

REVISTA CONAMED

Órgano Oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

Volumen 26, Número 3, Julio - Septiembre, 2021

ISSN 2007-932X



Cuidados paliativos
y calidad de vida

Trabajadores de la
salud y COVID-19

Modelo Kano en un
hospital rural no COVID

Medidas de protección
en pacientes con
probable COVID-19

Empoderamiento de
la población y COVID-19

Violencia obstétrica

CURSO EN LÍNEA

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DEL CONFLICTO EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

DIRIGIDO A PROFESIONALES DE LA SALUD BUCODENTAL

PRÓXIMAS FECHAS
www.gob.mx/conamed

cursoprevencionconflicto@conamed.gob.mx

Estamos para ayudarte



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Editorial 107

- La pandemia de COVID-19 y su impacto en diversos estratos poblacionales y profesionales**
The COVID-19 pandemic and its impact on various population and professional strata
Daniela Carrasco Zúñiga, Miguel Ángel Lezana Fernández, Fernando Meneses González

Artículos originales 109

- Percepción de la calidad de vida y satisfacción del paciente en cuidados paliativos**
Perception of quality of life and patient satisfaction in palliative care
Jesús Melchor Santos-Flores, Eddy García-Zapata
- 116 Morbimortalidad en mujeres y hombres trabajadores de la salud infectados con COVID-19 en la Ciudad de México: un estudio transversal descriptivo**
Morbi-mortality in women and men health workers infected with COVID-19 in Mexico City: a descriptive cross-sectional study
Bárbara Anay Camacho-Servín, Enrique Hernández-Lemus, Mireya Martínez-García
- 126 Uso del modelo Kano en un hospital rural no COVID al noreste de México**
Use of the Kano model in a non-COVID rural hospital in northeast Mexico
Diego Javier García Luna, Víctor Manuel Torres López, Magda Gabriela Palmero Hinojosa, Annet Sharon Chávez Ramírez, Amanda Eunice Villanueva Malpica, Ana Sofía González Guerra
- 134 Creencias sobre la pandemia y las medidas de protección en pacientes que acuden al servicio de urgencias por probable COVID-19**
Beliefs about pandemic and protection measures in patients going to the emergency department for suggestive COVID-19
Francisco Hernández Pérez, Erika Itzel Vargas Palma, María del Refugio Tello Ramírez

Artículo de revisión

- 143 Medidas de mitigación que la población debe empoderarse para combatir el COVID-19**
Mitigation measures that the population must be empowered to combat COVID-19
Adela Alba Leonel, Joaquín Papaqui Hernández, Samantha Papaqui Alba

Derechos humanos y salud

- 149 La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres**
Obstetric violence in the violation of women's human rights
María Daniela Ramírez Saucedo, César Hernández Mier, Grey Yuliet Ceballos García

REVISTA CONAMED

Director General

Dr. Onofre Muñoz Hernández

Editor

Dr. Fernando Meneses González

Comité Editorial

Lic. Juan Antonio Orozco Montoya

Dra. Carina Xóchitl Gómez Fröde

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Miguel Villasis Keever

Dr. Rafael Arias Flores

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez

Instituto Nacional de Cancerología, México

Dra. Jessica Guadarrama Orozco

Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Juan Francisco Hernández Sierra

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dr. Fortino Solórzano Santos

Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández

Instituto Nacional de Salud Pública, México

Dr. Alejandro Treviño Becerra

Editor de la Revista Gaceta Médica de México (ANM)

Director Asociado

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Co-editores

QFB. Daniela Carrasco Zúñiga

Dra. Leticia de Anda Aguilar

Dr. José de Jesús Leija Martínez

Consejo Editorial

Dr. Juan Garduño Espinosa

Red Cochrane, México

Dr. Carlos Santos Burgoa

The George Washington University

and Milken Institute, USA

Dr. Gregorio Tomás Obrador Vera

Facultad de ciencias de la salud.

Universidad Panamericana, México

Dr. José Halabe Cherem

Academia Nacional de Medicina, México

Dr. Felipe Cruz Vega

Academia Mexicana de Cirugía, México

Dr. Guillermo Fajardo Ortíz

Facultad de Medicina UNAM, México

Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México

Dr. Carlos Castillo Salgado

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA

Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez

Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, México

Dr. Joaquín J. López Bárcena

Academia Nacional de Educación Médica, México

Jonas Conseth-García

Office of equity, gender and cultural diversity (EGC)

Organización Panamericana de la Salud, México

Dra. Diana Celia Carpio Ríos

Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, México



Portada: Jorge Collado

La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:

Medigraphic • Dialnet • PERIODICA • Biblat • LATINDEX • IMBIOMED • CUIDEN • BVS • EBSCO



Impresa en Papel Libre de Ácido
(Printed on Acid Free Paper)

REVISTA CONAMED, Año 26, No. 3, julio-septiembre 2021, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Lieja No. 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Tel. 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Dr. Onofre Muñoz Hernández, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-040110340300-203, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Dirección General de Difusión e Investigación CONAMED, Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, Av. Marina Nacional 60, 4º piso, Col. Tacuba, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11410. Tels. 52 (55) 5420-7043, www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 4 de octubre de 2021. Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

La pandemia de COVID-19 y su impacto en diversos estratos poblacionales y profesionales



The COVID-19 pandemic and its impact on various population and professional strata

Daniela Carrasco Zúñiga,* Miguel Ángel Lezana Fernández,* Fernando Meneses González*

La pandemia de COVID-19 sigue presente en México y en la mayoría de los países, la intensidad de la misma diferenciada tanto en su incidencia como en la tasa de mortalidad con que afecta a la población. Esta diferencia inter-países, y también intra-país, es una consecuencia de dos factores: el avance en la cobertura de vacunación y las acciones de protección personal que la población realiza en los diferentes ámbitos sociales.

La presencia de la pandemia, desde la perspectiva científica y epidemiológica, ha sido una oportunidad para que los diversos grupos de investigación indaguen el impacto que ha tenido en diversos aspectos de la vida y en sus estratos poblacionales y profesionales.

Uno de los grupos poblacionales afectados han sido los profesionales de la salud, quienes desde el inicio de la pandemia han estado presentes en la atención y contención de casos. Un ejemplo del impacto que esto ha representado lo refieren Camacho y colaboradores, quienes reportan una letalidad de 1.6% en el total de casos de COVID-19 en trabajadores de la salud de la Ciudad de México y la prevalencia de comorbilidades en ese grupo profesional.¹

La presencia de una nueva enfermedad siempre genera incertidumbre, creencias y mitos en la población, mismos que se van reduciendo conforme se proporciona la información adecuada y correcta a la población a fin de contribuir al mejor desarrollo de las políticas públicas de prevención y contención de esos nuevos problemas. Éste es el caso de la pandemia por COVID-19 que, al inicio de la misma, generó una serie de creencias y mitos, algunos de ellos los presentan Hernández y su equipo en una encuesta que realizaron a pacientes que acudieron al servicio de urgencias.²

En contraposición a los mitos y creencias para la contención de una enfermedad de nuevo cuño o una pandemia como la que está sucediendo en nuestro país, se encuentran las acciones de prevención, con sustento científico y generadoras de política pública, que permiten a la población la reducción de riesgos. En el caso de la pandemia de COVID-19, medidas tan sencillas como el uso de cubrebocas o la higiene de manos han resultado en una alta eficacia para el ejercicio de contención poblacional de la epidemia. Alba y su equipo muestran el soporte técnico de cada una de esas acciones y que aún están vigentes.³

México se encuentra inmerso en la epidemia de COVID-19, y esta enfermedad ha ocupado un lugar importante en la morbilidad nacional. Hasta el 21 de septiembre se habían registrado 3'585,566 casos y 272,580 defunciones.⁴

* Dirección General de Difusión e Investigación. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

Correspondencia: DCZ, dcarrasco@conamed.gob.mx

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Citar como: Carrasco ZD, Lezana FMÁ, Meneses GF. La pandemia de COVID-19 y su impacto en diversos estratos poblacionales y profesionales. Rev CONAMED. 2021; 26(3): 107-108. <https://dx.doi.org/10.35366/101674>

Financiamiento: No hubo financiamiento.

En este escenario nacional siguen presentes otro tipo de problemas que requieren atención por los servicios de salud, algunos de ellos afectan a poblaciones e instituciones de vulnerabilidad. En este número, por la importancia que tiene en los derechos humanos de las mujeres, se presenta un tema que requiere atención continua y es la violencia obstétrica. Este tipo de violencia, que no debería estar presente en la atención del embarazo, parto y puerperio, lo abordan Ramírez y colegas desde la perspectiva de los derechos humanos y aporta recomendaciones que son vigentes para eliminar este tipo de violencia.⁵

REFERENCIAS

1. Camacho-Servín BA, Hernández-Lemus E, Martínez-García M. Morbimortalidad en mujeres y hombres trabajadores de la salud infectados con COVID-19 en la Ciudad de México: un estudio transversal descriptivo. Rev. CONAMED. 2021; 26(3): 116-125.
2. Hernández PF, Vargas PEI, Tello RMR. Creencias sobre la pandemia y las medidas de protección en pacientes que acuden al servicio de urgencias por probable COVID-19. Rev. CONAMED. 2021; 26(3): 134-142.
3. Alba LA, Papaqui HJ, Papaqui AS. Medidas de mitigación que la población debe empoderarse para combatir el COVID-19. Rev. CONAMED. 2021; 26(3): 143-148.
4. Secretaría de Salud. Comunicado Técnico Diario: Nuevo Coronavirus en el Mundo #COVID19 | 21 de septiembre de 2021. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/669046/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.09.21.pdf Descargado el 22 septiembre 2021.
5. Ramírez SMD, Hernández MC, Ceballos GGY. La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. Rev. CONAMED. 2021; 26(3): 149-155.

Percepción de la calidad de vida y satisfacción del paciente en cuidados paliativos

Perception of quality of life and patient satisfaction in palliative care

Jesús Melchor Santos-Flores,* Eddy García-Zapata†



RESUMEN

Introducción: La atención al paciente en fase terminal es un importante problema de salud que se encuentra en aumento por el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y el envejecimiento, de edad avanzada, con dependencia, comorbilidad y fragilidad, con necesidades de atención y como más importante la atención en cuidados paliativos. En la actualidad, se ha propuesto como evaluación del cuidado la satisfacción y la calidad de vida. **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de calidad de vida y la satisfacción del paciente en el cuidado paliativo. Material y métodos: El presente estudio es descriptivo-correlacional. La muestra de interés estuvo conformada por 60 pacientes paliativos, el muestreo fue no probabilístico tipo censal, seleccionando a toda la población de pacientes paliativos. **Resultados:** La media de edad fue 70.3 años, el sexo femenino predominó con 51.7%, 33.3% presentó cáncer. La mayoría reportó dolor moderado (35%). Se encontró una media de 62.8 (DE = 24.98) de calidad de vida. En satisfacción en cuidados paliativos con M = 6.1 (DE = 0.97). Se correlacionó positiva y significativamente la calidad de vida y satisfacción en cuidados paliativos ($rs = 0.31, p = 0.01$). **Conclusión:** La calidad de vida y la satisfacción del paciente en cuidados paliativos son fundamentales en el contexto de la evaluación de los resultados. Se encontró una moderada relación entre la calidad de vida y la satisfacción del paciente, así como puntuaciones altas en síntomas: constipación, náuseas y disnea.

Palabras clave: Cuidados paliativos, satisfacción del paciente, calidad de vida, psicología.

ABSTRACT

Introduction: Attention to patients in the terminal phase is an important health problem that is on the rise, due to the increase in the prevalence of chronic diseases and aging, of advanced age, with dependence, comorbidity and frailty, with care needs and as more important the attention in palliative care. At present, satisfaction and quality of life have been proposed as an assessment of care. **Objective:** To determine the relationship between the level of quality of life and patient satisfaction in palliative care. **Material and methods:** The present study is descriptive-correlational. The sample of interest consisted of 60 palliative patients; the sampling was non-probabilistic, census type, selecting the entire population of palliative patients. **Results:** The mean age was 70.3 years; the female sex predominated with 51.7%, 33.3% presented Cancer. Most reported moderate pain (35%). A mean of 62.8 (SD = 24.980) of Quality of Life was found. In Palliative Care Satisfaction of 6.1 (SD = 0.971). Quality of Life and Satisfaction in palliative care were positively and significantly correlated ($rs = 0.314, p = 0.015$). **Conclusion:** The quality of life and patient satisfaction in palliative care are fundamental in the context of the evaluation of the results. A moderate relationship was found between quality of life and patient satisfaction, as well as high scores in symptoms: constipation, nausea and dysfunction.

Keywords: Palliative care, patient satisfaction, quality of life, psychology.

* Secretaría de Salud.
Hospital General Sabinas Hidalgo «Virginia Ayala de Garza». Maestría en Ciencias de Enfermería.
† Secretaría de Salud.
Jurisdicción Sanitaria No. 5. Maestría en Administración y Gestión de los Servicios de Salud.

Correspondencia: JMSF, santos_meme_10@hotmail.com

Conflictos de intereses: Ninguno.

Citar como: Santos-Flores JM, García-Zapata E. Percepción de la calidad de vida y satisfacción del paciente en cuidados paliativos. Rev CONAMED. 2021; 26(3):109-115. <https://dx.doi.org/10.35366/101675>

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 28/06/2021

Aceptado: 13/09/2021

INTRODUCCIÓN

La atención al paciente en fase terminal es un importante problema de salud que se encuentra en aumento, una de las causas es el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas (EC) y el envejecimiento.^{1,2} Los pacientes con EC son complejos, generalmente de edad avanzada, con gran dependencia, comorbilidad y fragilidad, con necesidades de atención diferentes y una de las más importantes es la atención en cuidados paliativos (CP).¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ alrededor de 40 millones de personas necesitan CP; sin embargo, a nivel mundial, sólo 14% de los que necesitan CP lo reciben. La necesidad de los CP seguirá en aumento como consecuencia de la creciente carga de las EC y del proceso de envejecimiento de la población.³ Existen distintas enfermedades que requieren CP, la mayoría clasificadas como EC: enfermedades cardiovasculares (38.5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10.3%), SIDA (5.7%) y diabetes (4.6%).

Según la OMS⁴ es una parte esencial en la lucha contra las enfermedades terminales y pueden otorgarse de forma sencilla y económica, hacen referencia a la mejora de la calidad de vida (CV) de los pacientes y las familias. Los objetivos de los CP son el control de síntomas como el dolor, la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales, dirigidos al alivio del sufrimiento de la persona enferma incluyendo a su familia.⁵ Por lo tanto, la esencia del CP es el alivio del sufrimiento de la persona enferma incluyendo a su familia.⁶

En la actualidad, se ha propuesto como evaluación del cuidado otorgado por parte del personal de salud la evaluación de la satisfacción del paciente en el cuidado paliativo (SPCP), siendo un concepto próximo a la CV.^{7,9}

Al ser un concepto multidimensional, la CV incluye el componente físico, caracterizado por la ausencia de dolor, dificultad respiratoria, síntomas digestivos y otros causantes de molestias; también incluye un componente psicológico, determinado por la ausencia de emociones negativas, ansiedad y depresión, y un proceso de adaptación adecuado a la enfermedad; asimismo, un componente social, posibilidad de interacción con otros individuos sin

alteración en la comunicación y un componente espiritual en el que se percibe una autoestima válida en relación con el conocimiento y la percepción del control de la propia vida.¹⁰

Cada componente de la CV del paciente en CP supone el resultado del personal de salud de los servicios de atención, desempeñando un papel fundamental en la mejora de la CV en los CP, es por ello que su evaluación constituye uno de los objetivos primordiales para ofrecer una atención de calidad.^{10,11} La CV percibida por un paciente que requiere de CP está fuertemente modulado por procesos vinculados a la evaluación que el individuo realiza tanto de sus condiciones objetivas de vida como del grado de satisfacción,¹² otros autores sostienen que la CV se mide en términos de utilidad o satisfacción de necesidades.¹³

De este modo, otro concepto que ha tomado interés ha sido la satisfacción del paciente, siendo un concepto que se ha sido utilizado para valorar la calidad de la atención. En la actualidad, es uno de los métodos más aceptados, su objetivo es identificar los aspectos del cuidado paliativo que son susceptibles de mejora.⁸ Durante la fase final de la vida, la SPCP puede ser una de las mejores opciones cuando se trata de evaluar indicadores de calidad;⁸ según algunos autores se ha relacionado con la CV,^{9,10} otros autores no han encontrado relación significativa.^{7,14} Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue analizar la correlación entre la percepción de la calidad de vida y la satisfacción del paciente en el cuidado paliativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

El presente estudio es cuantitativo de tipo descriptivo transversal.

Población y muestra

La población de interés estuvo conformada por 60 pacientes paliativos ubicados en municipios al norte del estado de Nuevo León. El muestreo fue no probabilístico tipo censal, seleccionando a toda la población de pacientes paliativos a cargo de la Jurisdicción No. 5 ubicada en Sabinas Hidalgo, Nuevo León.

Instrumentos de medición

Para el presente estudio se aplicaron la cédula de datos sociodemográficos y clínicos, y tres instrumentos para medir las variables principales del estudio: la *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) en su versión Quality of Life core Questionnaire-core Palliative de 15 ítems (QLQC15-PAL), la versión *In-Patient Satisfaction with Care Questionnaire* de 32 ítems (IN-PATSAT32) y la encuesta Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios en Cuidados Paliativos (ESUCP).

Para el registro de las variables sociodemográficas y clínicas se empleó la Cédula de Datos Socio-demográficos y Clínicos (CDSyC). Para medir la CV en los CP se utilizó la escala EORTC QLQ-C15PAL de Groenvold y su equipo,¹⁵ en su versión al español validada por Arraras y colaboradores,¹⁶ cuenta con 15 ítems e incluye subescalas funcionales (física y emocional), de calidad de vida global y sintomática, esta última para evaluación de síntomas como fatiga, náuseas/vómitos, dolor, insomnio, disnea, pérdida de apetito y estreñimiento. Las preguntas se miden a través de la escala tipo Likert según si la situación se presenta en absoluto = 1; un poco = 2; bastante = 3; o mucho = 4.

La escala de síntomas se mide en rangos de 0 a 100, siendo 0 = muy buen control y 100 = pésimo control. Las subescalas funcionales pueden ser medidas a través de la sumatoria de algunas preguntas: las preguntas 1, 2 y 3 evalúan la capacidad funcional física; las preguntas 13 y 14, la capacidad funcional emocional en rangos de 0 a 100, siendo 0 = muy mal funcionamiento y 100 = buen funcionamiento. La pregunta 15 determina la autopercepción de la CV del paciente y tiene siete niveles, siendo 1 = pésima y 7 = excelente. De acuerdo con la literatura, los valores de Alfa de Cronbach oscilan entre 0.70 a 0.90,^{7,17} los cuales se consideran aceptables y buenos.

Para evaluar la SPCP se utilizó la escala EORTC IN-PATSAT32 de Bredart y sus colegas,¹⁸ en su versión al español validada por Arraras y su equipo,¹⁶ cuenta con 32 ítems y evalúa los aspectos multidimensionales de la satisfacción de la atención. Los ítems son agrupados en 14 subescalas: calidad de los servicios médicos (habilidades técnicas, habilidades interpersonales, provisión de la información y disponibilidad), de los cuidados de enfermería

(habilidades técnicas, habilidades interpersonales, provisión de la información y disponibilidad), calidad administrativa (información, amabilidad, tiempo de espera, acceso, confort y limpieza) y el último ítem sobre satisfacción en general. Cada uno de los ítems se puntuá en una escala tipo Likert de cinco puntos: 1 = mal, 2 = regular, 3 = bien, 4 = muy bien y 5 = excelente. Todas las puntuaciones se transforman a una escala de 0 a 100 puntos, en la que las puntuaciones más elevadas indican niveles mayores de satisfacción. De acuerdo con la literatura, los valores de Alfa de Cronbach oscilan entre 0.77 a 0.97,^{16,18} los cuales se consideran aceptables y buenos.

Además, se utilizó el Área Psicológica-Apoyo Emocional de la Encuesta de ESUCP, recopila información fundamental sobre la atención en los CP, atención integral, necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Está compuesta por 23 ítems, agrupados en cinco áreas: física (preguntas 1, 2 y 5), psicológica (6A, 6B, 7A, 7B y 13), espiritual (8A, 8B, 8C, 9A, 9B), social (14, 15, 16 y 17) y comunicación (10, 11 y 12), el ítem 18 no se agrupa.² Sin embargo, se utilizaron sólo los ítems del área psicológica correspondientes a las preguntas 7A (apoyo emocional paciente evolución), 7B (apoyo emocional paciente últimos momentos), 13 (momento facilitada ayuda emocional); éstos presentan una escala tipo Likert: siempre = 4, a menudo = 3, pocas veces = 2, nunca = 1; cuenta con una valoración global de uno a cuatro, donde 1 y 2 = apoyo emocional no satisfecho, 4 y 5 = apoyo emocional satisfecho. La encuesta ESUCP cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.95, en cuanto al área psicológica presenta un Alfa de Cronbach de 0.91.²

Análisis de datos

Los datos se capturaron y analizaron mediante el uso del paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 22 para Windows 10. Se realizó análisis descriptivo a través de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y variabilidad. Se utilizó estadística no paramétrica, χ^2 de Pearson para variables categóricas, la prueba U de Mann-Whitney aplicada a dos muestras independientes, así como la prueba H de Kruskal-Wallis aplicada a tres muestras independientes y el coeficiente de correlación de

Spearman. Se utilizó un nivel de significancia del 95% como valor de referencia $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su última reforma publicada DOF 02-04-2014.¹⁹

RESULTADOS

La media de edad reportada fue de 70.3 años ($DE = 17.712$, *rango intercuartílico* = 61-81), con una media de años de estudio de 7.7 ($DE = 4.153$, *rango intercuartílico* = 6-9); la media de años con la enfermedad fue de 2.65 ($DE = 4.743$, *rango intercuartílico* = 1-3). En la *Tabla 1* se presentan las frecuencias y porcentajes en las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio. El sexo femenino predominó con 51.7%, el estado civil más prevalente fue casado (38.3%). En cuanto a las características clínicas, 33.3% presentó como diagnóstico médico cáncer (mama, próstata, óseo, cervicouterino, renal, páncreas y estómago), en 10% evento cerebrovascular, en 8.3% insuficiencia cardiaca congestiva y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. De acuerdo con el nivel del dolor la mayoría reportó un dolor moderado de cuatro a seis puntos (35%).

