sociedad Duranguense de Salud Pública | Colegio de Profesionales en Salud Pública del Estado de Sonora |
| Sociedad de Salud Pública del Distrito Federal | Sociedad Potosina de Salud Pública |
| Academia de Salud Pública del Estado de México | Colegio de Salud Pública de San Luis Potosí |
| Colegio Médico de Graduados en Salud Pública del Estado de Guerrero | Sociedad Tabasqueña de Salud Pública |
| Sociedad Guanajuatense de Salud Pública | Sociedad Tamaulipeca de Salud Pública |
| Colegio de Epidemiólogos de Guanajuato | Colegio de Salud Pública de Tamaulipas |
| Sociedad Hidalguense de Salud Pública | Sociedad Veracruzana de Salud Pública |
| Colegio Médico Hidalguense de Salud Pública | Colegio de Salud Pública de Yucatán |
| Colegio Jalisciense de Salud Pública | Sociedad Zacatecana de Salud Pública |
| Sociedad Michoacana de Salud Pública | |
| Sociedad Morelense de Salud Pública | |

“La Sociedad para la Sociedad”

**2 Mensaje de la SMSP**

Dr. Jesús Felipe González Roldán

3 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La casa del salubrista, ahora con instalaciones modernas y funcionales

5 A Tu Salud... Pública

Imhotep

6 La tromboembolia venosa como un problema de salud pública y la tromboprofilaxis como una intervención efectiva**8 Dinámica epidemiológica de la mortalidad materna en el estado de Hidalgo 2005-2015**

Osorio Piña María Dolores Martínez Campos Juan Francisco
Carmona Ramos Concepción Rodríguez Rivera
Saúl Vázquez Bustos Eduardo

**16 “Entre Comillas” Entrevista con
Dra. Lourdes Motta Murguía**

Vicepresidenta de la Sociedad Mexicana de Salud Pública

22 Modelo integrado para abordar la mortalidad materna en las comunidades indígenas en México, con respeto a su diversidad cultural

Dra. Amparo Mayoral Rivera

30 FAQs Impacto de la SMSP en redes sociales**31 La Salud en Imagen****32 La Pura Cura**

Síguenos en redes sociales

**DE SALUD PÚBLICA**

Es una publicación de distribución gratuita para la Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C.

Se autoriza su distribución total o parcial citando la fuente. Para colaboraciones, avisos y publicidad, dirigirse a: Herschel No. 109. Col. Anzures. C.P.11590, Del. Miguel Hidalgo, Ciudad de México, Tel. (55) 5203 4291, 5203 4535, 5203 4229 o al correo electrónico: smssp@smssp.org.mx

Dirección General Dr. Miguel G. Lombera González / **Coordinación General** Lic. Sahil Quiñonez Velázquez

Coordinación Editorial Mtro. Jorge A. Marín Zurita / **Diseño** Rodrigo Alcántara / **Preprensa** Sebastián González de la Vega / **Corrección de Estilo** Senén Marín

Asistencia Editorial Carlos Javier Jiménez, Itzel M. Domínguez **Administración** Alejandra Luna Jiménez

Foto de Portada: Gabriela del Carmen Nucamendi Cervantes



Liderazgo y Autonomía

La Salud Pública en nuestro país, es sin duda alguna, uno de los mejores activos que los mexicanos tenemos desde la época postrevolucionaria. Uno de los grandes pilares para ello es la continuidad de las políticas públicas que en materia de salud se han venido instrumentando de generación en generación.

De ésta forma hoy podemos señalar que las áreas clave que ayudaron a mejorar las condiciones de la población son sin duda:

- La vigilancia epidemiológica
- Una sólida red de diagnóstico por laboratorio
- El fomento, la prevención y la promoción de la salud
- La infraestructura que permite brindar atención clínica
- Una regulación sanitaria de vanguardia
- Vinculación de la investigación con la operación

México cuenta con sólidas instituciones que conforman un sistema nacional de salud robusto y con fuerte presencia en el país. El personal de salud que la conforma ha dado muestra de poder coordinarse, comunicarse y trabajar en equipo para mejorar nuestras condiciones de salud. Ejemplo claro de ello han sido los programas de vacunación universal y de planificación familiar.

Sin embargo hoy enfrentamos nuevos retos en materia de salud pública, como los son, las enfermedades crónicas no transmisibles que causan ya el 80% de las defunciones en nuestro país. Tan solo las enfermedades cardiovasculares y la diabetes en conjunto son causa del fallecimiento de uno de cada tres mexicanos.

De ahí que si algo hemos aprendido con la alternancia democrática que vivimos, es que la salud no puede admitir partidismo, ideologías ni colores.

Es claro que Salud y Educación son sin duda los brazos humanistas del estado mexicano que comparten un objetivo en común: el desarrollo armónico del ser humano.

Nuestra Sociedad, no debe ser ajena a los cambios que se enfrentan, pero gracias al liderazgo de sus integrantes y a la autonomía hoy lograda, es que debe convertirse en un actor fundamental del desarrollo de políticas para mejorar la salud.

Los mexicanos hemos demostrado históricamente que cuando compartimos objetivos y nos unimos podemos lograr lo que nos propongamos para ello, por lo que juntos debemos proponernos cada día, con nuestros actos, mejorar la salud de los mexicanos.

GRACIAS
"La Sociedad para la Sociedad"



Dr. Jesús Felipe González Roldán



La casa del salubrista, ahora con instalaciones modernas y funcionales

Como un esfuerzo más por presentar y brindar servicios dignos, armoniosos y funcionales, durante el primer trimestre del 2016, se tomó la determinación de realizar una remodelación de gran calado en las instalaciones de la Casa del Salubrista con el fin de ofrecerlos a cada uno de nuestro Socios, profesionales de la salud pública e interesados en conocernos.

Gracias al acuerdo de nuestro Consejo Directivo y asesorados por nuestro Consejo Asesor Permanente se lograron realizar las economías necesarias para disponer del presupuesto que nos permitió conseguir dicho objetivo, siempre pensando en la funcionalidad a largo plazo y el correcto y armonioso uso de estas instalaciones que de manera comprometida e institucional, el Patrimonio de la Beneficencia Pública nos ha brindado en comodato.

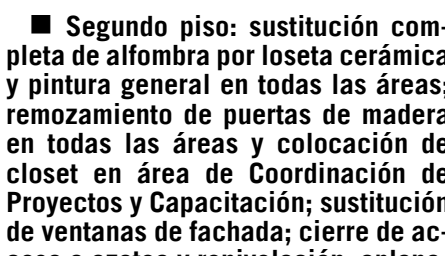
Los trabajos de remodelación y reconstrucción tuvieron una duración de 3 meses y las áreas sustantivas realizadas fueron las siguientes:

■ **Fachada:** pintura, cambio de ventanales, sustitución de puerta principal y garaje, colocación de imagen institucional que identifica y da presencia de nuestra Sociedad.



■ **Planta baja:** sustitución completa de alfombra por loseta cerámica y pintura general en todas las áreas; modificación de biblioteca y creación del Muro de los Ex Presidentes; derribo y sustitución de bardas vecinales para erradicación de cuadros severos de humedad en zona de biblioteca, sanitario, área de papelería y fotocopiado y bodega; colocación de loseta, sustitución de tuberías y eliminación de humedad severa en sanitario; remozamiento de puertas de madera en todas las áreas; colocación de placa conmemorativa de comodato celebrada con PBP; sustitución de persianas en fachada y cambio de ventanas internas en zona de fotocopiado y cocina.



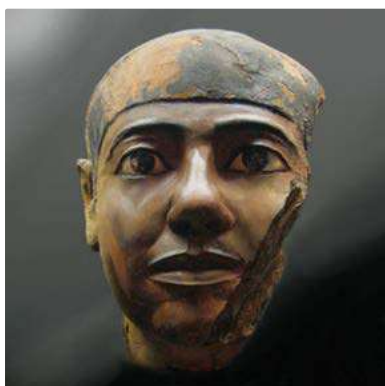


■ **Primer piso:** sustitución completa de alfombra por loseta cerámica y piso laminado y pintura general en todas las áreas; remozamiento de puertas de madera en todas las áreas; sustitución de ventanas de fachada; modificación y creación de pasillo de acceso a patio interior; modificación y reacomodo de sanitario de uso común; renivelación, sustitución de tragaluz e impermeabilizado completo en piso, pintura e impermeabilización de paredes vecinales colindantes de patio interior; sustitución de acceso a zona de azotea por colocación de escalera marina en patio interior; sustitución de puerta de acceso a patio interno.

■ **Segundo piso:** sustitución completa de alfombra por loseta cerámica y pintura general en todas las áreas; remozamiento de puertas de madera en todas las áreas y colocación de closet en área de Coordinación de Proyectos y Capacitación; sustitución de ventanas de fachada; cierre de acceso a azotea y renivelación, aplano e impermeabilización completa de techo y desazolve de canal pluvial; modernización de aula de capacitación; construcción de muro falso de división de sanitario y zona de aula; sustitución de proyector; creación de zona de biblioteca en sustitución de antiguo Muro de Ex Presidentes; remodelación y reconstrucción de paredes y techo en área de Tecnologías de la Información para subsanar deterioro y derrumbe ocasionado por humedad severa.



Los invitamos pues, a conocer su nueva Casa del Salubrista Mexicano, sean bienvenidos y estamos seguros que disfrutarán su visita y participación, estas instalaciones serán siempre de la Sociedad para la Sociedad.



A TÚ SALUD... PÚBLICA

Por: Imhotep

“AMOR Y LEALTAD”

El oficio de ser Salubrista, de dedicar una vida al servicio de los demás, el buscar convertirse en un profesional en temas de Salud Pública y usar lo aprendido para lograr un bienestar a la población resulta una labor loable. Considero que hacen falta diversas cualidades, compromisos y capacidades para poder lograr el objetivo de triunfar en este rubro, pero además de todo ello, hacen falta otras cosas, aquellas que consideramos, incluso, virtudes, las que son inherentes al alma y al corazón. Capacidades que denotan un alto grado de compromiso humano, de desapego a lo propio y de respeto hacia la condición de la vida y la salud.

Cada uno de ustedes, quienes se dedican en cuerpo y alma a esta gran labor, saben que cuentan no sólo con las herramientas técnicas y del conocimiento necesarias, sino que conocen y reconocen su personal lucha que los ha traído hasta aquí, las derrotas y éxitos, los altibajos y las enseñanzas de todo tipo que tuvieron que aprender y vivir para lograr el objetivo, ciertamente habrá historias muy dignas de contarse y plasmarse que sirvan de ejemplo para todos aquellos que en estos instantes buscan entrar en este fascinante mundo de la Salud.

Pues bien, en esta ocasión, el de las líneas buscará acercarles una parte significativa de esas virtudes y hermosas coincidencias que me llevaron a conocer, aprender y disfrutar la labor Salubrista. Disto mucho de ser alguien docto o conocedor en la materia, al contrario, declaro ser un humilde alumno que día a día se alimenta de grandes maestros que me han conducido por esa inigualable experiencia profesional y de vida.

Fue hace casi 12 años que ingresé por circunstancias laborales al sector Salud, tener la oportunidad de trabajar de manera muy cercana con

grandes tomadores de decisiones en ese rubro, conocer y aprender de forma muy cercana y vivencial las entrañas del complejo sistema de salud de nuestro país me llevó a mostrarme ávido del conocimiento, experiencia y aprendizaje que consideré necesarios para tomarle un gran aprecio y respeto a las diversas áreas que existen para brindar condiciones de salud a los mexicanos, durante ese camino conocí y aprendí los conceptos de respeto institucional, profesionalismo en la labor y vocación por realizar al máximo de mis posibilidades el trabajo encomendado.

Gracias a esas bendiciones que la vida nos pone frente a nosotros, tuve la oportunidad de realizar un giro trascendental que me permitió conocer y aprender más que nunca, desde una óptica social y de primera mano las necesidades, las posibilidades y los alcances, la relevancia y trascendencia de la Salud Pública. Observar día a día la diversidad de tareas que se desempeñan a lo largo y ancho de nuestro país, las políticas públicas en su ejecución en beneficio de la sociedad, la diferencia vital de una vacuna, la acción que salva vidas durante alguna contingencia, el cambio real que genera la prevención y la promoción, la búsqueda constante de leyes que dignifiquen las necesidades elementales de salud y un largo e interesante etcétera.