De acuerdo con la calidad de vida de la muestra de estudio (síntomas: 0 = muy buen control y 100 = pésimo control), el síntoma menos controlado fue la constipación con una media de 58.7 ($DE = 33.135$, *rango intercuartílico* = 50-75), el síntoma mejor controlado fue la función física ($M = 32.6$, $DE = 29.284$, *rango intercuartílico* = 25-75) y la fatiga ($M = 38.9$, $DE = 31.897$, *rango intercuartílico* = 0-59.3); sin embargo, todos los síntomas en general estuvieron regularmente controlados. De acuerdo con la calidad de vida global se encontró una media de 62.8 ($DE = 24.980$, *rango intercuartílico* = 42.8-85.7), equivalente a 4.4 (1 = pésima y 7 = excelente), representando una media entre mala y regular (*Tabla 2*).

La muestra obtuvo una media de satisfacción de 6.1 ($DE = 0.971$) (1 = pésima y 7 = excelente). Tuvo una satisfacción media de 83 ($DE = 12.163$, *rango intercuartílico* = 81.6-90.6) con los servicios

Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de la muestra. N = 60.

	n (%)
Sexo	
Masculino	29 (48.3)
Femenino	31 (51.7)
Estado civil de la muestra	
Viudo	17 (28.3)
Soltero	14 (23.3)
Casado	23 (38.3)
Divorciado	3 (5.0)
Unión libre	3 (5.0)
Religión	
Católica	46 (76.7)
Cristiana	8 (13.3)
Testigo de Jehová	4 (6.7)
Evangélica	1 (1.7)
Ateo	1 (1.7)
Persona principal de apoyo	
Hijos	32 (53.4)
Cuidador	13 (21.7)
Espouses	8 (13.3)
Padres	2 (3.4)
Nietos	1 (1.7)
Sobrinos	1 (1.7)
Hermanos	3 (5.0)
Características clínicas	
Diagnóstico médico	
Cáncer	20 (33.3)
Evento cerebrovascular	6 (10.0)
Insuficiencia cardiaca congestiva	5 (8.3)
EPOC	5 (8.3)
Demencia	3 (5.0)
Oclusión intestinal	3 (5.0)
Sepsis	2 (3.3)
Traumatismo craneoencefálico	2 (3.3)
Tumor	2 (3.3)
Otros (gastrostomía, encefalopatía, neurofibromatosis, insuficiencia pulmonar, atrofia muscular, urosepsis, parálisis cerebral, isquemia cerebral, angina de pecho inestable, depresión, carcinoma, fibrosis quística)	12 (20.4)
Nivel de dolor	
Sin dolor (0)	4 (6.7)
Dolor leve (2)	4 (6.7)
Dolor moderado (4-6)	21 (35.0)
Dolor intenso (8)	18 (30.0)
Máximo dolor inimaginable (10)	12 (20.0)

médicos, una media de 84.2 (DE = 12.852, rango intercuartílico = 79.1-94.7) con los servicios de enfermería y una media de 82.5 (DE = 15.232, rango intercuartílico = 72.8-96.1) con la organización que brinda los servicios (*Tabla 3*).

Tabla 2: Estadística descriptiva de la calidad de vida en la muestra de estudio. N = 60.

QLQ-C15-PAL	RIC
Disnea	49.1 ± 37.666
Dolor	42.0 ± 30.004
Insomnio	44.1 ± 34.862
Fatiga	38.9 ± 31.897
Apetito	47.0 ± 37.135
Náusea	52.9 ± 41.704
Constipación	58.7 ± 33.135
Función física	32.6 ± 29.284
Función emocional	48.5 ± 34.757

RIC = rango intercuartílico.

De acuerdo con la satisfacción del paciente en cuidados paliativos se encontró una media global de 88.3 (DE = 12.748, rango intercuartílico = 85.7-100), equivalente a 6.1 (1 = pésima y 7 = excelente), representando una media entre buena y muy buena satisfacción.

Se reportaron altos porcentajes en cuanto a la frecuencia de apoyo emocional al paciente en cuidados paliativos durante la evolución de su enfermedad «a menudo» con 40% y «siempre» con 38.3%, y durante los últimos momentos «a menudo» con 31.7% y «siempre» con 41.7% (*Tabla 4*).

No se reportaron diferencias significativas entre la CV y las variables sociodemográficas y clínicas como lo son el sexo, edad, escolaridad y nivel de dolor ($p > 0.05$).

No se identificaron diferencias significativas entre la SPCP y las variables sociodemográficas y clínicas como el sexo, escolaridad y nivel de dolor ($p > 0.05$); sin embargo, se encontraron diferencias significativas entre la SPCP y la edad, la media más alta se presentó en pacientes de entre 80 y 101 años de edad ($M = 94.9$), en pacientes más jóvenes se

Tabla 3: Estadística descriptiva de la satisfacción del paciente en cuidados paliativos en la muestra de estudio. N = 60.

IN-PATSAT32	RIC
Servicios médicos	
Habilidades técnicas (1, 2, 3)	83.4 ± 11.804
Habilidades interpersonales (4, 5, 6)	84.6 ± 13.739
Provisión de la información (7, 8, 9)	84.3 ± 13.266
Disponibilidad (10, 11)	77.3 ± 17.356
Promedio	83.0 ± 12.163
Satisfacción con los cuidados de enfermería	
Habilidades técnicas (12, 13, 14)	85.1 ± 14.490
Habilidades interpersonales (15, 16, 17)	88.0 ± 12.625
Provisión de la información (18, 19, 20)	81.7 ± 14.148
Disponibilidad (21, 22)	82.0 ± 15.600
Promedio	84.2 ± 12.852
Satisfacción con la organización de los servicios	
Información (23, 25, 26)	83.1 ± 13.583
Amabilidad (24)	85.3 ± 18.362
Tiempo de espera (27, 28)	80.8 ± 17.687
Acceso (29, 30)	81.1 ± 17.572
Confort y limpieza (31)	82.0 ± 19.726
Promedio	82.5 ± 15.232

RIC = rango intercuartílico.

presentaron medias más bajas de SPCP ($M = 84.7$) ($H = 7.667$, $p = 0.022$).

Se realizó la prueba de coeficiente de correlación de Spearman. Las variables CV y SPCP se correlacionaron de manera positiva y significativa ($rs = 0.314$, $p = 0.015$), lo que indica que a mayor CV mayor es la SPCP.

Entre la edad y el nivel del dolor se encontró correlación negativa y significativa ($rs = -0.366$, $p = 0.004$), lo que indica que a mayor edad menor dolor. Con respecto a la edad y a la SPCP se encontró relación positiva ($rs = 0.288$, $p = 0.026$), lo que indica que a mayor edad mayor satisfacción.

DISCUSIÓN

La muestra total la constituyeron 60 pacientes en cuidados paliativos de un hospital de segundo nivel, valor que puede ser considerado aceptable teniendo en cuenta otros estudios consultados y las dificultades clínicas de esta población con respecto a la gravedad de los síntomas, la vulnerabilidad emocional y la frecuente fluctuación del estado de conciencia de origen orgánico.⁹

La edad promedio fue de 70.3 años, fue similar a la reportada por Hernández y su equipo⁷ y Velilla y Jaramillo⁹ de 64 a 67 años, respectivamente. Con respecto al estado civil y la escolaridad más frecuentemente alcanzada, los hallazgos fueron similares a los encontrados por Gómez y sus colegas²⁰ y Velilla y Jaramillo.⁹ Fueron más frecuentes los pacientes casados y con estudios de grado secundario. No se encontró ningún estudio similar que midiera la religión, la procedencia ni el estrato socioeconómico. Sin embargo, algunos estudios consideran la religiosidad, el bienestar espiritual y la esperanza como determinantes importantes en la calidad de vida de los pacientes.⁹

Se encontró que la mayoría de los pacientes reportaron una calificación de la intensidad del dolor como moderado, otros autores encontraron en sus pacientes una intensidad del dolor leve; no obstante, los pacientes de otros estudios fueron incluidos desde el Servicio de Urgencias del Centro Hospitalario y muchos ya habían iniciado manejo analgésico, bien sea por el médico de urgencias o por cuidados paliativos.⁹ La calidad de vida global encontrada en nuestro estudio fue similar a la

Tabla 4: Estadística descriptiva de la satisfacción del paciente en cuidados paliativos-apoyo emocional en la muestra de estudio.

ESUCP	Apoyo emocional	
	Durante la evolución, (N = 60), n (%)	Durante los últimos momentos (N = 59), n (%)
Nunca	6 (10.0)	6 (10.0)
Pocas veces	7 (11.7)	9 (15.0)
A menudo	24 (40.0)	19 (31.7)
Siempre	23 (38.3)	25 (41.7)

reportada por Hernández y colaboradores⁷ (51.7) y por Velilla y Jaramillo⁹ (49) a través del uso de la escala QLQ-C15-PAL.

En cuanto a la satisfacción del paciente, en el presente estudio se presentaron resultados altos de las subescalas > 80, similar a lo encontrado por Geidy.²¹ La puntuación más alta de las subescalas de satisfacción podría ser explicada no sólo por diferencias culturales en la población latinoamericana versus europea, sino también por el resultado del compromiso con el bienestar de los pacientes y la humanización de la atención. Se encontró una tendencia a la mejora en la calidad de vida con mayores puntajes para la satisfacción con los servicios de enfermería y la satisfacción general, similar a lo reportado por otros autores.⁹

CONCLUSIÓN

La calidad de vida y la satisfacción del paciente en cuidados paliativos son fundamentales en el contexto de la evaluación de los resultados. Se encontró una relación positiva de mediana intensidad entre la calidad de vida y la satisfacción del paciente, así como en puntuaciones altas en las subescalas de síntomas como constipación, náuseas y disnea. En cuanto a la satisfacción, se encuentran satisfechos con los cuidados de enfermería, el servicio médico y la organización de los servicios en general.

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. en Enfermería Francisca Julieta Valdez Ramírez, al Lic. Martín Zavala Moreno, Lic. en Enfermería Hermila Ruiz Martell, Lic. en Enfermería María Guadalupe Pérez Rodríguez y a la Lic. en Trabajo Social Sanjuana Martínez Cantú, por su compromiso y dedicación en la participación para la elaboración de esta investigación y por cada una de sus valiosas aportaciones para el mejoramiento de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Ferrer PA, Lorenzo CD, González JMC, Verde IG, Baltanás EM, Aedo MV et al. Características de los pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en un programa de cuidados paliativos domiciliario. Medicina Paliativa. 2017; 24 (4): 179-187.
2. San-Sebastián MK. Impacto de la atención paliativa en el grado de satisfacción percibida por los familiares del paciente en situación de final de vida en el área de Bizkaia [tesis inédita de doctorado]. Universidad del País Vasco. España. 2016.
3. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos [internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. Organización Mundial de la Salud. Cáncer/Cuidados Paliativos [internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
5. Consejo de Salubridad General. Guía del manejo integral de cuidados paliativos [internet]. CSG. México. 2018. Disponible en: http://www.geriatría.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf
6. Marrero MMDS. La evaluación de la calidad de vida en pacientes y familiares como indicadores de impacto de un programa de cuidados paliativos [tesis inédita de doctorado]. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. España. 2005.
7. Hernández-Bello E, Bueno-Lozano M, Salas-Ferrer P, Sanz-Armunia M. Percepción de la calidad de vida y satisfacción con la asistencia sanitaria recibida en un grupo de pacientes oncológicos terminales que reciben cuidados paliativos en un hospital de Zaragoza, España. Revista Colombiana de Cancerología. 2016; 20 (3): 110-115.
8. Traveso TG, Talavera AF, Sánchez AMB, Figueiro LSB, Castrillón JLP. Grado de satisfacción e importancia de los cuidados durante la fase final de la vida. Medicina Paliativa. 2016; 23 (4): 79-182.
9. Velilla EDC, Jaramillo CMP. Calidad de vida y satisfacción en cuidados paliativos del HUM durante marzo y abril de 2018 [Tesis Inédita de Maestría]. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. 2018.
10. Puente CP, Furlong LV, Romero FM, Rodríguez RM. Comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes de cuidados paliativos. Psicología y Salud. 2005; 15 (2): 195-206.
11. Turriziani A, Attanasio G, Scarella F, Sangalli L, Scopa A, Genualdo A et al. The importance of measuring customer satisfaction in palliative care. Future Oncology. 2016; 12 (6): 807-813.
12. Urzúa A, Caqueo-Urízar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica. 2012; 30 (1): 61-71.
13. Guevara H, Domínguez A, Ortunio M, Padrón D, Cardozo R. Percepción de la calidad de vida desde los principios de la complejidad. Revista Cubana de Salud Pública. 2010; 36: 357-360.
14. Ullrich A, Ascherfeld L, Marx G, Bokemeyer C, Bergelt C, Oechsle K. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. BMC Palliative Care. 2017; 16 (1). doi: 10.1186/s12904-017-0206-z.
15. Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. European Journal of Cancer. 2006; 42(1):55-64.
16. Arraras JI, de la Vega FA, Asin G, Rico M, Zarandona U, Eito C et al. The EORTC QLQ-C15-PAL questionnaire: validation study for Spanish bone metastases patients. Quality of Life Research. 2014; 23(3):849-855.
17. Alawneh A, Yasin H, Khirfan G, Qayas BA, Ammar K, Rimawi D, Klepstad P. Psychometric properties of the Arabic version of EORTC QLQ-C15-PAL among cancer patients in Jordan. Supportive Care in Cancer. 2016; 24(6):2455-2462.
18. Bredart A, Bottomley A, Blazeby JM, Conroy T, Coens C, D'haese S et al. An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). European Journal of Cancer. 2005; 41 (14): 2120-2131.
19. Secretaría de Salud. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. SEGOB. 2014. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014
20. Gómez MMN, Caycedo C, Aguillón M, Álvarez RAS. Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. Pensamiento psicológico. 2008; 4(10):177-195.
21. Geidy LM. Satisfacción de pacientes con cáncer de pulmón avanzado incluidos en ensayos clínicos en villa clara, cuba. Año 2014. In convención salud 2015. 2015.



Morbimortalidad en mujeres y hombres trabajadores de la salud infectados con COVID-19 en la Ciudad de México: un estudio transversal descriptivo

* Programa de Licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

† Doctor en Ciencias, División de Genómica Computacional, Subdirección de Genómica Poblacional, Instituto Nacional de Medicina Genómica, Ciudad de México.

§ Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Departamento de Investigación Sociomédica, Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez», Ciudad de México.

Correspondencia:
MMG, mireya.martinez@cardiologia.org.mx

Conflictos de intereses:
Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflicto de intereses de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo.

Citar como: Camacho-Servín BA, Hernández-Lemus E, Martínez-García M. Morbimortalidad en mujeres y hombres trabajadores de la salud infectados con COVID-19 en la Ciudad de México: un estudio transversal descriptivo. Rev CONAMED. 2021; 26(3): 116-125. <https://dx.doi.org/10.35366/101676>

Morbi-mortality in women and men health workers infected with COVID-19 in Mexico City: a descriptive cross-sectional study

Bárbara Anay Camacho-Servín,* Enrique Hernández-Lemus,† Mireya Martínez-García§

RESUMEN

Este estudio describe cómo se presentaron algunas características clínicas y factores de riesgo en mujeres y hombres, trabajadores sanitarios, con diagnóstico confirmado de SARS-CoV-2 en la Ciudad de México (CDMX), entre el 1.^º de enero 2020 y el tres de marzo 2021. El diseño del estudio fue transversal y descriptivo. Los datos se obtuvieron de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México. La muestra se dividió en féminas y varones. Los resultados de variables continuas se informaron utilizando mediana y rangos intercuartiles. Las variables categóricas se reportaron en forma de frecuencias y porcentajes. Los saldos mostraron que, en poco más de un año, los casos de empleados de la salud con dictamen verificado de SARS-CoV-2 en CDMX fueron 17,203: 10,751 féminas y 6,452 varones. En el mismo periodo, se reportaron 284 muertes, 86 mujeres y 198 hombres. Los síntomas más comúnmente reportados en ellas y ellos respectivamente, fueron: cefalea (77 y 72.9%), tos (69.2 y 69.7%), y fiebre (47.7 y 58.4%). Las comorbilidades que se presentaron con mayor proporción en féminas y varones respectivamente, fueron: obesidad (15.2 y 14.2%), hipertensión (9.2 y 11.5%), y diabetes (6.3 y 6.9%). Por otra parte, el tabaquismo fue un factor de peligro con menor medida en ellas que en ellos (71 y 11.3%). Lo anterior cobra especial relevancia puesto que la pandemia de COVID-19 ha causado morbilidad y mortandad muy elevadas en el mundo y el caso de los trabajadores hospitalarios no ha sido la excepción. Por tanto, no sólo se debe actuar ante tal enfermedad para cuidar a la sociedad en conjunto, es crucial asegurarse al grado debido de que el personal de salubridad, de ambos sexos, esté en condiciones óptimas para enfrentar los retos a la salud pública presentes y futuros.

Palabras clave: Trabajadores de la salud, pandemia de COVID-19, comorbilidades, factores de riesgo, mortalidad.

ABSTRACT

This study describes some clinical characteristics and risk factors of women and men, health workers in Mexico City (CDMX), with a confirmed diagnosis of SARS-CoV-2, between January 1, 2020 and March 3, 2021. The study design was descriptive and cross-sectional. The data were obtained from the General Directorate of Epidemiology of the Ministry of Health of Mexico. The sample was divided between women and men. Results for continuous variables were reported using median and interquartile ranges. Categorical variables were reported as frequencies and percentages. The results showed that, in just over a year in CDMX, the cases of health workers with confirmed diagnosis of SARS-CoV-2 were 17,203: 10,751 women and 6,452 men. Among them, 284 cases of mortality were reported, 86 female and 198 male. The symptoms most commonly reported in women and men respectively, were headache (77 and 72.9%), cough (69.2 and 69.7%), and fever (47.7 and 58.4%). The comorbidities that occurred in highest proportion in women and men respectively were obesity (15.2 and 14.2%), hypertension

Financiamiento: Recursos propios del Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez».

Recibido: 22/05/2020
Aceptado: 27/07/2021

(9.2 and 11.5%), and diabetes (6.3 and 6.9%). On the other hand, smoking was a risk factor with a lower proportion in females than in men (7.1 vs 11.3%). This takes special relevance as the COVID-19 pandemic has caused very high morbidity and mortality in the world and the case of health workers has been no exception. Therefore, one must not only act against this disease to take care of society at large, it is also crucial to ensure that health personnel of both sexes are in optimal conditions to face present and future challenges to public health.

Keywords: Healthcare workers, COVID-19 pandemic, comorbidities, risk factors, mortality.

INTRODUCCIÓN

SARS-CoV-2, el coronavirus que causa la enfermedad COVID-19, se ha extendido rápidamente por todo el mundo desde que se reconoció por primera vez a fines de 2019.¹ Se trata de un trastorno emergente, complejo, altamente contagioso y de alta mortalidad, particularmente mientras no haya tratamiento dirigido. Durante los más de doce meses desde su brote, el nuevo germen ha causado la muerte de más de 2,680,000 personas e infectado a más de 121 millones de personas en el globo.

A principios de marzo de 2020, las autoridades sanitarias de China informaron que más de 3,000 empleados sanitarios estaban infectados con coronavirus, entre éstos estaban los médicos que inicialmente advirtieron sobre la enfermedad, cuando surgió por primera vez en la ciudad de Wuhan.² A medida que ésta se desplazó fuera de China, se comenzaron a difundir noticias que anunciaban la muerte de trabajadores de la salud (TS) en diversas regiones del globo.³⁻⁵

El 8 de mayo de 2020, se reportó que alrededor del planeta 152,888 TS habían sido infectados con SARS-CoV-2 y 1,413 ya habían muerto.⁵ Así mismo, se dieron a conocer varios mecanismos por los cuales se extendieron los contagios y se elevó la mortandad entre los TS, sobre todo al principio de la pandemia por COVID-19.^{4,6} Kua y colaboradores informaron algunos de ellos, por ejemplo el hecho de ser médico, haber estado en contacto regular con eventos sospechosos o confirmados de esta infección, y laborar sin el equipo de protección personal adecuado, entre otros.⁷

Lyengar y colegas reportaron que el padecer ciertas comorbilidades se relacionaba con la mortalidad en los médicos de primera línea (los que tuvieron trato directo con casos positivos al virus).⁶ La revisión sistemática de Gómez-Ochoa y coautores reportó que en 11,772 TS la prevalencia de comorbilidades presentes al momento de

enfermar por el coronavirus incluía una combinación de hipertensión, padecimiento cardiovascular, diabetes tipo dos y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.⁸

A más de 380 días del inicio de la pandemia en la República Mexicana, se han registrado 195,900 decesos y 2,175,462 personas infectadas de COVID-19 (al 21 de marzo de 2021). Entre los más afectados también se encontraron los TS.^{9,10} La información sobre las características clínicas de dichos empleados en el país comenzó a explorarse con gran interés debido a que se estaba confirmando la coexistencia de las infecciones por SARS-CoV-2 con una alta prevalencia de factores de riesgo, incluidas las comorbilidades asociadas a las complicaciones del trastorno.⁵

Uno de los primeros informes globales sobre la infección y mortalidad por COVID-19 en el personal sanitario reportó, al ocho de mayo 2020, el caso de México. Para entonces, se contaron 3,410 contagiados por el coronavirus y 39 muertes.⁵ El 11 de mayo de 2020, las cifras ascendían a 8,544 TS infectados y 111 muertos.¹¹

Meses después (el 23 de agosto de 2020), se reportaron 97,632 TS infectados con SARS-CoV-2 y 1,320 casos de mortalidad. De los TS infectados, 42% fueron enfermeras y 27% médicos, el equivalente a 17.8% (97,632) de los 549,734 sujetos contagiados en ese momento en la república.¹⁰ Hacia el 21 de septiembre de 2020, la cifra a nivel nacional ascendía a 114,410 eventos de personal de la salud con diagnóstico confirmado de esta dolencia y 1,547 defunciones por la misma causa.¹²

México es el decimotercer país más grande del mundo, con más de 128 millones de personas. La Ciudad de México (CDMX) es su capital, la ciudad más poblada de Norteamérica con más de 21 millones de habitantes y la quinta ciudad más habitada del planeta. Estas dimensiones poblacionales han convertido el manejo de la pandemia por COVID-19 en la CDMX uno de los máximos

desafíos frente a las autoridades y personal de salud en el país.

El propósito de este estudio es describir cómo se presentaron algunas características clínicas y los elementos de riesgo (incluidas las comorbilidades) en féminas y varones a cargo de la salubridad, con diagnosis confirmada de la enfermedad en CDMX a poco más de un año de que se presentaran los primeros casos. Conocer la distribución de estas condiciones en una de las ciudades más pobladas del territorio mexicano puede ayudar al sistema de salud a tomar medidas adicionales de cuidado, buscando enfrentar la actual pandemia de COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue transversal descriptivo en una población de trabajadores de sanidad de la CDMX, de ambos sexos. Las cifras se adquirieron de la plataforma del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Respiratorias (SISVER) en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México, entre el uno de enero 2020 y el tres de marzo 2021.

Se obtuvo una muestra a conveniencia, no aleatoria, de empleados sanitarios mayores de 18 años con dictamen confirmado de COVID-19. Se exploraron las características habituales (sexo, edad, nacionalidad, unidad médica de diagnóstico, si requirió hospitalización o si fue medicado), tipo de ocupación, signos y síntomas, factores de riesgo (incluidas las comorbilidades) y datos de desenlace (supervivencia o mortalidad).

Definición de variables

Diagnóstico confirmado de COVID-19: prueba positiva de laboratorio PCR (siglas en inglés de «reacción en cadena de la polimerasa»). Variable dicotómica «sí/no».

Trabajadores de salud: se incluyeron las siguientes ocupaciones: dentistas, enfermeros(as), laboratoristas, médicos y otros funcionarios sanitarios.

Unidad médica: institución de sanidad del ámbito público o privado. Secretaría de Salud (SS), unidad médica privada, Instituto

Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Cruz Roja, unidad médica estatal, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), unidad médica universitaria.

Síntomas: se consideró la presencia o inicio súbito de fiebre, tos, odinofagia, disnea, irritabilidad, diarrea, dolor torácico, escalofríos, cefalea, mialgia, artralgia, ataque al estado general, rinorrea, polipnea, vómito, dolor abdominal, conjuntivitis, cianosis. Para cada uno de los síntomas, se registró como variable dicotómica «sí/no».

Factores de riesgo: se consideró la presencia de diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, inmunosupresión, hipertensión, VIH SIDA, padecimiento cardiaco, obesidad, insuficiencia renal crónica, consumo de tabaco, u otra comorbilidad. Cada uno de los elementos de peligro se registró como variable dicotómica «sí/no».

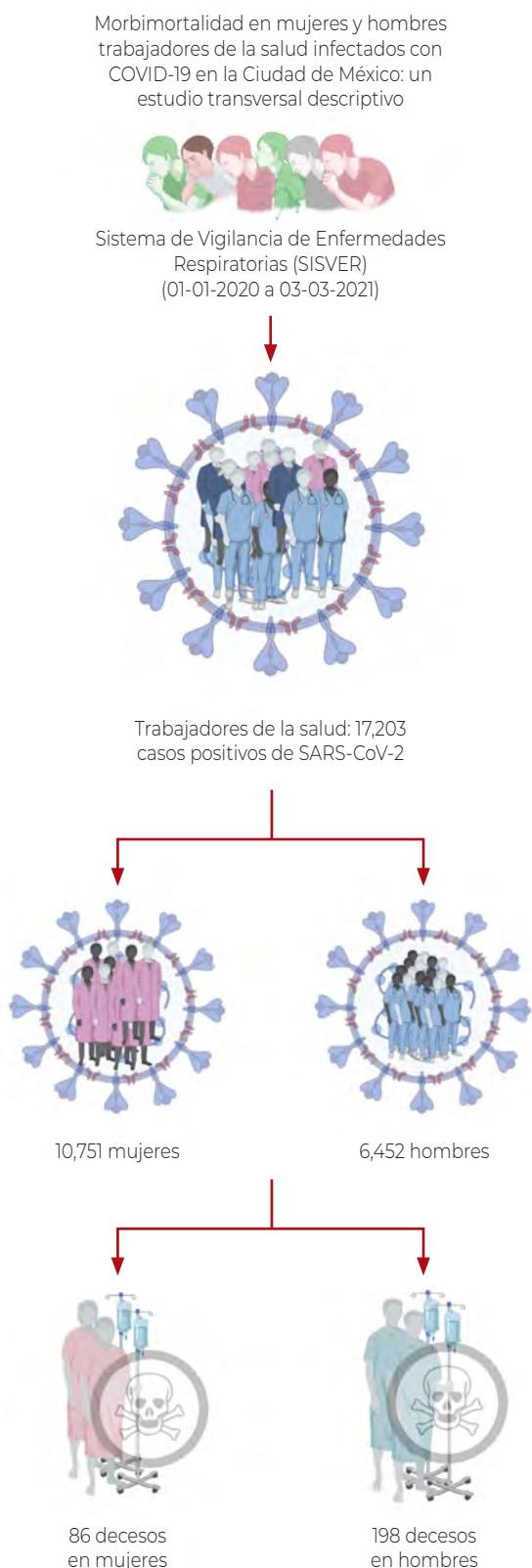
Los frutos de las variables continuas se informaron utilizando mediana y rangos intercuartiles. Los datos categóricos se reportaron en frecuencias y porcentajes. Las cifras fueron exploradas con RStudio (versión 1.2.5001).

No se requirió aprobación del comité de ética para esta información disponible públicamente y no se incluyó información que revelara la identificación de los sujetos ni información sensible acerca de los mismos.

RESULTADOS

Los resultados de este estudio transversal y descriptivo se detallan a continuación. De la base de datos SISVER se adquirieron 17,203 casos con resultado de laboratorio positivo del mencionado coronavirus, entre el uno de enero 2020 y el tres de marzo 2021. Con fines exploratorios, la muestra se dividió entre mujeres y hombres (*Figura 1*).

Los desenlaces en féminas TS fueron: 10,751 (62.4%) diagnosticadas con SARS-CoV-2. Los números generales se presentan en la *Tabla 1*. Las señales reportadas en más elevada proporción resultaron ser: cefalea (77%), tos (69.2%), mialgia

**Figura 1:** Diagrama de flujo de casos estudiados.

(58.2%), odinofagia (52.2%) y artralgia (51.3%). En cuanto a los factores de riesgo y comorbilidades, la obesidad (15.2%) se reportó en mayor medida, seguida de hipertensión (9.2%), tabaquismo (7.1%) y diabetes (6.3%).

Lo trascendido entre los varones TS fue: 6,452 (37.5%) eventos con dictamen de SARS-CoV-2. Los datos habituales se presentan en la *Tabla 1*. Los síntomas frecuentemente reportados fueron: cefalea (72.9%), tos (69.7%), fiebre (58.4%), mialgia (57.9%) y artralgia (51.7%). En cuanto a los componentes de alarma y comorbilidades, se reportaron con alta proporción: obesidad (14.2%), hipertensión (11.5%), tabaquismo (11.3%) y diabetes (6.9%). El resto de los números usuales, señales y variables de riesgo se presentan en las *Tablas 1 y 2*.

La *Tabla 3* presenta las cifras descriptivas de las muertes en mujeres y hombres. En total, se registraron 284 eventos de defunción por COVID-19, 86 féminas (0.7%) y 198 (3%) varones. La mediana de edad fue de 53 (47-60 RIQ) y 58 (48-65 RIQ) respectivamente. La ponderación de los síntomas y los factores de peligro se mantuvieron similares entre ambos grupos. La frecuencia de ocurrencias registradas con neumonía no fue pequeña, si bien resultó parecida entre ellas y ellos, 63.9 y 69.6% respectivamente (55 mujeres y 138 señores).

DISCUSIÓN

La pandemia de COVID-19 ha causado morbimortalidad muy elevadas en el mundo y el caso de los trabajadores de la salud no ha sido la excepción. En este artículo describimos cómo se presentó la morbimortalidad de los casos positivos de SARS-CoV-2 en mujeres y hombres trabajadores de la salud de la CDMX diagnosticados entre el 1 de enero de 2020 y el 3 de marzo de 2021.

Nuestros resultados mostraron una mayor proporción de casos con prueba positiva de SARS-CoV-2 en mujeres (62.4%) que en hombres (37.5%), con una mediana de edad ligeramente mayor en mujeres que en hombres: 38 (31-47 RIQ) y 37 (30-40 RIQ), respectivamente. De las mujeres, el mayor porcentaje de casos se presentó en las enfermeras y en el caso de los hombres, en los médicos (42 y 38.9%, respectivamente).

Nuestros resultados coinciden con lo que se ha reportado en otros países con respecto al sexo y a la edad de los trabajadores de la salud confirmados con SARS-CoV-2. Los resultados del análisis de Gómez-Ochoa y colaboradores, que cuantificó la carga de COVID-19 entre los TS de Europa, Asia y Estados Unidos, reportó que de 31,866 casos, 69% fueron mujeres con una edad media de 40.1 años.⁸

Respecto al tipo de ocupación, Gómez-Ochoa y su equipo reportaron que de 31,866 casos, 48%

fueron enfermeras y 25% fueron médicos.⁸ En México, el estudio de Ñamendys-Silva reportó que de los 97,632 TS infectados con SARS-CoV-2 (reportados al 23 de agosto de 2020), 42% eran enfermeras y 27% médicos.¹⁰ Antonio-Villa y sus colegas reportaron la situación en la Ciudad de México: de los 11,226 TS contagiados (reportados al 5 de julio) 38.5% de los casos fueron enfermeras y 29.6% médicos.¹³ En general, el alto número de enfermeras que dieron positivo para SARS-CoV-2 ha sido relacionado con

Tabla 1: Datos generales de trabajadores de salud con SARS-CoV-2 en la Ciudad de México.

Variables	Mujeres 10,751 (62.4)	Hombres 6,452 (37.5)
Edad, mediana RIQ	38 (31-47)	37 (30-40)
Generales, n (%)		
Nacionalidad extranjera	109 (1.0)	90 (1.3)
Nacionalidad mexicana	10642 (98.9)	6362 (98.6)
Ambulatorio	10242 (95.2)	5866 (90.9)
Hospitalizado	509 (4.7)	586 (9)
Recibió tratamiento	741 (6.8)	31 (0.4)
Tx antimicrobiano	728 (6.7)	2609 (40.4)
Tx antiviral	377 (3.5)	279 (4.3)
Defunción	86 (0.7)	198 (3.0)
Unidad médica, n(%)		
SSA	5,506 (51.20)	3,197 (49.5)
IMSS	4,435 (41.20)	2,591 (40.1)
SEDENA	22 (0.20)	21 (0.3)
ISSSTE	377 (3.50)	313 (4.8)
ESTATAL	25 (0.20)	26 (0.4)
PEMEX	219 (2.00)	170 (2.6)
PRIVADA	131 (1.20)	116 (1.7)
CRUZ ROJA	3 (0.02)	1 (0.01)
SEMAR	33 (0.03)	17 (0.2)
Ocupación, n (%)		
Enfermeros(as)	4,520 (42.0)	1,162 (18.0)
Médicos	2,403 (22.3)	2,511 (38.9)
Dentistas	252 (2.3)	171 (2.6)
Laboratoristas	218 (2.0)	179 (2.7)
Otros TS	3,358 (31.2)	2,429 (37.6)

RIQ = Rango intercuartil, Tx = Tratamiento, SSA = Secretaría de Salubridad y Asistencia, IMSS = Instituto Mexicano del Seguro Social, SEDENA = Secretaría de la Defensa Nacional, ISSSTE = Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, PEMEX = Petróleos Mexicanos, TS = trabajadores de salud.

Tabla 2: Datos clínicos de trabajadores de salud con SARS-CoV-2 en la Ciudad de México.

Variables	Mujeres 10,751 (62.4%)	Hombres 6,452 (37.5%)
Síntomas, n (%)		
Fiebre	5,133 (47.7)	3,773 (58.4)
Tos	7,444 (69.2)	4,502 (69.7)
Odinofagia	5,621 (52.2)	3,127 (48.4)
Disnea	1,866 (17.3)	1,214 (18.8)
Irritabilidad	1,566 (14.5)	914 (14.1)
Diarrea	2,067 (19.2)	1,349 (20.9)
Dolor torácico	2,618 (24.3)	1,456 (22.5)
Calofrío	4,232 (39.3)	2,692 (41.7)
Cefalea	8,286 (77)	4,705 (72.9)
Mialgia	6,258 (58.2)	3,742 (57.9)
Artralgia	5,517 (51.3)	3,336 (51.7)
Ataque a la condición general	4,771 (44.3)	3,133 (48.5)
Rinorrea	4,517 (42)	2,403 (37.2)
Polipnea	603 (5.6)	395 (6.1)
Vómito	564 (5.2)	267 (4.1)
Dolor abdominal	1,233 (11.4)	660 (10.2)
Conjuntivitis	1,531 (14.2)	850 (13.1)
Cianosis	240 (2.2)	146 (2.26)
Inicio súbito de síntomas	3,534 (32.8)	2,273 (35.2)
Neumonía	704 (6.5)	723 (11.2)
Comorbilidades, n (%)		
Diabetes	684 (6.3)	446 (6.9)
EPOC	41 (0.3)	33 (0.5)
Asma	449 (4.1)	191 (2.9)
Inmunosupresión	77 (0.7)	41 (0.6)
Hipertensión	996 (9.2)	742 (11.5)
VIH-sida	11 (0.1)	27 (0.4)
Otra comorbilidad	368 (3.4)	125 (1.9)
Enfermedad cardiaca	115 (1)	81 (1.2)
Obesidad	1,635 (15.2)	922 (14.2)
Falla renal crónica	28 (0.2)	46 (0.7)
Tabaquismo	774 (7.1)	734 (11.3)

EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica

el mayor tiempo que suelen dedicar a la atención directa al paciente.⁸

Con relación a la presencia de síntomas, nuestros resultados mostraron que de los 17,203 casos positivos, los más reportados tanto en mujeres

como en hombres fueron: cefalea (77 y 72.9%), tos (69.2 y 69.7%), fiebre (47.7 y 58.4%) y mialgia (58.2 y 57.9%). Contrario a lo que han reportado otros estudios, el dolor de cabeza fue el síntoma con el porcentaje más alto en la población de la CDMX.

Algunas cifras reportadas en Estados Unidos (el país con el mayor número de infecciones por SARS-CoV-2 a nivel mundial) respecto a la morbimortalidad de los TS con pruebas de laboratorio positivas para

SARS-CoV-2, muestran que los síntomas más comunes al ingreso hospitalario en su caso fueron tos (78%), fiebre (68%), mialgia (66%), dolor de cabeza (65%), disnea (41%), diarrea (32%) y escurrimiento nasal (12%).¹⁴⁻¹⁶

Tabla 3: Mortalidad de trabajadores de salud con SARS-CoV-2 en la Ciudad de México.

Variables de mortalidad	Mujeres 86 (0.7)	Hombres 198 (3.0)
Edad, mediana RIQ	53 (47-60)	58 (48-65)
Síntomas, n (%)		
Fiebre	65 (75.5)	157 (79.2)
Tos	76 (88.3)	166 (83.8)
Odinofagia	46 (53.4)	87 (43.9)
Disnea	51 (59.3)	135 (68.1)
Irritabilidad	14 (16.2)	35 (17.6)
Diarrea	17 (19.7)	43 (21.7)
Dolor torácico	31 (36)	74 (37.3)
Calorífico	32 (37.2)	89 (44.9)
Cefalea	65 (75.5)	150 (75.7)
Mialgia	58 (67.4)	128 (64.6)
Artralgia	54 (62.7)	124 (62.6)
Ataque a la condición general	55 (63.9)	129 (65.1)
Rinorrea	26 (30.2)	51 (25.7)
Polipnea	21 (24.4)	43 (21.7)
Vómito	9 (10.4)	11 (5.5)
Dolor abdominal	12 (13.9)	36 (18.1)
Conjuntivitis	7 (8.1)	18 (9.0)
Cianosis	9 (10.4)	18 (9.0)
Inicio súbito de síntomas	33 (38.3)	76 (38.3)
Neumonía	55 (63.9)	138 (69.6)
Comorbilidades, n (%)		
Diabetes	30 (34.8)	58 (29.2)
EPOC	2 (2.3)	4 (2.0)
Asma	7 (8.1)	2 (1.0)
Inmunosupresión	2 (2.3)	8 (4.0)
Hipertensión	32 (37.2)	73 (36.8)
VIH-SIDA	NA	1 (0.50)
Otra comorbilidad	6 (6.9)	1 (0.5)
Enfermedad cardiaca	2 (2.3)	10 (5.0)
Obesidad	30 (34.8)	52 (26.2)
Falla renal crónica	2 (2.3)	6 (3.0)
Tabaquismo	8 (9.3)	19 (9.5)

RIQ = rango intercuartil, EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La revisión sistemática de Gómez-Ochoa y su grupo también reportó que la sintomatología presentada con mayor frecuencia entre los TS de algunas regiones de Europa, Asia y Estados Unidos fue fiebre en 57% (29 estudios), tos en 57% (29 estudios) y mialgia en 48% (10 estudios).⁸

En cuanto a la presencia de comorbilidades, tanto en mujeres como en hombres, las que se presentaron con mayor proporción en nuestros resultados fueron: obesidad (15.2 y 14.2%), hipertensión (9.2 y 11.5%) y diabetes (6.3 y 6.9%), respectivamente.

En otros países, estudios similares no reportaron la obesidad como la comorbilidad con mayor porcentaje. Por ejemplo, los resultados de Gómez-Ochoa y su equipo mostraron mayor prevalencia de hipertensión (7%), enfermedad cardiovascular (3%), diabetes tipo 2 (4%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3%).⁸ En cambio, el estudio de Antonio-Villa y colaboradores confirma nuestro resultado sobre la presencia de obesidad como la comorbilidad informada con mayor porcentaje en 18.5% de los 11,226 TS de la CDMX.¹³

Por otro lado, el tabaquismo fue un factor de riesgo con menor proporción en mujeres que en hombres (7.1 y 11.3%, respectivamente). Resultados similares fueron informados por Cattaruzza y colegas: la prevalencia de tabaquismo fue más alta entre los TS hombres que en TS mujeres.¹⁷ Al respecto, el reporte de Antonio-Villa para los 11,226 trabajadores de la CDMX mostró un porcentaje de consumo de tabaco global de 9.4%, sin distinguir entre sexos.¹³

En cuanto a la variable de desenlace, algunos de nuestros resultados coinciden parcialmente con lo que se ha reportado en otros países respecto a la mortalidad de los trabajadores de la salud. En total, nuestros hallazgos fueron de 284 casos de defunción por COVID-19, 86 mujeres (0.79%) y 198 hombres (3%). La mediana de edad fue de 53 (47-60 RIQ) y 58 (48-65 RIQ), respectivamente. La proporción de los síntomas y los factores de riesgo se mantuvieron similares entre ambos grupos. Sin embargo, la proporción de casos con neumonía, si bien fueron parecidos entre mujeres y hombres, no fueron pocos (63.9 y 69.6%, respectivamente).

En cuanto al sexo y a la edad, Ing y sus colegas reportaron que en más de 20 países analizados cerca de 90% de los médicos fallecidos eran hombres con una mediana de edad de 66 años.³ Asimismo, el

estudio de Yoshida y su equipo mostró características similares en casos de mortalidad por COVID-19 en TS de algunas regiones de Europa Occidental y Asia Pacífico, 90% eran hombres y la mediana de edad era de 65 años.¹⁸

En general, la pandemia de COVID-19 ha tenido un fuerte impacto en la salud, revelando la vulnerabilidad de aquellas personas con afecciones subyacentes, esto a la vez ha puesto en evidencia la importancia de promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo como el tabaquismo y la obesidad en toda la población.^{19,20}

El presente estudio adicionalmente pretende resaltar la importancia de la promoción de la salud en los TS. Éstos son los primeros en los que deberían aplicarse medidas para controlar esos factores de riesgo, sobretodo en la población mexicana, en la cual ya se ha demostrado que la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en los trabajadores de la salud es alta y se requiere la implementación de estrategias de acción inmediata para reducir las comorbilidades como la obesidad y la hipertensión, así como la discapacidad e invalidez temprana asociadas a estos padecimientos.^{21,22}

Por otro lado, al regresar a las actividades laborales, aquellos casos que sufrieron estadios graves por COVID-19 deberán ser debidamente observados, con medidas de control de infecciones y acatando las políticas de retorno al trabajo para compensar la posible escasez de trabajadores de la salud.²³ Esto resulta relevante, pues a la fecha no existe aún claridad acerca de hasta qué grado se inmunizan quienes han cursado exitosamente con COVID-19 y cuáles pueden ser las consecuencias y la gravedad de recaídas y reinfecciones, especialmente en la población afectada por ciertas comorbilidades.