Es pues, la virtud de servicio, la nobleza del sector y de manera fundamental la fortuna de contar con dos grandes sentimientos sin los cuales no podría permitirme escribir estas líneas: EL AMOR y LA LEALTAD; Lealtad Irrestricada, Inamovible y de toda una vida para quién me invitó a participar en este increíble proyecto y experiencia de vida y el Amor Único y para siempre a quién fue mi motivación para hacerlo. Sirva este pequeño homenaje para ellos, con un sincero agradecimiento que nace del corazón. Gracias por hacerme saltar hacia esta inigualable experiencia.

La tromboembolia venosa como un problema de salud pública y la tromboprofilaxis como una intervención efectiva*

Tromboembolia venosa (TEV) hace referencia a la formación de coágulos de sangre en las venas. Cuando se forma un coágulo en la vena profunda, generalmente en la pierna, se llama “trombosis venosa profunda” o “TVP”. Si el coágulo de sangre se desprende y viaja hasta los pulmones, se llama “embolia pulmonar” o “EP”. Juntas, la TVP y la EP se conocen como “TEV”, una afección médica peligrosa y potencialmente mortal.

- Trombosis venosa profunda (TVP): Un coágulo de sangre que se forma en una vena profunda (generalmente en la pierna).
- Embolia pulmonar (EP): Coágulo de sangre en los pulmones. La EP se produce cuando una TVP se suelta de la pared de la vena, se traslada hacia los pulmones y bloquea total o parcialmente el suministro de sangre a los pulmones. La EP puede ser mortal.
- TVP + EP = TEV: La TVP y la EP se conocen colectivamente como “TEV”.

TEV es una causa principal de muerte y discapacidad en todo el mundo. Una completa revisión científica del comité directivo del Día Mundial de la Trombosis (DMT) reveló que todos los años se dan 10 millones de casos de TEV en países con ingresos altos, medios y bajos. No obstante, la muerte relacionada con TEV está prácticamente sin documentar, con datos limitados a los que proporcionan Europa y los Estados Unidos. Igual de preocupante es que muchas personas desconocen esta afección. Una encuesta realizada por DMT e Ipsos-Reid descubrió que la sensibilización pública mundial sobre la trombosis, la TVP y la EP es baja, mucho más baja que la conciencia sobre otras enfermedades como el infarto de miocardio, el ictus, la hipertensión, el cáncer de mama, el cáncer de próstata y el SIDA. Además, menos de la mitad de los adultos sabe que los coágulos de sangre pueden prevenirse.

DATOS Y CIFRAS

- Todos los años, se registran aproximadamente 10 mi-

llones de casos de TEV en el mundo¹

- En los Estados Unidos se registran entre 100,000 y 300,000 muertes relacionadas con TEV todos los años²
- En Europa se registran 544,000 muertes relacionadas con TEV todos los años³
- En los Estados Unidos y Europa, TEV mata a muchas más personas al año que el SIDA, el cáncer de mama, el cáncer de próstata y los accidentes automovilísticos combinados.⁴
- Hasta un 60 por ciento de los casos de TEV ocurre durante o después de una hospitalización, lo que convierte a esta enfermedad en la principal causa de muerte evitable en hospitales.¹

FACTORES DE RIESGO

TEV no discrimina. Afecta a personas de todas las edades, razas y etnias, y ocurre tanto en hombres como en mujeres. Determinados factores y situaciones pueden aumentar el riesgo de desarrollar coágulos de sangre potencialmente mortales.

Riesgo alto

- Estar hospitalizado durante un período prolongado de tiempo
- Operarse (especialmente cirugías relacionadas con el cáncer, la cadera o la rodilla).
- No moverse durante períodos prolongados de tiempo (p. ej., debido a reposos o viajes largos)

Riesgo moderado

- Edad (más de 60 años)
- Antecedentes personales o familiares de coágulos de sangre
- Cáncer/quimioterapia
- Usar medicamentos a base de estrógenos (p. ej., anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal)

Otros factores

- Obesidad
- Embarazo o parto reciente
- Tabaquismo
- Consumo de alcohol



SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ADVERTENCIA

TEV puede ocurrir sin signos o síntomas de advertencia y puede pasar inadvertida por un profesional de atención médica. Los síntomas que sí aparecen pueden asociarse a la TVP o a la EP.

Trombosis venosa profunda (tvp)

- Dolor o dolor leve, que a menudo comienza en la pantorrilla
- Inflamación del pie, el tobillo o la pierna
- Eritema o discromía evidente
- Calor

Embolia pulmonar (ep)

- Disnea inexplicable
- Respiración rápida
- Dolor precordial (puede ser peor al hacer respiraciones profundas)
- Frecuencia cardíaca rápida
- Mareos o desvanecimientos

EVALUACIÓN DE RIESGO Y PREVENCIÓN

Las investigaciones sugieren que TEV a menudo puede prevenirse, y existen estrategias de prevención científico-estadística que pueden detener el desarrollo de coágulos en individuos en riesgo.

Para identificar si un paciente está en riesgo, los profesionales de atención médica deben realizar una evaluación de riesgo de TEV, que es una herramienta o cuestionario que reúne información sobre la edad, los antecedentes médicos, los medicamentos y los factores de estilo de vida específicos de un paciente. Luego, la información se usa para determinar el riesgo potencial del paciente (p. ej., riesgo moderado o bajo) de presentar coágulos de sangre en las piernas o los pulmones.

Si se interna en un hospital y no le realizan la evaluación, actúe de forma proactiva y Pídala.

Las personas consideradas en riesgo deben recibir la prevención adecuada (conocida como “profilaxis”), que puede incluir:

- Medicamentos para prevenir los coágulos (p. ej., anticoagulantes).
- Dispositivos mecánicos (p. ej., medias de compresión, dispositivos de compresión neumática intermitente o bomba venosa del pie de inflado rápido).

Los pacientes del hospital también pueden recibir instrucciones de desplazarse o hacer ejercicios con los pies o las piernas tan pronto como sea posible.

TRATAMIENTO

La TVP y la EP son afecciones graves y potencialmente mortales que requieren atención médica inmediata. El tratamiento puede diferir según el paciente, pero generalmente incluye medicamentos anticoagulantes para deshacer los coágulos y evitar la formación de nuevos. Las opciones incluyen:

- Anticoagulantes (p. ej., inyectables como la heparina o heparina de bajo peso molecular)
- Dispositivos mecánicos (p. ej., medias de compresión).
- Terapia trombolítica (p. ej., activador tisular del plasminógeno).

El diagnóstico precoz y el tratamiento a menudo pueden llevar a una recuperación, pero puede haber complicaciones a largo plazo, como el síndrome postrombótico y la hipertensión pulmonar tromboembólica.

CARGA ECONÓMICA

Además de la carga de morbilidad, TEV puede ocasionar una carga económica significativa. Las múltiples pruebas de diagnóstico y los tratamientos, las internaciones prolongadas y los cuidados de seguimiento (incluida TEV recurrente) pueden ser muy costosas. Pero si se centran en la prevención de TEV, los sistemas de salud pueden ahorrar dinero, mejorar los resultados y, fundamentalmente, salvar vidas. Algunos países ya empezaron a implementar políticas y protocolos de TEV que estandarizan (o incluso incentivan) la implementación de una prevención adecuada de TEV.

- En el Reino Unido, TEV le cuesta al Servicio de Salud Nacional EUR 640 millones al año.⁵
- En los EE. UU., el diagnóstico y tratamiento de TEV cuesta USD 15.5 mil millones al año.⁶
- En Australia, se estima que los costos relacionados con TEV, incluida la pérdida en la productividad, alcanzan los USD 1.72 mil millones al año⁷. Cuando se incluyen las pérdidas de bienestar (discapacidad y muerte prematura) el costo anual asciende a USD 19.99 mil millones.



DÍA MUNDIAL DE LA TROMBOSIS
13 DE OCTUBRE

REFERENCIAS

* Tomado de Día Mundial de la Trombosis: <http://es.worldthrombosisday.org/issue/vte/>

1 Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaisier N, Waters H, Bates DW. La carga global de la atención médica poco segura: modelo analítico de estudios de observación. *BMJ Qual Saf* 2013; 22;809-15. Tomado de: <http://qualitysafety.bmj.com/content/22/10/809.full.pdf+html>

2 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Llamado a la acción del director general de Servicios de Salud para prevenir la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar 2008. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/topics/deepvein>.

3 Heit, JA. Presentación 68 en: Sociedad Norteamericana de Hematología, 47.º reunión anual, Atlanta, Georgia, del 10 al 13 de diciembre de 2005.

4 Cohen AT, Agnelli G, Anderson FA y otros. Tromboembolia venosa (TEV) en Europa. *Thromb Haemost.* 2007;98:756-764.

5 Informe del Comité de Salud de la Cámara de los Comunes sobre la prevención de la tromboembolia venosa en pacientes hospitalizados. www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/99/9902.html.

6 Medscape. *Medscape General Medicine*. 2004;6(3)5.

7 Según datos de estudios internacionales (Voskanyan J.E. y otros, Organización de la prevención estandarizada de los casos de tromboembolia venosa en un hospital multidisciplinario, volumen de cirugía 08-N2-2006), en promedio, la frecuencia de muertes en hospitales por EP es de un 0.3 %



Dinámica epidemiológica de la mortalidad materna en el estado de Hidalgo 2005-2015

Osorio Piña María¹ Dolores² Martínez Campos Juan Francisco³ Carmona Ramos Concepción⁴ Rodríguez Rivera Saúl⁵ Vázquez Bustos Eduardo⁶

1 Médico Cirujano, Maestra en Salud Pública, Subsecretaría de Salud Pública de Hidalgo

2 Médico Cirujano, Maestro En Epidemiología, Profesor Investigador Escuela De Medicina UAEH, Presidente Del Colegio Médico De Salud Pública De Hidalgo

3 Médico Cirujano, Especialista En Gerencia de Servicios de Salud, Directora De Políticas Y Estrategias De Salud Pública SSH

4 Médico Cirujano, Maestrante De Salud Pública UAEH, Subdirector de Atención en las Etapas de la Vida SSH.

5 Médico Cirujano, Maestrante De Salud Pública UAEH, Subdirector de Atención en las Etapas de la Vida SSH.

6 Médico Cirujano, Maestro en Ciencias en Sistemas de Salud INSP, Investigador Centro de Investigación en Sistemas de Salud, INSP

RESUMEN

Objetivo: Describir la dinámica epidemiológica de la mortalidad materna en el estado de Hidalgo durante el periodo 1990-2015 y estimar las tasas de letalidad hospitalaria de las causas de mortalidad materna durante el periodo de 2005-2014.

Material y métodos: Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo del comportamiento de las defunciones maternas. Se determinó el grado de avance anual de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) para el estado de Hidalgo entre 1990 y 2015. Además se estimaron las tasas de letalidad hospitalaria de las causas de mortalidad materna para Hidalgo en el periodo de 2005-2014. Se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión utilizando el paquete estadístico SPSS.

Resultados: La RMM disminuyó de 116.7 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 1990 a 27.1 en 2015 en Hidalgo, lo que representa una reducción del 76.7% en 24 años. La letalidad por hemorragia obstétrica en las pacientes atendidas por la Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH) muestra una reducción de 50% entre 2005-2014 (0.6 muertes por cada 100 egresos hospitalarios), la enfermedad hipertensiva 0.4 porcentuales (0.6 muertes por cada 100 egresos hospitalarios). La letalidad por aborto reporta de 0.03 a 0.07 muertes por cada 100 egresos hospitalarios con una tendencia descendente. Mientras que la letalidad por causas indirectas muestra una tendencia ascendente con un incremento de 3.8 veces de 2005 al 2014.

Conclusiones: Si bien la tendencia de la RMM sufrió una clara reducción en los últimos 24 años en el estado de Hidalgo, la atención de las causas indirectas de mortalidad materna en las embarazadas, como las enfermedades crónico-degenerativas, constituye el principal reto para los servicios de salud en Hidalgo, debido a que estas causas triplican el riesgo de muerte.

Palabras clave: Mortalidad materna, letalidad hospitalaria, causas obstétricas indirectas.