Asimismo, la epidemia de COVID-19 puede resultar en una oportunidad para hacer importantes cambios en los estilos de vida, algunos como bajar de peso y dejar de fumar pueden tener resultados benéficos ante la COVID-19 a corto plazo como reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad y/o mitigar la probabilidad de desarrollar complicaciones graves de COVID-19.²⁴

No sólo debemos actuar ante la COVID-19 para cuidar a la sociedad en general, además es crucial asegurarnos, al grado debido, de que el personal de

salud esté en condiciones óptimas, por su bienestar general y para que puedan responder a posibles retos presentes y futuros a la salud pública.²⁰ Sobre todo, porque al final, la sociedad demanda de ellos un ejemplo en el autocuidado de la salud y mayor liderazgo al aplicar en su persona las recomendaciones sanitarias.²⁵

CONCLUSIONES

Los trabajadores de la salubridad son un recurso muy valioso. Esto ha sido especialmente notable ante la reciente pandemia de COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2. La población en mayor peligro de infección grave y desenlaces fatales son aquellas personas, entre los cuales se encuentra el personal de salud, que al momento de enfermar por este contagio presentan uno o más factores de peligro, incluidas algunas comorbilidades.

La epidemia de COVID-19 se convirtió en un desafío frente a los sistemas de salud de todo el mundo y particularmente para los TS. En este estudio, se mostró que las principales comorbilidades y variables de riesgo presentes al momento del diagnóstico de SARS-CoV-2, o de presentar complicaciones graves en trabajadores sanitarios de mediana edad en la república fueron: la obesidad, la hipertensión, la diabetes y el tabaquismo. Estos hallazgos contribuyen a alertar a la sociedad, a modo de no descuidar el bienestar de este valioso grupo, del que se espera sea ejemplo de autocuidado y liderazgo en implementar estrategias de promoción de estilos de vida saludables.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Agencia Digital de Innovación Pública de la Ciudad de México por su apoyo logístico en la preparación de las bases de datos empleadas para este trabajo.

REFERENCIAS

- Ghinai I, Woods S, Ritger KA, McPherson TD, Black SR, Sparrow L et al. Community transmission of sars-cov-2 at two family gatherings, Chicago, Illinois, February-March 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020; 69 (15): 446-450.
- Xiang YT, Jin Y, Wang Y, Zhang Q, Zhang L, Cheung T. Tribute to health workers in China: A group of respectable population during the outbreak of the COVID-19. Int J Biol Sci. 2020; 16 (10): 1739-1740.
- Ing EB, Xu QA, Salimi A, Torun N. Physician deaths from corona virus (COVID-19) disease. Occup Med. 2020; 70 (5): 370-374.
- Kursumovic E, Lennane S, Cook TM. Deaths in healthcare workers due to COVID-19: the need for robust data and analysis. Anaesthesia. 2020; 75 (8): 989-992.
- Bandyopadhyay S, Baticulon RE, Kadhum M, Alser M, Ojuka DK, Badereddin Y et al. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. BMJ Glob Health. 2020; 5 (12): e003097.
- Iyengar KP, Ish P, Upadhyaya GK, Malhotra N, Vaishya R, Jain VK. COVID-19 and mortality in doctors. Diabetes Metab Syndr. 2020; 14 (6): 1743-1746.
- Kua J, Patel R, Nurmi E, Tian S, Gill H, Wong DJN et al. healthcareCOVID: a national cross-sectional observational study identifying risk factors for developing suspected or confirmed COVID-19 in UK healthcare workers. PeerJ. 2021; 9: e10891.
- Gómez-Ochoa SA, Franco OH, Rojas LZ, Raguindin PF, Roa-Díaz ZM, Wyssmann BM et al. COVID-19 in Health-Care Workers: A Living Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. Am J Epidemiol. 2021; 190 (1): 161-175.
- Corona T, Castañón-González JA, Clark-Peralta P, García-Peña C, Guevara-Guzmán R, Domínguez-Cherit G et al. Documento de postura: la afectación de personal médico y de la salud en la pandemia de SARS-CoV-2. Gaceta Médica. 2020; 156: 487-489.
- Ñamendys-Silva SA. Health care workers on the frontlines of COVID-19 in Mexico. Heart Lung. 2020; 49 (6): 795.
- Caldera-Villalobos C, Garza-Veloz I, Martínez-Avila N, Delgado-Enciso I, Ortiz-Castro Y, Cabral-Pacheco GA et al. The Coronavirus Disease (COVID-19) Challenge in Mexico: A Critical and Forced Reflection as Individuals and Society. Front Public Health. 2020; 8: 337.
- Reyes Vilchis A, Sandoval Bosch E, García de la Torre GS. ¿Cómo ha afectado la pandemia COVID-19 al personal de salud en México? Boletín COVID-19. Salud Pública. 2020; 1 (10): 11-14.
- Antonio-Villa NE, Bello-Chavolla OY, Vargas-Vázquez A, Fermín-Martínez CA, Márquez-Salinas A, Bahena-López JP. Health-care workers with COVID-19 living in Mexico City: clinical characterization and related outcomes. Clin Infect Dis. 2020; ciaa1487.
- Hong Y, Wu X, Qu J, Gao Y, Chen H, Zhang Z. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 and development of a prediction model for prolonged hospital length of stay. Ann Transl Med. 2020; 8 (7): 443.
- Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst

- healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun.* 2020; 88: 559-565.
- 16. Clemency BM, Varughese R, Scheafer DK, Ludwig B, Welch JV, McCormack RF et al. Symptom Criteria for COVID-19 Testing of Heath Care Workers. *Acad Emerg Med.* 2020; 27 (6): 469-474.
 - 17. Cattaruzza MS, Zagà V, Gallus S, D'Argenio P, Gorini G. Tobacco smoking and COVID-19 pandemic: old and new issues. A summary of the evidence from the scientific literature. *Acta Biomed.* 2020; 91 (2): 106-112.
 - 18. Yoshida I, Tanimoto T, Schiever N, Patelli F, Kami M. Characteristics of doctors' fatality due to COVID-19 in Western Europe and Asia-Pacific countries. *QJM.* 2020; 113 (10): 713-714.
 - 19. Jordan RE, Adab P, Cheng KK. Covid-19: risk factors for severe disease and death. *BMJ.* 2020; 368: m1198.
 - 20. Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, Mendes R, Peters DH, Kontsevaya A et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. *Lancet.* 2020; 395 (10238): 1678-1680.
 - 21. Rodríguez-Reyes RR, Navarro-Zarza JE, Tello-Divicino TL, Parra-Rojas I, Zaragoza-García O, Guzmán-Guzmán IP. Detección de riesgo cardiovascular en trabajadores del sector salud con base en los criterios OMS/JNC 7/ATP III. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55 (3): 300-308.
 - 22. Zonana Nacach A, Salinas Merlos GO, Guerrero Sauceda FF, Moreno Cazares MC, Gómez Naranjo R. Prevalencia de obesidad en trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, BC. *Salud Pública Mex.* 2013; 55 (3): 245-246.
 - 23. Zhang JC, Findlater A, Cram P, Adisesh A. Return to work for healthcare workers with confirmed COVID-19 infection. *Occup Med.* 2020; 70 (5): 345-346.
 - 24. Eisenberg SL, Eisenberg MJ. Smoking cessation during the COVID-19 epidemic. *Nicotine Tob Res.* 2020; 22 (9): 1664-1665.
 - 25. Leyva-Jiménez R, Montesano-Delfín JR. Obesidad en directivos de unidades médicas: una reflexión sobre el liderazgo en los programas de vigilancia nutricional. *Rev Invest Clin.* 2011; 63 (1):104-105.



Uso del modelo Kano en un hospital rural no COVID al noreste de México

Use of the Kano model in a non-COVID rural hospital in northeast Mexico

Diego Javier García Luna,* Víctor Manuel Torres López,‡

Magda Gabriela Palmero Hinojosa,§ Annet Sharon Chávez Ramírez,¶

Amanda Eunice Villanueva Malpica,|| Ana Sofía González Guerra||

RESUMEN

Introducción: El modelo Kano permite identificar las necesidades de los clientes para dar continuidad a la mejora de los productos y servicios. Este estudio se realizó en un hospital rural público ubicado al noreste de México, el cual actualmente recibe un mayor número de pacientes debido a su reconversión a unidad no COVID. El objetivo es conocer las necesidades de los pacientes y familiares mediante el uso del modelo Kano. **Material y métodos:** Estudio transversal y descriptivo. Para conocer las necesidades de los pacientes, se utilizaron entrevistas no estructuradas y semiestructuradas, además de herramientas cualitativas. Posteriormente se clasificaron siguiendo la metodología del modelo Kano. **Resultados:** Las necesidades imprescindibles de la población estudiada corresponden a la limpieza y a la certeza del tratamiento inicial. Se hallaron necesidades unidimensionales relacionadas con el servicio otorgado, la actitud del personal, las amenidades y las instalaciones del hospital. Como necesidades atractivas se encontraron el contar con un cuarto individual y la entrada de dos familiares. **Conclusiones:** Las características, amenidades y comodidades del entorno afectan directamente en la satisfacción del paciente, por lo que deben ser consideradas. La actitud del personal, el acercamiento durante los momentos de atención al paciente y el acompañamiento de los familiares son aspectos en los cuales la sensibilización del personal debe ser reforzada. Se recomienda ampliar el uso de la metodología Kano en el sector salud, esto permitirá conocer las necesidades específicas e individuales de la población y del personal de salud que la atiende y así poder aumentar su satisfacción y la calidad del servicio percibida.

Palabras clave: Modelo Kano, necesidades de los pacientes, satisfacción del paciente, COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: The Kano model makes it possible to identify customer needs to continue improving products and services. This study was carried out in a rural public hospital located in northeastern Mexico, which currently receives a greater number of patients due to its conversion to a non-COVID unit. The objective is to meet the needs of patients and families using the Kano model.

Material and methods: Cross-sectional and descriptive study. To know the needs of the patients, unstructured and semi-structured interviews were used, as well as qualitative tools. They were later classified following the Kano model methodology. **Results:** The essential needs of the studied population correspond to cleanliness and the certainty of the initial treatment. One-dimensional needs related to the service provided, staff attitude, amenities, and hospital facilities were found. As attractive needs, they found having an individual room and the entrance of two family members.

Conclusions: The environment's characteristics, amenities, and comforts directly affect patient satisfaction, so they must be considered. The staff attitude, the approach during the moments of patient care, and the accompaniment of the family members are aspects in which the awareness of the staff must be reinforced. It is recommended to expand the use of the Kano methodology in the health sector; this will allow knowing the specific and individual needs of the population

* Residente de la Especialidad en Calidad de la Atención Clínica, Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud TecSalud.

† Jefe del Departamento de Calidad, Hospital General de Montemorelos.

§ Jefa de Control de Calidad, ISSSTELEON. Profesor de cátedra de la especialidad en Calidad de la Atención Clínica del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud TecSalud.

¶ Médico Interno de Pregrado, Hospital General de Montemorelos.

|| Médico General.

Correspondencia: DJGL, garcialuna.md@gmail.com

Conflictos de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Citar como: García LDJ, Torres LVM, Palmero HMG, Chávez RAS, Villanueva MAE, González GAS. Uso del modelo Kano en un hospital rural no COVID al noreste de México. Rev CONAMED. 2021; 26(3): 126-133. <https://dx.doi.org/10.35366/101677>

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 20/07/2021.

Aceptado: 25/08/2021.

and the health personnel who attend them and thus be able to increase their satisfaction and the perceived quality of service.

Keywords: Kano model, patient needs, patient satisfaction, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

Satisfacción y necesidades del paciente

Los proveedores de la salud deben comprender y cumplir las necesidades, requisitos y expectativas de los pacientes, pues no hacerlo conduce a brindar una atención de mala calidad y costo elevado, así como a la insatisfacción de los pacientes.¹

La percepción de la calidad de la atención médica afecta indiscutiblemente la satisfacción del paciente, su lealtad y el uso del servicio. Debido a la competencia en la industria, los líderes de los servicios de salud se han centrado en mejorar la satisfacción de paciente, ya que esto constituye un método de gestión de costos y un sistema de mejora de la calidad.²

La medición de la satisfacción del cliente constituye un reto para los proveedores de la atención médica, pues se trata de una combinación de las necesidades percibidas del paciente, sus expectativas y su experiencia general sobre la atención.³ Para conocer las necesidades del usuario, se pueden utilizar instrumentos como entrevistas individuales, encuestas, técnicas grupales, etcétera. Es necesario situarse en el lugar del paciente y tratar de comprender su experiencia y sentir antes de realizar una encuesta de satisfacción. Así, tras conocer sus necesidades, es posible preguntar qué tan buena fue la atención recibida.⁴

Modelo Kano

El modelo Kano permite identificar las necesidades de los clientes y los diversos atributos de la calidad que influyen en su satisfacción. En el área de la salud, permite comprender las necesidades de los pacientes relacionadas con la calidad del servicio² y así facilitar el diseño de procesos centrados en la persona.

La idea central del modelo consiste en identificar y clasificar dichos atributos según su influencia en la satisfacción del cliente en seis categorías:²

- Imprescindibles (*Must*). Necesidades básicas de la calidad del producto, si hay ausencia la insatisfacción del cliente es extrema y viceversa.
- Atractivos (*Attractive*). Aumentan de forma importante la satisfacción del cliente, pero su ausencia no produce ningún tipo de insatisfacción.
- Unidimensionales (*Performance*). La satisfacción del cliente es directamente proporcional a su existencia.
- Inverso (*Reverse*). Los atributos inversos disminuyen la satisfacción de cliente.
- Indiferentes (*Indifferent*). Sin efecto en la satisfacción del cliente.
- Cuestionable (*Questionable*). Aparece cuando existe una contradicción (opiniones completamente opuestas) entre los participantes, ya sea por una diferencia real de opinión entre grupos o por un mal planteamiento de la pregunta que genera resultados contradictorios.⁵

Contexto de los pacientes «no COVID» en la pandemia de COVID-19

En marzo del 2020 se declaró el estado de pandemia debido a la enfermedad por coronavirus (COVID) ocasionada por el nuevo virus SARS-CoV-2. A partir de ese momento, los pacientes han sido clasificados como «COVID» y «no COVID». Esto ha provocado que, en los hospitales, la atención de los pacientes «no COVID» se prolongue aun cuando es requerida de manera inmediata, causando así que las necesidades de este grupo no sean atendidas y que su insatisfacción sea cada vez mayor.^{6,7}

Además, los pacientes que realmente necesitan atención prefieren no acudir a los hospitales debido al miedo de contagio. Igualmente, las visitas de familiares y la presencia de acompañantes se han restringido, lo cual ha ocasionado cuadros de depresión, sentimientos de desesperanza e insatisfacción en los pacientes.⁸

El hospital en donde se llevó a cabo este estudio es uno de los seis hospitales públicos rurales en un estado ubicado al noreste de Durante 11 meses, el

hospital funcionó como «hospital COVID» –destinando la mayor parte de su espacio y recursos a los pacientes con esta enfermedad– y fue reconvertido a hospital «no COVID» a principios de marzo del 2021. Ese mismo mes, el hospital anunció la colaboración con un hospital de mayor magnitud para ayudar a atender las cirugías programadas rezagadas de dicho hospital. El incremento de pacientes hospitalizados planteó la necesidad de investigar sus necesidades y demandas a fin de mejorar la calidad del servicio y su satisfacción, y con base en los hallazgos realizar programas de mejora en el servicio.

El objetivo de este estudio es realizar un diagnóstico de las necesidades de los pacientes hospitalizados en la unidad, priorizarlas, visualizarlas como cualidades de la calidad de la atención y clasificarlas en la matriz. El enfoque está centrado en su manejo y estancia en el hospital de manera general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal y descriptivo. Inicialmente, se tomó una muestra por conveniencia para investigar las necesidades de los pacientes y familiares. Se realizó una entrevista semiestructurada a 30 pacientes hospitalizados de diversas especialidades; después, se aplicó una entrevista corta no estructurada a 30 familiares. Finalmente, para tener una perspectiva más amplia de los usuarios y familiares, se realizó una entrevista no estructurada a la jefa de Trabajo. Estos tres instrumentos abordaron las dimensiones de: calidad de la atención recibida, satisfacción y necesidades de los clientes.

Posteriormente, a través de un equipo multidisciplinario, se procedió a realizar una matriz de afinidad con los resultados de las entrevistas, con lo que se obtuvo un listado inicial de las necesidades y demandas de los clientes. Éstas fueron clasificadas en cuatro categorías: servicio otorgado, actitud del personal, instalaciones y amenidades. Se seleccionaron las 12 necesidades con mayor frecuencia de aparición (tres necesidades de cada una de las cuatro categorías) y se elaboró el cuestionario. Dicho cuestionario consistió en una pregunta funcional y una pregunta disfuncional por cada necesidad, dando un total de 24 preguntas.

Consecutivamente, se calculó la muestra tomando como población el número de pacientes hospitalizados que fueron atendidos en marzo del 2021 (231), con un intervalo de confianza del 95%. La muestra calculada fue de 145 pacientes. La aplicación del cuestionario se realizó a pacientes y familiares cuya selección se hizo por conveniencia.

Las respuestas fueron procesadas siguiendo la metodología al cruzar la respuesta de la pregunta funcional y disfuncional para poder asignar una categoría. Finalmente, los resultados fueron recabados en una hoja de recolección de datos y se hizo un análisis discreto que permitió que cada una de las necesidades fuera clasificada dentro del modelo Kano.

RESULTADOS

La matriz de afinidad con las necesidades obtenidas clasificadas en las cuatro categorías se presenta en la *Tabla 1*, mientras que la tabla con las 12 necesidades con mayor frecuencia de aparición dentro del modelo Kano se presenta en la *Tabla 2*.

Para la población estudiada existen dos necesidades indispensables (M): Instalaciones de hospitalización limpias y Certeza clínica en el diagnóstico y tratamiento inicial.

Siete necesidades que fueron clasificadas como Unidimensionales (P): Visita e informe del médico en cada turno (mañana, tarde y noche), Amabilidad del personal en general, Existencia de una cafetería para familiares/cuidadores, Buen sabor de la dieta proporcionada, Personal de enfermería pendiente de sus necesidades de manera constante, Camas de hospitalización cómodas y Contar con los medicamentos necesarios para tratar su enfermedad.

En el caso de las necesidades atractivas (A), fueron: cuarto de hospitalización individual y la entrada permitida a dos familiares/visitantes.

El tiempo de espera para ser atendido posterior a solicitar atención fue clasificada como una necesidad Cuestionable (Q).

DISCUSIÓN

Debido a la competitividad actual en el sector salud, los proveedores no solo deben reducir los costos de la atención, sino también mejorar el

Tabla 1: Matriz de afinidad con ponderación de las necesidades de los pacientes.

	n
Necesidades relacionadas con el servicio otorgado	
Certeza clínica en el diagnóstico y tratamiento inicial	24
Contar con los medicamentos necesarios para tratar su enfermedad	15
Visita e informe de médico en cada turno (mañana, tarde y noche)	13
Contar con las especialidades necesarias para atender para su enfermedad	10
Todos los servicios proporcionados por el hospital de manera gratuita	7
Tratamiento médico/quirúrgico sin retraso	7
Transporte entre ciudad y hospital	6
Presencia de personal de seguridad en el hospital	1
Disponibilidad de sangre para transfundir	1
Sistema telefónico 24/7 para agendar cita post hospitalización	1
Necesidades relacionadas con la actitud del personal	
Personal de enfermería pendiente de sus necesidades de manera constante	57
Amabilidad del personal en general	41
Tiempo de espera para ser atendido posterior a solicitar atención	29
Resolución de dudas sobre su enfermedad y tratamiento	15
Actitud de respeto que muestra el personal	12
Soporte emocional proporcionado por el personal	2
Necesidades relacionadas con las amenidades	
Camas de hospitalización cómodas	15
Buen sabor de la dieta proporcionada	11
Entrada permitida a 2 familiares/visitantes	10
El hospital le proporciona agua para beber (gratis)	5
Contar con clima/aire acondicionado en hospitalización	4
Existencia de papel higiénico y jabón en el baño	3
Cama/sofá para el cuidador o familiar del paciente	3
Necesidades relacionadas con las instalaciones	
Cuarto de hospitalización individual	10
Instalaciones de hospitalización limpias	6
Existencia de cafetería para los familiares/cuidadores	6
Instalaciones hospitalarias nuevas	6
Existencia de agua caliente en las regaderas para pacientes	3
Existencia de un albergue adjunto al hospital	2
Baño propio en el cuarto de hospitalización	1

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra por categoría.

desempeño del servicio otorgado. Ambas actividades son complementarias y deben mantenerse como prácticas constantes en la organización, pues para mejorar el desempeño de la organización no es suficiente ofrecer un servicio de «alta calidad y eficiencia» a un gran número de pacientes.⁹

Respecto a los hallazgos, algunos coinciden con las necesidades de los pacientes reportadas en el estudio realizado en Estados Unidos por Patel.¹⁰ Estos son: el «acceso a la atención», que en este estudio se traduce como el transporte entre la ciudad y el hospital, y la falta de resolución de dudas respecto a la enfermedad y el tratamiento. Sin embargo, tuvieron una menor relevancia para la población de estudio.

Al igual que Gustafson, se reportó un mayor número de necesidades relacionadas con la comunicación, información y soporte proporcionados por el personal de salud. A pesar de que el 100% de los pacientes comentaron haber recibido un buen servicio de manera general y consideraron la calidad de la atención médica y de enfermería como buena, existe la necesidad del «soporte emocional», por lo que se debe considerar brindar una atención centrada en el paciente y atender esta

necesidad.¹¹ Debe considerarse que en este hospital, en donde no se atienden pacientes COVID, no existen barreras de comunicación, como el no poder hablar personalmente con el paciente por lo que no se presenta una «falta de la parte humana» que pudiera influir.¹²

Por otra parte, la necesidad de contar con un cuarto individual para la hospitalización, la resolución de dudas, la atención por el personal de manera constante, el soporte emocional, la limpieza de las instalaciones, el tiempo de espera en atención, la amabilidad y el respeto por parte del personal son elementos que también se encontraron como necesidades de los pacientes en el estudio realizado por González-Revaldería en una unidad de hospitalización de pacientes quemados en España.¹³ Los elementos Indispensables para la población de este estudio (limpieza del área y certeza clínica) no coinciden con los elementos que consideró la población del estudio antes mencionado, ya que sus necesidades están más enfocadas en las ame- nidades (televisión gratuita y apagado automático de esta). Destaca la importancia que la población del presente estudio le dio a la limpieza como un elemento indispensable, mientras que la población

Tabla 2: Priorización de necesidades de los pacientes siguiendo el modelo Kano.

Necesidades de los pacientes	Categoría
Instalaciones de hospitalización limpias	M
Certeza clínica en el diagnóstico y tratamiento inicial	M
Visita e informe de médico en cada turno (mañana, tarde y noche)	P
Amabilidad del personal en general	P
Existencia de cafetería para los familiares/cuidadores	P
Buen sabor de la dieta proporcionada	P
Personal de enfermería pendiente de sus necesidades de manera constante	P
Camas de hospitalización cómodas	P
Contar con los medicamentos necesarios para tratar su enfermedad	P
Cuarto de hospitalización individual	A
Entrada permitida a dos familiares/visitantes	A
Tiempo de espera para ser atendido posterior a solicitar atención	Q

Fuente: Elaboración propia. M = Indispensables, P = Unidimensionales, A = Atractivas, Q = Cuestionable.
Se muestran en orden descendente según la importancia.

del estudio realizado en España lo menciona como un elemento indiferente. Un elemento que coincide es que ambos consideraron como atractiva la individualidad y privacidad del cuarto.

En cambio, a diferencia de lo reportado en la literatura, los pacientes no sienten culpabilidad por presionar al personal médico.¹² Los resultados obtenidos confirman que el tiempo de espera para recibir la atención desde el momento en que se solicita, continúa siendo una de las principales necesidades de los pacientes y motivo de queja en el caso de ser prolongado.¹⁴ Cabe mencionar que para esta necesidad, se determinó por consenso de los autores que al momento de aplicar el cuestionario Kano la pregunta resultó confusa para los pacientes y familiares y probablemente el resultado se vio afectado, quedando clasificada esta necesidad como cuestionable. Por este motivo, se recomienda tener una especial precaución al formular las preguntas funcionales y disfuncionales.

Asimismo, los pacientes expresaron la necesidad de contar con acompañamiento de sus familiares para recibir un soporte continuo y de complemento a su atención, pero también para que ellos estén informados sobre su estado de salud y participen en la toma de decisiones en conjunto con el equipo clínico. Este resultado coincide con los resultados de Patel, que además muestran similitud con algunas de las expresiones de los pacientes estudiados respecto a la necesidad de contar con una mejor comunicación con el médico durante los tres turnos laborales de atención hospitalaria, para este caso. El hospital del estudio permite la entrada de un acompañante permanente, pero no la visita de otros familiares; sin embargo, ninguno de los entrevistados expresó sentir depresión o desesperanza al no poder ver al resto de sus familiares, como se ha reportado en otra literatura.⁸ Es importante señalar que en la cultura mexicana, la familia representa un núcleo importante que está involucrado en la toma de decisiones respecto a su familiar enfermo y que la enfermedad y su desenlace puede tener un impacto directo en el entorno familiar;¹⁵ esto contrasta con los resultados obtenidos por González-Revaldería, en donde la población se muestra indiferente al respecto.¹³

Igualmente, Patel encontró descontento al recibir quejas sobre la distancia que existe entre el hospital y el hogar de los pacientes. En este

caso, los pacientes y los familiares se quejan de la distancia que existe entre el hospital rural y la ciudad. Cabe destacar que la población atendida en esta unidad puede ser catalogada como de bajos recursos y no existe un medio de transporte que circule de manera constante y que esté disponible en horarios extraordinarios para que puedan acudir al hospital. Contrario a lo reportado en la literatura sobre el miedo de los pacientes y el no acudir a los hospitales para recibir atención aun necesitándola,¹² los pacientes de este estudio no expresaron en ningún momento miedo o preocupación ante la pandemia.

Además, los pacientes tienen dentro de sus principales necesidades la comunicación efectiva con el personal de salud que lo atiende, así como el recibir un trato amable. Se deben realizar campañas de sensibilización para el personal de salud clínico y no clínico con el fin de generar una cultura empática y de compromiso con la salud y bienestar de los usuarios y sus acompañantes.¹⁶

Por otro lado, al igual que Guftafson y colaboradores (1993) se encontró que los familiares deben ser definidos como clientes primarios del servicio de salud, ya que ellos son los cuidadores directos y se ven afectados por el tratamiento recibido por el paciente. Además, «los familiares directos de los pacientes tienen la preocupación de que en algún momento ellos sufran la enfermedad del paciente».¹⁷ Debido a esto, resulta útil estudiar a los cuidadores de los pacientes como clientes potenciales del servicio, lo cual puede realizarse empleando herramientas convencionales, pero deben tomarse en cuenta el uso de otras herramientas y tecnologías innovadoras, como los sistemas de información a gran escala para recopilar información y conocer a los usuarios.¹⁷

A pesar de ello, el personal de salud da poca importancia al significado que tiene la «satisfacción» del paciente. Gran número de encuestas de satisfacción realizan una medición global y evalúan el grado en que recomendarían o volverían a recibir atención; no obstante se requiere conocer mejor las necesidades de los pacientes y familiares y la importancia que estas representan en la satisfacción que el servicio puede otorgar.¹⁸ Estos estudios representan las bases para el desarrollo de productos, servicios e incluso herramientas digitales específicamente diseñados para dar cobertura

a las necesidades expresadas por los pacientes y familiares.⁴

A su vez, enfocarse en el paciente y promover su participación en el diseño de los servicios de salud no sólo mejorará su satisfacción al usarlos, sino que también puede reducir el riesgo de ocurrencia de eventos adversos.¹⁹ El personal de salud debe comprender nuevos conceptos como los son paciente o cuidador líder, ya que el conocer e integrarlos en la participación directa sobre el análisis y diseño de los servicios de salud puede tener un gran impacto que mejore la experiencia y satisfacción de los usuarios.²⁰

CONCLUSIONES

Las necesidades de los usuarios encontradas a través de este estudio son diferentes a las previstas por los directivos y el equipo de trabajo de la institución en la que se llevó a cabo, las cuales estaban orientadas al tiempo de atención y a la «calidad general» del servicio.

Por otra parte, debe considerarse que las características, amenidades y comodidades del entorno físico pueden influir positiva o negativamente en la preservación de la dignidad y modestia de las personas, por lo que se convierten en factores que deben ser tomados en cuenta al trabajar en el aumento de la satisfacción del paciente.

La actitud del personal operativo como la amabilidad, el acercamiento durante los momentos de atención y otros aspectos como el acompañamiento de los familiares, son un tema relevante para los pacientes y sus cuidadores. Considerando que el sector salud se encuentra bajo un contexto complejo, cambiante y de incertidumbre (elementos acentuados por la pandemia) la sensibilización del personal ante estos puntos podría ser reforzada en la institución mediante la creación de una cultura centrada en el persona, diseñando procesos a partir de la identificación de las necesidades y expectativas de los pacientes, familiares y equipo de salud con el uso este tipo de metodologías diseñadas para estos fines.

El uso de la metodología Kano en el sector salud ya sea en el ámbito público o privado, permitirá a los tomadores de decisiones conocer las necesidades específicas de la población atendida, lo cual puede generar un impacto benéfico en el

diseño de procesos centrados en el paciente, en la eficiencia y efectividad del servicio, pero sobre todo en la satisfacción y calidad de la atención percibida por los usuarios.

Bajo esta premisa, la metodología puede ser utilizada en cualquier tipo de contexto para conocer necesidades específicas, por ejemplo, de los pacientes que padecen de COVID e incluso del personal que los atiende, por lo cual se recomienda continuar y ampliar su uso en la industria de la salud.

REFERENCIAS

1. Kizer The emerging imperative for health care quality improvement. En: Academic Emergency 2002; 10:78-1084.
2. Materla T, Cudney EA, Antony J. The application of Kano model in the healthcare industry: a systematic literature review. Total Quality Management and Business 2019; 30: 660-681.
3. Smith C. Validation of a patient satisfaction system in the united kingdom. Int J Qual Heal 1992; 4 (3): 171-177.
4. Gustafson DH, Taylor JO, Thompson S, Chesney P. Assessing the needs of breast cancer patients and their families. Qual Manag Health 1993; 2 (1): 6-17.
5. Pouliot F. "Theoretical Issues of Kano's methods" on "Kano's methods for understanding customer-defined quality". Cent Qual Manag J. 1993; Fall.
6. Ammi M. The unmet health-care needs of non-COVID-19 patients. Conversation Carlet Univ 2020.
7. Goulabchand R, Claret PG, Lattuca B. What if the worst consequences of COVID-19 concerned non-COVID patients? J Infect Public 2020; 13 (9): 1237-1239.
8. Hassan B, Arawi T. The Care for Non-COVID-19 patients: a matter of choice or moral obligation? Front 2020; 7: 564038.
9. Ross C, Steward C, Sina-core J. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. Med 1993; 31: 1138-1149.
10. Patel MI, Periyakoil VS, Blayney DW, Moore D, Nevedal A, Asch S et al. Redesigning cancer care delivery: Views from patients and caregivers. J Oncol 2017; 13 (4): e291-302.
11. Hostutler Patient needs in the emergency department nurses' and patients' perceptions. J Nurs 1999; 29 (1): 43-50.
12. Rosenbaum L, Malina D. The untold toll - The pandemic's effects on patients without Covid-19. N Engl J 2020; 382 (24): 2368-2371.
13. González-Revaldería J, Holguín-Holgado P, Lumbreras-Marín E, Núñez-López G. La entrevista en profundidad y la metodología Kano para conocer los requisitos de los usuarios en una unidad de quemados. Rev Calid 2017; 32 (1): 21-26.
14. Iliyasu Z, Abubakar IS, Abubakar S, Lawan UM, Gajida Patients' satisfaction with services obtained from

- aminukano teaching hospital, Kano, Northern Niger J Clin 2010; 13 (4): 371-378.
- 15. Mena-Gómez I, Cadena-Estrada J, Troncoso-Pérez D. Intervención de Enfermería en una familia mexicana con factores de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas. Enfermería 2014; 11 (2): 67-72.
 - 16. Jara Calidad del servicio y satisfacción del usuario en el servicio de consulta externa del Hospital Regional del Norte Sanidad-PNP-Chiclayo-2017. Universidad Señor de Sipán; 2017.
 - 17. Cruz-Correia RJ, Vieira-Marques PM, Ferreira AM, Almeida FC, Wyatt JC, Costa-Pereira Reviewing the integration of patient data: How systems are evolving in practice to meet patient needs. BMC Med Inform Decis 2007; 7 (1): 1-11.
 - 18. Gustafson DH, Arora NK, Nelson EC, Boberg Increasing understanding of patient needs during and after hospitalization. Jt Comm J Qual 2001; 27 (2): 81-92.
 - 19. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. Int J Qual Heal 2011; 23 (3): 269-277.
 - 20. NHS Improving Experience of Care through people who use services. 2015, 1-29.



Creencias sobre la pandemia y las medidas de protección en pacientes que acuden al servicio de urgencias por probable COVID-19

Beliefs about pandemic and protection measures in patients going to the emergency department for suggestive COVID-19

Francisco Hernández Pérez,* Erika Itzel Vargas Palma,† María del Refugio Tello Ramírez[§]

RESUMEN

En México los casos positivos para SARS-CoV-2 son altos, con casi dos millones de contagiados y cerca de 150,000 fallecidos, en lo que se denomina la «segunda ola». Una de las explicaciones de tal fenómeno es la falta de apego a las medidas sanitarias que se relacionan estrechamente con la cultura y las creencias. **Objetivo:** Identificar las creencias más frecuentes sobre la pandemia y las medidas de protección de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por probable COVID-19. **Material y métodos:** Se realizó un estudio trasversal analítico. Se invitó a 100 pacientes que acudieron a la unidad de triaje respiratorio por referir síntomas sugestivos de COVID-19 de un hospital de segundo nivel de atención. Se excluyó a los pacientes con asistencia ventilatoria o graves. Se realizó una entrevista de 12 preguntas de respuesta dicotómica y se reportaron como porcentajes. **Resultados:** Se entrevistó a 100 voluntarios con datos sugestivos de COVID-19. La edad media fue de 50.96 ± 14.9 años, 54% ($n = 54$) eran hombres con un nivel educativo superior a secundaria en 52%; de los encuestados, 33% refirieron haber sido contagiados por un familiar, 24% aceptaron que no creían en la existencia del virus del SARS-CoV-2 antes de infectarse (porcentaje que incrementaba a 44.8% en hombres con secundaria o menos), 10% no usaba cubrebocas. Los hombres creían menos en la existencia del virus (21 de 54) ($p = 0.003$), 43.75% de los voluntarios con un nivel educativo de secundaria o menos creían que en los hospitales se les extraía líquido de las rodillas (21 de 48) ($p = 0.013$). **Conclusiones:** En el presente trabajo un cuarto de los encuestados no creía en la existencia del virus SARS-CoV-2, el cual se incrementaba en los hombres voluntarios de nivel educativo bajo. Asimismo, la mayoría no estaban vacunados contra la influenza y un tercio tenía la creencia de que se les extraía líquido de la rodilla a los pacientes y se les dejaba morir en los hospitales.

Palabras clave: Creencias, COVID-19, pandemia.

ABSTRACT

In Mexico, the positive cases for SARS-CoV-2 is high, with almost two million infected and about 150 thousand deaths, in what is called the «second wave». One of the explanations for this phenomenon is the lack of adherence to sanitary measures that are closely related to culture and beliefs. **Objective:** To identify the most frequent beliefs about the pandemic and the protection measures of patients who come to the emergency department due to probable COVID-19. **Material and methods:** An analytical cross-sectional study was carried out. One hundred patients who came to the respiratory triage unit for referring symptoms suggestive of COVID-19 from a second-level hospital were invited. Patients with ventilatory assistance or severely ill were excluded. An interview of 12 dichotomous answer questions was conducted and they were reported as percentages. **Results:** One hundred volunteers were interviewed with data suggestive of COVID-19. The mean age was 50.96 ± 14.9 years, 54% ($n = 54$) were men with an educational level higher than secondary in 52%. Thirty-three respondents reported having been infected by a relative. 24% of the interviewees accepted that they did not believe

* Profesor y Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente. Centro de Investigación Educativa y Formación Docente.

† Médica Especialista en Medicina de Urgencias del Hospital General de Zona Núm. 1-A «Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías». Servicio de Urgencias.

§ Directora de la Clínica de Columna Vertebral, Guadalajara Jalisco.

Correspondencia: FHP, mesias.francisco@gmail.com

Conflict of interests:

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses, no recibimos aportaciones de organizaciones o empresas internas o externas.

Los autores declaramos que no tenemos ninguna relación de parentesco o económica para con los voluntarios.

Citar como: Hernández PF, Vargas PEI, Tello RMR. Creencias sobre la pandemia y las medidas de protección en pacientes que acuden al servicio de urgencias por probable COVID-19. Rev CONAMED. 2021; 26(3): 134-142. <https://dx.doi.org/10.35366/101678>

Financiamiento:
El financiamiento corrió a cargo de los investigadores.

Recibido: 21/01/2021.
Aceptado: 26/08/2021.

in the existence of the SARS-CoV-2 virus before becoming infected (it increased to 44.8% in men with secondary school or less), 10% did not use mouthwash. Men believed less in the existence of the virus (21 of 54) ($p = 0.003$). 43.75% of the volunteers with a high school education level or less believed that the hospitals extracted fluid from their knees (21 of 48) ($p = 0.013$). **Conclusions:** In the present study, a quarter of the respondents did not believe in the existence of the SARS-CoV-2 virus and it increased with male volunteers of low educational level, likewise, most were not vaccinated against influenza and a third believed that fluid was taken from patients' knees and left to die in hospitals.

Keywords: Beliefs, COVID-19, pandemic.

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019 China informó de los primeros casos de una nueva enfermedad respiratoria en humanos que apareció primero en Wuhan, Provincia de Hubei y que involucró a un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2).¹ Para el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad como pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19).²

En México el primer caso reportado fue el 28 de febrero y la primera muerte el 19 de marzo, para el 23 de marzo las autoridades declararon al COVID-19 como una emergencia de salud, comenzando el aislamiento social como la principal acción para contener la epidemia. La fase de aceleración en México se declaró casi un mes más tarde, el 21 de abril, cuando el número de casos confirmados fue de 9,501 y 857 muertes.³ El impacto no sólo fue en el sistema de salud mundial, sino político, cultural y por supuesto económico.⁴

En el reporte diario del COANCYT hasta mediados de enero de 2021, el número de contagiados a nivel mundial sobrepasaba 96,200,000 y más de 2,000,000 de fallecidos, en México en esta misma época el número era de 1,700,000 de positivos acumulados y más de 125,000 fallecidos, con un incremento ponderal en la última quincena de entre 0.3 y 1.3%, es decir, entre 10,000 y 20,000 nuevos casos diarios, con un número de fallecidos entre 500 y 1,400 fallecidos al día,⁵ a pesar de que desde inicios de la pandemia el gobierno mexicano impuso un modelo de semaforización (rojo, anaranjado, amarillo y verde) según el grado de riesgo de contagio de la población y que fue aplaudido por la propia OMS.⁶

Marco teórico

Pero, más allá del origen del virus y su potencial tratamiento médico y/o la generación de la vacuna, su

adquisición, proceso y tratamiento es de principio a fin un proceso psicológico. En ese sentido, las investigaciones posteriores han generado abundante evidencia que muestra que tanto la prevención, la adherencia al tratamiento o el enfrentamiento y avance de múltiples enfermedades son un tema de comportamiento. La evidencia muestra que los mecanismos por los cuales adquirimos, mantenemos y eliminamos nuestros comportamientos son principalmente por medio del aprendizaje. De esta forma, el pasar de una condición de ausencia de enfermedad a estar enfermo, e incluso el éxito o fracaso del tratamiento, estará determinado por nuestras creencias (cogniciones), emociones (como predisposiciones a la acción) y finalmente nuestro comportamiento en pro o en riesgo para la salud. Una manifestación extrema es el llamado «optimismo ilusorio», que lleva a que los individuos esperen cosas positivas casi de manera mágica independientemente de lo que ellos hagan. Este último caso se ha identificado como riesgoso para la salud, ya que podría llevar a que sujetos con esa tendencia pseudoptimista e ilusoria tengan incluso comportamientos riesgosos para su salud, ya que esperan que ellos no se enfermarán. En pocas palabras, cuando los individuos perciben que entre la emisión de una determinada conducta y la «eventual» llegada de las consecuencias (sean positivas o negativas), es poco probable o pase mucho tiempo para que este comportamiento se adquiera o modifique. El gran problema de esta enfermedad ha estado vinculado al comportamiento de los individuos y a la necesidad de cambios en el estilo de vida habitual, y este comportamiento está estrechamente ligado a nuestras cogniciones, emociones y factores sociales y culturales.^{7,8}

Estudios sobre la pandemia por COVID-19 han revelado que las personas tienden a percibir mayores riesgos para la salud cuando envejecen,

ya que aumenta el riesgo para su salud y que las variables que representan el estatus social como la educación y los ingresos suelen asociarse positivamente con percepciones de riesgo, lo que sugiere que la educación superior y los ingresos conducen a un nivel más alto de percepción de riesgo.^{9,10} Un buen ejemplo de ambas hipótesis es el personal de salud que ha visto modificados drásticamente sus patrones de socialización por las condiciones a las que han sido sometidos.¹¹⁻¹³

Este año el CONACYT realizó un estudio sobre creencias y encontró que las expresiones que mayor porcentaje obtuvieron podrían ubicarse en percepciones que empatan con las perspectivas científicas, naturalistas y conspiracionistas, mientras que las asociadas a una perspectiva religiosa tienen los porcentajes más bajos.¹⁴ Semejantes resultados fueron encontrados por Mejía y colaboradores.¹⁵

Por otro lado, los medios de comunicación han tenido un papel preponderante y muchos de ellos han facilitado la difusión de desinformación de COVID-19, ya sea al maximizar o minimizar el riesgo de esta enfermedad en comparación con las demás.^{9,16} En el estudio Regí y su equipo, los encuestados percibieron que había mucha publicidad mediática, es decir, una influencia repentina de conocimiento a través de diferentes medios (infodemia) que generan confusión entre el público con respecto a los cambios de comportamiento.⁸ En el estudio de Gohel y colegas se reporta que los encuestados dijeron que sus principales fuentes de información fueron las redes sociales (Facebook, WhatsApp, YouTube, Instagram) (17%) seguidas de los medios informativos (TV/vídeo) (20.84%), es decir, la mayoría de los encuestados obtuvo conocimiento sobre COVID-19 de las redes sociales (65.17%) y tristemente sólo 37.8 y 29.7% de las personas entrevistadas de EUA y el Reino Unido respectivamente creían que usar cubrebocas podría proteger a las personas de infectarse con COVID-19.¹⁷ Por otro lado, Raude y colaboradores reportan que cerca de la mitad de los encuestados estiman que era menos probable que la infección les ocurriera a ellos que a la población general. Para los autores, la mayoría de las personas en Europa estaban más sujetas a un optimismo «poco realista» sobre el riesgo de infección por coronavirus.¹⁸

La vacuna merece una mención aparte. Desde hace tiempo se sabe que la aplicación de vacunas

está relacionada con mitos, creencias filosóficas o religiosas, rumores e información que no se sustentan en evidencia científica y que se ve empoderada por el surgimiento de los movimientos antivacunas que han provocado, en parte, el resurgimiento de enfermedades que, como el sarampión, estaban en vías de erradicación.¹⁹ Fisher reporta que sólo 57.6% de los participantes en la encuesta tenían intención de vacunarse contra el coronavirus, 31.6% (n: 313) no estaban seguros y 10.8% (n: 107) no tenían la intención de vacunarse. Los factores asociados de manera independiente con la indecisión a la vacuna incluyeron edad más joven (< 60 años), raza negra, menor nivel educativo y no haber recibido la vacuna contra la influenza en el año anterior.²⁰

Finalmente, habrá que reconocer que todos podemos ser portadores, contagiar y ser contagiados, y que el curso y pronóstico aún es incierto. La necesidad de mantener distanciamiento físico, dentro y fuera del domicilio conlleva que la idea de cumplimiento no siempre sea aceptada y mucho menos se lleve a cabo por una parte de la población.²¹ Al parecer «los grupos sociales con más poder económico y mayor nivel de educación se enfrentan muchísimo mejor a la crisis sanitaria. Las desigualdades sociales en salud están ahí y los de menores ingresos y más creencias ilusorias son los más vulnerables. Esas desigualdades tienen que ver en un alto grado con el tipo de políticas sociales y económicas que se aplican en cada país». Sin embargo, se desconocen tantas cosas de la pandemia que es difícil prever un resultado final aun con la obtención de la vacuna, pero lo cierto es que las creencias afectan de una manera importante no sólo la percepción de esta alerta sanitaria, sino la forma en que se actúa. En ese sentido, nuestro trabajo se enfoca en esas creencias y su efecto en la prevalencia de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio trasversal analítico. Se invitó a todos los pacientes que acudían a la unidad de triaje respiratorio por referir síntomas sugestivos de COVID-19 al Servicio de Urgencias (*triaje respiratorio*) del Hospital de Mucho Macías (HGZ 1-A) del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se excluyó a los pacientes con asistencia ventilatoria o graves. Se realizó una entrevista de 12 preguntas de respuesta

dicotómica sobre sus creencias en cuanto a la existencia de la enfermedad así como las medidas de protección, contagio y percepción de la acción del gobierno y medios de comunicación. Se reportaron como porcentajes.