INTRODUCCIÓN

En concordancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM5), México realiza acciones en salud

que buscan disminuir la mortalidad materna. La meta proyectada consistía en disminuir la Razón de Muertes Maternas (RMM) de 49.9 en 1990 a una razón de 22.2 en el año 2015 a nivel nacional.¹ Si bien es cierto que en la primer década analizada (1991-2000) la RMM disminuyó abruptamente y denota un avance significativo, en la segunda década (2001-2010) la disminución anual de la RMM es más lenta, con una tendencia lateralizada y menores logros.²

La dinámica de la mortalidad materna cambió nuevamente en el último quinquenio y ahora las causas indirectas son las que llegan a cuadruplicar la letalidad hospitalaria en los servicios de salud, en comparación con las cuatro causas de mortalidad materna más comunes mencionadas por la OMS.² Asimismo, el Fondo de la Naciones Unidas para la infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) ha establecido que por cada caso de muerte en embarazadas pueden existir hasta 30 casos de morbilidad, que van clasificadas en infecciones, lesiones o diferentes discapacidades derivadas de la atención del embarazo.³

Dado estos cambios, se han identificado ciertos factores que se relacionan con la mortalidad materna como la edad mayor de 34 años, raza no blanca, exclusión social, historia previa de hemorragia posparto, embarazo múltiple, hipertensión, diabetes, cesárea de emergencia y anemia.³ Asimismo, las pacientes obstétricas pueden presentar numerosas complicaciones que ponen en peligro sus vidas, requiriendo su ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). En este contexto, afecciones como los trastornos hi-

pertensivos del embarazo, las infecciones, la coagulación intravascular diseminada, el choque hipovolémico (hemorrágico), la insuficiencia renal aguda y los fenómenos embólicos, entre otros, pueden producir la afectación simultánea de varios sistemas orgánicos con una elevada mortalidad.⁴⁻⁵

El estado de Hidalgo no es ajeno a esta política, debido a que tanto la morbilidad como la mortalidad materna son un tema que es motivo de discusión, análisis e intervención por los diferentes integrantes del sector salud encabezados por la Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH). De acuerdo con el cálculo del indicador reportado en el sistema de información de los ODM5, el compromiso para el estado fue disminuir 87.5 puntos la RMM tomando como punto de partida la cifra estimada para 1990, de 116.7 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos, a una RMM de 29 para el año 2015.⁶ Por lo que el objetivo del estudio es describir la dinámica epidemiológica de la mortalidad materna en el estado de Hidalgo durante el periodo 1990-2015 y estimar las tasas de letalidad hospitalaria de las causas de mortalidad materna durante el periodo de 2005-2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo del comportamiento de las defunciones maternas entre 1990 y 2015 para el estado de Hidalgo. El cálculo de la Razón de Mortalidad Materna se construyó utilizando para el numerador la base de datos de muertes



maternas de la Dirección General de Información en Salud, mientras que para el denominador se utilizó el número de nacimientos del Sistema de Información Objetivos del Milenio Serie Histórica para Hidalgo. Se determinó el grado de avance anualmente con relación a la meta establecida.

Adicionalmente se estimaron las tasas de letalidad hospitalaria de las causas de mortalidad materna para Hidalgo en el periodo de 2005-2014. Para el cálculo de la tasa de utilizó en el numerador se utilizó información de los certificados de defunción de la Subdirección de Epidemiología de los Servicios de Salud de Hidalgo y para el denominador se utilizó datos del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios de la Dirección General de Información en Salud.

Se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión utilizando el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

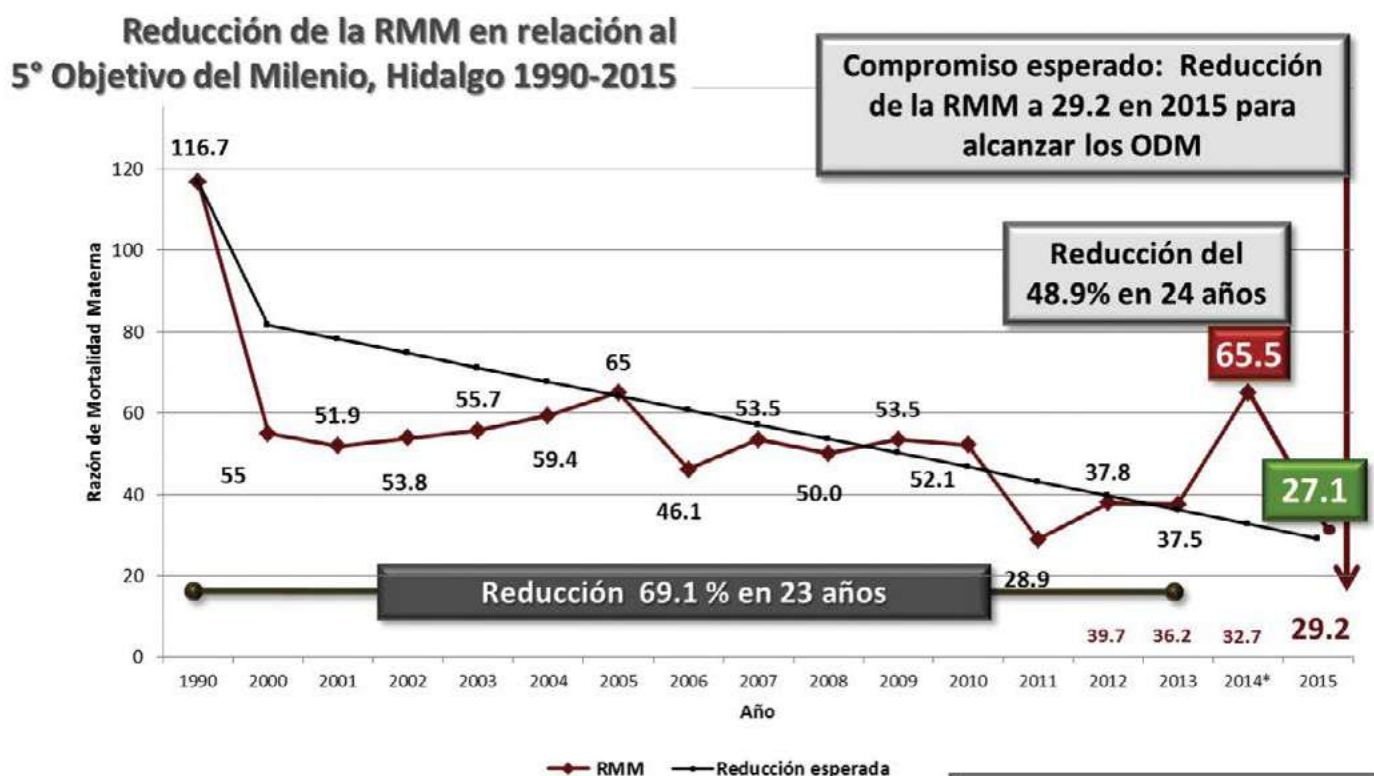
Número de defunciones periodo 2005-2015

En el estado de Hidalgo, la RMM disminuyó de 116.7 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 1990 a una RMM de 27.1 en 2015, lo que representa una reducción del 76.7% en 24 años. Durante el periodo 2005 a 2015 se registraron un total de 269 muertes maternas, de los cuales los años con mayor número de decesos han sido 2005, 2007, 2009 y 2014 (37, 30, 30 y 34 defunciones respectivamente); 2011 es el año con menor número de fallecimientos registrados, 16 muertes maternas con una RMM de 28.9 (Figura 1).

A continuación se realiza una descripción de las causas de Mortalidad Materna (MM) por letalidad hospitalaria, entre las que encontramos la hemorragia obstétrica, enfermedad hipertensiva del embarazo, el aborto y las causas indirectas solo en las unidades de la SSH.



Figura 1. Reducción de la RMM con relación al 5° Objetivo del Milenio



Fuente: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>, Muertes Maternas INEGI/SS 2002-2012 Sistema de información Objetivos del Milenio, Serie Histórica 1990-2012, Hidalgo

^a Para nacimientos 1990-2010 (denominador).

Proyecciones de la población de México, 2010-2050, CONAPO conteo 2010

Estimaciones de la población de México, 1990-2009, CONAPO conteo 2010

^b Para nacimientos 2011-2014 (denominador)

Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) *cifras corregidas para Hidalgo, DGIS

^c Para nacimientos 2015 (denominador)

Proyecciones de los nacimientos, Subdirección de Epidemiología (mínimos cuadrados)

Razón de mortalidad materna x 100,000 Nacidos Vivos

^d 2015 cierre preliminar



Tasa de letalidad hospitalaria por enfermedad hipertensiva

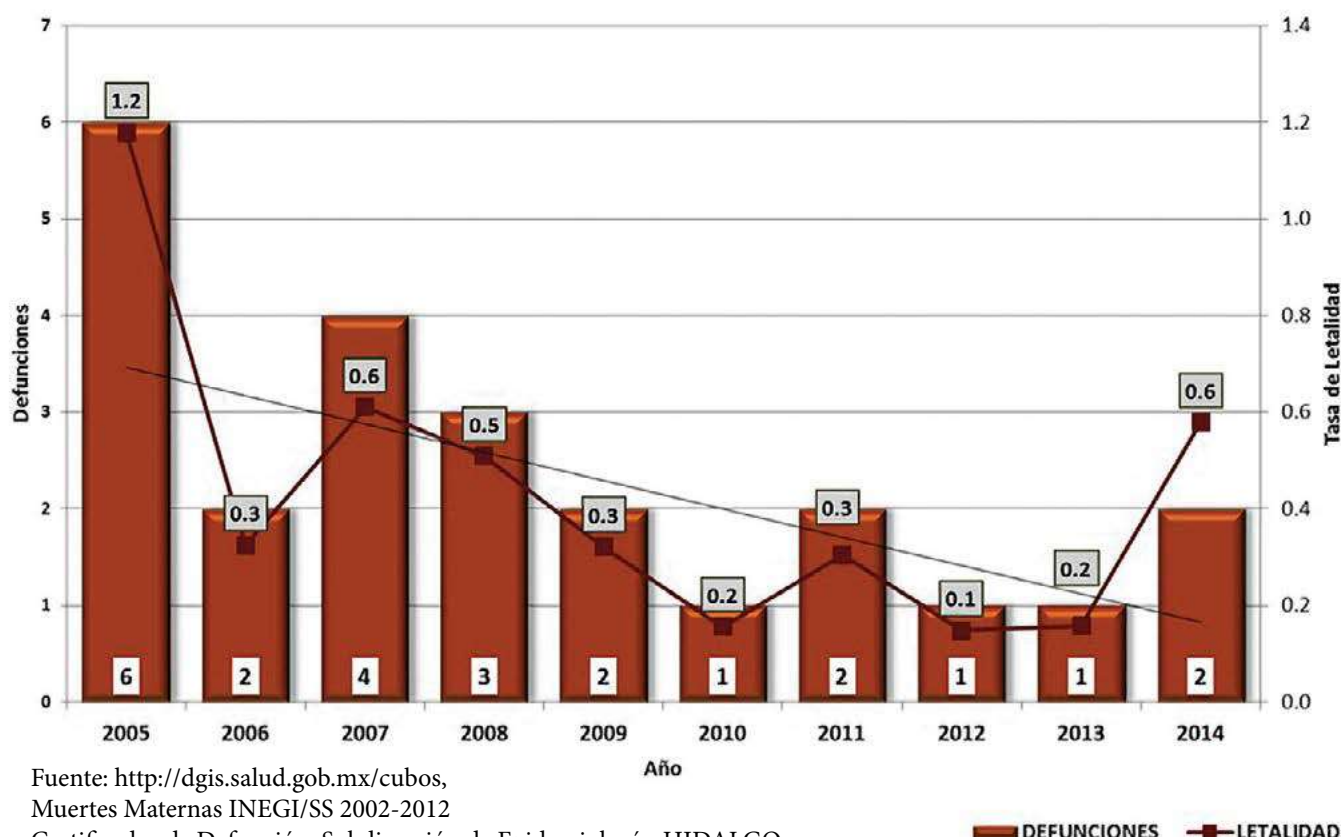
Durante el periodo comprendido del 2005 al 2014 la letalidad hospitalaria por Enfermedad Hipertensiva en la SSH muestra un decremento, en comparación del año 2005 con el año 2013. La tasa disminuyó 0.4 puntos porcentuales, lo que corresponde a 0.6 defunciones por cada 100 egresos hospitalarios para 2005 y 0.2 para 2013.

La inercia de la MM por esta causa llega a su menor índice en el año 2012, sin embargo en 2013 y 2014 amenazan nuevamente en posicionarse como una de las principales causas de muerte. Los años que registran mayor número de ocurrencia de MM por enfermedad hipertensiva en los hospitales de los Servicios de Salud de Hidalgo son 2009, 2010 y 2014 con una letalidad del 0.7, 0.5% y 0.8 respectivamente. La dinámica cambia nuevamente en los años del 2012 al 2013 con un incremento del indicador de 100%, mientras que del 2013 al 2014 se incrementa 400% (Figura 3).