RESULTADOS

Se entrevistó a 100 pacientes que aceptaron participar en el estudio y que tenían síntomas de probable COVID-19. Los voluntarios fueron abordados en la unidad de triaje respiratorio. La edad media fue de 50.96 ± 14.9 años (rango de 21 a 81 años, 70% era mayor de 40 años), con una distribución normal, 54% ($n = 54$) eran hombres con un nivel educativo superior a la secundaria en 52%, estado civil en su mayoría casados (45%). De los encuestados, 33 refirieron haber sido contagiados por un familiar, un hijo y su pareja (siete y cinco encuestados respectivamente) (*Tabla 1*).

En cuanto a la encuesta de opinión, 24% de los entrevistados aceptó que no creía en la existencia del virus del SARS-CoV-2 antes de infectarse, porcentaje que se incrementó a 53% cuando se les preguntó si algún familiar no creía en la existencia del virus. De los encuestados, 10% no usaba crubebocas y 73% refirió tener a un familiar enfermo de COVID-19 (*Tabla 2*).

Al compararse por sexo, sólo se encontró que los hombres creían menos en la existencia del virus (21 de 54), habiendo una diferencia significativa con las mujeres (sólo tres de 43) ($p = 0.003$). En el resto de los valores no se encontró diferencia significativa (*Tabla 3*) excepto en la factibilidad de la «contagio de rebaño» como se retoma en la *Tabla 4*.

Cuando se analizó por edad, entre aquéllos con 40 años o menos comparados con mayores de 41 años o más, no se encontró ninguna diferencia significativa en sus respuestas ($p > 0.05$) Y al comparar nivel educativo, voluntarios de ambos sexos, con un nivel educativo de secundaria o menor, se encontró que 43.75% de los que tenían un nivel educativo bajo (secundaria o menos) sí creían que en los hospitales se les extraía líquido de la rodilla a los pacientes (21 de 48), ($p = 0.013$). En el resto de las respuestas no se encontró diferencia significativa ($p > 0.05$).

Al separar por sexo, los voluntarios hombres con nivel educativo bajo (secundaria o menos) se

encontraron diferencias significativas sólo en la pregunta sobre la existencia del virus, ya que la mayoría de hombres con escasa instrucción no creían en la existencia del virus (44.8%), habiendo

Tabla 1: Características generales de los voluntarios N = 100.

Característica	n = %
Edad, años	50.96 ± 14.9
Sexo	
Masculino	54
Femenino	46
Estado civil	
Soltero	27
Casado	45
Unión libre	19
Divorciado	3
Viudo	6
Ocupación	
Desempleado	5
Hogar	22
Comerciante	21
Obrero	3
Oficinista	9
Personal de salud	6
Taxista	3
Técnico	5
Otro	19
Forma de contagio	
No sabe	17
Familiar	33
En el transporte	4
En su centro de trabajo	34
En velatorio o sepelio	3
En un viaje largo	2
En una reunión con compañeros/amigos	4
En el mercado o centro comercial	4
Preferencia de vacuna	
Ninguna	17
Spunik V (Rusa)	42
Inglesa	12
Norteamericana (Moderna)	24
Cualquiera	5

Tabla 2: Respuestas de todos los voluntarios.

Pregunta	n = %	
	Sí	No
¿Antes de enfermarse, usted creía en la existencia del virus de COVID-19?	76	24
¿Antes de enfermarse, usted usaba cubrebocas?	90	10
¿Usted cree que el cubrebocas sirve?	83	17
¿Tuvo o tiene algún familiar enfermo de COVID-19?	73	27
¿Algún familiar no cree o no creía en el virus?	54	46
¿Cree que en algunos hospitales los dejen morir?	36	64
¿Cree que algunos médicos sí les extrajeron líquido de las rodillas a pacientes?	32	68
¿Está usted de acuerdo con la técnica de infección de «rebaño» para acabar más rápido con la pandemia?	9	91
¿Cree que la vacuna sirva?	80	20
¿Está vacunado contra la influenza?	40	60
¿Cree que las medidas recomendadas por el gobierno sirvan de algo?	77	23
¿Cree que la información dada por los medios de comunicación es confiable?	37	63

una diferencia significativa con los hombres con mayor nivel educativo ($p = 0.003$) y al hacer la estimación de riesgo se observó que ser hombre con nivel educativo bajo, aumenta 1.7 veces el no creer en la existencia del virus (IC95% 1.09-2.7).

Finalmente, al preguntar si estaban de acuerdo en la «técnica de contagio por rebaño» la mayoría de hombres con baja escolaridad estuvieron de acuerdo en dicha técnica, lo que fue estadísticamente significativo, como se muestra en la *Tabla 4*.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados manifiestan un grave problema cultural lleno de creencias no fundamentadas alrededor de una pandemia que ya superó 2,000,000 de muertos a nivel global; casi un cuarto de los entrevistados negaba la existencia del virus SARS-CoV-2 previo a enfermarse, mismo que se incrementaba a más de la mitad (53%) en un miembro de la familia que no creía en su existencia. Al parecer tiene relación con el sexo y el nivel académico, ya que en el hombre subía a 38% la no creencia en la existencia del virus y si ese hombre tenía una escolaridad de secundaria o menos subía a 44%. Un tercio refirió haber sido contagiado por un familiar, pero 73% refirió tener algún familiar enfermo.

Tres datos curiosos son que 32% de los voluntarios creían que en los hospitales se les extraía líquido de las rodillas a los pacientes para comercializarla, un porcentaje similar (32%) pensaba que en los hospitales se deja morir a los pacientes y la mayoría de los hombres con baja escolaridad sí consideraban la «técnica de contagio por rebaño» como una estrategia adecuada.

Estudios relacionados a las creencias reportan datos variados, así Asimakopoulou y colaboradores encontraron que la mayoría de voluntarios pensaba que no enfermaría o sería leve en comparación con personas de la misma edad y sexo.²² Y estudios sociales están de acuerdo en que durante las pandemias hay un incremento en las teorías pseudocientíficas como lo reportan Escola y su equipo.²³ Mientras Sallam y colegas relacionan estas creencias conspirativas a un nivel académico bajo.

En cuanto al sexo, las mujeres (en nuestro estudio fueron hombres) y los participantes con ingresos más bajos tenían más probabilidades de creer que la enfermedad está relacionada con una conspiración.²⁴ Y Freeman y colaboradores lo asociaron a una menor adherencia a las pautas gubernamentales así como menor predisposición a aplicarse la vacuna.²⁵

Por su lado Panchal y Jack consideran que la creencia en teorías conspirativas se debe a

condiciones ambientales particulares y psicológicas basadas en tres motivaciones psicológicas: epistémica, existencial y social. La motivación epistémica se relaciona con la de un individuo o comprensión y conocimiento del grupo de un fenómeno. Las teorías

de la conspiración pueden permitir a los individuos preservar un sentido de comprensión ante la incertidumbre y contradicción. Es notorio que estas creencias se vuelven más fuertes cuando los eventos son generalizados y/o significativos. Las creencias

Tabla 3: Comparación de las respuestas por sexo.

Pregunta	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	p (χ^2)
¿Antes de enfermarse, usted creía en la existencia del virus de COVID-19?			
Sí	33 (61.1)	43 (93.4)	0.000
No	21 (38.9)	3 (6.7)	
¿Antes de enfermarse, usted usaba cubrebocas?			
Sí	47 (87)	43 (93.4)	0.233
No	7 (13)	3 (6.7)	
¿Usted cree que el cubrebocas sirve?			
Sí	44 (81.4)	39 (84.7)	0.434
No	10 (18.6)	7 (15.3)	
¿Tuvo o tiene algún familiar enfermo de COVID 19?			
Sí	37 (64.9)	36(66.6)	0.193
No	17 (35.1)	10(33.4)	
¿Algún familiar no cree o no creía en el virus?			
Sí	31(57.4)	23 (50)	0.295
No	23(42.6)	23 (50)	
¿Cree que en algunos hospitales los dejen morir?			
Sí	20 (37)	16(65.2)	0.491
No	34(63)	30 (34.8)	
¿Crees que algunos médicos sí les extrajeron líquido de las rodillas a pacientes?			
Sí	18 (33.4)	14 (30.4)	0.463
No	36 (66.6)	32 (69.6)	
¿Cree que la vacuna sirva?			
Sí	43 (79.6)	37 (80.4)	0.561
No	11 (20.4)	9 (19.6)	
¿Está vacunado contra la influenza?			
Sí	18 (33.4)	22 (47.8)	0.102
No	36 (66.6)	24 (52.2)	
¿Cree que las medidas recomendadas por el gobierno sirvan de algo?			
Sí	44 (81.4)	33 (71.7)	0.190
No	10 (18.6)	13 (28.3)	
¿Cree que la información dada por los medios de comunicación es confiable?			
Sí	23 (42.5)	14 (30.4)	0.147
No	31 (57.5)	32 (69.6)	

Tabla 4: Comparación de la pregunta sobre la «técnica de rebaño».

¿Está usted de acuerdo con la técnica de infección de «rebaño» para acabar más rápido con la pandemia?	Respuestas, n (%)	p (χ^2)
Hombre (Sí)	8 (14.9)	0.028
Mujeres (No)	1 (2.2)	
	46 (85.1)	
Hombres con nivel educativo de secundaria o menos		
Sí	7 (24.2)	0.002
No	2 (8)	
	22 (75.8)	
Edad menor de 40 años		
Sí	10 (33.4)	0.183
No	8 (21.5)	
	20 (66.6)	
Nivel educativo de secundaria o menos		
Sí	8 (16.7)	0.011
No	1 (2)	
	40 (83.3)	
	51 (98)	

de conspiración pueden fomentar un sentido de cognición aceptable cuando la situación carece de claridad, coherencia y mensaje oficial comprensible.²⁶

En nuestro grupo, en los hombres con secundaria o menos son en quienes predominan más las creencias falsas, lo que puede traducirse en minoría o grupo vulnerable. En ese sentido, ya se han hecho estudios donde se evalúan los grupos vulnerables, encontrando que en los grupos más vulnerables es donde predominan las infecciones y la mortalidad, como el estudio de Millet que revela menor mortalidad entre pacientes de raza caucásica durante la pandemia de COVID 19.²⁷

Nuestros resultados también aportan que más de la mitad no estaban vacunados en el momento de la entrevista (60%) y 10% no usaban cubrebocas antes de tener síntomas. Al evaluar su confianza, se encontró que hay más confianza en el gobierno que en los medios de comunicación en cuanto al manejo de la pandemia y de la información respectivamente. En ese mismo sentido, en estudios anteriores sobre vacunación en la pandemia de la influenza se observó que en voluntarios con niveles académicos bajos, la mayoría de entrevistados no se había vacunado contra la influenza y aunque ninguna pandemia es igual,

se infiere que la posibilidad de vacunarse contra la COVID-19 es baja en este grupo. Mismos resultados reportaron Liao y colaboradores, sólo 7% de 896 participantes refirieron que era probable que se fueran a vacunar y lo relacionaron con la baja percepción de la gravedad de la enfermedad.²⁸ Y en cuanto a la confianza, en el estudio de Lazarus y su equipo también fue evidente la gran variabilidad de respuestas en cuanto a la confianza en sus respectivos países, en algunos la confianza era alta y en otros muy baja, lo que se relacionaba con las medidas de contención emprendidas por dichos gobiernos.²⁹

Por último y como David Singh interpreta el papel de la religión en la dispersión de la pandemia (2020) «los humanos somos una especie intensamente social, las creencias sobrenaturales están programadas en nuestro cerebro». Cierta tipo de fe es más universal que la creencia en lo sobrenatural. Como ocurre con las religiones, la mayoría de las formas de fe pueden ser interpretadas por los no creyentes como «no racional», pero esto no significa que sean necesariamente falsas. La fe permite a los humanos acercarse a cosas invisibles y también ofrece un medio para cooperar. Éste es también un factor básico en hacernos quienes somos: seres sociales y religiosos.³⁰

CONCLUSIONES

En el presente trabajo un cuarto de los encuestados no creía en la existencia del virus SARS-CoV-2, el cual se incrementaba con los voluntarios hombres de nivel educativo bajo. Asimismo, la mayoría no estaban vacunados contra la influenza y un tercio tenía la creencia de que se les extraía líquido de la rodilla a los pacientes y se les dejaba morir en los hospitales.

REFERENCIAS

1. Bouadma L, Lescure FX, Lucet JC, Yazdanpanah Y, Timsit JF. Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive Care Med*. 2020; 1-4. Available in: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05967-x>
2. Ojha V, Mani A, Pandey NN, Sharma S, Kumar S. CT in coronavirus disease 2019 (COVID-19): a systematic review of chest CT findings in 4410 adult patients. *European Radiology*. 2020; 30: 6129-6138. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00330-020-06975-7>
3. Carrillo-Vega MF, Salinas-Escudero G, García-Peña C, Gutiérrez-Robledo LM, Parra-Rodríguez L. Early estimation of the risk factors for hospitalisation and mortality by COVID-19 in México. *MedRxiv*. 2020; 1-18. Available in: <https://doi.org/10.1101/2020.05.11.20098145>
4. Lobdell KW, Hariharan S, Smith W, Rose GA, Ferguson B, Fussell C. Improving health care leadership in the COVID-19 era. *NEJM Catalyst*. 2020; 1-7. doi: 10.1056/CAT.20-0225.
5. COVID-19 Tablero México-CONACYT-CentroGeo. Available in: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
6. La OMS reconoce semáforo epidemiológico de México. Nota periodística. 14 de octubre del 2020. Disponible en: <https://bajio.telediario.mx/nacional/oms-reconoce-semaforo-epidemiologico-de-mexico>
7. Urzúa A, Vera-Villarroel P, Caqueo-Urízar A, Polanco-Carrasco R. La psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*. 2020; 38 (1): 103-118. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n1/0718-4808-terpsicol-38-01-0103.pdf>
8. Regi J, Narendran M, Bindu A, Beevi N, Benny M. Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19: A Health Belief Model approach. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2021; 9: 41-46. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.06.009>
9. Shaoa W, Haob F. Confidence in political leaders can slant risk perceptions of COVID-19 in a highly polarized environment. *Social Science & Medicine*. 2020; 261: 113235. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113235>
10. Nilima N, Kaushikb S, Tiwaryc B, Kant-Pandeyc P. Psychosocial factors associated with the nationwide lockdown in India during COVID-19 pandemic. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2021; 9: 47-52. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.06.010>
11. Moreno-Casbas MT. Factores relacionados con el contagio por SARS-CoV-2 en profesionales de la salud en España. Proyecto SANICOVI. *Enfermería Clínica*. 2020; 30 (6): 360-370. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.021>
12. Foley DA, Chew R, Raby E, Tong SY, Davis JS. COVID-19 in the pre-pandemic period: a survey of the time commitment and perceptions of infectious diseases physicians in Australia and New Zealand. *Intern Med J*. 2020; 50 (8): 924-930. doi: 10.1111/imj.14941.
13. Sanz-Almazán M, Rodríguez-Ledob P. Conocimiento y percepción de las medidas adoptadas frente a la COVID-19 por los profesionales de atención primaria al inicio de la pandemia. *Med Gen Fam*. 2020; 9 (3): 95-103. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2020.023>
14. Juárez-Huet N, Ramírez-Morales R, Olivas-Hernández O, Odgers-Ortiz O. Encuesta sobre coronavirus, bienestar y religiosidad (COBIRE 2020) Documentos de contingencia. El Colegio de la Frontera Norte (CONACYT) 2020; 1-39. Disponible en: <https://www.colef.mx/estudiosdeelcolef/encuesta-sobre-coronavirus-bienestar-y-religiosidad-cobire-2020/>
15. Mejía CR, Quispe-Sancho A, Rodríguez-Alarcón JF, Casavaler L, Ponce-López VL, Varela-Villanueva ES et al. Factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo 2020. *Rev Haban Cienc Méd [Internet]*. 2020[citado]; 19 (2): e_3233. Disponible en: www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3233/2496
16. Mizrahi D. Sociología del coronavirus: cuando la cultura de los países puede ser una ayuda o un obstáculo ante la pandemia. En: Dossier Covid-19 Impactos socioculturales de la pandemia. Centro de Estudios en Salud y Sociedad, Colegio de Sonora. 2020: 47-55. Disponible en: https://www.colson.edu.mx/promocion/img/Dossier%20Covid19_Impactos%20socioculturales.pdf
17. Gohel KH, Patela PB, Shahi PM, Patela JR, Panditb N, Rautc A. Knowledge and perceptions about COVID-19 among the medical and allied health science students in India: an online cross-sectional survey. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2021; 9: 104-109. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.07.008>
18. Raude J, Debin M, Souty C, Guerris C, Turbelin I et al. Are people excessively pessimistic about the risk of coronavirus infection? Scientific literature from EHESP School of Public Health. 2020; 1-6hal-02544148? doi: 10.31234/osf.io/364qj.
19. Morice A, Ávila-Agüero ML. Mitos, creencias y realidades sobre las vacunas. *Acta Pediátr Costarric*. 2008; 20 (2): 60-65. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/apc/v20n2/a01v20n2.pdf>

20. Fisher KA, Bloomstone SJ, Walder J, Crawford S, Fouayzi H, Mazor KM. Attitudes toward a potential SARS-CoV-2 vaccine: a survey of U.S. adults. *Ann Intern Med.* 2020; 173 (12): 964-973. doi: 10.7326/M20-3569.
21. Velayos JL, Sánchez RD. El apego en la práctica clínica durante la pandemia COVID-19. *Revista de Psicoterapia.* 2020; 31 (116): 295-309. Disponible en: <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.391>
22. Asimakopoulou K, Hoorens V, Speed E, Coulson NS, Antoniszczak D, Collyer F et al. Comparative optimism about infection and recovery from COVID-19; implications for adherence with lockdown advice. *Health Expect.* 2020; 23: 1502-1511. doi: 10.1111/hex.13134.
23. Escolà-Gascón A, Marín FX, Rusiñol J, Gallifa J. Pseudoscientific beliefs and psychopathological risks increase after COVID-19 social quarantine. *Globalization and Health.* 2020; 16 (72): 1-11. Available in: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00603-1>
24. Sallam M, Dababseh D, Yaseen A, Al-Haidar A, Ababneh N, Bakri F et al. Conspiracy beliefs are associated with lower knowledge and higher anxiety levels regarding COVID-19 among Students at the University of Jordan. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17: 4915. doi: 10.3390/ijerph17144915
25. Freeman D, Waite F, Rosebrock L, Petit A, Causier Ch, East A. Coronavirus conspiracy beliefs, mistrust, and compliance with government guidelines in England. *Psychological Medicine.* 2020; 1-13. Available in: <https://doi.org/10.1017/S0033291720001890>
26. Panchal R, Jack A. The contagiousness of memes: containing the spread of COVID-19 conspiracy theories in a forensic psychiatric hospital. *BJPsychBulletin.* 2020; 1-7. doi: 10.1192/bj.b.2020.120.
27. Millett GA. New pathogen, same disparities: why COVID-19 and HIV remain prevalent in U.S. communities of colour and implications for ending the HIV epidemic *Journal of the International AIDS Society* 2020; 23:e25639. Available in: <https://doi.org/10.1002/jia2.25639>
28. Liao Q, Cowling BJ, Lam WWT, Fielding R. Factors affecting intention to receive and self-reported receipt of 2009 pandemic (H1N1) Vaccine in Hong Kong: a longitudinal study. *PLoS ONE.* 2011; 6 (3): e17713. doi: 10.1371/journal.pone.0017713.
29. Lazarus JV, Ratzan S, Palayew A, Billari FC, Binagwaho A, Kimball S et al. COVIDSCORE: A global survey to assess public perceptions of government responses to COVID-19 (COVID-SCORE-10). *PLoS ONE* 2020; 15 (10): e0240011. Available in: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240011>
30. Singh DE. Role of Religions in the Spread of COVID-19. *Journal of Ecumenical Studies.* 2020; 55 (2): 289-310. Available in: <https://muse.jhu.edu/article/760137>

Medidas de mitigación que la población debe empoderarse para combatir el COVID-19

Mitigation measures that the population must be empowered to combat COVID-19



Adela Alba Leonel,* Joaquín Papaqui Hernández,† Samantha Papaqui Alba[§]

RESUMEN

Introducción: La COVID-19 es una enfermedad que está presente y seguirá estando, por lo que se han de tomar algunas disposiciones de protección y mitigación a fin de combatirla, en tanto no haya una vacuna o tratamiento específico. El estado ha implementado diferentes medidas de amortiguamiento, las cuales debe aplicar la ciudadanía y, mientras más rápido se pongan en marcha, mejor será el pronóstico de la pandemia. Es necesario empoderar a la población a través de la evidencia de su empleo. Tales providencias son: quedarse en casa, guardar sana distancia, uso de cubreboca, uso de careta, lavado frecuente de manos, uso de gel con alcohol al 70%, estornudo de etiqueta, no tocarse nariz, ojos y boca, entre otras. **Conclusiones:** Para que las medidas de atenuación resulten eficaces se requiere que éstas se sigan de forma corresponsable, con el propósito de disminuir la transmisión del virus, evitar la gravedad del trastorno y su impacto en la población, por lo que se tendrían que aplicar todas o casi todas las prevenciones. La pandemia por COVID-19 ha enseñado una nueva manera de vida y de hábitos; el cambio no ha sido fácil, sin embargo, se debe hacer por la salud de todos los habitantes. Por ello la responsabilidad de uno es consigo mismo y hacia otras personas.

Palabras clave: Medidas de mitigación, COVID-19, transmisibilidad, gravedad de enfermedad, impacto en la población.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 is a disease that will continue to be present, so one must take some protection and mitigation measures to combat it, as long as vaccination and treatment are not fully available worldwide. The state has put forward diverse mitigation measures, which the population must adopt, and the faster they are implemented, the better the prognosis of this pandemic will be. These are: staying at home, social distancing, face mask wearing, frequent hand washing, using gel with 70% alcohol, abstaining from touching nose, eyes and mouth, courtesy sneeze (on the elbow pit), among others. It is necessary to empower the population through evidencing the benefits of those measures. **Conclusions:** For such actions to be effective, the public must be co-responsible in order to decrease the transmissibility of this virus, avoid the severity of the disease and its impact on such population. Therefore, all or most measures should be applied. The COVID-19 pandemic has forced on all a new way of life and habits; however, this change has not been easy, it must be embraced for the health of the entire population. One's responsibility is not only to self but also to other people.

Keywords: Mitigation measures, COVID-19, transmissibility, disease severity, impact on the population.

* Doctora en Ciencias de la Salud, campo disciplinar epidemiología. Profesora de Carrera Asociada «C», Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

† Ingeniero en Informática y especialista en estadística aplicada.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

[§] Estudiante en Saint Luke, Escuela de Medicina, Ciudad de México.

Correspondencia: AAL, adelaalbaleonel65@gmail.com

ORCID: 0000-0001-9359-9590

Conflictos de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Alba LA, Papaqui HJ, Papaqui AS. Medidas de mitigación que la población debe empoderarse para combatir el COVID-19. Rev CONAMED. 2021; 26(3): 143-148. <https://dx.doi.org/10.35366/101679>

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 17/07/2020

Aceptado: 27/07/2021

INTRODUCCIÓN

La COVID-19, causada por el coronavirus SARS-CoV-2, está presente y seguirá esténdolo, por lo cual se deben tomar algunos mandatos de protección y mitigación buscando combatirla, en tanto no haya una vacuna y/o un tratamiento específico.

Por lo anterior, se comprende que, a fin de regresar a las actividades diarias, éstas van a ser de forma diferente y el camino que se contempla puede ser largo y complejo; ya que existe la probabilidad de rebrotes o una sucesión de brotes epidémicos; debido a que gran parte de la población no ha estado en contacto o bien no se ha infectado con COVID-19. Por lo tanto, no se cuenta con inmunidad contra este patógeno, y es posible estar expuestos a tal enfermedad en cualquier momento. Por ello, la ciudadanía se ha de empoderar con las medidas de atenuación.

Es importante señalar que en, este momento, la responsabilidad es compartida tanto de los habitantes como del estado en intentar el control de la pandemia.

Todas las políticas que dicte el gobierno en materia de sanidad deben ser claras, precisas y concisas con un lenguaje accesible al público.

Las disposiciones de mitigación dictadas por instituciones de salud son para disminuir la transmisibilidad del virus, incidencia de contagio, proteger a personas vulnerables, evitar la gravedad del padecimiento y su impacto en la población.

DESARROLLO

El estado ha implementado diferentes medidas de paliación, mismas que necesita aplicar la ciudadanía ya que, mientras más velozmente las ponga en marcha, mejor será el pronóstico de la pandemia de COVID-19; sin embargo, es necesario explicar cuál sería la evidencia de su beneficio, de modo que las adopten más fácilmente.

- Quédete en casa
- Sana distancia
- Uso de cubreboca
- Uso de careta
- Lavado frecuente de manos

- Uso de gel con alcohol al 70%
- Estornudo de etiqueta
- No tocarse nariz, ojos y boca
- Suspensión de actividades escolares y laborales no críticas

Quédate en casa

Posee por propósito acotar la transmisión del virus e incidencia de contagio, así como proteger a los individuos vulnerables. En otras palabras, lo que se pretende es disminuir la proporción de casos diarios y sobre todo evitar la muerte, al igual que aminorar el volumen de contagiados hospitalizados.

Esta medida es cardinal, ya que se menciona que, en México y el mundo, hasta 70% de los ciudadanos podría tener la infección sin manifestar la enfermedad, lo cual hace que haya más transmisibilidad, por eso es muy importante esta forma de mitigación.

Evadir el contacto con otras personas y visitas a las instalaciones de salubridad, (excepto en caso de síntomas graves), permitirá que los servicios funcionen con mayor eficacia. Y de esta manera, se protege de la COVID-19 usted y a otros individuos.

Sólo hay que salir de casa en situaciones de necesidad, como ir al supermercado o a la farmacia por lo imprescindible.

Sana distancia

Se refiere a que haya un espacio entre un sujeto y otro de uno y medio a dos metros ya que, si una persona con una afección respiratoria, por ejemplo COVID-19, tose o estornuda, expulsa pequeñas gotículas que contienen el germe. Y si está demasiado cerca, se puede inhalar o entrar por ojos, nariz y boca.

Hay que mantener la sana distancia en todos los lugares, como el elevador, restaurante, mercado, banco, si se necesita hacer una fila, etcétera. El distanciamiento social ha mostrado ser insuficiente por sí mismo para proteger al público, por lo que se han planteado otras estrategias de mitigación.¹

Uso de cubreboca

El doctor Molina explica que las partículas imperceptibles, denominadas aerosoles (también llamadas

gotas o gotículas humanas), nacientes de la atomización respiratoria, que se producen principalmente al hablar, toser o estornudar, son una vía de transmisión de la enfermedad, por lo que el empleo de tapaboca disminuye la probabilidad de contagio.²

La diferencia entre hacer obligatorio o no el uso de máscaras determinó el curso de la pandemia en tres sitios distintos (Wuhan, China; Italia y Nueva York), esta medida redujo significativamente el número de casos.³

El uso de cubrebocas o barbijo es fundamental en espacios públicos o cerrados. También es muy importante seleccionar cuál es el mejor para mitigar la infección, cómo se debería usar y sobre todo darle la higiene adecuada.

A fin de seleccionar el uso de tapaboca, primero es necesario conocer las características físicas del virus. Igualmente, se ha de tomar en cuenta que el cubreboca cumpla con las características de filtrar el aire que entra a los pulmones y, sobre todo, que permita respirar.

Algunas de las presuntas causas de reticencia ante utilizar el tapaboca son: que incomoda, que genera calor, que no permite respirar. Sin embargo, es relevante mencionar que el cubreboca funciona a modo de una barrera contra los aerosoles expelidos por un infectado al respirar, hablar, toser o estornudar.

El contagio se podría dar incluso al intercambiar palabras con alguien aparentemente sano, asintomático o con presíntomas. Hoy se sabe que todos exhalan de manera constante microgotas que van desde las 60 a las 300 micras, y que la vía de entrada del patógeno es por nariz, boca y ojos.

Las mascarillas más efectivas no sólo son las N95 de uso médico, sino también algunas que son confeccionadas en tres capas con tela de filtros de aspiradora (polipropileno); los materiales de las primeras y las segundas poseen propiedades químicas semejantes. Estos filtros son más accesibles económicamente y el material se puede conseguir de manera fácil para elaborarlos; la primer capa, la más superficial, debería ser de una tela repelente al agua, como el poliéster, se recomienda que cumpla con esta característica ya que no todos los poliésteres son repelentes al agua; la segunda capa es una especie de bolsa donde colocar la tela que ha de

tener la función de filtrar (ésta podría ser de líneas o elementos de hilos de algodón en forma de red o «retícula») es muy importante que ésta se pueda cambiar o quitar para lavarse y la tercera capa debe ser suave ya que es la que está en contacto con nariz y boca. De este modo, es posible impedir que alguien más respire esas exhalaciones o que otra persona deje las suyas.

Si uno lo va a comprar, es también imprescindible que cumpla con las características antes descritas, ya que en ocasiones preocupa más la estética y no la protección de la salud. Hoy en día, se encuentra disponible una gran diversidad de cubrebocas, con diferentes materiales, aspectos y estampados. Por lo que antes de adquirir uno habría que ver que cumpla con las tres capas y el tipo de material con el que está elaborado; ya que ciertos modelos ya fueron prohibidos en diversas ciudades de Estados Unidos por el riesgo sanitario que implica que tengan válvula.⁴

Las válvulas están diseñadas con tal de facilitar la respiración, estos cubrebocas limpian el aire entrante, evitan que se empañen lentes, sin embargo, permiten salir las exhalaciones sin filtrarlas, lo que representa un problema, porque si quien lo usa está infectado, este individuo propagará el virus por doquier que pase. Si se desea acabar con la pandemia se requiere romper el ciclo de contagio.

Usos y cuidados del cubreboca

Antes de colocar el tapaboca, primero se deben lavar las manos, posteriormente, al colocarlo ha de asegurarse de cubrir desde la parte baja de barbillá hasta el puente de la nariz, y sólo se tendría que manipular por las puntas que van en las orejas o por las ligas de sujeción y, una vez colocado, no se debe toquetear, ya que podría contaminarse con microorganismos que en ocasiones se portan en las palmas. A manera de que el tapaboca cumpla su cometido, se ha de emplear adecuadamente y nunca se debería quitar ni al hablar.

Si el cubreboca es desechable, se debería usar y desechar, máximo a las 24 horas, y si éste no es desechable, ha de lavarse diario con agua y jabón; igualmente, cambiar el filtro diario o bien sumergirlo

en alcohol al 70% y dejarlo secar por un día, lo que significa que se indica tener dos o tres más de repuesto.

El médico, al estar en contacto con pacientes con COVID-19, necesariamente ha de utilizar tapaboca N95 para su protección y su uso máximo es de cinco horas; la población no debería emplear este tipo de cubrebocas y, si lo emplea, tiene que ser en espacios abiertos y desecharlo en 24 horas.

Se impone ser muy cuidadoso con la higiene, así como uno se ha acostumbrado a lavarse las manos con regularidad, también se requiere aprender a desinfectar el cubreboca reusable.

El tapaboca es y necesita ser parte del equipo de protección que se requiere usar ante esta pandemia.

Una nueva cultura de lavado de manos

El lavado de manos de forma frecuente debe ser con agua y jabón y de esta manera romper la cadena de transmisión del virus.

La técnica consiste en:

Mojarlas con agua.

Adicionar jabón en las palmas.

Frotar las palmas entre sí.

Frotar la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos.

Frotar las palmas entre sí con los dedos entrelazados.

Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.

Frotar con movimiento de rotación del pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma derecha y viceversa.

Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma izquierda en modo rotatorio y viceversa.

Enjuagar las manos con agua.

Secarlas con toallas desechables.

Con la toalla desechable cerrar la llave o grifo.

En caso de no poderse lavar las manos con agua y jabón, se sugiere usar gel con alcohol al 70%. Generalmente, los geles son capaces de matar muchas bacterias e inactivar algunos

virus, al romper las membranas que los protegen, aunque no funciona con todos los tipos de microorganismos.

La mejor medida de mitigación es lavárselas con agua y jabón.

Caretas

El uso de careta sirve con la idea de evitar expeler y recibir gotas, esta protege ojos, nariz y boca.

La OMS indica que el uso de careta sólo es efectivo para proteger a los trabajadores sanitarios y reducir el riesgo de que los pacientes enfermos diseminen la enfermedad.⁵

Se recomienda su uso en:

- Las personas que revelan síntomas respiratorios como tos, estornudos o dificultad al respirar si busca atención médica, procurando proteger a los que están a su alrededor.
- Los familiares que brindan atención a parientes con síntomas respiratorios.
- Trabajadores de la salud, cuando ingresan a una habitación con pacientes o cuando tratan a un individuo con síntomas respiratorios, de acuerdo con el tipo de atención que se brinda.

Actualmente, los estudios no han demostrado un claro beneficio del uso de mascarillas en sujetos sanos. Algunas investigaciones muestran que las personas pueden infectarse al manipular una mascarilla contaminada o quitársela incorrectamente.

El sólo uso de una máscara facial no garantiza la detención del contagio, por lo que debe combinarse con otras disposiciones de protección personal, por ejemplo la higiene de las manos, mantener la sana distancia y uso de cubrebocas.

Estornudo de etiqueta

Es toser o estornudar en el ángulo interno del brazo, o cubrir nariz y boca con un pañuelo desechable.

Al cubrir la boca y nariz al toser o estornudar se restringe la transmisión del virus. Si estornuda o tose cubriéndose con las palmas podría contaminar los objetos o las personas que toque.

Evite tocarse los ojos, nariz y boca

Las manos tocan muchas superficies que pueden estar contaminadas con el germen. Y si se toca los ojos, nariz o boca con ellas contaminadas, es capaz de transmitir el patógeno de la superficie a sí mismo.

Todas estas medidas de amortiguamiento se deben usar principalmente en espacios públicos y cerrados.

No saludar de mano o de abrazo

Se necesita evitar el contacto físico al saludarse, ya que a través de dar la mano es posible transmitir el virus u otros gérmenes por lo que se recomienda saludar con el codo; con un gesto con la mano e inclinación de la cabeza.

Suspensión de actividades escolares y laborales no críticas, en tanto el semáforo esté en rojo o si se está enfermo, con el propósito de disminuir la transmisión del contagio.

No visitar a personas vulnerables

Las personas adultas mayores o aquellos con hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, obesidad e inmunodepresión tienen más probabilidad de desarrollar complicaciones ante el coronavirus.

En México, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 75%, 9.4% padece diabetes y 25.5% padece hipertensión arterial⁶ por lo que la medida de amortiguamiento de «quédate en casa» es importante.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial para la Salud mencionó que la principal vía de contagio de la COVID-19 son las gotas que expulsa una persona cuando habla, tose o estornuda y por eso la importancia de guardar dos metros de distancia, lavado frecuente de manos y uso de cubreboca.⁷

Antes, hoy y siempre, la prevención y promoción de la salubridad debe ser el eje que permita manejar o gestionar el riesgo, persiguiendo reducir toda enfermedad transmisible. Y el Estado está obligado a desarrollar programas basados en evidencia que contrarresten o mitiguen los riesgos en el público.

Estrategias⁵ para mitigar problemas de salud pública:

- Los individuos deben protegerse con las providencias recomendadas por el estado.
- Las comunidades necesitan ser empoderadas a fin de asegurar que las estrategias sean aplicadas por los individuos y éstas deben adaptarse a su contexto local.
- El gobierno precisa ampliar el sistema de salubridad pública y promover y asegurar que las medidas se cumplan
- Ciertos establecimientos deberían asegurar la continuidad de servicios esenciales (comida o suministros médicos).

CONCLUSIONES

Para que las prevenciones de mitigación sean eficaces en la disminución de la transmisión del virus, evitar la gravedad de la infección y su impacto en los habitantes, es necesario aplicar todas o casi todas las disposiciones antes expuestas, de forma corresponsable y así se va a reducir la mortalidad e impedir que se rebase la capacidad de los hospitales.

Así mismo, es valioso mencionar que el uso de estas medidas de mitigación no va a eliminar el riesgo por completo, pero sí pueden prevenir o contener sustancialmente la incidencia de casos.

La pandemia por COVID-19 ha enseñado otro modo de vida, nuevos hábitos, como el uso de cubreboca, la sana distancia, el lavado frecuente de manos con una nueva técnica, entre otras. El cambio no ha sido fácil; sin embargo, éste se debe realizar por la salud de toda la población. Por lo que la responsabilidad de uno es consigo mismo y hacia otras personas.

REFERENCIAS

1. Zhang R, Li Y, Zhang AL, Wang Y, Molina MJ. Identifying airborne transmission as the dominant route for the spread of COVID-19. Proc Natl Acad Sci USA. 2020; 117 (26): 14857-14863. doi: 10.1073/pnas.2009637117.
2. Mario Molina dice sí al cubreboca; Sheinbaum le hace caso. [Consultado 11 de julio de 2020]. Disponible en: <https://elanden.mx/item-Mario-Molina-dice-si-al-cubreboca-Sheinbaum-le-hace-caso202016646>

3. Paramo O, Nuñez M. Pese a lo que se decía, todos deberíamos usar cubrebocas. [Consultado 15 julio de 2020] Disponible en: <http://www.unamglobal.unam.mx/?p=87318>
4. ¿Por qué están prohibiendo el uso de mascarillas con uso de tecnología de válvula. [Consultado 16 de julio de 2020] Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/techbit/por-que-estan-prohibiendo-el-uso-de-mascarillas-con-tecnologia-de-valvula>
5. OPS, OMS, Mascarillas faciales durante brotes: quién, cuándo, dónde y cómo usarlas. [Consultado 11 de julio de 2020] Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15744:face-masks-during-outbreaks-who-when-where-and-how-to-use-them&Itemid=1926&lang=es
6. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, 2016 (ENSANUT MC, 2016). Informe final de resultados 1-151
7. La OMS admite que “es posible” que el coronavirus se contagie por el aire. [Consultado 15 julio 2020] Disponible en: <https://covid19comisionunam.unamglobal.com/?p=87331>

La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres

Obstetric violence in the violation of women's human rights

María Daniela Ramírez Saucedo,* César Hernández Mier,† Grey Yuliet Ceballos García§

RESUMEN

Introducción: La violencia obstétrica (VO) es una forma de violencia de género que se ha convertido en una problemática mundial, vulnerando los derechos humanos (DD. HH.) de las mujeres, en particular aquellos sexuales y reproductivos, repercutiendo negativamente en su autonomía, su sanidad física, sicoemocional e incluso social. El abordaje de esta rudeza en la obstetricia, a partir del análisis crítico feminista, refleja que sus bases radican en prejuicios y estereotipos machistas que conciben la reproducción como un acto inherente a la naturaleza femenina. De esta forma, el abuso obstétrico en los establecimientos sanitarios no respeta, no protege, ni garantiza los DD. HH. de las mujeres. **Objetivo:** Delimitar los DD. HH. quebrantados a través de la VO, al igual que su impacto en la salud y dignidad de la mujer. **Conclusiones:** Aunque la definición y caracterización de la VO es reciente, es importante abordarla de manera prioritaria. Es imprescindible incrementar la perspectiva de género en las instituciones de salubridad, de manera que se salvaguarde el honor de las féminas, eliminando los prejuicios y estereotipos existentes en torno a la reproducción. Ingresar a una institución sanitaria no implica que las mujeres pierdan sus derechos, su calidad de humanas, ni sus facultades de toma de decisiones, libertad y dignidad. Es necesario incrementar la investigación en el campo de la VO a fin de obtener una mayor visión interpretativa sobre este fenómeno, sus causas y consecuencias, y con ello lograr su erradicación paulatina.