Tasa de letalidad hospitalaria por hemorragia obstétrica

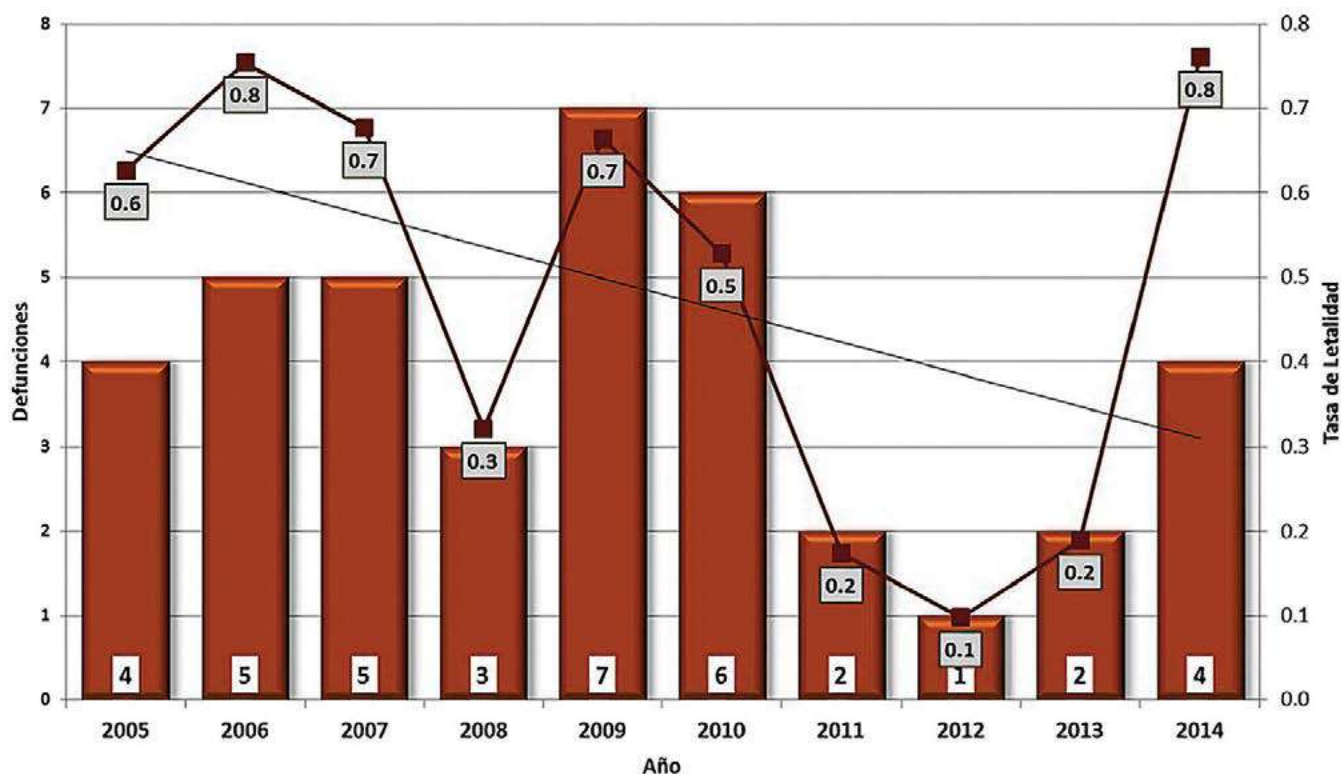
La letalidad por hemorragia en las pacientes atendidas por SSH muestra una trayectoria en reducción con la tasa de letalidad de 1.2 defunciones por cada 100 egresos hospitalarios en 2005 y para el año 2014 disminuye en un 50% el indicador en este rubro con una tasa de 0.6. Los años que registran la letalidad más alta por Hemorragia Obstétrica en orden decreciente son 2005, 2006, 2014 y 2008 con tasas de 1.2, 0.6, 0.6 y 0.5 respectivamente (Figura 2)

Figura 2. Letalidad Hospitalaria por Hemorragia Obstétrica,



Fuente: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>,
Muertes Maternas INEGI/SS 2002-2012
Certificados de Defunción, Subdirección de Epidemiología, HIDALGO
Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH 2005 - 2014
Tasa de letalidad x 100
* corte al 25 de julio

Figura 3. Letalidad Hospitalaria por Enfermedad Hipertensiva, Unidades Hospitalarias SSH, Hidalgo 2005 - 2014



Fuente: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>, Muertes Maternas INEGI/SS 2002-2012
 Certificados de Defunción, Subdirección de Epidemiología, HIDALGO
 Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH 2005 - 2014 Tasa de letalidad x 100
 * corte al 25 de julio

DEFUNCIONES LETALIDAD

Tasa de letalidad hospitalaria por aborto

Las muertes maternas causadas por aborto en los hospitales de la SSH que se registraron en el periodo analizado fueron en total 9 decesos. La letalidad hospitalaria por ésta causa es de 0.03 a 0.07 fallecimientos por cada 100 egresos hospitalarios, con tendencia descendente debido a que en los años 2013 y 2014 no se registran muertes maternas por ésta causa. El antecedente es en los años 2006, 2007, 2009, 2010 y 2012, donde la letalidad es del 0.07, 0.07, 0.06, 0.03 y 0.06% respectivamente (Figura 4).

Tasa de letalidad hospitalaria por causas obstétricas indirectas

Las causas obstétricas indirectas como motivo de letalidad hospitalaria en la SSH son consideradas como la forma más grave de morbilidad materna. En Hidalgo se hace un esfuerzo extraordinario para la estandarización e identificación de

los casos de morbilidad materna extrema. Hasta el momento muestra una tendencia ascendente en el año 2014, la letalidad se ha incrementado en 3.8 veces con respecto a la reportada para el año 2005, de 1.1 a 4.3% tan solo a la mitad del año. Los años que registran mayor número de ocurrencia de muertes maternas son 2014, 2009 y 2007 con una letalidad del 4.3, 3.5 y 2.5% respectivamente (Figura 5).



DISCUSIÓN

La disminución de la RMM anual es casi imperceptible y en años específicos se observan retrocesos importantes que nos hacen retornar al punto de partida, por lo que haremos un especial énfasis entre la segunda y tercera década estudiada donde el ejemplo de transición epidemiológica es más notable y pronunciado en lo ocurrido entre 2005 y el 2014 in-

tervalo en el que se presentaron los dos indicadores más altos de RMM, a este respecto podemos mencionar que existen predictores de morbilidad materna severa que son importantes a destacar.

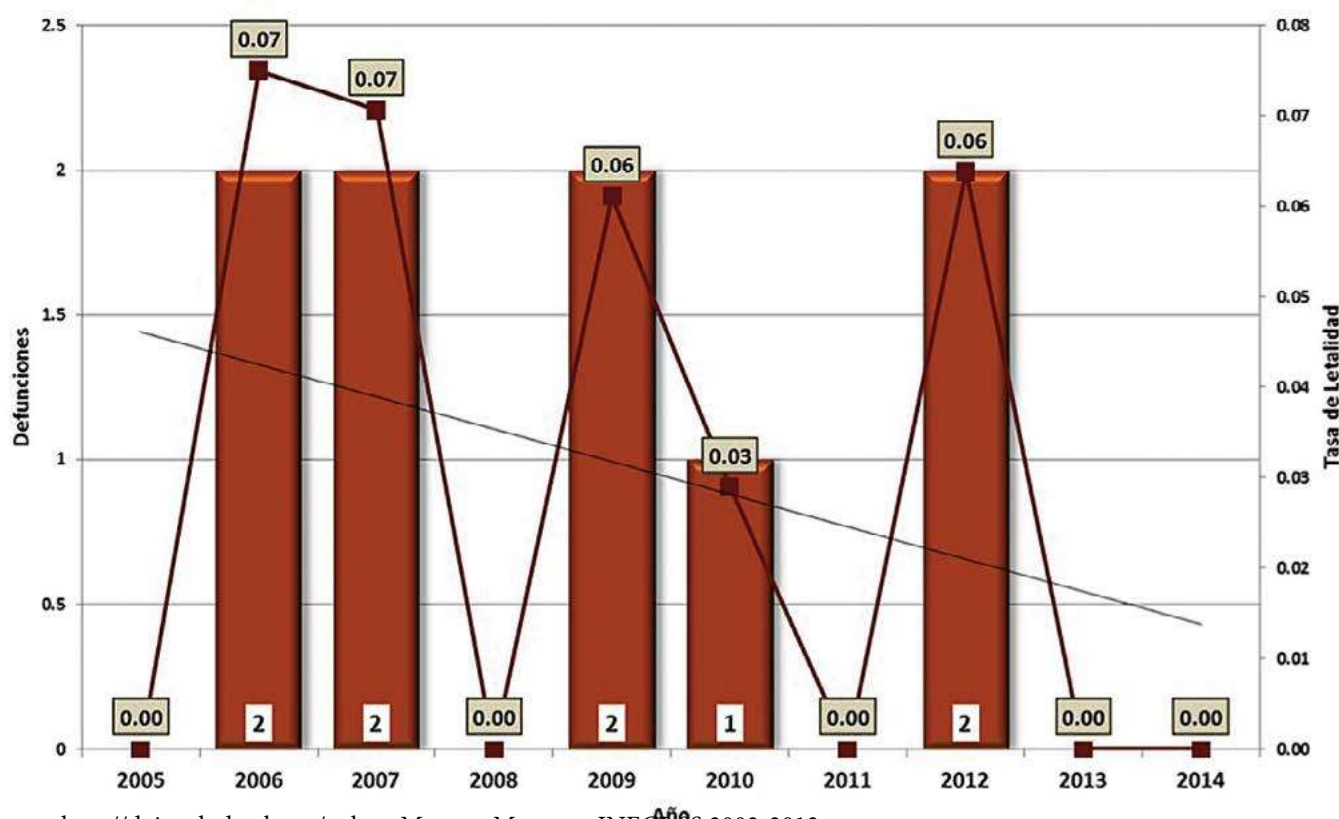
La contribución de la falta de control prenatal integral en mujeres con partos y abortos atendidos por personas con entrenamiento no ha permitido un descenso pronunciado. Sin embargo, en 2008 se redoblaron esfuerzos por parte de todo el sector en las siguientes actividades: la intensificación de la vigilancia epidemiológica, capacitación en manejo adecuado de las hemorragias obstétricas, sepsis puerperales y las enfermedades hipertensivas del embarazo, concientización de la urgencia obstétrica, facilitar el acceso a los servicios de urgencias de los hospitales y la política de “cero rechazo a la atención de embarazadas” logro que para el 2011 permitió que se alcanzara la menor RMM en casi 3 décadas. En los últimos 4 años son las muertes maternas indirectas las que aumentan la letalidad en las embarazadas para el 2013 el estado de Hidalgo.



El comportamiento estatal de la mortalidad materna en el año 2014 muestra un incremento en la ocurrencia de las defunciones, lo que

ubica la RMM en 65.5 por cien mil nacidos vivos, en el cierre preliminar en muertes maternas por entidad federativa es decir 32.8 puntos más que la esperada para el cierre anual, el 36% de las muertes maternas son por causas obstétricas indirectas. (Figura 1)

Gráfico 4. Letalidad Hospitalaria por Aborto, Unidades Hospitalarias SSH, Hidalgo 2005 – 2014



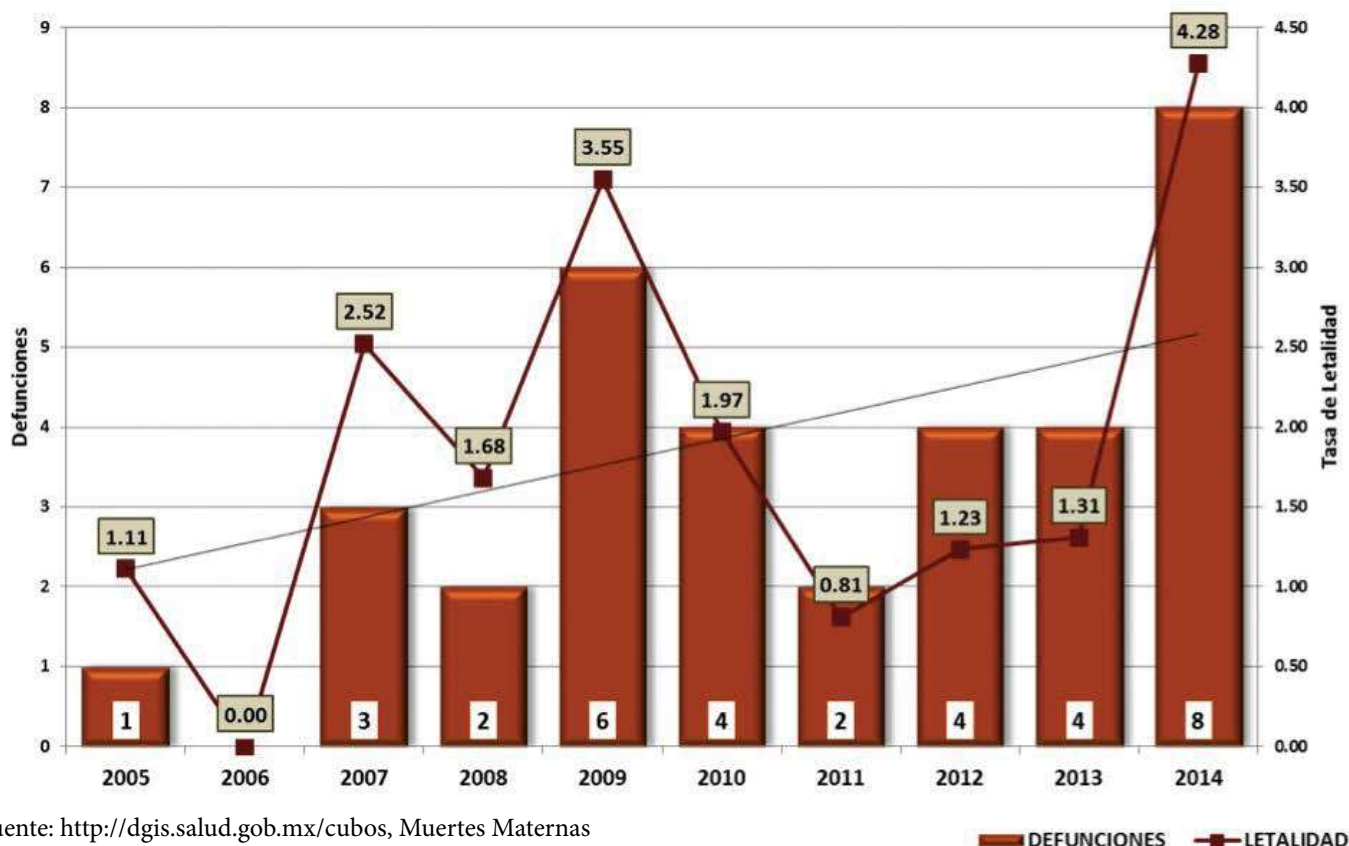
Fuente: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>, Muertes Maternas INEGI/SS 2002-2012

Certificados de Defunción, Subdirección de Epidemiología, HIDALGO

Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH 2005 - 2014 Tasa de letalidad x 100

* corte al 25 de julio

Figura 5. Letalidad Hospitalaria por Causas Obstétricas Indirectas, Unidades Hospitalarias SSH, Hidalgo 2005 – 2014



Fuente: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>, Muertes Maternas

INEGI/SS 2002-2012 Certificados de Defunción, Subdirección de Epidemiología,

HIDALGO Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH 2005 - 2014 Tasa de letalidad x 100

* corte al 25 de julio

CONCLUSIONES

En la descripción general de la RMM en los últimos 25 años la tendencia sufre un decremento pronunciado, con una clara reducción de tres tercios partes en comparación de 1990 al 2015. Sin embargo, este decremento tiene una trayectoria discontinua pronunciada en el año 2005 (RMM 65.0) y en el 2014 (RMM 65.5) que se vuelve el objeto de análisis minucioso. La causa de muerte por hemorragia obstétrica es la única que sufre una degradación perceptible en el número de defunciones y el indicador de letalidad. La enfermedad hipertensiva tiene un repunte en el 2014 y la probabilidad de muerte por aborto en los últimos 2 años dejó de registrarse, lo que se interpreta como una mejor atención de urgencias por esta causa de ingreso hospitalario. El reto para los servicios de salud en Hidalgo es la atención de las embarazadas con algunas variables de interés de los antecedentes personales patológicos que se comportan como riesgos maternos y aparecen en las gestantes con gran incidencia, las enfermedades crónico-degenerativas y la estancia hospitalaria. Esto con relación a las muertes maternas indirectas que

en la mayoría de los años triplica el riesgo de muerte en comparación con las otras causas analizadas

Cada uno de los diferentes riesgos que pueden identificarse en las embarazadas requiere de un seguimiento y control adecuado. La prevención y la disminución del riesgo pre-concepcional, es uno de los objetivos más importantes a fortalecer en las consultas de planificación familiar. La atención prenatal otorga el tiempo preciso para prestar una asistencia integrada, el apego a la norma oficial mexicana y la revisión de las embarazadas de forma periódica para planificar la resolución del embarazo y garantizar la unidad de salud en las circunstancias más seguras posibles. Se insiste que todos los partos deberían producirse en condiciones seguras y todos los embarazos deberían ser deseados.

REFERENCIAS

1. Rouvier Mariel, González-Block Miguel Ángel, Sesia Paola, Becerril-Montekio Víctor. Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2016 Mayo 30]; 55(2): 185-192. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200010&lng=es

org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200010&lng=es

2. Comité Estatal de Mortalidad Materna (2- reunión: febrero 2015, Pachuca Hidalgo) Pachuca Hidalgo; México, Secretaria de salud de Hidalgo, Subsecretaria de Salud pública, 2015.

3. Materna mortality (p.w.) recuperado el 18 febrero 2016, de http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/09_MaternalMortality.

4. El-Solh AA, Grant BJ. A comparison of severity score systems for critically ill obstetric patients. Chest. 1996;110:1299-304

5. Lewinsohn G, Herman A, Leonov HA, Klinowski E. Critically ill obstetrical patients: Outcome and predictability. Crit Care Med. 1994;22:1412-4

6. Subdirección de Epidemiología, (febrero 2015, Pachuca de Soto Hidalgo) Pachuca Hidalgo; México, Secretaria de Salud de Hidalgo, Subsecretaria de Salud pública, 2015.

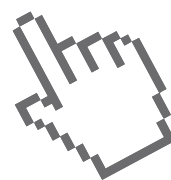
7. Olarra J, Longarela AM, Mosquera E, Palacio FJ. Cuidados Críticos y pacientes obstétricas. Experiencia de 7 años. Medicina Intensiva. 2002;26:221-6.

8. Gómez Jiménez CA, Hernández Díaz M, Jiménez Cardoso J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana [serie en Internet]. 2007 [citado 5 May 2010]; 9(1):0-0. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)_18/resumen.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_18/resumen.html)



Sociedad Mexicana
de Salud Pública, A.C.

¡Contáctanos!



www.smsp.org.mx



Sociedad Mexicana de Salud Pública



@saludpublicaac



Sociedad Mexicana de Salud Pública



55 6099 9756

"La Sociedad para la Sociedad"

Dra. Lourdes Motta Murguía

Vicepresidenta de la Sociedad Mexicana de Salud Pública



Tenemos derecho a servicios de la mayor calidad, a los mejores tratamientos disponibles



Lo que yo puedo aportar como abogado es muy peculiar, es la perspectiva de la salud como un derecho humano



Ser salubrista es algo que ya no te puedes quitar, va pegado a tu piel



Todos los días nosotros hacemos alguna propuesta para tratar de mejorar nuestro sistema de salud pero si tuviera que mencionar solo una cosa, no tiene que ver tanto con un cambio, tiene que ver con la concepción de la salud como un derecho humano



Es parte de mi trabajo que la gente entienda que es la Salud Pública, la valore y con ello valore el trabajo de todos los que nos dedicamos a esto

En esta ocasión compartimos con ustedes la grata charla que tuvimos con la Dra. Lourdes Motta, ella nos comparte sus experiencias, sus vivencias y el amor profundo que tiene hacia la Salud Pública. Sus interesantes reflexiones parten desde una perspectiva en la que se conjugan sus dos profesiones: derecho y salud pública. Con evidente pasión cuenta sus vivencias, su experiencia profesional y su gran compromiso con la salud de los mexicanos, como ella misma lo dice, siempre en busca de **soluciones de política pública que tienen la visión de una abogada que sabe de Salud Pública y de una salubrista que es abogada**

Yo digo que nadie puede escapar de su destino, si alguien me hubiera dicho hace muchos años, me hubieran leído las cartas y me hubiera explicado que yo iba a terminar en el tema de la Salud Pública pues probablemente no se los hubiera creído, a mí me tocó llegar a la Salud Pública a través del derecho; yo estudié la licenciatura en Derecho y empecé a trabajar en el gobierno. Mi primer trabajo fue en la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y como sucedía en esa época pues cuando había cambio de equipo o se iba con el equipo con el que había llegado o perdía el trabajo y en este caso me tocó que el equipo con el que yo trabajaba se fuera a la Secretaría de Salud y ahí fue el gran momento en el que yo realmente encontré la pasión de mi vida: la Salud Pública, fue como de esos enamoramientos a primera vista, así, igualito me pasó a mí, me di cuenta no sólo de porque me gustaba ser abogada, que yo tenía que ser una abogada que se dedicara a la Salud Pública, sino que todo lo demás que hiciera en la vida lo tenía que hacer alrededor de la Salud Pública, esa es la razón por la que llegué, ya estando ahí, conociendo los asuntos, viendo las necesidades, viendo cuales eran las aportaciones que yo podía hacer desde mi perspectiva jurídica decidí que a eso me iba a dedicar y después con mucha suerte y con el apoyo de dos becas, pude entonces formarme en el campo de la Salud Pública haciendo una maestría en Ciencias y después un doctorado que tienen que ver específicamente con el tema de la Salud Pública.

Esta pasión y este entusiasmo y por qué no, este orgullo de ser Salubrista, ¿cómo se lo puede transmitir a la gente que la está leyendo en estos momentos?

El convertirte en salubrista es algo que ya no te puedes quitar, es algo que va pegado a tu propia piel, yo diría que es como un tatuaje, un tatuaje que primero identifica a gente que trabaja desde muchas trincheras distintas a favor de la salud de toda la población del país y que te acompaña en todo lo que haces, yo no creo que haya un momento de mi día en el que yo, aunque esté en una reunión social o algo, deje de ser salubrista, es de verdad como tú dices, es un orgullo, es una pasión, todos los días estoy tratando de aprender más, todos los días estoy tratando de involucrarme en nuevos proyectos que tengan que ver con beneficiar la salud de las poblaciones, con llevar ideas innovadoras, con tener nuevos abordajes, eso es con lo que me despierto y con lo que me duermo todos los días, con ese tatuaje de ser salubrista.

Lo comentaba muy bien hace un momento, la Salud Pública se ejerce desde distintas trincheras, desde diversas especialidades y ¿cómo se puede romper ese paradigma?, Salud Pública la hacemos todos y no necesariamente lo tradicionalmente asociado a los médicos, a las enfermeras, en el caso particular de usted, ¿cómo describiría esta experiencia, esta vivencia desde su trinchera?

No podemos abordar los problemas de la Salud Pública si no tenemos una perspectiva creativa, que sea disruptiva

Primero, soy una abogada que sabe de Salud Pública y soy una salubrista que sabe de Derecho, y creo que la perspectiva que yo puedo aportar es muy peculiar, no digo que única, afortunadamente ya se de otros compañeros abogados que se están dedicando a esto, pero es la perspectiva de la salud como un derecho humano. Gran parte de mi trabajo está del lado de investigación, en la parte de escribir artículos, que va justamente en el sentido de que la gente entienda que es la Salud Pública y que hacemos los que nos dedicamos a eso, que va desde estar atendiendo un desastre natural hasta estar diseñando políticas públicas, el estar buscando que a la gente se le respete sus derechos, a la mejor esto último que te estoy diciendo ocurre en un tribunal, pero el asunto es que a veces los médicos que se dedican a otras especialidades distintas a la Salud Pública, no entienden bien que se hace en Salud Pública y bueno mucho menos los abogados y bueno creo que eso es parte de mi trabajo que la gente entienda que es la Salud Pública, la valore y con ello valore el trabajo de todos los que nos dedicamos a esto.

Dra. Lourdes Mota, ¿tiene alguna anécdota en particular que usted recuerde durante su trayectoria como salubrista que la haya marcado, que haya significado algo?

Tuve la suerte de trabajar en la Secretaría de Salud en unos años que yo calificaría de verdaderamente históricos, en el que ocurrieron muchas cosas, por mencionar algunas, me tocó la descentralización, después me tocó la creación del Sistema de Protección Social en Salud pero había otras cosas que

La Salud Pública exige que nos estemos todo el tiempo actualizando, que estemos todo el tiempo a la vanguardia

a lo mejor no se mencionan tanto porque no tienen que ver con cuestiones estructurales pero que si tienen que ver con el avance de derechos humanos. A mí me tocó ver como se garantizó el derecho a que las personas que viven con VIH sida puedan tener su tratamiento antirretroviral de manera gratuita, me tocó también que se elaborara la norma 005 actualizada del servicio de planificación familiar para incluir a lo que en ese momento era lo top de lo top, o sea, todos los servicios de planificación familiar, los dispositivos, los medicamentos que pudieran tenerse ahí y que al tenerse ahí pues significara que había un derecho de parte de las personas que lo solicitaran, ese tipo de cuestiones son muy importantes, también me tocó ver los años en los que más vacunas se han incluido en el esquema básico, entre mediados de los 90's y principio de los dos mil es cuando más y a una mayor velocidad se han incorporado biológicos al esquema nacional de vacunación, eso para mí tiene que ver con ganarse los derechos y la protección de la Salud Pública, creo que el haber estado ahí para presenciarlo en primera fila e involucrada en algunos de estos procesos pues es algo que siempre voy a llevar conmigo.

Gracias a esas vivencias y a esa pasión con la que se refiere a los temas de Salud Pública, ¿qué consejo les daría en este momento a nuestros estudiantes, a nuestros profesionistas que están considerando incursionar en el campo de la Salud Pública?

Primero, que se den tiempo de conocer de verdad qué es la Salud Pública, te reitero, ni en el ámbito médico a veces se entienden, en el ámbito científico, que se den tiempo de ver que es lo que verdadera-

mente implica dedicarse a la Salud Pública y cuando vean el gran campo de acción yo estoy segura que desde ahí ya van a enamorarse. La otra es que cuando ya empiecen a estudiar pues no se dejen vencer, porque van a tener la presión, a veces incluso hasta de la familia, en que es mejor que seas especialista en otra cosa, entonces continúen en la carrera y van a ver que les va a dar muchísima satisfacciones.

¿Si usted tuviera la posibilidad de exponer alguna idea, algún proyecto, alguna mejora que modificara las actuales políticas públicas en Salud Pública de nuestro país, cuál sería?

Todos los días nosotros hacemos alguna propuesta para tratar de mejorar nuestro sistema de salud pero si tuviera que mencionar solo una cosa, no tiene que ver tanto con un cambio, tiene que ver con la concepción de la salud como un derecho humano y, el gobierno debe entender que la salud es un derecho y que cuando hay recortes en los presupuestos pues hay que tener mucho cuidado si ahí recortas, digo no quiero hablar de una judicialización o que todo lo tengamos que pelear en los tribunales pero la autoridad se tiene que cambiar el chip y decir: a ver aquí yo no puedo estar violentando derechos o quitándole a la gente algo a lo que debería poder acceder y por otro lado lo que le toca a los individuos y esto pasa con muchos usuarios de los servicios públicos no creemos que nos tengan que dar algo y por lo mismo no demandamos niveles de calidad. Prácticamente aceptamos lo que nos dan y eso no está bien, nosotros

tenemos derecho a servicios de la mayor calidad, a los mejores tratamientos disponibles, y eso es lo que me gustaría hacer, lograr que tanto de un lado como del otro se entendiera que estamos en un derecho, que es la salud.

Además de su evidente motivación por la profesión salubrista, ¿qué otras cosas la motivan, la alegran o hacen que disfrute su día a día?

Bueno, sin lugar a dudas el primer lugar lo ocupa mi hijo, tengo un hijo de 3 años que se llama Marc y obviamente que esa es mi motivación para el día a día, para todo. Otra cosa que hago que también me llena mucho que es dar clases, tengo más de 15 años dando clases... la verdad es que lo disfruto mucho. Cada grupo es diferente aunque el tema que voy ver con ellos sea el mismo, es siempre una aventura, cada alumno y el grupo que generan eso me llena muchísimo porque yo aprendo de ellos y creo que ellos aprenden también algo de mí, yo siempre les digo que aunque se hayan quedado con una cosita de las que yo les planté es más que suficiente, la verdad es que el ser profesor es algo que me llena mucho.

Me encanta leer, de hecho tengo una carpeta que va acumulando todos los días artículos científicos, me gusta estar al día en lo que se publica, esa carpeta luego la leo en los aviones que es cuando puedo, también me gusta leer de todo, desde una novela romántica, novela histórica y luego las comparto. Me encanta viajar, lo tengo que hacer por mi trabajo pero también me gusta hacerlo por placer, dicen por ahí que



“El signo de la inteligencia no es el conocimiento sino la imaginación”

Albert Einstein

lo único que se lleva uno cuando se va de la tierra pues fue lo que vio, lo que comió, lo que disfrutó y yo creo eso, que un dinero invertido en un viaje pues es algo que vale la pena, entonces me gusta mucho viajar a donde sea, aquí cerquita, donde se pueda, el ir a caminar o a correr al parque, ahora regresé a patinar para poder estar con mi hijo compartiendo eso, mi otro pasatiempo es ver la televisión, sí, tengo que aceptarlo, desde que Netflix surgió mi vida cambió, soy de esas personas que se clavan en una serie.

¿Cómo se define, es una bailadora empedernida, una cantante de abolengo o más bien una conversadora cautivante durante una reunión?

A mí me hubiera encantado cantar bien pero no puedo, no me tocó en la repartición que me dieran ese don, bailar me encanta, además durante mucho tiempo estuve sometida a la disciplina del baile en diversas categorías, incluido el ballet muchos años de mi vida estuve en eso, me parece que es el mejor ejercicio y lo de ser una buena conversadora pues me encanta platicar, no sé si cautivo a mis interlocutores porque además luego me gusta más bien el monólogo...

Me gustan los deportes, disfruto la natación, ese es el deporte que me gusta practicar, soy apasionada y eso es malo porque sufro mucho, me gusta el futbol soccer, soy fan de corazón del América, aunque me digan lo que me digan, no importa; me gusta también el americano, me

gusta mucho ir a los partidos, ahí les voy a los Vaqueros de Dallas, así es que también se presta a muchas críticas y otro deporte que disfruto mucho verlo y estar ahí por la velocidad es el basquetbol, mi equipo favorito es las Espuelas de San Antonio, y digo, yo sí sufro cuando pierde mi equipo, igual que me emociono cuando gana.

Pudiera compartir con nosotros alguna cita textual, alguna frase que en algún momento de su vida haya sido determinante y la haya marcado.

Hay muchos libros, muchas frases, muchos autores pero una que me gustaría mencionar aquí es Albert Einstein, él dice que: **“el signo de la inteligencia no es el conocimiento sino la imaginación”** y yo creo que eso es muy cierto porque no podemos abordar los problemas de la Salud Pública si no tenemos una perspectiva creativa, que sea disruptiva, que nos permita pensar no solo fuera de la caja, digo yo, a veces como que ni siquiera hubiera caja, entonces si es muy importante que tengamos conocimientos, **la Salud Pública exige que nos estemos todo el tiempo actualizando, que estemos todo el tiempo a la vanguardia** de lo que hay en nuestra área de trabajo, pero también es muy importante que seamos creativos, eso es para mí importantísimo y eso es parte de mi trabajo y de lo que yo puedo aportar a la Salud Pública, soluciones de política pública que tienen la visión, ya decía yo, de una abogada que sabe de Salud Pública y de una salubrista que es abogada.

Observa el video completo de la entrevista





Sociedad Mexicana
de Salud Pública, A.C.

Aprende Salud Pública

Plataforma Informática para el aprendizaje y actualización en línea

El aprendizaje es la base del éxito...
Actualízate, esfuerzate y contribuye en la promoción de la salud pública.



Diplomado Virtual en **Salud Pública Aplicada**
Diplomado Latinoamericano en **Cáncer de la Mujer**
Diplomado Latinoamericano en **Vacunología**
Diplomado en **Salud Materna y Perinatal**
Curso Virtual de Introducción a la **Genómica**
Diplomado en Prevención y Atención Integrada
de las **Enfermedades Crónicas**



<http://www.smsp.org.mx/aprende.html>



DRA. AMPARO MAYORAL RIVERA
Líder de Proyecto,
Sociedad Mexicana de Salud Pública

Modelo integrado para abordar la mortalidad materna en las comunidades indígenas en México, con respeto a su diversidad cultural

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas contiene artículos específicos que promueven el derecho de los pueblos indígenas a la salud, entendida no sólo como el bienestar de cada persona, sino también como el bienestar emocional, espiritual y cultural de toda la comunidad.

Del mismo modo, el Grupo de Trabajo Internacional sobre Asuntos Indígenas IWGIA, señala que “Los pueblos indígenas siguen estando al margen de la sociedad: son más pobres, tienen un menor nivel de educación, mueren a una edad más temprana, hay más probabilidad que se suiciden, y en términos generales tienen una peor salud que el resto de la población”.

En México, se estima que la población indígena representa casi el 10% de la población total, seis millones de personas de cinco años y más hablan alguna lengua indígena y de ellos el 16.6% son monolingües.

La dispersión y el aislamiento geográfico es un factor que contribuye a la exclusión que viven los pueblos indígenas a la discriminación, a la insatisfacción de sus demandas y a la invisibilidad respecto a sus necesidades. Lo que se expresa en: dificultad de acceso a los servicios, mala calidad de los servicios disponibles, desconocimiento de la realidad cultural de la población indígena y falta de información.¹

Con todas estas consideraciones, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, identificó la necesidad de contar con algunos datos diagnósticos, para hacer una aproximación del entorno en que viven las comunidades indígenas en donde tiene la pretensión de instrumentar un modelo integrado para abordar la mortalidad materna y, con ello, definir y potenciar las acciones a desarrollar en un marco de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural de las mismas.

La información compilada en las 20 comunidades indígenas de los estados de: Chiapas, Hidalgo, Estado

de México, Oaxaca, Veracruz y Yucatán mostró que las localidades sujeto del proyecto son pequeñas comunidades, que en su mayoría tienen menos de 500 habitantes, la mayor proporción de la población se concentra en las edades de 10 a 19 y de 21 a 35 años.

Además, son comunidades lejanas de las capitales de estado, a las que se accede mediante transporte público que deja a pie de carretera, de ahí se trasladan a las comunidades por caminos secundarios, usando colectivos o camión de redila; en algunas, las condiciones del camino de terracería o brecha no permiten el tránsito vehicular de la carretera a la comunidad, por lo que este tramo se recorre a pie. Las corridas se realizan durante el día con horarios que oscilan entre 5:00 a 22:00 hrs.

Estas comunidades también tienen limitaciones en cuanto a la comunicación telefónica, ya que menos de la mitad tienen caseta telefónica comunitaria o señal de celular, y sólo una refiere tener comunicación por radio.

Los líderes comunitarios están representados por el delegado ejidal, que por lo general es nombrado por usos y costumbres, es decir, en asamblea comunitaria. Las lenguas indígenas habladas son: chinanteco, mam, maya, Náhuatl y otomí. Siendo los adultos mayores quienes enseñan éstas a las nuevas generaciones, las que, en su mayoría, también hablan el español.

Mediante la información obtenida acerca de las viviendas, se reflejan la pobreza de las comunidades, aunque la mayoría de éstas tiene luz y piso firme, sólo poco más de

la mitad tienen agua y sólo una de cada cinco viviendas registra disposición de excretas mediante fosa séptica o letrina.

Todas ellas tienen centros del nivel preescolar y primaria indígena, este último nivel es atendido por uno o dos profesores/as multigrado, que en su mayoría habla la lengua indígena de la localidad. Sólo una comunidad refiere tener telesecundaria. Para realizar estudios de secundaria u otros se desplazan a otras comunidades y generalmente lo hacen a pie.

En cuanto a salud, estas comunidades son atendidas cada 15 días por el personal de las Unidades Médicas Móviles. Todas están adscritas a una Unidad de salud cuyo traslado en tiempo oscila entre 15 min a una hora, usando transporte público, sólo las comunidades del estado de Oaxaca lo hacen a pie y el promedio en tiempo va de una a tres horas. En cuanto al acceso a hospitales, el promedio en tiempo va de 30 minutos a una hora, siendo nuevamente la excepción Oaxaca.

La población padece enfermedades vinculadas al rezago del desarrollo y se traslapa con los padecimientos llamados emergentes. En el primer caso, las enfermedades más frecuentemente registradas son las infecciones diarreicas, respiratorias agudas y parasitosis; en cuanto a los padecimientos emergentes, está la hipertensión sistémica, la diabetes tipo II, así como accidentes. Las causas más frecuentes por las que estas personas mueren son los infartos agudos al miocardio, la diabetes tipo II y los accidentes.

Los registros dicen, que sólo una madre y su hijo murió, antes de iniciado el proyecto, durante el desarrollo de éste no se ha registrado ninguna muerte materna ni perinatal. Asimismo señala que había en control 52 embarazadas y 4 puérperas. De las mujeres embarazadas, diez de ellas eran adolescentes. Solamente se registró una partera en activo.

Alrededor de la quinta parte de la población son adolescentes, y de ellos alrededor de uno de cada tres tienen primaria completa, uno de cada cinco secundaria completa y uno de cada cien ha realizado estudios de nivel medio superior o superior. También se registran adolescentes analfabetas en el 1.5%

Siete de cada cien adolescentes son empleados, cinco de cada cien son jornaleros y ocho de cada cien se dedican al hogar.

1 (Programa de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de México. Secretaría de Salud.2007-2012)



En cuanto al uso de métodos anti-conceptivos se registró que trece de cada cien adolescentes usa a veces algún método anticonceptivo, siendo el condón el método preferido en casi todos ellos. Y de las adolescentes con hijos que usan algún método anticonceptivo, en todos los casos el condón es el método preferido.

Ciertamente, la información obtenida, confirma lo que los estudiosos en la materia refieren acerca de los pueblos indígenas: pequeñas poblaciones pobres, alejadas, con un bajo nivel educativo, con servicios no personales de salud deficientes, o bien, inexistentes, con barreras geográfica, lingüísticas y culturales, que limitan el acceso a los servicios de salud, entre otros, incluso a que estos lleguen a nivel local; aunado a ello, la poca pertinencia cultural de los servicios de salud que se otorgan.

Los aspectos multifactoriales que presentan hacen que se consideren poblaciones de alto riesgo a la salud sexual y reproductiva, en particular la población adolescente.

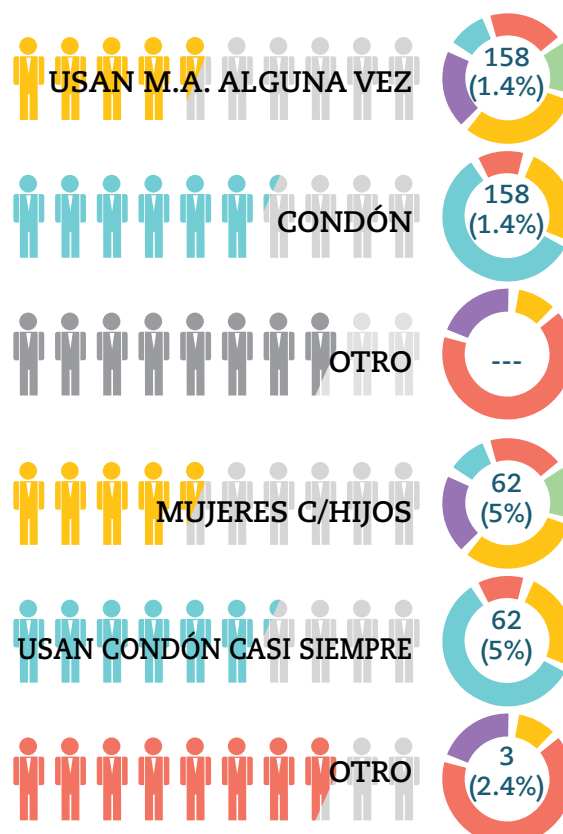
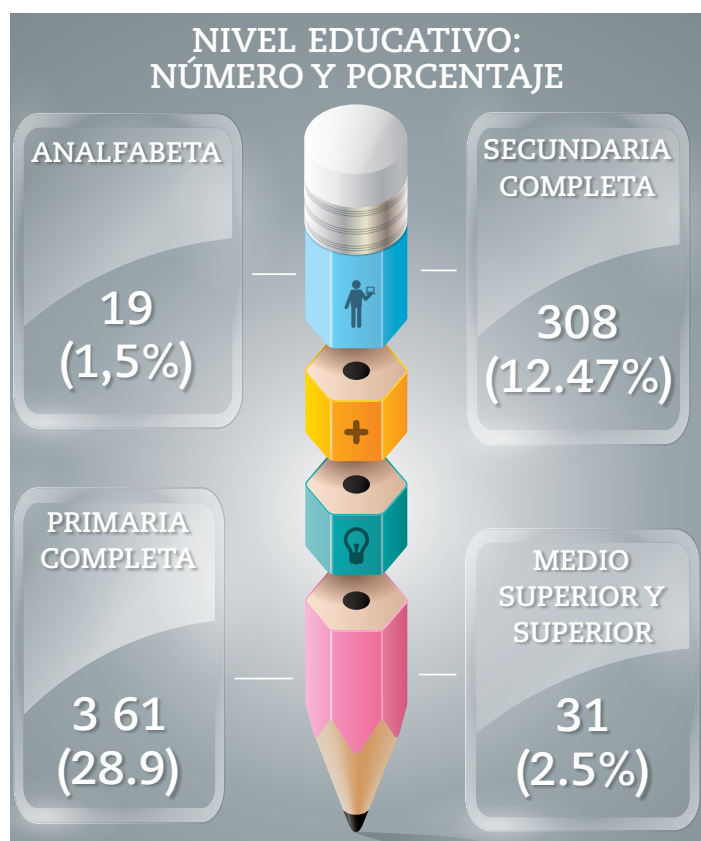
Este panorama nos llevó a entrar en contacto con aquellas áreas institucionales vinculadas con la medicina tradicional, con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, con traductores y maestros bilingües,



para desarrollar materiales con pertinencia cultural en cuanto a contenidos e imágenes, que sirvieran de apoyo didáctico en las acciones de prevención, promoción de la salud y participación social, con ello dimos inicio a la operación del proyecto.

La información compilada muestra una población con múltiples riesgos a la salud y en particular a la salud sexual y reproductiva, tomando en consideración que es una población con un nivel bajo de escolaridad, con dificultad geográfica, lingüística y cul-

tural para el acceso a los servicios de salud, aunado a las condiciones de pobreza, deficientes servicios no personales de salud, baja cobertura en los métodos de planificación familiar, se justifica una intervención culturalmente pertinente, en donde se trabaje los aspectos de promoción de la salud en cuanto a información y participación comunitaria, así como las acciones de carácter preventivo, entre éstas promover el acceso a los métodos anticonceptivos y el control y vigilancia durante el proceso reproductivo.





Autor Principal:
Manuel de Jesús Chávez-Chan¹
Coautores:
Dulce María Cruz-Lavadores²
Marbella Beatriz Perera-Rivero¹

¹ Departamento de Vigilancia Epidemiológica, Servicios de Salud de Yucatán. Mérida, Yucatán, México
² Departamento de Medicina Preventiva, Servicios de Salud de Yucatán. Mérida, Yucatán, México

Características clínicas de los casos de sida en Yucatán 2014

Palabras clave: VIH, sida, características clínicas, sistema inmunológico.

Introducción

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) representan un problema de salud pública, tanto para los grupos de población, como para el sector salud, y la sociedad en su conjunto; esta situación conlleva a múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas (SSA-CENSIDA, 2012). De acuerdo con ONUSIDA, la prevalencia en México es de 0.3%, y se clasifica con una epidemia concentrada, caracterizada por una prevalencia de VIH que se ha difundido en uno o más subgrupos de la población, pero que afortunadamente no se establece en la población en general.

Un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la infección en su fase aguda, es decir, son pacientes asintomáticos. Sin embargo, se calcula que entre el 40 y 90% de los ca-

sos con infección por VIH presentan manifestaciones clínicas. El cuadro de la infección aguda es similar al de una mononucleosis infecciosa: fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito (SSA-DGE, 2012).

Por su parte, el sida constituye la etapa crítica de la infección por VIH; en esta fase, el sistema inmunológico es incapaz de reponer los linfocitos T CD4 que pierde bajo el ataque del virus. De esta manera, el organismo queda expuesto a numerosas infecciones oportunistas. Sin embargo, incluso en esta fase crítica, las personas que viven con esta condición pueden ser controladas mediante la terapia antirretroviral, lo cual ha permitido reducir la morbilidad y mortalidad asociada al VIH (SSA-DGE, 2012).

Objetivo

Determinar las características clínicas de los casos de sida reportados en el estado de Yucatán, México durante el año 2014.

Figura 1. Características generales de la población

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	162	86%
Mujer	27	14%
Edad		
0 a 19 años	14	8%
20 a 39 años	117	62%
40 a 59 años	48	25%
60 y más años	10	5%
Estado civil		
Soltero	115	61%
Casado	35	19%
Divorciado	8	4%
Unión libre	23	12%
Viudo	8	4%
Ocupación		
Estudiante	23	12%
Actividades del hogar	13	7%
Empleado	120	63%
Desempleado	28	15%
Pensionado	5	3%
Último grado de estudios		
Analfabeta	13	7%
Primaria incompleta	25	13%
Primaria	23	12%
Secundaria	37	20%
Carrera técnica	9	5%
Bachillerato	40	21%
Profesional	42	22%

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. Se obtuvo información recogida en los estudios de caso, a través del "Formato de Notificación y Estudio Epidemiológico de VIH/SIDA", en el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 2014. El análisis de datos se realizó mediante la base Fox (sistema

local), de los Servicios de Salud de Yucatán (SSY), que contiene información de la Vigilancia Epidemiológica de los Casos ya validados por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud Federal. En cuanto los aspectos éticos, se tomó en consideración los principios de confidencialidad y reserva señalados en la Ley de Información Estadística y Geográfica, así como lo descrito en

la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud. Para la presentación de resultados se empleó estadística descriptiva.

Resultados

De acuerdo con el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica, durante el 2014 se reportaron 189 casos de sida en el estado de Yucatán, con una prevalencia de 0.2%. Del total de casos, el 86% son hombres y el 14% restante son mujeres, representando una relación de 6 hombres por cada mujer del total de casos reportados; asimismo, el grupo de edad de 20 a 39 años concentra la mayor proporción de casos, con el 62%. En relación al mecanismo de transmisión, el análisis revela que la vía sexual constituye la principal forma de adquisición del virus, representando el 99% del total de casos, el 1% restante fue por vía perinatal.

La distribución porcentual de casos en áreas geográficas queda de la siguiente manera: 79% se concentra en la Jurisdicción 1 (sede Mérida), el 16% se encuentra en la Jurisdicción 2 (sede Valladolid), y un 5% en la Jurisdicción Sanitaria 3 (sede Ticul). Los municipios con el mayor número de casos son: Mérida, Valladolid, Kanasín, Tizimín y Umán.

Las características clínicas que prevalecen en los casos reportados son: neumonía por pneumocystis jirovecii con 5%, síndrome de desgaste 80%, candidiasis (esofágica y orofaríngea) 3%, tumores (linfoma y sarcoma de Kaposi) 4%, citomegalovirus/toxoplasmosis 1%, y tuberculosis (pulmonar y extrapulmonar) 7%.

Según el tipo de institución de adscripción, se tiene que el 97% de los casos de sida cuentan con servicios de salud del sector público en Yucatán. De estos, el 22.7% son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); un 2.6% pertenecen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); el 71% son atendidos por la Secretaría de Salud, incluyendo Seguro Popular y el 0.7% corresponden al Programa IMSS-Prospera. El 3% restante, se atiende en la medicina privada.

Conclusiones

La prevalencia de VIH y sida en estado de Yucatán al corte de 2014, es inferior a la media nacional. La ma-

Figura 2. Distribución geográfica de los casos de sida

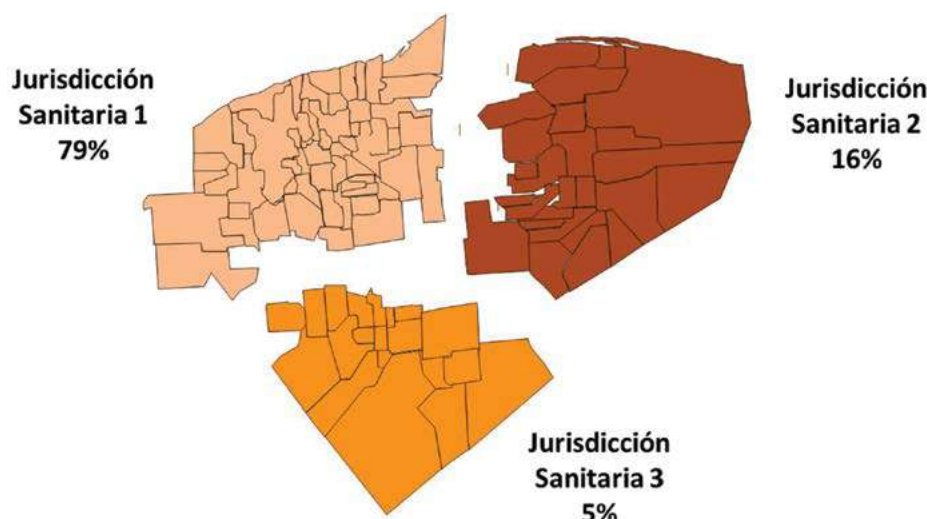


Figura 3. Características clínicas de los casos de sida

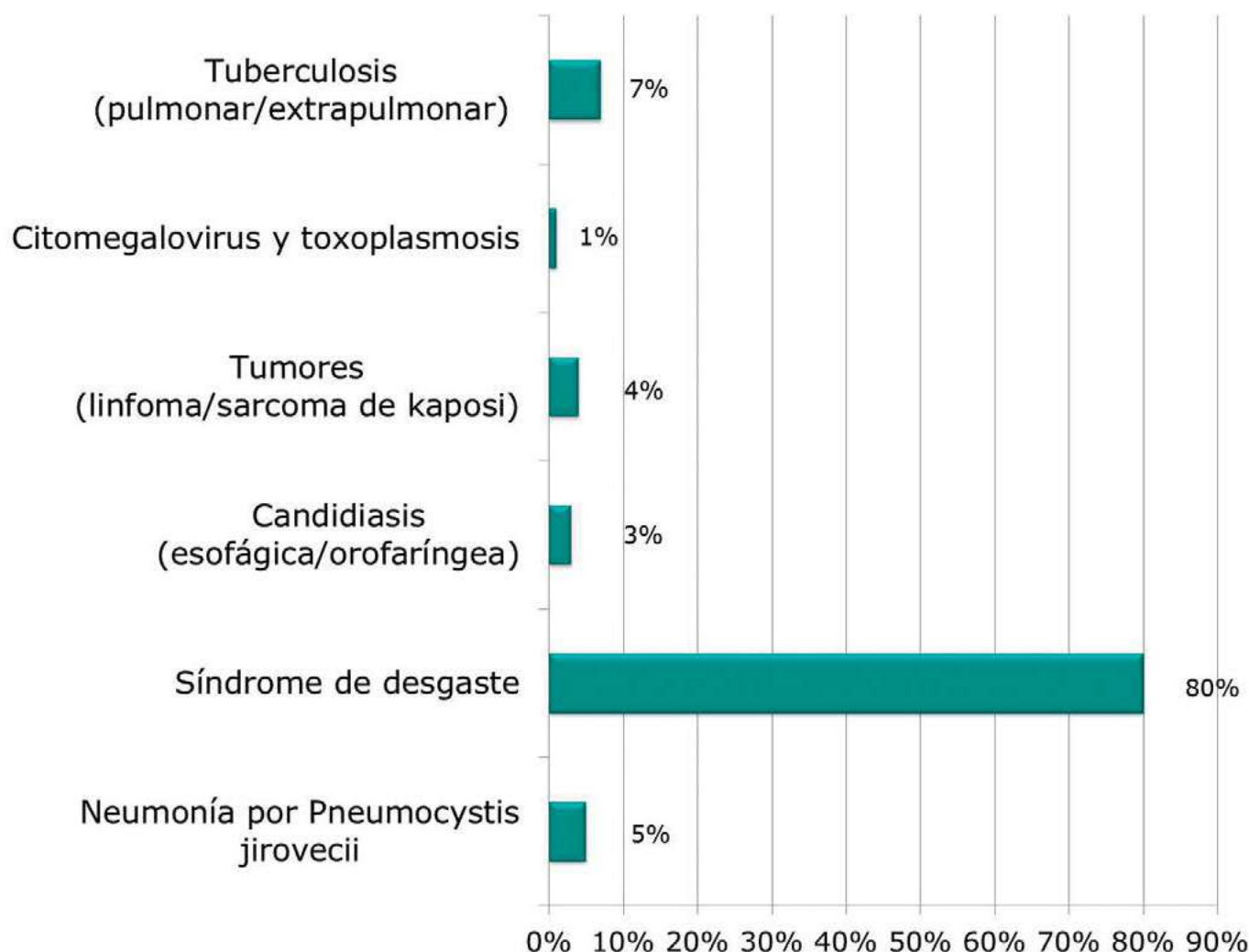
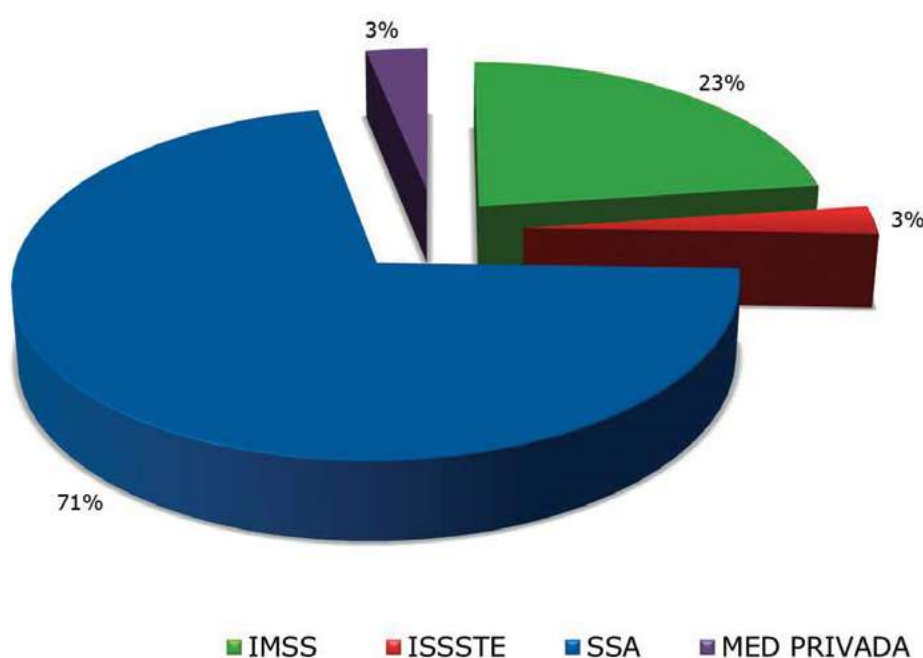


Figura 4. Proporción de casos, según institución de salud



La mayor proporción de casos se concentra en el área de influencia de la Jurisdicción Sanitaria 1. En Yucatán, el perfil epidemiológico es similar a lo reportado en el ámbito nacional, se tiene una epidemia concentrada. La principal característica clínica definitoria de “caso sida”, es por síndrome de desgaste. El panorama ya descrito, brinda la oportunidad de focalizar las acciones de promoción y prevención, principalmente en la atención temprana, y asegurar el “continuo detección-atención”, a fin de ampliar el tiempo y mejorar la calidad de vida de las personas en esta condición. Es importante destacar que un alto porcentaje de las personas que viven con el VIH cuentan con servicios médicos del sector público. Sin embargo, el abordaje del VIH y el sida, en términos de salud pública, requiere de estrategias permanentes, multisectoriales, interdisciplinarias y con estricto apego a los derechos humanos; así mismo, intervenciones libres de estigma y discriminación, con la finalidad de lograr el control de la epidemia.

Elige Prevención, Entretenimiento



VRIM TDC

- Asistencia médica telefónica **sin costo** las 24 hrs.
- Consultas a **\$300.00 precio fijo** con más de 4,700 médicos especialistas a Nivel Nacional
- Asistencia Emocional y Nutricional
*Tenemos horarios de atención.
- Consulta a domicilio desde **\$450.00** las 24 horas los 365 días del año.

- Más de **\$10,000 pesos en cupones** de cortesía y descuentos para tu salud
- **Precios Preferenciales en:**
 - Estudios de laboratorio
 - Ambulancias
 - Precios especiales en odontología
 - Precios especiales en oftalmología

Seguro de Accidentes Personales*

Suma Asegurada por muerte accidental	\$15,000.00
Gastos Funerarios por accidente	\$15,000.00
Pérdida de miembros por accidente escala "A"	\$15,000.00

Nuevo

Cobertura: 12 a 65 años. *Aplica condiciones generales de seguro colectivo de accidentes personales de INBURSA

Elige TDC

y Protección



**MEDICA
VRIM**
El futuro de tu salud

- **La tarjeta** con descuentos en entretenimiento y prevención

• **Incluye RED TDC**

Recibe los mejores descuentos en más de 5,500 establecimientos comerciales:

- Restaurantes • Tiendas departamentales • Viajes • Descuento para tus mascotas
 - Entretenimiento • Servicios varios • Spa y Belleza • Nutrición • Fitness

- **2x1 Benedettis**
- **10% KRISPY KREAM**
- **20% NETSHOES**

- **15% CARL'S JR**
- **10% EL GLOBO**

- **10% SUBURBIA**
- **15% EN STUDIO F**

- **10% Tintorerías JIFFY EXPRESS y MAX**
- **10% INNOVASPORT**
- **10% JULIO (BOUTIQUE)**

- **PROMOCIÓN NOVALASER**
- **25% HERTZ**
- **10% SERVICIOS AUTOMOTRICES**

Descuentos en clínicas de mascotas y mucho más.

Consulta detalle de las promociones
en: www.tdconsentido.com

Tarjeta individual con vigencia anual.



www.medicavrim.com

FAQ's Impacto de la SMSP en redes sociales

*15 de Octubre 2016



Sociedad Mexicana
de Salud Pública, A.C.

La sociedad para la sociedad



DESDE EL 2016 ESTAMOS
EN CONTACTO CONTIGO.



4352

Ahora en facebook
tenemos 4352
seguidores.



6849

Con 6849 seguidores
en Twitter.



36,688

36,688 visualizaciones
en nuestro canal y 247
suscriptores.

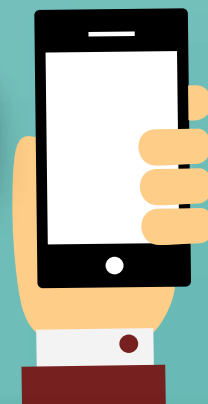


1860594

1860594 visitas en
nuestra página oficial.



Contigo desde Whatsapp
55 6099 9756



¡SIGUENOS! EN NUESTRAS
REDES SOCIALES Y WHATSAPP



www.smsp.org.mx



Diseño: Marilu López Hernández

LA SALUD EN IMAGEN



Fotografía: Roxi Juárez

La Pura Cura

SALUBRINA Y SALUBRITO



La prevención es nuestra misión

**Médicos altamente
entrenados** en atención
de emergencias

**Facilitamos el acceso
al médico especialista** y
coordinamos tu cita en el
laboratorio indicado para
estudios de especialidad



Coordinamos el **envío de ambulancias**, mientras uno de nuestros médicos asiste vía telefónica al usuario en tanto la unidad llega al destino.

Con un costo preferencial de **\$450.00 pesos**.

La tarjeta con descuentos en entretenimiento y prevención



Desde 1850, en Aspen estamos comprometidos en **mejorar la salud y promover el bienestar de las personas** en las diferentes etapas de su vida.

Actualmente nuestros productos están presentes en **más de 150 países**, y día a día trabajamos para ofrecer soluciones terapéuticas que satisfagan la amplia gama de necesidades de pacientes, socios comerciales y clientes, a través de un **diversificado portafolio de productos eficaces**, que cumplen con estándares de calidad internacional.

Nuestras áreas terapéuticas:

- Antitrombótica
- Cardiometabólica
- Enfermedades infecciosas
- Dolor e inflamación
- Oncología
- Salud femenina y masculina
- Nutrición infantil