Palabras clave: Violencia obstétrica, violencia de género, derechos sexuales y reproductivos, derechos humanos de las mujeres.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is a form of gender violence, it has become a global problem, violating the human rights of women, in particular their sexual and reproductive rights, negatively affecting their autonomy, their physical, psycho-emotional, and even social health. The approach to obstetric violence based on feminist critical analysis reflects that its bases lie in prejudices and sexist stereotypes that conceive reproduction as an act inherent to female nature. Thus, obstetric violence in health institutions does not respect, protect, or guarantee the human rights of women. **Objective:** To define the human rights violated through obstetric violence, as well as its impact on the health and dignity of women. **Conclusions:** Although the definition and characterization of obstetric violence is recent, it is important to address it as a priority. It is essential to increase the gender perspective in health institutions, to safeguard the dignity of women, eliminating existing prejudices and stereotypes regarding reproduction. Entering a health institution does not imply that women lose their rights, their human faculties, or their decision-making powers, freedom and dignity. It is necessary to increase research in the field of obstetric violence in order to obtain a greater interpretive vision of this phenomenon, its causes and consequences, and thereby achieve its gradual eradication.

Keywords: Obstetric violence, gender violence, sexual and reproductive rights, human rights of women.



* Licenciada en Enfermería, estudiante de Maestría en Derechos Humanos. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

† Máster en Medicina Forense, profesor investigador de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

§ Máster en Salud Comunitaria, profesora investigadora de la Universidad de Antioquia, Colombia.

Correspondencia: MDRS, mdaniela_1406@hotmail.com

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Este artículo es resultado del trabajo de grado de maestría de María Daniela Ramírez Saucedo.

Citar como: Ramírez SMD, Hernández MC, Ceballos GGY. La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. Rev CONAMED. 2021; 26(3): 149-155. <https://dx.doi.org/10.35366/101680>

Financiamiento: Este artículo hace parte del trabajo de grado de maestría de María Daniela Ramírez Saucedo. No se recibió financiación externa.

Recibido: 05/04/2021

Aceptado: 27/07/2021.

INTRODUCCIÓN

El acceso a una vida libre de violencia es un derecho humano básico interdependiente a los derechos de dignidad, desarrollo insubordinado de la personalidad y a la salud. Garantizar estas potestades a las mujeres requiere erradicar toda práctica de agresión física, sicoemocional, sexual, simbólica e institucional contra ellas, incluyendo la VO, la cual es definida como cualquier conducta, acción u omisión, realizada por personal de sanidad (PS) que de manera directa o indirecta, en el ámbito público o privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las féminas, expresa en un trato deshumanizado, abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales.¹ La VO se manifiesta en toda acción violenta que pueda aquejar a las mujeres durante las fases reproductivas (embarazo, parto y puerperio), es en especial durante el alumbramiento cuando las féminas se vuelven más vulnerables de sufrirla.

Investigaciones en torno a la calidad de la atención obstétrica identifican un trato irrespetuoso y ofensivo durante el nacimiento en instituciones sanitarias (IS), donde se transgreden los DD. HH.² Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la VO se presenta aproximadamente en una de cada 3.5 atenciones obstétricas,³ volviéndola un problema de salud pública y de DD. HH., cuya erradicación es prioritaria. En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) fue la primera instancia en reportar hallazgos acerca de VO, a través de los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2016), mostrando que de 2.9 millones de mujeres (15-49 años de edad) que fueron atendidas por parto o cesárea, 33.4% sufrieron algún tipo de maltrato.⁴

En la República Mexicana, el machismo continúa latente en diversos aspectos sociales, incluyendo la atención médica. La cultura patriarcal está enraizada en la cultura, tanto que algunas mujeres pueden llegar a normalizar la violencia de género (VG) suscitada en el servicio de obstetricia. La institucionalización del nacimiento de bajo riesgo ha contribuido a patologizarlo, viendo la intervención hospitalaria como una necesidad, en el cual pueden ocurrir actos de abuso de autoridad,

arrebato del protagonismo de la mujer en el parto, y vulneraciones de sus DD. HH.

El presente artículo, con un diseño exploratorio, mediante el empleo de hermenéutica jurídica y revisión de la bibliografía existente, tiene el objetivo de delimitar los DD. HH. infringidos a través de la VO, al igual que su impacto en la salud y respetabilidad de las mujeres que la sufren.

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO FORMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La VO es una forma de VG y no debe confundirse con la negligencia médica, aunque tanto la VO como dicha negligencia involucran errores durante el proceso de atención; a pesar de contar con los conocimientos necesarios para atender una condición de salud, la VO tiene su origen en cuestiones de género, es decir, es provocada por la asimetría en las relaciones de poder entre mujeres y hombres, donde se perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino, producto de una cultura patriarcal. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) declara que la VO está tan normalizada, que en muchos países todavía no se considera VG, es decir, es una agresión invisible, y no reconocida socialmente, oculta tras protocolos hospitalarios,⁵ siendo a su vez una forma de violencia simbólica e institucional, buscando generar aceptación o naturalización de la misma por parte de sus víctimas.

Existe consenso entre teóricas feministas al considerar que la relación entre el PS y las mujeres durante la diligencia obstétrica es desigual y basada en relaciones de poder. Las actitudes, roles y normas conductuales, políticas e institucionales, codifican la práctica de la medicina en una serie de estereotipos o prejuicios en los que se concibe a la reproducción como un acto inherente a la naturaleza femenina, donde toda consecuencia (positiva o negativa) ha de ser aceptada obediente y pasivamente por parte de la madre en ciernes.

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SU REGULACIÓN

La práctica médica se encuentra regulada en todo el mundo, por tratados globales, leyes nacionales y locales. En tal caso, la VO no es la excepción. A

nivel internacional se ha alertado acerca de la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos (DSR), considerando la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los DD. HH. universales,⁶ tal es el caso de la OMS, con la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1979), la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres «Convención Belem De Pará» (1996) y el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (2013).

En Latinoamérica, los DRS son reconocidos por la Institución Interamericana de Derechos Humanos (IIDH) desde el 2008,⁷ tienen validez internacional y son jurídicamente vinculantes. La IIDH los define como el conjunto de DD. HH. que tienen que ver con la salud reproductiva y más ampliamente con todos aquellos que inciden en la reproducción humana; a esta definición se debería sumar la esfera de sexualidad humana, puesto que los DD. HH. no se limitan solamente a la función reproductiva. Venezuela, Argentina y México reconocen la VO en su leyes de acceso a las mujeres a una existencia exenta de violencia, y las han adaptado buscando su regulación o tipificación, siguiendo las recomendaciones de las convenciones internacionales.

La VO se encuentra incorporada en la ley estatal de sólo 17 entidades de la República Mexicana, además esto contrasta con la Ley General de Acceso de Las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) donde aún no se incluye, a pesar de múltiples iniciativas encaminadas a su incorporación (*Tabla 1*).

LOS DERECHOS HUMANOS VULNERADOS EN LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En este país, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) reconoce y conceptualiza la VO como una modalidad de violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios sanitarios por una deshumanizada atención durante el proceso reproductivo, generándose afectación física, psicológica o moral, o incluso la pérdida de la vida de la madre, del feto o del recién nacido,

derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales.⁸ El hecho de definirla contribuye a reconocer sus causas, manifestaciones y consecuencias, del mismo modo que las medidas pertinentes con tal de erradicarla.

Lo anterior permite identificar que la VO puede vulnerar los distintos DD. HH. que poseen las mujeres, entre ellos el derecho a la vida. Este derecho implica que toda persona disfrute de su ciclo existencial sin interrupciones de agentes externos, ya que el Estado debe respetar la existencia humana, en el deber negativo de evitar su privación, y en el deber positivo de proteger y garantizar la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción.⁸ Dicho derecho se transgrede a través de acciones u omisiones que tienen por consecuencia la pérdida de la vida de la mujer, tales como desestimar los padecimientos manifestados por ella, descuidar la vigilancia estrecha de la diada materno-fetal, abandonar a la paciente, medicalizar y patologizar los procesos naturales.

Al mismo tiempo, se identifica la vulneración del derecho a la integridad personal, que es considerada en múltiples tratados⁹ e incluye las dimensiones física, psicológica y moral; afectaciones a este derecho generan inestabilidad en cualquiera de sus aristas, por lo que la VO incide directa e indirectamente en la integridad de las féminas. Ejemplos de este quebranto se identifican en la falta de trato oportuno a las mujeres y en la ejecución de algunas maniobras que incrementan el riesgo de lesiones en el canal vaginal y en el feto, que a su vez están prohibidas en la NOM-007-SSA2-2016.¹⁰ En el daño a la dimensión psicológica y moral, se identifican prácticas de infantilización, no resolver cuestionamientos o hacerlas sentir culpables por cualquier resultado negativo durante el parto.

Se infringe el derecho a la igualdad y no discriminación,¹¹ lo cual representa, como lo expresan la OMS y la CNDH, una preocupación particular por las féminas que viven en situación de vulnerabilidad (afrodescendientes, migrantes, mujeres que viven con VIH, indígenas, con discapacidad, menores de edad, entre otras), generándose una doble transgresión, en primer lugar, por cuestiones de género y en segundo por la condición social de cada mujer.

Tabla 1: Análisis de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia a nivel federal y estatal respecto a la violencia obstétrica.

Entidad	Considera violencia obstétrica	Definición	Componente de derechos sexuales y reproductivos	Componente de dignidad	Componente de patologización y medicalización
Ley Federal	No				
Aguascalientes	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Baja California	No				
Baja California Sur	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Campeche	No				
Chiapas	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Chihuahua	No				
CDMX	No				
Colima	Sí	Sí	Si	Sí	Sí
Durango	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Estado de México	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Guanajuato	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Guerrero	No				
Hidalgo	No				
Jalisco	No				
Michoacán	No				
Morelos	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Nayarit	No				
Nuevo León	No				
Oaxaca	No				
Puebla	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Querétaro	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Quintana Roo	Sí	Sí	No	Sí	Sí
San Luis Potosí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Sinaloa	No				
Sonora	No				
Tabasco	No				
Tamaulipas	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Tlaxcala	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Veracruz	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Yucatán	Sí	No	Sí	Sí	No
Zacatecas	Sí	Sí	No	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia a nivel federal y estatal.

Se viola el derecho a la libertad y la autonomía reproductiva, la cual representa la libertad de decidir de manera autónoma, responsable e informada el número y espaciamiento de los hijos. Tal derecho es interdependiente al desarrollo soberano de la personalidad. La CEDAW reconoce la importancia del acceso de las mujeres a la información, educación y medios que les permitan ejercer este derecho.¹² Esta vulneración se exemplifica en prácticas de esterilización forzada, la imposición de método anticonceptivo, procedimientos procurando acelerar el trabajo de parto, negación del bloqueo epidural (si la parturienta lo solicita), burlas, descalificaciones e insultos ante sus decisiones reproductivas.

Se priva del derecho a la información y al libre consentimiento informado, los cuales abordan la libertad de las féminas a solicitar, recibir y difundir información, al igual que autorizar procedimientos o tratamientos relacionados con su salud. La información que reciben las mujeres tiene que ser veraz, comprensible, objetiva, imparcial, sin prejuicios e inmune a cualquier coerción. Su violación se observa al subestimar la opinión de la mujer en torno a su situación de sanidad con lo que se anula su capacidad de decisión, solicitar el consentimiento respecto a algún procedimiento al acompañante de la ella (frecuentemente el esposo o pareja) y no directamente a ella, lo que le impone un rol o estatus de incapacidad en la toma de decisiones, no prestar importancia a que reciba información de riesgos y beneficios, ejecutando discriminación, amenazas o presiones, asimismo realizar procedimientos invasivos rutinizados, dígase la episiotomía y tactos vaginales sin consentimiento.

Se vulnera el derecho a la protección a la salud, el cual tiene fundamento en el artículo 4º constitucional en México,¹³ cuyo cumplimiento consiste en que cada persona alcance el nivel más alto posible de sanidad física y mental, del mismo modo que el disfrute de las facilidades, bienes y servicios para alcanzarlo. Esto involucra que las mujeres reciban atención oportuna, de calidad, profesional, éticamente responsable, respetuosa y digna. Acciones que transgreden este derecho incluyen la ejecución de prácticas médicas sin evidencia científica, reconocidas así por la *International Mother-Baby Childbirth Initiative* (IMBCI)¹⁴ por ejemplo: tricotomía pública, enema evacuante, exámenes vaginales

repetitivos, restricción de ingesta de alimentos y líquidos, confinamiento dentro de cama, instalación de líquidos intravenosos sin necesidad clínica, posición de litotomía exclusiva durante la fase expulsiva del parto, episiotomía, uso de fórceps; así mismo el sustituir las actividades asistenciales del personal de contrato con estudiantes de áreas de la salud,¹⁵ infraestructura y equipamiento inadecuados, personal obstétrico insuficiente, y el no aplicar la *lex artis ad hoc*.

Las acciones descritas que infringen los otros derechos también transgreden el derecho a acceder a una vida libre de violencia, el cual fue planteado inicialmente en la Convención Belém do Pará y posteriormente fue ratificado y promulgado como Ley General en México (2007). Representa el derecho de toda mujer a que ninguna acción u omisión basada en el género, le cause daño o sufrimiento físico, psicológico, patrimonial, económico, sexual o moral, involucrando todos los ámbitos de su existencia.¹⁶ Ese derecho puede quebrantarse a través de la relación jerárquica de poder entre el PS y la mujer, con base en una diferencia de funciones, habilidades y conocimientos, y al predominio de una cultura sexista y discriminatoria de género, lo cual conlleva al maltrato de las féminas; a su vez, engloba características de todas las libertades anteriormente analizadas. Su vulneración se identifica en actos de hostigamiento sexual, trato deshumanizado, burlas, amenazas, insultos, descalificaciones, gritos, dificultad de las mujeres al intentar manifestar dudas, miedos o inquietudes, igual que el impedimento para la expresión de emociones por mala actitud del PS, negación de tratamiento (sin justificación clínica), exámenes o procedimientos dolorosos, igual que cualquier tipo de agresión física o sicológica.

CONCLUSIÓN

En esta república se continúa desestimando la importancia de la mujer como sujeta de derechos en diversos ámbitos, incluido el de atención a la salud, lo cual debe corregirse con el fin de que las féminas alcancen un nivel de bienestar más allá de la dimensión física, es decir, que se extienda hasta el plano sicoemocional, social y relativo a su honrabilidad humana. Ingresar a una institución de salubridad no implica que las mujeres pierdan sus

derechos, su facultad de humanas, ni sus prerrogativas de toma de decisiones, libertad y dignidad.

Aunque la definición y caracterización de la VO es reciente, es importante abordarla de manera prioritaria al ser parte de la mejora continua de la práctica médica. Una herramienta imprescindible que procura lograrlo es incrementar la perspectiva de género en los institutos de salud, de manera que se salvaguarde el honor de las mujeres y se eliminen los prejuicios y estereotipos existentes en torno a la reproducción.

Un avance de dicha perspectiva en las instituciones sanitarias es la creación de la Iniciativa del Parto Humanizado, a modo de respuesta frente al modelo tradicional de servicio médico que desestima el nacimiento como proceso natural, que no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y principios propuestos por la OMS.¹⁷ También se ha acuñado el término de «nacimiento humanizado» el cual incluye todo el proceso: desde el embarazo hasta el puerperio tardío, e involucra la atención a la persona recién nacida y su desarrollo futuro, en aras de la disminución de actos de violencia y bajo el respeto de los DD. HH.

La ejecución de la Iniciativa del Parto Humanizado en las organizaciones sanitarias ha de involucrar una visión centrada en la señora como protagonista de su alumbramiento, donde las mujeres y los miembros de la familia puedan elegir la forma en la que quieren que sus hijos nazcan, enmarcado en un cuidado profesional capacitado no sólo en el ámbito clínico y práctico sino también en la calidad y la dignificación de la atención.

La inclusión de la perspectiva de género desde la formación universitaria en el campo de la obstetricia puede contribuir de forma importante en la erradicación de la VO. Esto conlleva a que los organismos educativos formen a los estudiantes en un marco de respeto hacia los DD. HH. de las mujeres (integrando a la vez la normativa internacional y nacional existente), y el enfoque de medicina basada en evidencia, que en el ámbito obstétrico busca eliminar la ejecución de prácticas rutinarias que, al no demostrar sustento científico, se convierten en formas de VO.

La perspectiva de los DD. HH. debe fomentarse tanto en el ámbito formativo de las univer-

sidades como en los profesionales activos en las instituciones de salud, con el fin de que, en primer lugar, el personal reconozca todos los DD. HH. que poseen las mujeres que atienden, en aras de centrar la práctica clínica en el mantenimiento de su bienestar y en la garantía al acceso a una vida exenta de agresiones, es decir, el personal sanitario tiene que convertirse en un verdadero agente de cambio. Así mismo es necesario incrementar la investigación en el campo de la VO para lograr obtener una visión más interpretativa sobre sus causas y consecuencias y medidas a fin de lograr su erradicación paulatina.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las mujeres que en nuestra vida personal y profesional nos inspiraron para realizar investigación en este campo.

REFERENCIAS

1. Medina G. Violencia Obstétrica. RDFyP. 2009; 4 (1): 16-21.
2. OMS. Human Reproduction Programme [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado 12 Dic 2020]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statementchildbirth/es/
3. OMS. Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es un problema de salud global de proporciones epidémicas. [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado 12 Dic 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/
4. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [Internet]. México: INEGI; 2017 [Consultado 22 Jun 2021]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf
5. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer [Internet]. Sep 2015 [consultado 20 Dic 2020]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
6. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Rev Redbioét/UNESCO. 2013; 1 (7): 25-34.
7. Institución Interamericana de Derechos Humanos (IIDH). Promoción y defensa de los derechos reproductivos: nuevo reto para las instituciones nacionales de derechos humanos; IIDH, San José, 2003, 123-129.
8. Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). Recomendación General No. 31/2017. Sobre la violencia

- obstétrica en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. México: CNDH; 31 Jul 2017 [consultado 18 Dic 2020]. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf
- 9. Departamento de Derecho Internacional (DEA) [Internet]. Costa Rica: DEA; 2014 [Consultado 20 Ene 2021]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm
 - 10. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 [Internet]. Para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y a la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación. 7 abr 2016 [Consultado 8 ene 2021]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf>
 - 11. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [Internet]. Reino Unido: UNESCO; 2005 [Consultado 18 Feb 2021]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
 - 12. UN Women. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) [Internet]. United States: ONU; 2009 [Consulted 18 Feb 2021]. Available in: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>
 - 13. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. México; 2011 [Consultado 6 Ene 2021]. Disponible en:<http://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmprtvs/iniciativas/lnic/136/2.htm#:~:text=El%20var%C3%B3n%20y%20la%20mujer,la%20protecci%C3%B3n%20de%20la%20salud.>
 - 14. International Mother-Baby Childbirth Organization (IMBCO) [Internet]. IMBCO and FIGO created a new global Initiative. USA; Oct 2014 [Consulted 20 January 2021]. Available in: <http://imbcoco.weebly.com/>
 - 15. Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003 [Internet]. Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internados de pregrado. Diario Oficial de la Federación. 24 ago 2003 [Consultado 8 enero 2021]. Disponible en: <https://salud.qroo.gob.mx/portal/descargas/calidad/Internado%20M%C3%A9dico%20de%20Pregrado/NOM-234-SSA1-2003%20Utilizaci%C3%B3n%20de%20campos%20cl%C3%ADnicos%20para%20ciclos%20cl%C3%ADnicos%20internado%20de%20pregrado.pdf>
 - 16. Ley General de Acceso a las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia, Gobierno de México [Internet]. México; 2015 [consultado 14 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conavim/documentos/ley-general-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-pdf#:~:text=enero%20de%202017-,La%20Ley%20General%20de%20Acceso%20de%20las%20Mujeres%20a%20una,general%20en%20la%20Rep%C3%BAblica%20Mexicana.&text=Asimismo%2C%20define%20el%20hostigamiento%2C%20el,cual%20se%20tipifica%20el%20feminicidio.>
 - 17. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Essential antenatal, perinatal and postpartum care: training modules [Internet]. Copenhagen: Feb 2002 [Consulted 18 January 2021]. Available in: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107482>



CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

CLARIDAD, IMPARCIALIDAD Y CONFIDENCIALIDAD



OBJETIVIDAD

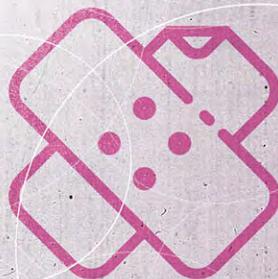
Sin sesgos, prejuicios o tratos diferenciados de ningún tipo hacia ninguna de las partes

¡Estamos para ayudarte!



EXPERTOS

Orientación por personal altamente calificado



GRATUITO
Asesoría sin costo para usuarios y profesionales de la Salud



RECOMENDACIONES

Material descargable a través de nuestra página oficial en apoyo a profesionales de la Salud



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Protocolos contra COVID-19



**UTILIZAR
CUBREBOCAS**



LAVA TUS MANOS

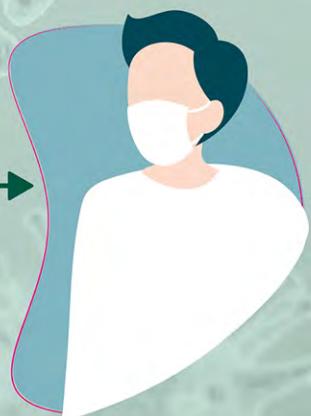
con agua y jabón (usa antibacterial)

La vacunación previene el COVID-19 grave, la hospitalización o la muerte, pero está presente el riesgo de contagio.



MANTÉN LA DISTANCIA

Mínimo 2 metros



Protégete y protege a los demás

Continúa con los protocolos de protección contra COVID-19

Estamos para ayudarte



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

 **CONAMED**
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

-----CURSO EN LÍNEA-----

¿Cómo levantar una queja por la atención médica recibida?

AL PÚBLICO EN GENERAL

PRÓXIMAS FECHAS

Para mayor información:
www.gob.mx/conamed
cursoprevencionconflicto@conamed.gob.mx

Estamos para ayudarte



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO