



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



gaceta

HJM

HOSPITAL
JUÁREZ
de MÉXICO

Nueva época
Año 5 / # 1
Enero-abril
de 2015

noticias y novedades

informes: el HJM en 2014 / nota sobre la gaceta / espacio para la clínica de catéteres / nuevos consultorios en gastroenterología / farmacia hospitalaria / día de la enfermera / taekwon do / anteojos para niños / día de reyes y día del niño / "un ángel en tu camino"

actualidades médicas

congresos, cursos y talleres: obstetricia crítica / premios y reconocimientos: reconocimiento al dr. manrique en el IPN / día del administrativo / premio al dr. licéaga / actualización en enfermería: cursos de la AE: de medicina interna y de intervenciones y seguridad en el paciente pediátrico / SMQ: cambio de mesa directiva

quiénes somos / qué hacemos

la actividad de enfermería fuera del hospital / obituario / sistema estadístico epidemiológico de las defunciones / claudia yazmín díaz

logros y retos del hjm

código MATER / ¡oye cómo va...! datos y cifras del HJM en 2014

i&d en investigación

unir talentos y esfuerzos para el progreso médico

enseñanza y formación

bienvenida a los residentes / dos primeros lugares de biología de la reproducción / neurocirugía: primer lugar como sede y diploma al mérito universitario para el dr. mendizábal / graduación de residentes 2015 / graduación de OTR

calidad y seguridad

innovar en las instituciones públicas / ética y cultura laboral / curso: priorización y optimización de procesos
cápsulas para el buen seso
el bullying

la curiosidad mató al dato

la bicicleta: protagonista del cambio

Innovar en las instituciones públicas



Participa en la Gaceta

Invitamos a todo el personal del Hospital a colaborar con ideas, opiniones, anécdotas, textos e imágenes para integrar los siguientes números de la Gaceta del HJM.

Toda información recibida será evaluada previamente por el Comité Editorial para su publicación.

UNIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL / EXT. 7695

INVITACIÓN A PARTICIPAR
colaboraciones

Consulta nuestro sitio web
www.hospitaljuarez.salud.gob.mx

d directorio

Dr. Martín Antonio Manrique
Director General
Dr. José Manuel Conde Mercado
Director Médico
Dr. José Moreno Rodríguez
Director de Investigación
Lic. Miguel Ángel Torres Vargas
Director de Administración
Dr. Carlos Viveros Contreras
Titular de la Unidad de Enseñanza

Editores:

Dr. José Manuel Conde Mercado
Dr. José Ma. Tovar Rodríguez
María Isabel Rivas Martínez

Comité Editorial:

Dra. Olga Beltrán Ramírez
Dr. Jaime Mellado Abrego
Dr. Ricardo Rivera Pérez
Dra. Claudia Yasmín Díaz Aguilar
Mtro. Guillermo Cedillo Olivo
Lic. Ignacio Gómez Rojas

Comunicación Social

Luis Manuel Moreno Munguía

Webmaster

www.hospitaljuarez.salud.gob.mx

Gaceta HJM

Es el órgano oficial de comunicación del Hospital Juárez de México. Se publica trimestralmente con un tiraje de 2 mil ejemplares. Distribución institucional. Impreso por Alfonso Sandoval Mazariegos

Producción y coordinación editorial:

Luis Moreno / Karina Olvera / Víctor Blanquet / Arcella Quezada / M. Isabel Rivas / Victoria Andrade

Revisión médica y científica

M. Isabel Rivas / José M. Tovar / Olga Beltrán

Fotografía:

Víctor Blanquet / Victoria Andrade / Armando A. Álvarez / Luis Arias I. Rodolfo Méndez / Rebeca Nazario

Diseño y edición:

Juan Arroyo / Teresa Martínez Arana

Para aclaraciones, sugerencias o colaboraciones, dirigirse a la Unidad de Comunicación Social del Hospital Juárez de México.

Todo material es publicado bajo estricta autorización de su autor o del titular de los derechos correspondientes. El Comité Editorial se reserva el derecho de modificar el contenido de artículos y colaboraciones de acuerdo a las necesidades y políticas de difusión de la institución. El Hospital Juárez de México difunde la información contenida en esta Gaceta como un servicio de información y orientación a los trabajadores del mismo y al público en general. Sin embargo, no se responsabiliza por la información ni comparte necesariamente la opinión vertida por los autores de las diferentes colaboraciones.

© Derechos Reservados. México, 2011

contenido

noticias y novedades

- informes: el HJM en 2014 / nota sobre la gaceta
- espacio para la clínica de catéteres / nuevos consultorios en gastroenterología / nuevo equipo de trabajo de farmacia hospitalaria
- día de la enfermera / exhibición de tae kwon do / anteojos para niños
- día de reyes / día del niño / "un ángel en tu camino"

actualidades médicas

- congresos, cursos y talleres:** obstetricia crítica
- premios y reconocimientos:** reconocimiento al dr. manrique en el IPN / día del trabajador administrativo
- premio al dr. licéaga
- actualización en enfermería:** cursos de medicina interna y de intervenciones y seguridad en el paciente pediátrico
- SMQ:** cambio de mesa directiva

quiénes somos / qué hacemos

- la actividad de enfermería fuera del hospital
- obituario
- sistema estadístico epidemiológico de las defunciones
- claudia yazmín díaz, jafa de residentes

logros y retos del HJM

- código MATER en el HJM
- joye cómo va...! datos y cifras del HJM en 2014

innovación y desarrollo en investigación

- uniendo talentos y esfuerzos para el progreso médico

enseñanza y formación médica

- bienvenida a los residentes / dos primeros lugares de biología de la reproducción / neurocirugía: primer lugar como sede y diploma al mérito universitario para el dr. mendizábal / graduación de residentes 2015 / graduación de OTR

calidad y seguridad

- innovar en las instituciones públicas
- ética y cultura laboral / curso: priorización y optimización de procesos

cápsulas para el buen seso

- el bullying

la curiosidad mató al dato

- la bicicleta: protagonista del cambio cultural en la ciudad de México



RESCATEMOS EL EXPEDIENTE CLÍNICO

Con tu ayuda, cumpliremos con éxito esta importante tarea

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

EN 2015,
EL RETO ES
AQUÍ Y AHORA



HJM gaceta

HOSPITAL
JUÁREZ
de MÉXICO

Nueva época
Año 5 / #1
Enero-abril
de 2015

El HJM es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal por lo que está inscrito y responde a los programas federales. Su labor está comprometida con el objetivo general del PND 2013-2018: “Llevar a México a su máximo potencial”, y sus principales tareas se articulan fuertemente con dos de las cinco metas nacionales puestas en juego: “México Incluyente” y “México con Educación de Calidad”. Paralelamente, su funcionamiento y desarrollo se enmarcan en la estrategia de “Gobierno Cercano y Moderno”.

Estas expresiones no son palabras efímeras o circunstanciales ni se relacionan con un mero discurso para salir del paso. Si reflexionamos en cada una de ellas, el mensaje es claro, mientras que su sentido y su valor son muy precisos. Los que colaboramos en el sector salud las entendemos más que bien.

A su vez, el Programa Sectorial de Salud nos traduce estas metas y estrategias en seis objetivos que sirven de guía y marco del quehacer hospitalario. Se trata, en suma, de consolidar las acciones de protección, promoción y prevención; de asegurar el acceso efectivo a servicios con calidad; de reducir los riesgos que afectan a la población; de cerrar las brechas existentes; de asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y de avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

En el HJM todos sabemos en qué consisten exactamente estos objetivos. Los percibimos y cumplimos con ellos día tras día, al tiempo que impulsamos su logro siempre centrados en una atención digna, segura y de calidad para nuestros pacientes. En la práctica cotidiana conjuntamos nuestras mejores competencias y habilidades para responder a las necesidades y demandas que nos competen.

La atención médica es una de nuestras responsabilidades sustantivas. En el periodo reciente se ha impulsado la cirugía de mínima invasión y se están preparando nuestros cirujanos en aquellas técnicas que muy pronto serán de primer orden. En respuesta a la demanda, ahora ofrecemos endoscopia durante los fines de semana.

Como cualquier otra institución, el HJM sigue enfrentando las infecciones nosocomiales. En este sentido, hemos instrumentado campañas intensivas y permanentes para la promoción del lavado de manos y, sobre todo, el abatimiento de las neumonías asociadas a ventilador. Asimismo, el monitoreo en la intranet del evento adverso es ya una realidad.

Gracias a la colaboración del Patronato tenemos un nuevo tomógrafo con software, que permite hacer estudios muy completos y actuales. Un impulso conjunto con el Instituto de Psiquiatría ha dado como resultado un resonador de amplia capacidad y con imágenes óptimas para el estudio de casos especiales, sobre todo del sistema nervioso central, a nivel de corazón y otras áreas. Un nuevo equipo de ultrasonido ayuda a valorar embarazos de alto riesgo, además de que disponemos de una fuente de cobalto para teleterapias adecuadas. El HJM es el único hospital federal que cuenta con equipos para estudios especiales del hígado y su análisis en el caso de fibrosis. Asimismo, hay otros equipos nuevos, de primera línea, que permiten realizar manometrías esofágicas o pHmetrías en forma completamente digital.

Parte de la infraestructura ha mejorado. En el presente año se modificó y modernizó completamente el Laboratorio Clínico, en tanto que el área de Consulta Externa del Servicio de Oncología se amplió, con un incremento adicional en consultorios para la atención tanto en las áreas médicas como en las de psicología y trabajo social. Las áreas de terapia física se remodelaron significativamente. También se mejoraron los quirófanos del área de investigación al tiempo en que se remozaron y ampliaron los espacios de otros servicios.

En el aspecto administrativo se han dado los primeros pasos para operar mediante un sistema de gestión hospitalaria denominado HRP. Otro avance importante es la consolidación de la Farmacia Hospitalaria Subrogada, que permite garantizar el abasto de medicamentos y de material de curación en hospitalización, quirófanos o áreas críticas. Es importante señalar que las obras de mantenimiento y conservación de las instalaciones, que cumplieron un cuarto de siglo, son continuas y permanentes.

La Certificación Hospitalaria concluye en noviembre, por lo que uno de los proyectos prioritarios de este año es consolidarla para 2016.

Recientemente nos hemos incorporado, en conjunto con la Secretaría de la Función Pública, a un programa de innovación, intercambio del conocimiento y buenas prácticas cuyo objetivo es desarrollar actividades que de alguna manera promuevan el primer paso de la innovación.

En cuanto al resto de los indicadores, el HJM sigue trabajando en incrementar la subsecuencia de las consultas, la reducción de los tiempos de espera y mejorar la interconsulta hacia las especialidades, fundamentalmente con los pacientes que llegan a los servicios de urgencias.

Para el HJM —esto también lo sabemos y lo percibimos diariamente— el reto es aquí y ahora.

El HJM en 2014 Los datos y cifras del hospital: su uso y generación



Durante la Sesión Académica realizada el 28 de enero el Director General, Dr. Martín Antonio Manrique, presentó a la comunidad hospitalaria su IV Informe Anual. Un mes después, el 3 de marzo, en ocasión de la Primera Sesión Ordinaria de la Junta de Gobierno, expuso su Informe 2014 de Autoevaluación.

El Dr. Manrique explicó que los Informes de Gestión ante los órganos rectores y consultivos del HJM se realizan cada tres meses y otro una vez que el año finaliza.

Así, ante la Junta de Gobierno los informes trimestrales de 2014 se realizaron en abril, junio, septiembre y diciembre. En el caso del Comité de Control y Desarrollo Institucional (COCODI) las sesiones de presentación fueron en febrero, mayo, agosto y noviembre.

En 2014, la información sobre el desempeño fluyó y se utilizó también en 13 Sesiones del Consejo Técnico Consultivo, en 18 reuniones del Comité de Información del hospital, en 152 sesiones con los múltiples comités hospitalarios y en 221 entregas de guardia, que el Cuerpo de Gobierno realiza regularmente todos los días hábiles.

Esta fuerte dinámica en el uso de la información revela la importante tarea que todas las áreas del HJM realizan día tras día para registrar, conocer, organizar, aprovechar y transferir los datos y evidencias sobre su quehacer.

En principio, esta información se utiliza para el control de las prácticas hospitalarias, permite conocer de cerca y manejar, literalmente, la marcha cotidiana del hospital, tanto en las áreas mismas, como en las jefaturas y direcciones; al mismo tiempo es muy útil para la enseñanza y la investigación.

Además, las áreas de gobierno utilizan estas cifras, datos y evidencias para dar seguimiento a los procesos y tendencias de todas y cada una de las actividades del HJM. Ello les permite prevenir o superar frenos y obstáculos, así como ajustar los ritmos, prioridades y coordinar las acciones subsecuentes.

Apoyadas por las áreas de Estadística y de Planeación Estratégica, las autoridades estructuran de manera continua toda esta información en torno a los indicadores y estándares institucionales y la concentran en los formatos de informe y reporte que presentan para su difusión, análisis, evaluación y certificación.

La *Gaceta* ahora es cuatrimestral

La *Gaceta del HJM* inicia su quinto año. El país y la administración pública atraviesan tiempos difíciles, es momento de apretar los cinturones en todos los ámbitos y para la revista esto significa reducir su publicación de cuatro números anuales a tres.

En principio, esta medida impacta la presentación de algunos de sus contenidos. Las secciones “Noticias y novedades” y “Actualidades médicas” tienen ahora un mes adicional para reseñar. Por lo mismo, a partir de este número, las notas serán cada vez más sintéticas y articuladas para dejar constancia del acontecer durante cada periodo de cuatro meses.

Aprovechando la ocasión realizamos algunos ajustes y modificaciones en la presentación visual y de la revista. Los principales comentarios que hemos recibido al respecto se resumen en la falta de espacio: páginas muy saturadas, pocas imágenes de buen tamaño y, por ende, pocos espacios para que el ojo logre una lectura tranquila y pausada.

De acuerdo con una máxima de las buenas escuelas de diseño, los blancos en una página son equivalentes a los silencios en la música. En consecuencia, aligeramos el diseño, prescindimos o reducimos los elementos ornamentales y manejamos los estilos de letra para que, sin ceder un ápice en la legibilidad, nos proporcionen un poco más de espacios libres que nos garanticen, en lo posible, una mejor legibilidad.

La *Gaceta* ha evolucionado desde que inició ésta, su nueva época. Comenzó diferenciándose de las etapas anteriores con una propuesta editorial distinta; durante estos años fue especializándose en conservar y profundizar sus propios lineamientos y secciones. Ahora es la oportunidad de simplificar para seguir el camino con mayor impacto, con la confianza y el interés de sus lectores y colaboradores.

La *Gaceta* es y será una publicación que promueve la comunicación interna en el hospital, abierta a opiniones y reflexiones, que difunde las vivencias y experiencias de quienes aquí laboran, que resume y da cuenta del quehacer institucional. El tono de sus notas y artículos se mantiene impersonal, centrado en el hospital mismo, y el ambiente que propone es el de una enorme institución de salud que avanza y atiende, se preocupa y resuelve, siempre en movimiento.

En el mismo efecto, el Comité Editorial de la revista se renueva y agiliza. Tenemos la experiencia para planear mejor el contenido, para promover una mejor calidad e incrementar el número de colaboraciones. Esta es la manera, en que la *Gaceta* participa y afianza la identidad y pertenencia de sus lectores con el HJM.

LOS EDITORES

El necesario vacío

De acuerdo con el pensamiento tradicional chino postulado por Fan Chi en el siglo XVIII, el vacío no es un elemento vago o arbitrario. Conforme a este sabio, la noción de *vacío-llo* indica que “a través del vacío, lo lleno logra manifestar su propia plenitud”.

Por ello no basta dejar mucho espacio sin utilizar para crear vacío; éste hace que lo lleno respire y se cargue de desahogo; representa lo siempre abierto, deja *entrever* lo que sigue (François Cheng, 1986).

Así pues, para una revista, sea en un detalle, entre dos palabras, en un párrafo, una columna o en la composición en su conjunto, los espacios libres, el vacío, confieren *unidad* a la página, son el soporte de la lectura.

En esta hermosa manera de pensar las cosas, el vacío también es sustancia ...y parece claro que hace tres siglos los chinos aún no tenían referencia (...?) a la existencia masiva de la *materia oscura* que, lo sabemos ahora, conforma el universo.

En flagrante ‘sentido contrario’ basta pensar, hoy en día, en las páginas de cualquier documento notarial o legal; salvo la necesaria utilidad que sus lectores —interesados o cautivos— deben por fuerza encontrarle, sus páginas pueden servir a los demás para conciliar el sueño o asegurarse el tedio, incluso pudieran utilizarse como elemento de alguna pesadilla o cuento surrealista.



Entrega del espacio para la Clínica de Catéteres

MTRA. BLANCA ESTELA CERVANTES GUZMÁN

El 24 de febrero, el Dr. Martín Antonio Manrique, Director General del HJM, el Dr. José Manuel Conde Mercado, Director Médico, y la Mtra. Silvia Navarrete Camacho, Jefa de los Servicios de Enfermería, realizaron la entrega oficial del área de la Clínica de Catéteres a su equipo de trabajo, conformado por la LEO Andrea Garduño, la LE Claudia Cervantes, la LEO Ma. del Rosario Moreno y la EG Karen Yazmín Morales.

La LEO Garduño presentó la Clínica de Catéteres, cuyos objetivos primordiales son:

- disminuir las complicaciones relacionadas con la terapia mediante la estandarización del proceso de instalación, cuidado, mantenimiento y retiro de los accesos venosos centrales y periféricos, y
- mejorar la calidad de vida de los pacientes que portan un acceso venoso central de larga permanencia.

Asimismo, mencionó que entre los retos de la clínica está el poder integrar a todos los profesionales de la salud que interactúan en el proceso de terapia intravenosa, así como coadyuvar al cumplimiento de sus principios básicos: la preservación del capital venoso del paciente y el uso racional de la anatomía vascular. Según explicó, las funciones de la clínica están organizadas en generales, de docencia, de vigilancia, operativas, de control y administrativas. Por último, enfatizó que el trabajo multidisciplinario permitirá obtener un mejor desempeño y responder al programa nacional en el que se inscribe la Clínica de Catéteres.



Farmacia Hospitalaria: presentación del equipo de trabajo

El 13 de abril, en presencia de los directivos del hospital y de la empresa DIMESA, se realizó una reunión con la finalidad de dar seguimiento a los acuerdos de la Farmacia Subrogada 2015-2017. En particular se presentó la plantilla que colaborará en la Farmacia Hospitalaria (FH), a la que el Dr. Martín Antonio Manrique, le dio la bienvenida.

Hace dos años se manifestó la intención de conformar una farmacia que permitiera cubrir las necesidades del hospital. En un inicio sólo se incorporarían medicamentos, y el servicio quedaría a cargo de la Dirección Médica. Posteriormente, la Dirección Administrativa determinó que se incluyeran materiales de curación y otros insumos para la salud. Como respuesta se desarrolló el proyecto de Farmacia Subrogada 2015-2017.

Al inicio surgió la necesidad de analizar los catálogos existentes del hospital, así como la utilidad o vigencia de los mismos, lo que derivó en la necesidad de depurar e incorporar algunos medicamentos, materiales de curación y otros insumos con el apoyo de las áreas usuarias. Esto permitió renovar los catálogos y, de manera paralela, considerar los anexos técnicos para el proceso de licitación, al igual que los procedimientos normativos de operación (PNOs) que regirían la operación de la farmacia. Por la complejidad del proyecto, se acordó un proceso de licitación plurianual (por tres años).

Así, el 27 de febrero se adjudicó el servicio subrogado a la empresa mencionada y, a partir de ese momento, se iniciaron las adecuaciones de los espacios asignados para la farmacia.

En el evento, el Dr. José Manuel Conde Mercado, Director Médico, invitó al personal de la FH a conocer las áreas del hospital y a considerar las particularidades que el HJM presenta por su tamaño y su gran número de especialidades. Paralelamente, los instó a respetar y apearse al reglamento del hospital, así como a mantener una línea de comunicación abierta y permanente.

Este proyecto es, sin duda, uno de los más importantes del HJM, el primer hospital en instrumentarlo. Por ello es prioritario trabajar en equipo y de manera integral, con el propósito de que el impacto y efectos de esta nueva iniciativa se vean reflejados positivamente en los distintos usuarios (pacientes, enfermeras y médicos).



Nuevos consultorios para Gastroenterología

DR. FELIPE ZAMARRIPA DORSEY

El pasado 28 de febrero se inauguraron cuatro nuevos consultorios en el área de Consulta Externa, frente al módulo 8 de atención. El Servicio de Gastroenterología cuenta con consultorios totalmente nuevos, en donde se ofrece privacidad y una atención en mejores condiciones para las cinco clínicas de la especialidad: Estómago y Colon, Fisiología Digestiva, Hígado, Hepatitis C y Páncreas, las cuales realizan más de 500 consultas por mes.

El proyecto se gestó en junio del año pasado a iniciativa del Director General, el Dr. Manrique, y el jefe de Consulta Externa, el Dr. Álvarez Castelló. Desde ese momento, las autoridades se dieron a la tarea de conseguir recursos y contaron para ello con el apoyo del Ing. José Edmundo Dagdaug, de la empresa Holt, y del Lic. Eduardo Archundia, de la empresa Costo por Procedimientos.

Con la supervisión del arquitecto Juan Antonio Palma, ambas empresas involucraron a su personal a fin de que los trabajos culminaran a mediados de febrero. El proyecto significó un ahorro importante para el hospital, que no erogó gastos al respecto. Además, la obra tuvo un efecto dominó, ya que benefició a otros servicios, que ocuparon los consultorios anteriores.



Día de la Enfermera

MTRA. E. SILVIA NAVARRETE CAMACHO

Seguindo con la tradición, el 6 de enero se festejó al personal de Enfermería. En esta ocasión, el evento se llevó a cabo el día 9 en el Auditorio "Dr. Manuel Velasco Suárez" con la presencia de autoridades del hospital y personal tanto de enfermería como de otras áreas. Luego de la presentación del Coro del HJM se rifaron varios obsequios, como *tablets*, MP3, celulares, cafeteras, DVD, Blue-Rays, relojes de pulso, bolsas de mano y bicicletas.

Estos regalos se reunieron con el apoyo del Director General y el Director Médico, así como el Presidente de la SMQ, la Presidenta de la AE del HJM y el Secretario General de la Sección XV. También participaron varios laboratorios, que aportaron memorias USB.

Una vez más, el evento resultó de gran relevancia para los profesionales de enfermería de nuestra institución. Hacemos votos para que año con año se rebasen las expectativas y no se pierda esta tradición, instituida en nuestro querido HJM.



Presentación de Tae Kwon Do

LIC. CRISTINA TRILLO GRAJALES.
ACADEMIA SUPERACIÓN MARCIAL

El 27 de febrero, con el propósito de ofrecer momentos de felicidad y entretenimiento a los niños de pediatría, en el Auditorio "Dr. Manuel Velasco Suárez" se llevó a cabo la segunda "Exhibición con causa" de tae kwon do, realizada por alumnos y profesores de la academia Superación Marcial, que dirige el Master Edgar Torres Sánchez, presidente y fundador.

Los pacientes expresaron su emoción al observar rompimientos de tablas y distintos movimientos de defensa personal, entre otras prácticas. Este tipo de eventos posibilitan un mejor estado de ánimo entre los pequeños, tan necesario durante su estancia en el hospital. Y es que varias investigaciones confirman que cuando el estado de ánimo de un enfermo es positivo, su estado general de salud tiende a ser mejor y su recuperación es más rápida.

El espectáculo tuvo como invitados de honor al Dr. Martín Antonio Manrique y al Lic. Miguel Ángel Torres Vargas, así como otros miembros del equipo de gobierno. Superación Marcial agradece la oportunidad brindada para la realización de esta "Exhibición con causa".

¿POR QUÉ SE CELEBRA EN MÉXICO ESTE DÍA?

En el siglo XIX, la medicina y la enfermería fueron prácticas muy demandadas a causa de los conflictos que se vivieron en el país, desde las guerras de Independencia y Reforma hasta las invasiones estadounidense y francesa.

Una de las primeras enfermeras en ganar notoriedad nacional fue Sor Micaela Ayans, quien, junto con otras religiosas, cuidó a los heridos de la guerra de invasión estadounidense y, para ello, convirtió su convento en hospital. Fue así como nació el Hospital de San Pablo, donde las Hermanas de la Caridad trabajaron como enfermeras hasta que fueron expulsadas del país como consecuencia de las Leyes de Reforma.

A principios del siglo XX, Refugio Estévez Reyes, o "Doña Cuca", fue la primera enfermera militar. Tuvo a su cargo a heridos de diversos conflictos y nombró a los integrantes de su equipo como "Los Ángeles", a quienes se invitó para dirigir escuelas de enfermería en todo el país. De la Cruz Roja Mexicana, fundada en 1922, surgieron las enfermeras asignadas a los hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

En 1931, el Dr. José Castro Villagrana, Director del Hospital Juárez, aprovechó la Convención Nacional de Enfermeras para instituir el 6 de enero como el "Día de la enfermera en México", lo cual fue aceptado por el Consejo de Salubridad General. Así, esta celebración sirve de ocasión para festejar a los "ángeles blancos" que, con su trato y responsabilidad, ayudan a hacerle frente a los tropiezos de nuestra salud.



"Ver bien para aprender mejor" Donación de anteojos para niños

El pasado 27 de febrero, el voluntariado de la Secretaría de Salud, en coordinación con la fundación Ver Bien para Aprender Mejor, lanzó una campaña a nivel nacional en diversas instituciones educativas y de salud —entre ellas, el HJM— para realizar optometrías gratuitas a niños y detectar problemas visuales severos. En los casos que así se requiera, dicha fundación donará los anteojos con divertidos armazones.

Se estima que uno de cada cuatro niños en México tiene problemas de visión, lo cual influye en el aprendizaje y, por lo tanto, en las bajas calificaciones. De la matrícula escolar actual del país, se ha detectado que al menos nueve millones de niños tienen problemas de la vista. Ver Bien para Aprender Mejor ha logrado realizar más de 10 millones de exámenes optométricos y entregado alrededor de 4.6 millones de anteojos, sin costo alguno para los beneficiados.

En el HJM se hicieron 34 optometrías a niños pacientes de los servicios de Oncopediatría y Ortopedia Pediátrica, así como a los hospitalizados del cuarto piso y Consulta Externa. De ese total, 13 pequeños necesitan anteojos para mejorar su visión, los cuales fueron proporcionados por la fundación.

Día de Reyes

Tal como lo dicta la tradición, el pasado 6 de enero, los Reyes Magos visitaron a los niños del HJM para entregarles juguetes y otros regalos. Gracias a tan grata visita, el cuarto piso de Hospitalización Pediátrica, el segundo piso de Ortopedia (niños), el área de Consulta Externa y Urgencias Pediátricas, así como el área de Oncopediatría, se llenaron de sorpresas, que repartieron diversas personas y agrupaciones comisionadas por los propios Reyes Magos.

El Voluntariado de la Secretaría de Salud, en coordinación con el banco HSBC, se encargó de obsequiar mochilas escolares, al tiempo que Erik Antonio Gutiérrez Segura aportó e hizo entrega de 56 juguetes.

Asimismo, los visitantes de Oriente designaron al Patronato del HJM para distribuir juguetes a los niños pacientes. De igual manera, Baltazar acompañó a contadores y personal administrativo de la Subdirección de Recursos Financieros para que ningún pequeño se quedara sin su anhelada sorpresa. Finalizaba así otro Día de Reyes, cuya misión fue exitosamente cumplida.



Día del Niño 2015 LOS VERDADEROS "GUERREROS" MERCEN UN GRAN FESTEJO

En el Hospital Juárez de México sabemos que el Día del Niño es siempre una ocasión especial para festejar a los verdaderos "guerreros de la vida", aquellos pequeños que aprenden a luchar día tras día contra las situaciones adversas, incluida la salud, haciéndose amigos de médicos y enfermeras, y resistiendo jeringas y tratamientos en ocasiones molestos y dolorosos.

Este año, el evento inició a las 10:00 a.m. con un recorrido de las payasitas del Aula Hospitalaria por el área de Urgencias Pediátricas; continuaron en el segundo piso de Ortopedia Niños y, luego, en el cuarto piso de Hospitalización Pediátrica. Mientras tanto, los residentes de esta División se disfrazaron de diversos personajes infantiles, como Campanita, los Minions, Stich, la Bella y la Bestia, para tomarse fotos con los niños.

Invitados por Silvia Rojo y Alejandro Goñi, por parte del Patronato del HJM, varios voluntarios pintaron las caritas de los pequeños, reunidos en la explanada del Auditorio, quienes adquirieron así el aspecto de mariposas, gatos, conejos, osos y otros animalitos. También se hicieron cargo del espectáculo con payasos y perros amaestrados, complementado con concursos, premios, piñatas, juguetes y dulces. De este modo, los niños lograron transformar sus dolores y padecimientos en sonrisas y diversión.

El esfuerzo colectivo hizo posible que brillaran con emoción más de 150 caritas, que iluminaron ese día nublado y lluvioso. La fundación México Sonríe donó juguetes para todos los asistentes; participaron también otras fundaciones y empresas, tales como Con Ganas de Vivir, Central Autobuses del Norte y Vela Encendida.

A la celebración se unieron las autoridades del hospital, así como diversas áreas y servicios; entre ellos, Oncopediatría, Pediatría, Trabajo Social, Aula Hospitalaria, Recursos Financieros, Servicios Generales y Comunicación Social.

Sin duda, el festejo estuvo a la altura de estos guerreros, verdaderos maestros de energía y fortaleza, quienes nos permiten aprender de ellos quizá más de lo que como adultos podemos enseñarles.



"Un ángel en tu camino"

MTRA. MARÍA TERESA RODRÍGUEZ GERMÁN

El pasado 30 de marzo dio inicio un proyecto de apoyo a los pacientes externos que ingresan al hospital sólo para recibir consulta, o bien para someterse a exámenes de laboratorio o rayos X.

Durante sus vacaciones, varios jóvenes del Colegio Anáhuac de Cuautitlán participaron en el proyecto "Un ángel en tu camino" auxiliando a pacientes con dificultad para deambular o con alguna otra capacidad especial, así como invidentes, adultos mayores y toda persona que requiriera de apoyo. Los recibieron en la entrada principal y los ayudaron a desplazarse en silla de ruedas hasta el servicio o área correspondientes.

Este servicio altruista y con valor agregado estuvo a cargo de la Mtra. Rodríguez Germán y la LE María del Carmen Velázquez, en conjunto con una pasante de enfermería, Ana Berenice Ortiz, y 13 jóvenes que cursan secundaria o preparatoria en el citado colegio: Linda Fernanda Ortega, Pablo David Morlan, Manuel Hernández, Raúl Rojas, Enrique Emmanuel Beltrán, Rafael Berrum, Quetzalli Cruz, Karen Yuridia Hernández, María Isabel Palacios, Samanta Domínguez, Michelle Álvarez, Christian Jesús Arizaga y Saúl Escamilla.

La actividad fue coordinada por las autoridades del plantel, la hermana María Guadalupe Rodríguez Guevara y el Lic. Alberto Hernández Rodríguez, con el apoyo de las autoridades del hospital, la Jefatura de los Servicios de Enfermería y el Departamento de Inventarios.

Curso integral de Obstetricia Crítica

El primer "Curso integral de Obstetricia Crítica" surge de la imperiosa necesidad de mejorar la calidad en la detección y atención del binomio materno-fetal, especialmente en cuanto a las patologías que derivan en complicaciones del embarazo. El tema es también uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, adoptados por la Secretaría de Salud de México.

Por acuerdo de las reuniones del Grupo MATER, que precede la Unidad de Gestión de la Calidad y Seguridad Hospitalaria, la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos coordinó este curso, liderado por su profesor titular, el Dr. Ahgiel Jiménez Ruiz. Se realizó en cuatro sesiones sabatinas durante abril y mayo de 2015, con la participación de 15 profesores del HJM y tres profesores invitados, quienes impartieron un total de 27 conferencias relacionadas con las patologías agudas de las pacientes obstétricas: preeclampsia, eclampsia, sepsis obstétrica y puerperal, microangiopatías, hepatopatías en el embarazo, trauma y reanimación. Las sesiones finales se enfocaron en la integración del Código MATER y su impacto a nivel mundial, nacional y local.

Gracias a la calidad del programa académico, el curso recibió el aval del Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias, el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia y el Consejo Mexicano de Medicina Crítica. De los 202 asistentes —91% de medicina y 9% de enfermería—, dos tercios fueron del HJM y el resto provino de más de 15 hospitales de distintos estados del país.

Durante el evento, el Comité Organizador entregó al Dr. Miguel Ángel Nares Torices un reconocimiento por sus contribuciones asistenciales, académicas y científicas a la medicina crítica obstétrica, respaldadas por múltiples publicaciones nacionales e internacionales.

Actualmente se planea la segunda edición de este curso, así como la primera versión para el personal de enfermería. Se puede solicitar más información en obstetricia.critica.hjm@gmail.com o bien conocer los próximos eventos en la página de Facebook (Curso Integral de Obstetricia Crítica).

Dr. Antonio Manrique: "Egresado distinguido de la ESM"

Con motivo de la conmemoración de su 77 Aniversario, la Escuela Superior de Medicina (ESM) del IPN llevó a cabo una importante ceremonia en la cual el Dr. Martín Antonio Manrique, Director General del HJM, recibió un reconocimiento especial que otorga la escuela a sus egresados distinguidos.

El evento se realizó el 27 de marzo en el Auditorio "Dr. Mariano Vázquez Rodríguez" y dio inicio con la presentación del Presidium, conformado por notables funcionarios de la Secretaría de Salud, de los institutos nacionales de Cardiología y Perinatología, del IMSS, de la Secretaría de Salud del D.F., de las academias Nacional de Medicina (ANM) y mexicanas de Cirugía (AMC) y de Pediatría (AMP), así como de la OMS/OPS; todos ellos acompañados por altos directivos del IPN y de la ESM.

Lo particular de la ceremonia es que un importante grupo de egresados de la misma ESM estuvieron presentes en la mesa del Presidium.

El Director Interino de la ESM, Dr. Eleazar Lara Padilla, dio un mensaje de bienvenida al que siguieron las palabras del Dr. Ricardo García Cavazos, Director General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. El Dr. García Cavazos egresó de la ESM, es especialista en Genética Médica por la UNAM/SSA y cursó la Maestría de Ciencias Morfológicas en la misma ESM.

Posterior al homenaje y entrega de constancias a los egresados distinguidos, presentaron sus mensajes el Dr. Francisco P. Navarro Reynoso, Presidente de la AMC, y el Dr. Javier Dávila Torres, Director de Prestaciones Médicas del IMSS.

Durante el evento también se entregaron reconocimientos para los alumnos distinguidos de la ESM y para personal recién jubilado. Acto seguido, el Dr. Leobardo Ruiz Pérez, Presidente del Consejo de Salubridad General, dirigió unas cálidas y emotivas palabras y, a continuación, el Secretario General del IPN, Dr. Julio G. Mendoza Álvarez, pronunció un Mensaje Institucional.

Para finalizar, el Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus, egresado de la ESM con especialidad en Salud Pública (INSP) y del Programa de Alta Dirección de Entidades Públicas del INAP y actualmente Jefe de la Unidad de Inmunización Integral de la Familia y Director Interino del Departamento de Familia, Género y Curso de Vida de la OPS/OMS, presentó una conferencia magistral sobre el tema: "La ESM en la formación de capacidades profesionales: la experiencia de un egresado".

Homenaje al trabajador administrativo

Para sus jefes son el motor de la institución. Su dedicación va más allá de atender llamadas telefónicas; archivar, recibir y entregar documentos; actualizar las agendas; redactar cartas y conocer todo lo relacionado al departamento en el que laboran: se trata del personal administrativo.

El trabajo administrativo es elemental y significativo para el HJM porque permite que todo funcione, es una labor que no se puede sustituir y eso es lo que le da importancia a su trabajo.

El homenaje se realizó el 16 de enero en el Auditorio Dr. "Manuel Velasco Suárez" con la presencia del Director General, Dr. Martín Antonio Manrique, del Director de Administración, Lic. Miguel Ángel Torres Vargas y del Secretario General del Comité Seccional XV, Dr. Luis Delgado Reyes, quien resaltó la importante labor de este personal y se comprometió a impulsar aún más el programa escalafonario para que, al momento de la jubilación, el retiro pueda realizarse con un mayor código.



El Dr. Martín Antonio Manrique egresó en 1984 de la ESM del IPN. Cursó la especialidad de médico internista y la subespecialidad en Endoscopia del Aparato Digestivo en Universidad La Salle, así como la maestría en Administración de Organizaciones de Salud. Obtuvo la alta especialidad en Endoscopia Terapéutica, Ultrasonografía Endoscópica y Broncoscopia en la Universidad de Showa Yokohama, Japón.

Es Miembro de la AMC y se ha desempeñado como Jefe de Servicio de Endoscopia del HJM, Subdirector Médico en el Hospital de Infectología del CMN "La Raza", Presidente de la SMQ, de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG) y de la Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva (zona Norteamérica y el Caribe).



Se reunieron 400 empleados quienes a su llegada recibieron una pequeña planta que, con cuidado y esmero, sabemos que crecerá.

Durante el festejo los asistentes disfrutaron de la actuación de un joven imitador y después del comediante *Le Chicharé*, César López.

Al finalizar se llevó a cabo una rifa donde participaron todos los códigos con un listado proporcionado por Recursos Humanos. Se sortearon electrodomésticos, bicicletas, pantallas planas, *tablets* y libros.



Premio al Dr. Juan Carlos Liceaga en el marco del Día Mundial de la Salud

El pasado 7 de abril, la Dra. Mercedes Juan López, Secretaria de Salud, encabezó el Día Mundial de la Salud: "Alimento seguro, del campo a la mesa". Según los registros de vigilancia epidemiológica, las enfermedades de transmisión alimentaria rebasan el 10%, lo que las convierte en la segunda causa de notificación de enfermedades, aseguró la Dra. Juan López. Y añadió que los esfuerzos para lograr la inocuidad en los alimentos se convierten en un tema de seguridad en salud.

Al hacer uso de la palabra, el Presidente de la República, Lic. Enrique Peña Nieto, declaró: "El esfuerzo en conjunto de gobierno y sociedad para proteger primordialmente a menores de cinco años de estas enfermedades nos acerca a cumplir el Objetivo del Milenio. Nuestra meta es lograr una reducción del 14 por ciento".

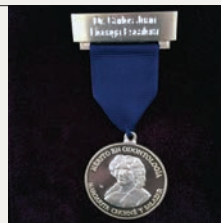
En el acto, ambos funcionarios entregaron la condecoración "Eduardo Liceaga" a la Dra. Teresita Corona Vázquez por su destacada labor en investigación, así como varios premios a médicos y enfermeras por su trayectoria profesional y académica. Entre ellos, cabe destacar el premio "Dr. Guillermo Soberón" para el Dr. Rafael Moreno Valle, mientras que el Dr. Carlos Liceaga Escalera, Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial (SCMF) del HJM, se hizo acreedor al premio "Dra. Margarita Chorné".

Este último se instituyó en 1984 para reconocer a quienes han contribuido a la salud bucal de la población. Debe su nombre a la Dra. Chorné (1864-1962), primera odontóloga en nuestro país y primera mujer en obtener un título profesional en Latinoamérica (1888).

El Dr. Liceaga, quien labora en el HJM desde hace casi 45 años y encabeza el SCMF desde hace 26, se manifestó satisfecho al recibir el premio. Según mencionó, para él es un honor que las autoridades, a través del Consejo de Salubridad General, junto a sus compañeros médicos, reconozcan no sólo a su persona sino a la cirugía maxilofacial mexicana y, sobre todo, al servicio en el HJM, de gran prestigio y amplia trayectoria. Como prueba de ello, sus ex residentes ocupan importantes puestos en instituciones de salud y educativas en México, Centro y Sudamérica.

Valga recordar que el Dr. Liceaga fue homenajeado hace ocho años por la Asociación de Cirujanos Dentistas de Nuevo León, y en 2014, por la Asociación Odontológica Mexicana para la Enseñanza y la Investigación (AOMEI).

Además de cirujano maxilofacial egresado del HJM, donde trabaja e imparte cursos de posgrado, el Dr. Liceaga es profesor fundador de la cátedra de cirugía bucal en la Facultad de Odontología de la UNITEC (1973); ex presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial y ex presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Bucal y Maxilofacial; reconocido conferencista nacional e internacional, y autor de capítulos de libros y artículos de revistas de la especialidad.



Cursos Asamblea de Enfermeras

Como parte de su programa de trabajo para 2015, y en cumplimiento de sus compromisos, la Asamblea de Enfermeras del HJM (AE) realizó dos importantes cursos durante los meses de marzo y abril.

Los asistentes provinieron de diferentes universidades, escuelas de enfermería e instituciones de salud públicas y privadas. Entre ellos, había colegas de Hidalgo, Morelos, Puebla, Guerrero y el Estado de México, e, incluso, de Ecuador.

Con el apoyo de los comités de organización de la AE, los profesores titulares y los ponentes invitados aportaron sus conocimientos y experiencia para los siguientes cursos:



"MEDICINA INTERNA PARA ENFERMERAS"

El curso se impartió en el Auditorio "Dr. Manuel Velasco Suárez" del 23 al 27 de marzo. Su objetivo fue brindar al profesional de enfermería una perspectiva actual de las enfermedades más frecuentes, con la finalidad de adquirir y consolidar las competencias necesarias para fortalecer los conocimientos teórico-prácticos. Las profesoras titulares fueron la Mtra. María Elena Cruz y la LEO Cynthia Elena Espinosa.

"INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y SEGURIDAD EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO"

El curso se llevó a cabo del 6 al 10 de abril y tuvo también como sede el Auditorio "Dr. Manuel Velasco Suárez". Su principal objetivo fue actualizar al profesional de enfermería con una perspectiva actual de las enfermedades más frecuentes de la niñez y, con ello, elevar y reforzar sus conocimientos en el cuidado integral. Las profesoras titulares fueron la EEN María Cristina González y la EG Juana Vidal Ramírez. El evento contó con más de 200 asistentes.



Sociedad Médico Quirúrgica

Cambio de Mesa Directiva

El 11 de marzo tuvo lugar el cambio de Mesa Directiva de la Sociedad Médico-Quirúrgica (SMQ). El evento dio inicio con las palabras de la Dra. Sonia del Carmen Chávez Ocaña, Secretaria de la mesa saliente, quien hizo una recapitulación histórica.

Según narró, el 2 de mayo 1920 se creó un Cuerpo Académico con el fin de organizar al hospital desde el punto de vista técnico, administrativo y académico. Esta instancia habría de transformarse con el tiempo en la Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez.

El 13 de marzo de 1930, durante la dirección del Dr. José Castro Villagrana, nació la Sociedad de Cirugía, cuya finalidad fue agrupar a los médicos del hospital. Las actividades académicas intrahospitalarias adquirieron una gran importancia y se caracterizaron por lo concurrido de las sesiones y el gran interés de los temas. En consecuencia, el Dr. Castro Villagrana impulsó la apertura y profundización de nuevos horizontes. En aquella época, el Dr. Aceves Zubieta escribió en una editorial de la revista:

En el Hospital Juárez se ha creado la Sociedad de Cirugía, cuyo significado en el medio científico y social vale la pena examinar, puesto que su aparición es el resultado del deseo ineludible de mejorar el trabajo personal mediante una colaboración amistosa, para obtener el bienestar y el progreso del grupo íntegro.

Para finalizar su intervención, la Dra. Chávez resaltó:

“Actualmente, la Sociedad Médico-Quirúrgica del HJM es un lugar donde sus agremiados se sienten en confianza para presentar propuestas y, de ser posible, llevarlas a cabo. Es una sociedad de puertas abiertas que apoya la realización de cursos y a los titulares de los mismos.

De acuerdo a lo establecido en los estatutos, los médicos residentes son socios transitorios, ya que pertenecen a ésta únicamente durante el periodo en que cursan su especialidad”.

El Dr. Onésimo Zaldívar Reyna, presidente saliente de la SMQ, expuso brevemente las estadísticas sobre los cursos, talleres, seminarios y simposios con reconocimiento nacional e internacional durante su gestión, los cuales obtuvieron el aval de la Sociedad. Asimismo, describió la ardua tarea que representó poner en orden el carácter legal de la misma y enumeró los apoyos otorgados a varios servicios del HJM para mejorar la atención a los pacientes.

El Dr. Agustín Rodríguez Blas, en su calidad de tesorero de la mesa saliente, presentó el balance financiero durante el bienio 2013-2014.



En su oportunidad, el Dr. Ulises Rodríguez Wong habló sobre los antecedentes de la revista de la sociedad desde junio de 1912, cuando el Dr. Gabriel M. Malda estableció un ciclo de conferencias y los practicantes del hospital publicaron la *Revista mensual de medicina y cirugía*. En 1929, un grupo de médicos procedentes de Europa, donde habían permanecido temporalmente aprendiendo los avances de la medicina, aprovecharon una de las juntas para proponer el fortalecimiento de la *Revista del Hospital*. Actualmente, finalizó, la revista tiene un gran impacto en hospitales y universidades de todo el país y del exterior.

El Dr. Julio César Soto Barraza presentó a la nueva Mesa Directiva de la SMQ, así como a los invitados de otros hospitales y universidades que acudieron al evento. En reconocimiento a la trayectoria del Dr. Martín Antonio Manrique, solicitó que éste hiciera la toma de protesta de la mesa entrante. En su mensaje, el Director General del HJM enfatizó el compromiso y trabajo que debe mostrar la Mesa Directiva ante los socios y, con ello, enaltecer el nombre de la SMQ.



NUEVOS MIEMBROS DE LA MESA DIRECTIVA:

Dr. Martín Antonio Manrique
PRESIDENTE HONORARIO

Dr. Julio César Soto Barraza
PRESIDENTE EJECUTIVO

Dr. Rafael Álvarez Castelló
VICE-PRESIDENTE

Dra. Xochitl Popoca Mondragón
SECRETARIA

Dr. Mario Francisco García Rodríguez
PRO-SECRETARIO

Dra. María Evelin Cortés Gutiérrez
TESORERA

Dr. Raúl Mauricio Sánchez Conde
PRO-TESORERO





La actividad de enfermería fuera del hospital

MTRO. GUILLERMO CEDILLO OLIVO, COORDINADOR

Además de una numerosa plantilla, la enfermería es una de las especialidades más importantes para una institución de salud. Se entiende por enfermería el cuidado integral de un individuo en diferentes condiciones de salud. Esta ciencia afronta el cuidado de la salud humana considerando el diagnóstico y tratamiento de los problemas reales o potenciales desde el punto de vista biosicosocial y holístico.

El Consejo Internacional de Enfermería la define como aquella disciplina que “abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos en todos los contextos, e incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas en fase terminal. Las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud”.

El personal de enfermería es indispensable en todos los servicios hospitalarios; en algunos casos, además, es necesaria cierta especialización para realizar la función asignada. Sus actividades son diversas y tienen un carácter multidisciplinario, con las que incluso participan en otros ámbitos fuera del hospital: fábricas, escuelas, centros deportivos, guarderías, casas particulares y asilos, entre otros. Presentamos algunos ejemplos de cómo se desarrolla actualmente esta competencia, que cumplimos entre colegas que cumplen de manera relevante con esta práctica extrahospitalaria:

ENFERMERA ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN

ER CRISTINA ORTIZ GONZÁLEZ

La enfermera especialista en rehabilitación (ER) ha sido incorporada a los escenarios clínicos, debido a que interviene en todos los aspectos de atención como educadora, investigadora, administradora y proveedora del cuidado a nivel individual, familiar o colectivo. Atiende y asiste a pacientes que presentan problemas discapacitantes de diferente etiología, sea neurológica, mental, cardiorrespiratoria, osteomuscular o de otro tipo. Estos roles los desempeña en servicios de atención comunitaria, ambulatoria, hospitalización general y especializada, urgencias, cuidados intensivos, cirugía general y especializada, quemados, medicina física y rehabilitación, así como en programas de vigilancia epidemiológica.

Es por ello que para la ER no hay límites en lo que al trabajo respecta; no hay imposibles en el cuidado de la salud de sus pacientes. Su formación profesional le permite incursionar en terrenos del saber humano a los que pocas personas tienen acceso. Así, la relación de la ER se inicia desde el primer contacto con el enfermo, siempre bajo la premisa de que se requiere de un equipo multidisciplinario, en el cual cada persona contribuye con sus servicios especializados hacia el logro de una meta común: la reintegración al entorno de la persona discapacitada en las diferentes dimensiones (biológica, psicológica, cultural, social y familiar).

Con base en el problema específico que presentan los pacientes, la ER se responsabilizará de las actividades de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación. Asume el diseño y la conducción de programas de acompañamiento y orientación a usuarios y familiares para su incorporación al hogar, la sociedad y el medio laboral. Además, estructura el seguimiento de los pacientes y la evaluación de los resultados de los planes de atención.





Dentro del escenario clínico, la ER:

- Educa y orienta a la familia sobre la asistencia del paciente en el hogar. Explica los ejercicios que deben realizarse, tendientes a mejorar o mantener la capacidad funcional.
- Capacita al paciente y sus familiares acerca de los cambios de posición permitidos, tanto en la cama como fuera de ella, así como en lo relativo a prevención de zonas de presión, prevención de contracturas, atrofias por desuso y posiciones antifuncionales, higiene del intestino y cateterismo vesical, especialmente en pacientes con lesión medular.
- Asiste y cuida a aquellos pacientes en la fase aguda luego de las amputaciones de miembros superiores e inferiores, orientándolos sobre el cuidado del muñón, los ejercicios para mantener y mejorar el tono muscular de la extremidad, la manera de enfrentar el miembro fantasma, la recuperación de la sensibilidad y los aspectos afectivos.
- Cuida a pacientes con enfermedad cerebrovascular en aspectos como la sensibilidad, las posibles complicaciones, la deambulación y la reinserción familiar. Finalmente, ayuda en técnicas respiratorias, drenajes posturales, tos asistida y ejercicios respiratorios.

Por todo lo anterior, una enfermera ER bien preparada es garantía de que un paciente con necesidades especiales recibirá el cuidado que requiere.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA FUERA DEL CENTRO DE SALUD

EJS EDDYD GONZÁLEZ OJEDA*

El trabajo de campo es el conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería en la comunidad, fuera del centro de salud. Estas actividades están enfocadas primordialmente en la promoción, la prevención y la curación, y de ellas derivan diversas acciones, tales como: visita domiciliaria, censo nominal, vacunación, entrevistas, organización y trabajos de grupo, colaboración en investigaciones epidemiológicas, colaboración en consulta médica y tratamiento.

Para lograr lo anterior, la enfermera debe conocer la organización y funcionamiento del centro de salud y el diagnóstico en su área de competencia. Al inicio de la jornada laboral prepara el material y el equipo necesarios de acuerdo a las actividades programadas, ubicando el área geoestadística básica (AGEB) en cuestión, junto con calles previamente numeradas y la nomenclatura de cada una de ellas.

El recorrido del área de trabajo inicia con las manzanas más próximas a la esquina superior izquierda del plano (noroeste) y continúa en zigzag con las manzanas de la derecha y así sucesivamente. Cada manzana se recorre en el sentido de las manecillas del reloj.

Actualmente existe el programa "Médico en tu casa", según el cual acuden médico, enfermera, trabajadora social, odontólogo y psicólogo para proporcionar atención a personas con discapacidad y/o dificultad para trasladarse a la unidad médica. El trabajo de campo es de riesgo y cansado, debido a circunstancias inherentes al mismo, como tener que cargar un termo de ocho kilos de peso, los cambios climáticos, la desconfianza de la población y la inseguridad. Sin embargo, la satisfacción por proporcionar atención de calidad y equidad a la población resulta muy gratificante.

*/ Centro de Salud "Gabriel Garzón Cossa", Secretaría de Salud del D.F.



Obituario
ene-abr 2015

Descansen en paz

El Hospital Juárez de México recuerda con afecto a quienes, con trabajo y dedicación, entregaron parte de su vida a esta institución. Hacemos extensivas nuestras más sentidas condolencias a los familiares y amigos de estos colaboradores que, lamentablemente, ya no están con nosotros:

Juan Carlos Cortez Guzmán

Depto de Servicios Generales

25/05/1968 - 15/03/2015

María de la Luz Álvarez Martínez

Depto de Servicios Generales

10/06/1951 - 16/04/2015

Francisco Cerón Enríquez

Escuela de Enfermería

18/04/1960 - 18/04/2015

ACTIVIDADES DE UNA ENFERMERA DOCENTE EN UNA ESCUELA EXTERNA

EE RAQUEL PUENTE LEE*

Es muy grato tener a mi cargo los cursos de diplomado de Enfermería Clínica Avanzada y de Tanatología, así como el Postécnico de Urgencias. Estos cursos se dirigen a enfermeras de diferentes instituciones de salud que desean superarse y ser cada vez mejores con los pacientes.

Como parte del profesorado del área de enfermería, mis funciones principales son: diseñar planes y programas académicos, asignar al alumnado por grupos y realizar la calendarización de los cursos. En cuanto a esta última función, es fundamental comunicarse con los profesores de las asignaturas en curso o por iniciar para que los horarios no se empalmen.

De acuerdo con el objetivo del curso, otra de mis actividades consiste en solicitar a la coordinación de enseñanza de la institución de salud correspondiente la asignación del campo clínico para la realización de prácticas. Esto se hace con la suficiente antelación, ya que son diferentes las escuelas que buscan campos clínicos y en ocasiones no hay cupo para todas. Una vez con el o los campos clínicos, se apoya al alumnado para que ponga en práctica lo aprendido en el aula universitaria. En esta fase, las actividades se centran en acompañar, supervisar y evaluar las prácticas realizadas.

Una de las responsabilidades como coordinadora de grupo es llevar el control de las calificaciones y entregar los resultados finales al concluir el curso o semestre.

Después de convivir con los grupos, es muy satisfactorio constatar que los resultados para los alumnos y el aprendizaje están a la altura de la institución que representan. Y es que de ello dependerá la seguridad y calidad del cuidado enfermero proporcionado al paciente y su familia.

*/ Profesora de asignatura definitiva "A", ENEO-UNAM

ACTIVIDADES DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

MTRA. ANA LAURA GARCÍA RAMÍREZ

La Coordinación de Servicio Social es fundamental para la organización de una institución educativa, ya que uno de sus objetivos es posicionar a sus egresados en diversas instituciones de salud para que participen de manera activa en la gestión del cuidado, desde el ámbito preventivo hasta el curativo, aunado a las actividades administrativas, docentes y de investigación.

En su misión, la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud (EE), como formadora de recursos humanos, fomenta la participación de sus egresados en diferentes niveles de atención y promueve el servicio social como una retribución hacia la sociedad en la que éstos se encuentran inmersos. De esta manera, al término del servicio social, los egresados pueden llevar a cabo su proceso de titulación e insertarse en el ámbito laboral, donde enfrentan situaciones reales de salud. Para ello, están capacitados para ser resolutivos, principalmente en lo referente a los grupos vulnerables de la población.

Por lo anterior, resulta necesario gestionar ante la Coordinación de Educación e Investigación de la Secretaría de Salud del D.F. (CEISS/DF) los espacios solicitados para los egresados, mediante reuniones de trabajo programadas, así como asistir a las reuniones convocadas por la Comisión Permanente de Enfermería, de acuerdo con la agenda establecida.

Por ser una institución educativa con reconocimiento oficial, la EE debe inscribir a sus egresados en el Sistema de Información y Administración del Servicio Social para la Salud (SIASSS), entre cuyas funciones está la de registrar y emitir la carta de liberación al final del servicio social.

Lo antes descrito supone realizar varios trámites con las instituciones de salud para la aceptación de los egresados. Además, se llevan a cabo supervisiones periódicas a las pasantes en las diversas instituciones para verificar que cumplan con las actividades planeadas por la unidad de salud y, eventualmente, resolver las problemáticas que se puedan presentar a lo largo de 12 meses.

Un punto no menos importante es orientar al pasante en la elección de una de las opciones de titulación que ofrece la UNAM, con la finalidad de que, una vez con su carta de liberación, comience el proceso de titulación de acuerdo a la opción seleccionada.

Para esta Coordinación es satisfactorio saber que los egresados se incorporan al ámbito laboral del sector público y privado como recursos humanos preparados, capaces y económicamente activos.

Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED)

LIC. MARÍA DEL ROSARIO PIÑA VÉLEZ

El SEED es un sistema informático que tiene por objetivo facilitar el registro y procesamiento de la información que contiene el certificado de defunción y las muertes fetales acaecidas en las diferentes instituciones de salud, como es el caso del HJM.

Se trata de un sistema automatizado que facilita la integración continua de información, para lo cual cuenta con criterios de verificación que permiten minimizar los errores e inconsistencias en los datos. El SEED permite disponer de información oportuna, sobre todo para aquellas defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica. Así, es posible obtener una serie de reportes estadísticos y epidemiológicos para su análisis, investigación y evaluación de políticas públicas en materia de salud.

En el HJM, el registro de información inició en septiembre de 2014, y en 2015 se recibe una nueva versión del SEED de la Dirección General de Información en Salud para, a partir de ese momento, integrar la captura de los certificados de muerte fetal.

Con la finalidad de implementar de manera confiable y oportuna el registro de información de defunciones se llevaron a cabo diversas reuniones, a las que asistieron el Director Médico, los jefes de División y los jefes del Servicio de Patología, de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, del Archivo Clínico, de Estadística y de Servicios Generales. Se elaboró el procedimiento para el manejo del expediente clínico de las defunciones, el cual establece en sus políticas un mayor control de estos expedientes y del propio certificado, además de resguardar la confidencialidad de la información.



También se llevó a cabo un taller dirigido a la capacitación de médicos residentes sobre el correcto llenado del certificado, en donde se aclararon las dudas al respecto. Para impartir este taller asistieron capacitadores de la Subdirección de Sistemas Especiales de la Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica (SSE/DVIE) de la Secretaría de Salud del Gobierno del D.F. Como resultado de esta coordinación entre las dos instancias se entregó al Jefe de Residentes el archivo electrónico de la CIE-10 para instalarlo en los equipos de cómputo, a fin de apoyar al médico a definir de manera correcta las causas de defunción que requiere el certificado.

A lo largo de los ocho meses de registro de la información se han identificado algunas omisiones y/o errores en el certificado. Algunos de ellos fueron detectados por el propio SEED, que cuenta con indicadores de control, lo que le permite evaluar, entre otros, los siguientes puntos:

- Cobertura de recolección de certificados de defunción.
- Porcentaje de actas de defunción sin certificado.
- Promedio de variables con valor de “se ignora” o “no especificado”.
- Porcentaje de certificados cancelados.
- Porcentaje de causas sujetas a vigilancia epidemiológica rectificadas o ratificadas.
- Calidad del llenado de los certificados (analiza las causas básicas de defunción, si están bien o mal definidas y si están o no correctamente clasificadas de acuerdo a los criterios de la CIE-10).

De manera paralela, en el sistema de evaluación de estos indicadores se han identificado omisiones y/o errores en el llenado del certificado de defunción que afectan no sólo la calidad de la información, sino otro tipo de consecuencias (por ejemplo, delitos federales).

Es importante recordar que el certificado de defunción es un documento oficial que se elabora una vez que se ha verificado la muerte, se ha examinado el cadáver y se ha recabado la información disponible respecto a las causas o circunstancias que la provocaron.

Su contenido no sólo tiene carácter estadístico, epidemiológico y clínico, sino también jurídico y legal, e implica responsabilidades para quien haga un uso incorrecto del mismo o registre información equivocada, alterada o falsa.

Por ello, se concluye que quien elabore y firme un certificado de defunción deberá tener mucho cuidado sobre los datos que registra, particularmente el número de cédula profesional, ya que se han detectado errores y omisiones en este aspecto, lo que constituye un delito, con sus respectivas consecuencias. Ante esto se sugiere contar con el número preciso de cédula cada vez que se emita un certificado de defunción.

Otro error frecuente es la omisión de información en el rubro 22, relativo a las muertes maternas. Cuando esto ocurre, personal de la Jurisdicción Sanitaria de la Delegación Gustavo A. Madero envía al epidemiólogo a rastrear la información directamente del expediente clínico y darle seguimiento a cada uno de los casos reportados, ya sea a través de una entrevista directa con el médico que elaboró el certificado o, incluso, recurriendo al Comité de Muerte Materna, entre otras posibles acciones. Es de vital importancia para la institución que este rubro se llene de forma completa para evitar con ello llamadas de atención de instancias externas, que dan un seguimiento preciso a los indicadores de mortalidad materna.

También se han identificado omisiones y/o errores que, más allá de afectar la confiabilidad y calidad de los registros médicos, repercuten directamente en los trámites que deben cumplir los familiares para la óptima conclusión del proceso de defunción. Los errores y las omisiones al marcar alguna de las variables (nombre, edad, fecha de nacimiento, fecha y hora de defunción, cédula profesional, firma del médico o fecha de certificación) exponen a los familiares a una serie de extorsiones económicas por parte de las funerarias o de personal externo al hospital, que cobra por emitir otro certificado de defunción. Evidentemente, esto genera disgusto entre los parientes de la persona fallecida, duplicación de trámites y gastos extras en circunstancias de por sí desfavorables.

Diariamente se registra la información de los certificados en el SEED, la cual se envía semanalmente al SSE/DVIE de la Secretaría de Salud del D.F., que revisa, actualiza y turna dicha información al Departamento de Análisis de Medición de la Secretaría de Salud federal. Hasta el momento no se tiene ninguna observación o aclaración sobre los datos enviados por el hospital. Además, se mantiene una comunicación y una coordinación permanentes con las instancias antes mencionadas para que el HJM cumpla de forma óptima con los requerimientos aquí descritos.



Yasmín Díaz Aguilar

Jefa de Residentes

La actual Jefa de Residentes del HJM, Claudia Yasmín Díaz Aguilar, es la primera mujer que ha logrado ocupar este cargo a lo largo de la historia. Llegar hasta ahí no ha sido tarea fácil, como tampoco lo han sido el compromiso y los retos enfrentados.

Residente de cuarto año de Cirugía General, estudió la carrera de medicina en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, en el campus de esa misma ciudad. Al terminar realizó su servicio social en un hospital comunitario de Zacatecas, para posteriormente viajar a la ciudad de México y realizar su especialidad en el HJM.

“Soy de Zacatecas, una ciudad pequeña y muy cultural, aunque el campo clínico no es tan grande como en el Distrito Federal o en Monterrey. Por lo general, los pacientes complicados de Zacatecas son referidos a Guadalajara o al centro del Bajío”.

Según explica, quienes deciden estudiar medicina saben de antemano que la carrera no será fácil. Sin embargo, siempre hay una voz interior que los lleva a tomar decisiones que desembocan en el descubrimiento de la verdadera vocación. “Fui impulsada a estudiar esta carrera principalmente por mi papá, quien, desde que yo recuerdo, ha padecido diabetes, enfermedad con la que ha batallado mucho, lo que hizo que me interesara más en ese campo.”

La carrera de medicina, agrega, requiere de mucha dedicación, tiempo y esfuerzo. “Me acuerdo que el primer semestre me costó mucho trabajo; pensé incluso en salirme y estudiar arquitectura.”

Un factor clave en el desarrollo de la actual Jefa de Residentes del HJM fue su familia, el soporte indispensable para mantener el equilibrio y seguir. “Mi familia me ha apoyado desde que decidí estudiar medicina. Hubo momentos difíciles. Recuerdo que después del primer año regresé a Zacatecas y mi mamá me dijo: ‘Quédate, ¿para qué te vas?’. Con el tiempo entendieron que esto es lo que quiero hacer.”

Y agrega: “Cuando terminé la carrera, yo quería ir a un hospital grande y con muchos pacientes, como el HJM, que es de alta concentración. Llevo tres años viviendo en el Distrito Federal; es una experiencia muy distinta de la que viví en Monterrey durante casi seis años. Aunque a veces extraño la vida en mi ciudad chiquita, en Zacatecas, creo que el Distrito Federal lo tiene todo. Yo sé que si terminando no se van dando las cosas allá, me quedo a trabajar aquí”.

Siempre hay metas y retos por cumplir

“Mi propósito al llegar al Juárez era terminar Cirugía General. Elegí esta área porque pienso que un cirujano es un médico muy integral. En una especialidad clínica tratas la enfermedad por largo tiempo, mientras que ésta se puede curar o corregir con un procedimiento quirúrgico”.

Claudia Yasmín afirma que, en la actualidad, el médico residente juega un papel fundamental en los organismos de salud. De ahí la importancia de que las cabezas de sus grupos tengan siempre claros los objetivos primordiales, tanto los que se relacionan con los aspectos médicos como los relativos a cada institución en donde se inserta su trabajo y aprendizaje. En cualquier caso, los pacientes deben ser la prioridad, al igual que los valores de ética y conducta, así como las condiciones de trabajo y formación.

En cuanto a la jefatura de residentes, comenta que no es usual ver a una mujer al frente. “La plantilla está conformada por tres mujeres y cinco hombres, y aunque hubo algunos comentarios machistas —‘¿cómo que una mujer si siempre han sido hombres?’—, una vez que ganó la plantilla, tuvimos mucho apoyo. Considero que las mujeres son tan capaces como los hombres. Buscamos igualdad de género, y a pesar de que todavía no la logremos al cien por ciento, hoy en día hay más jefas de área que antes”.



La constancia es la virtud por la que todas las cosas dan su fruto.

ARTURO GRAF, POETA ITALIANO, 1848-1913

Propuestas frescas

“Lo más importante es cambiar la mentalidad de los directivos hacia los residentes. Saben que aquí estamos y siempre vamos a estar, pero a veces siento que dan por hecho que no vamos a pelear por lo que consideramos justo, que no sabemos cuáles son nuestros derechos, que no conocemos bien nuestras obligaciones. Queremos mejorar las condiciones de la residencia, mejorar el área de descanso de los residentes, que haya más espacios de esparcimiento, porque todos tenemos nuestra área asignada, pero debería haber una común para los residentes, como en otros hospitales.”

Por otra parte, comenta que una de las propuestas consiste en mejorar la investigación que los residentes hacen en el HJM. “Publicamos mucho, pero si nos comparamos con otros hospitales, seguimos por debajo. Lo que queremos es llevar el nombre del Juárez más lejos; no sólo publicar en las revistas del hospital, sino buscar espacio en otras publicaciones y que haya una mayor participación de los residentes en los congresos.” En cuanto a la investigación, menciona que la finalidad es que los residentes empiecen a publicar desde el primer año y, a partir de ese momento, que empiecen a trabajar en su tesis.



Fotos: LAI



Código MATER

Equipo de atención de la emergencia obstétrica

DR. LUIS E. HERNÁNDEZ VIVAR
DR. FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ ALDANA
DR. JOSÉ MARÍA TOVAR RODRÍGUEZ



De acuerdo con datos de la ONU,¹ hacia 1990 cerca de medio millón de mujeres —casi una por minuto— morían por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, casi la totalidad de estas pérdidas se daban en países en vías de desarrollo.

Las causas principales de muerte materna se relacionan con la hipertensión arterial, la hemorragia masiva y los procesos infecciosos graves que se presentan en estas tres etapas. “Gran parte de las muertes por maternidad son evitables. (...) Las muertes tienden a aumentar en las mujeres que han dado a luz a varios hijos, tienen escasa educación, son muy jóvenes o se encuentran en edad madura.”²

Frente a esta terrible realidad, y a muchas otras, las Naciones Unidas establecieron en el año 2000 los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ocho ambiciosos objetivos a ser alcanzados en 2015, basados directamente en las actividades y metas incluidas en la Declaración del Milenio.³ Los ODM se estructuraron en 8 objetivos y 21 metas cuantificables, con plazos predeterminados que se supervisarían mediante 60 indicadores. Entre ellos, el **ODM 5** se enfocaba a resolver la problemática señalada mediante dos metas:

- **Reducir en tres cuartas partes (75%) la tasa de mujeres que mueren durante el embarazo o parto para 2015**, con dos indicadores: 5.1 Tasa de mortalidad materna y 5.2 Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado
- **Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva**, con cuatro indicadores: 5.3 Tasa de uso de anticonceptivos; 5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes; 5.5 Cobertura de atención prenatal; y 5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

Como resultado de estas medidas y acuerdos, la ONU⁴ y la campaña de la ONU para impulsar el logro de los ODM⁵ reportan que:

- Entre 1990 y 2013 la tasa mundial de mortalidad materna cayó un 45%.
- Aún así, en 2013 murieron casi 300 mil mujeres por estas causas.
- 90 países han conseguido reducir la mortalidad materna el 40%, entre 1990 y 2008.
- De 1990 a 2008, los partos atendidos por personal de salud aumentaron del 55 al 65% y la proporción de mujeres que recibieron cuidados prenatales por lo menos una vez durante su embarazo se incrementó del 64 al 81%.
- La cobertura sigue siendo baja en África subsahariana y Asia meridional, áreas donde se concentran la mayor parte de las muertes maternas.
- Los esfuerzos dirigidos a obtener trabajadores de salud calificados, particularmente matronas, han demostrado tener un impacto considerable a la hora de reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil, especialmente en comunidades rurales aisladas.
- Un acceso mejorado a servicios de obstetricia y neonatología, especialmente para los sectores más vulnerables, se ha traducido también en menores índices de mortalidad.
- El acceso a servicios de salud reproductiva resulta imprescindible, sobre todo para prevenir embarazos adolescentes, ya que tener hijos a una edad temprana aumenta el riesgo de sufrir complicaciones e incluso morir en el parto.

- En México, la razón de mortalidad materna disminuyó 50.5% entre 1990 y 2013, situándose en 38.2; con una variación anual entre 2012 y 2013 de -4.1 y de -9.7 de 2012 a 2014.^{6,7} La meta nacional para los ODM 2015 se fijó en 22.2.
- Pese a los avances logrados en algunos de los indicadores, el esfuerzo global no ha sido suficiente, por lo que las Naciones Unidas han acordado una **Agenda post-2015** para hacer frente a los rezagos y consolide los logros.



Surge el Código MATER

Entre muchas otras acciones y programas realizados durante todos estos años con el fin de acercarse al cumplimiento del **ODM 5**, la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE pusieron en marcha en 2009 un sistema de atención de respuesta rápida concebida como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica, se le denomina **Código MATER**, cuyo objetivo es prevenir y/o disminuir la mortalidad materna y perinatal, mediante tres acciones:

A. IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA

- Hipertensión arterial.
- Convulsiones.
- Alteraciones de la conciencia, coma.
- Sangrado transvaginal.
- Hipertermia, cianosis.
- Choque.

B. TRATAR

- La crisis de hipertensión arterial y embarazo (preeclampsia-eclampsia).
- Sangrado obstétrico por arriba de 1,000 ml.
- Sepsis.

C. TRASLADAR

- A la unidad de choque o la terapia intensiva.
- Al quirófano o a la unidad toco quirúrgica.

La herramienta que se utiliza para determinar la urgencia obstétrica se llama “TRIAGE obstétrico”, que es un proceso de valoración clínica que permite clasificar a las pacientes de acuerdo al grado de urgencia y proporcionar atención prioritaria a aquella paciente que está en riesgo su vida o la del bebé. Esta primera valoración en nuestro hospital la realiza personal médico.

1 ONU. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2014*. Naciones Unidas, Nueva York, 2014.

2 Ver la página de la Campaña del Milenio de la ONU. <http://www.sinexcusas2015.org/objetivos/reducir-la-mortalidad-materna>.

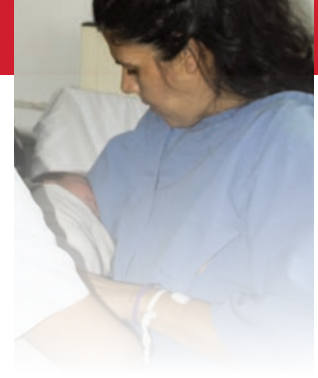
3 La Declaración del Milenio fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000. Ver: http://www.onu.org.mx/objetivos_de_desarrollo_del_milenio.html

4 ONU. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2014, op. cit.*

5 Campaña del Milenio de la ONU, *op. cit.*

6 Sistema de información sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ver: <http://www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx/>

7 Mercedes Juan, Secretaria de Salud, marzo de 2015.



El Código MATER en el HJM

Es un equipo multidisciplinario de respuesta rápida a la paciente obstétrica grave. Es un equipo formado por profesionales de la salud cuya función es optimizar el sistema de atención y recursos hospitalarios capacitados en urgencia obstétrica.

Está formado por gineco-obstetras, enfermeras, químicos de laboratorio y de banco de sangre, médicos internistas e intensivistas, cirujano general, radiólogo y ultrasonografista, pediatras y neonatólogos, anestesiólogos, trabajadoras sociales, personal de admisión hospitalaria y camilleros.

LINEAMIENTOS

- La paciente obstétrica es responsabilidad de todo el personal del hospital.
- Las pacientes embarazadas de alto riesgo tienen prioridad en todos los servicios.
- Toda paciente embarazada será sometida a un TRIAGE obstétrico.
- Prevalecerá la conducta de "0" (cero) rechazo y la atención será de acuerdo a la capacidad resolutoria del hospital.
- En caso de traslado, debe ser solicitado en forma oportuna.

Acciones

La paciente embarazada acude al servicio de urgencia obstétrica donde es valorada mediante un TRIAGE obstétrico; se establecen acciones inmediatas y se utiliza un código de colores que si es de color rojo el obstetra lo establece como urgencia obstétrica y se activa el Código MATER de sonido (vozco en el hospital hasta en tres ocasiones indicando dónde está la urgencia (urgencias de ginecología y obstetricia, toco-cirugía, cuarto piso de hospitalización) y el Código MATER visual.

En respuesta a la alarma, todo el equipo multidisciplinario debe acudir al área donde se encuentra la paciente de manera inmediata.

Los padecimientos que generan Código MATER son aquellos que ponen en riesgo la vida de la madre y su bebé, como tromboembolia pulmonar, cardiopatía grave, aborto séptico, embarazo ectópico roto, preeclampsia severa y sus complicaciones como síndrome de Hellp y eclampsia, placenta previa sangrante, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, ruptura uterina, corioamniotitis y choque séptico, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal, inversión uterina, embolia de líquido amniótico.

Las funciones específicas de cada miembro del equipo multidisciplinario son:

- El obstetra debe ser el líder y quien establece las líneas primarias de acción, practica la valoración clínica y determina la gravedad y sitio donde se debe enviar a la paciente, determina si debe interrumpirse el embarazo y por cual de la vía vaginal o abdominal.
- El personal de enfermería debe tomar signos vitales y conectar a la paciente a un monitor para el registro continuo de los signos, valora el estado de conciencia, canaliza por lo menos dos vías una en cada brazo e inicia la aplicación de soluciones cristaloides, coloca sonda de Foley para cuantificar diuresis e inicia el registro del control de líquidos, administra medicamentos indicados por el médico, coloca vendaje en ambos miembros inferiores, toma muestra de sangre para el laboratorio y banco de sangre.
- Los químicos del laboratorio central procesan las muestras y determinan los valores de biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, pruebas de coagulación, grupo y Rh y realizan pruebas cruzadas para compatibilidad en la sangre en caso de que la paciente requiera transfusión.
- Radiólogo y ultrasonografista. Si no pone en riesgo la vida materna puede realizar ultrasonido fetal para determinar vitalidad, inserción placentaria, apreciación cualitativa de líquido amniótico.
- El médico internista-intensivista realiza la valoración neurológica, hemodinámica y metabólica de la paciente, escala de conciencia, gasto cardiaco, y resistencias periféricas, función renal y hepática, estado hidroelectrolítico, nivel de glucemia.
- El cirujano general participa en forma inicial en la colocación de catéter central y subclavio. Forma parte del equipo quirúrgico.
- El pediatra debe conocer las condiciones fetales y preparar el área para la reanimación básica y avanzada neonatal.
- El anestesiólogo debe conocer las condiciones maternas y fetales para adecuar el tratamiento materno fetal más adecuado para el binomio.
- Admisión Hospitalaria facilita la elaboración del expediente clínico.
- Trabajo Social establece canales de comunicación con los familiares de la paciente y con el personal de salud, agiliza los trámites administrativos y vincula las acciones indicadas con otros centros hospitalarios, agiliza el diferimiento de pagos.
- El camillero proporciona el traslado seguro de la paciente a los diferentes servicios, colabora en la movilidad conjunta con las enfermeras y médicos.

Conclusión

En 2015 aún mueren diariamente alrededor de 800 mujeres en el mundo por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y parto (una cada dos minutos): la mortalidad materna se ha reducido hasta en un 50% entre 1990 y el 2013, sin embargo el esfuerzo aún está lejos el cumplir el **ODM 5**.

La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvar la vida a la embarazada y al recién nacido,

El problema de la mortalidad materna en lo que corresponde al sector salud tiene solución, pero esta exige la acción articulada y comprometida de todas las instancias responsables trabajando en forma coordinada bajo un mismo eje rector.

LAS PALABRAS CLAVE SON:

ARTICULACIÓN
COMPROMISO
RESPONSABILIDAD
COORDINACIÓN
RECTORÍA

HJM: ¡Oye cómo va...!

Datos y cifras de 2014 ...las propuestas para 2015

A finales de enero, el Director General presentó a la comunidad hospitalaria su IV Informe Anual. Un mes después, con motivo de la Primera Sesión Ordinaria de la Junta de Gobierno, expuso su Informe de Autoevaluación 2014.

De ambas presentaciones exponemos las cifras y datos más relevantes, relativas a asistencia médica, calidad y seguridad del paciente, enseñanza e investigación, con la intención de trazar un panorama real y concreto de dónde estamos para, de este modo, saber hacia dónde vamos, así como ofrecer elementos para analizar e identificar la participación de cada grupo en los retos, logros y compromisos de esta dinámica institución.

Asistencia médica

- 246,354 consultas
 - ▶ 53,652 de primera vez
 - ▶ 34,298 urgencias
 - ▶ 10,016 preconsultas
 - ▶ 148,388 subsecuentes
- Índice de subsecuencia: 2.3
- Número de consultas realizadas por médico: 1,076.
- 1,442,893 estudios de laboratorio
- 55,656 estudios de laboratorio especializado
- 175,254 terapias de rehabilitación; 135,522 físicas, 30,324 ocupacionales y 9,408 de lenguaje
- 8,907 biopsias; 4,194 pruebas de inmunquística y 26 autopsias
- Estudios de imagenología: 42,996 placas de rayos X; 11,113 tomografías; 3,012 resonancias
- Banco de Sangre: 34,342 transfusiones sanguíneas y hemoderivados
- 17,359 estudios socioeconómicos en Trabajo Social
- Seguro Popular: 644 casos: 519 atendidos en programas y 95 niños del seguro médico SXXI
- 17,869 ingresos y 17,825 egresos
- 95% de egresos por mejoría
- 773 defunciones (tasa bruta de 4.3; tasa ajustada de 3.1)
- Causas de mortalidad: se mantienen las primeras seis: tumores malignos, neumonías, cardiopatías, diabetes mellitus 2 y enfermedades del hígado. IRC, VIH, EPOC y septicemia completan la lista
- 83% de ocupación en camas censables
- Días promedio de estancia por división: 5 en Cirugía, 9 en Medicina, 7 en Pediatría y 3 en Gineco-Obstetricia
- Infecciones nosocomiales: tasa por 100 egresos de 3.8 (estándar<15): 55% de neumonías y 18% de bacteremias secundarias
- 758 incidentes asociados a la atención médica: 316 eventos adversos y 388 úlceras por presión
- 14,095 cirugías: 10,432 mayores y 3,663 menores
- 2 cirugías en promedio por sala/día, con 12 días de diferimiento quirúrgico
- 1,471 cirugías de alta especialidad, destacan 655 de cirugía general, 189 de oncología, 141 de urología, 114 de ortopedia, 97 de maxilofacial, 88 de neurocirugía...
- Incremento en 20% de las cirugías de mínima invasión

Acciones relevantes

- Impulso de la cirugía de alta especialidad mediante cirugía laparoscópica, neuroendoscopia y corte de alta velocidad (craneotomo)
- Convenio con el Hospital "Dr. Manuel Gea González" para el adiestramiento en cirugía robótica a los médicos adscritos
- Puesta en marcha de la Clínica de Asma y la Clínica de Urticaria Crónica Espontánea en el Servicio de Alergia e Inmunología
- Sistematización de la solicitud de estudios de tejidos en el Servicio de Patología
- Implementación en el Servicio de Gastroenterología de cuatro áreas: hígado (FibroScan), fisiología digestiva (pHmetría, manometría esofágica), páncreas y enfermedad inflamatoria intestinal
- Incremento en el número de pruebas inmunológicas y de toxicología cualitativas y cuantitativas en el Laboratorio Clínico
- Consolidación de las áreas de Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico y Osteoporosis, en el Servicio de Reumatología
- Funcionamiento de la Unidad de Toxicología y Alcoholismo
- Consolidación de la Clínica para la Mujer con Violencia Intrafamiliar en la Unidad de Salud Mental
- Conversión de la técnica quirúrgica abierta en la resolución de patología uterina y anexial, por medio de la cirugía de mínima invasión
- Validación de 32 planes de cuidados de enfermería (PLACES) en el área de hospitalización
- Implementación de la Clínica de Catéteres para hospitalización
- Vigilancia epidemiológica activa, con control en la detección de infecciones nosocomiales
- Farmacia Hospitalaria: en proceso de implementación

Equipamiento en el 2014

- Proyecto en ejecución: remodelación del Laboratorio Clínico
- Equipo de ultrasonido para la valoración de pacientes con embarazo de alto riesgo
- Remodelación de área de Medicina Física y Rehabilitación
- Ampliación de consultorios en los servicios de Alergia y Gastroenterología
- Instalación de equipo de resonancia magnética nuclear de 3 teslas
- Tomógrafo de 64 cortes con reconstrucción virtual a 128
- Cambio de fuente de cobalto 60 en teleterapia
- Reposición de parte del instrumental quirúrgico

Proyectos a realizar durante 2015

- Recertificación hospitalaria 2016
- Ampliación del Servicio de Hemodiálisis
- Modernización de las áreas de hospitalización
- Remodelación del Banco de Sangre
- Modernización de la Consulta Externa
- Reactivación del proyecto CIPO
- Fortalecimiento de la cultura de la calidad y la seguridad
- Sustitución y renovación de instrumental y equipo médico
- Desarrollo del Sistema de Gestión de Pacientes con los servicios de Admisión Hospitalaria, Archivo Clínico, Urgencias, Estadística y Trabajo Social

Calidad y seguridad del paciente

- Incremento de 104% de personal capacitado en mejora de los procesos
- Incremento de 91% en la elaboración de planes de mejora de la calidad
- Incremento de 22% en el apego a las Guías de Práctica Clínica en la institución
- Instalación de un sistema automatizado para el reporte del evento adverso (intranet)
- 749 personas capacitadas en la utilización de la herramienta automatizada para el reporte del evento adverso
- Fortalecimiento en la utilización del sistema automatizado para el reporte del evento adverso (10 reportes en 3 meses)

Calidad percibida por los usuarios (encuesta):

- Satisfacción en información para trámites, 81%
- Información sobre su problema de salud, tratamiento y cuidados, 88%
- Satisfacción con los profesionales, trato y amabilidad, 87%
- Quejas sobre la atención recibida (falta de comunicación, expediente perdido, retraso en alta, trato no digno), 27%

Propuestas del Aval Ciudadano.

- Mejora en tiempos de espera
- Mejora en el trato digno a pacientes y familiares
- Facilitar la comunicación e información que el médico proporciona
- Mayor supervisión al personal de limpieza
- Reparación y mantenimiento de sanitarios
- Mejorar la comodidad de las salas de espera

Enseñanza

Pregrado

- 655 alumnos en ciclos clínicos de distintas facultades y escuelas
- 7 escuelas o facultades de Medicina (COMAEM) en convenio con el HJM
- 83 internos de Pregrado
- 55% de incremento de pasantes de licenciatura en servicio social (108)

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD

- 160 alumnos inscritos
- 18 trabajadores de plantilla (13 profesores y 5 administrativos)

Posgrado

- 410 médicos especialistas en formación
- 40% de incremento en residentes extranjeros (38)
- 12 cursos de especialidad, 12 de subespecialidad y 9 de alta especialidad
- 306 rotaciones hacia el hospital y 471 del HJM a otras instituciones
- 74 inscritos en el programa de Titulación Oportuna
- 49 profesores capacitados en "Evaluación del médico residente por portafolio"

Educación Médica Continua

- 89 cursos a 5,210 asistentes
- 9.0 de calificación en la percepción de la calidad de los cursos
- Concluyeron 7 diplomados: Heridas y estomas, Desarrollo humano y tanatología, Investigación para enfermeras, Cultura de seguridad del paciente, Toxicología clínica, Cuidados intensivos neurológicos, Certificación de establecimientos médicos
- 47 sesiones generales del hospital para 12,831 asistentes, 273 en promedio por sesión

CECAD

- 44 cursos en materia gerencial o técnica a 1,346 asistentes
- Acondicionamiento de un aula de cómputo con 10 equipos
- Automatización de la encuesta de detección de necesidades de capacitación (DNC)

Investigación

- 17 investigadores en el Sistema Institucional de Investigadores
- 11 investigadores en el SNI: 5 en Nivel Candidato, 5 en Nivel I y uno en Nivel II
- 102 protocolos en marcha: 30% iniciados, 20% terminados, 39% de otros años
- 53 publicaciones científicas realizadas: 36 en Grupos I y II (23 de médicos), 17 en Grupos III y IV

Fortalecimiento:

- Plataforma del sistema Affymetricx para estudios genómicos y transcriptómicos
- Microscopio de fluorescencia y software para interpretación simultánea en Citogenómica
- Bioseguridad nivel II para trabajo con muestras con potencial altamente infeccioso
- Citómetro de flujo de nueva generación (12 parámetros)
- Separador de células (FACS).
- Convenio con el Instituto Nacional de Medicina Genómica (Inmegen)
- Protocolos en colaboración con la Facultad de Química, UNAM; la ESM, IPN; y el Cinvestav
- Financiamientos externos de Conacyt, Conacyt/Salud y Conacyt/SEP
- 8 egresados de la Maestría en Ciencias Médicas, HJM-Escuela de Medicina del IPN

Investigación:

Uniendo talentos y esfuerzos para el progreso médico

DR. JOSÉ MORENO RODRÍGUEZ



foto: AAA

Sin duda, estamos viviendo una época de cambios vertiginosos en todos los ámbitos del quehacer humano. La medicina no es la excepción. Hoy en día se habla de cirugía robótica, cirugía laparoscópica y muchos otros procedimientos quirúrgicos que parecían imposibles hasta hace poco tiempo y que han representado un gran avance para la medicina. Asimismo, en los campos no quirúrgicos cada vez hay más medicamentos creados mediante diseño molecular. ¿Y quién no ha oído hablar —e incluso utilizado— la llamada terapia biológica? Además, hay avances impresionantes en el campo de la imagenología y muchos otros procedimientos diagnósticos que contribuyen al progreso médico.

Todo lo anterior no es producto de la casualidad, sino de la conjunción de esfuerzos y trabajo interdisciplinario y coordinado entre distintas ramas de la medicina, la química, la ingeniería, la biotecnología, la electrónica, la física, la cibernética y otras ciencias afines. En conjunto, la colaboración entre estas ciencias y la medicina es lo que hoy se conoce como medicina traslacional.

Con tanto que escribir al respecto, me voy a enfocar en un campo, y no porque yo crea que es el más importante (aunque probablemente lo sea), sino por un interés particular en una parte del problema (y la solución) y por estar cerca de mi ámbito de conocimiento. Me refiero a la inmunoterapia del cáncer, la cual ha alcanzado una etapa de madurez tal, que en muchas formas de cáncer es una esperanza real de curación para casos que hasta hace poco se consideraban letales por necesidad.

Tradicionalmente, además de la resección quirúrgica, el tratamiento de los procesos neoplásicos se basa en la destrucción de los tumores, tanto física (radioterapia) como química (quimioterapia). En algunos casos, como el cáncer de mama y de próstata, junto con otros cánceres hormono-dependientes, la supresión hormonal forma también parte esencial del tratamiento. A pesar de ello, en muchas formas de cáncer, sobre todo cuando la detección ocurre en etapas moderadamente avanzadas, estamos muy lejos de pensar en la curación. Es aquí donde la inmunovigilancia adquiere un papel preponderante.

Este concepto surgió en el siglo pasado, cuando MacFarlane Burnet propuso que el sistema inmune, además de su papel en la defensa contra los agentes infecciosos, tiene la capacidad de destruir células malignas y, de este modo, mantener la homeostasis. Dicha teoría implicaba problemas conceptuales, ya que, a diferencia de los agentes infecciosos, los tumores son células propias, contra las que, en teoría, no deberíamos responder. Encontrar que algunos antígenos tumorales —proteínas en todos los casos— difieren de las proteínas propias tampoco fue la solución (excepto para algunos adeptos), ya que su número era reducido y no parecía ser común a todas las neoplasias.

No obstante, con los años se fueron acumulando evidencias de que el sistema inmune tiene varias formas de atacar a las células tumorales, desde las células asesinas naturales (NK) y algunos macrófagos armados, hasta los linfocitos T citotóxicos (CD8). Pese a ello, en la vida real no estaba del todo claro que estos fenómenos participaran en la defensa contra el cáncer. Es decir, en los pacientes con distintas neoplasias no podía detectarse una respuesta inmune, además de que en animales de experimentación era difícil inducir el rechazo de un tumor, a menos que éste fuera ajeno al animal receptor, en cuyo caso era comparable a un rechazo de injerto.

Un avance sustancial para entender lo anterior surgió cuando se descubrió que, de manera similar a otros sistemas, el sistema inmune funciona gracias a un balance entre señales de activación (que llevan a una respuesta inmune) y señales inhibitorias (que la previenen). Así, cuando la respuesta va dirigida hacia algo ajeno (como un agente infeccioso) predominan las primeras, mientras que en el caso de los tejidos propios (incluidos muchos tumores) predominan las segundas. Esto llevó a algunos investigadores, y de manera notable a James P. Allison (actualmente Jefe de Inmunología del Centro Médico M. D. Anderson, en Houston, Texas), a proponer que el cáncer (al menos, algunas de sus formas) podría tratarse contrarrestando las fuerzas inhibitorias para permitir a un sistema inmune competente rechazar los tumores.

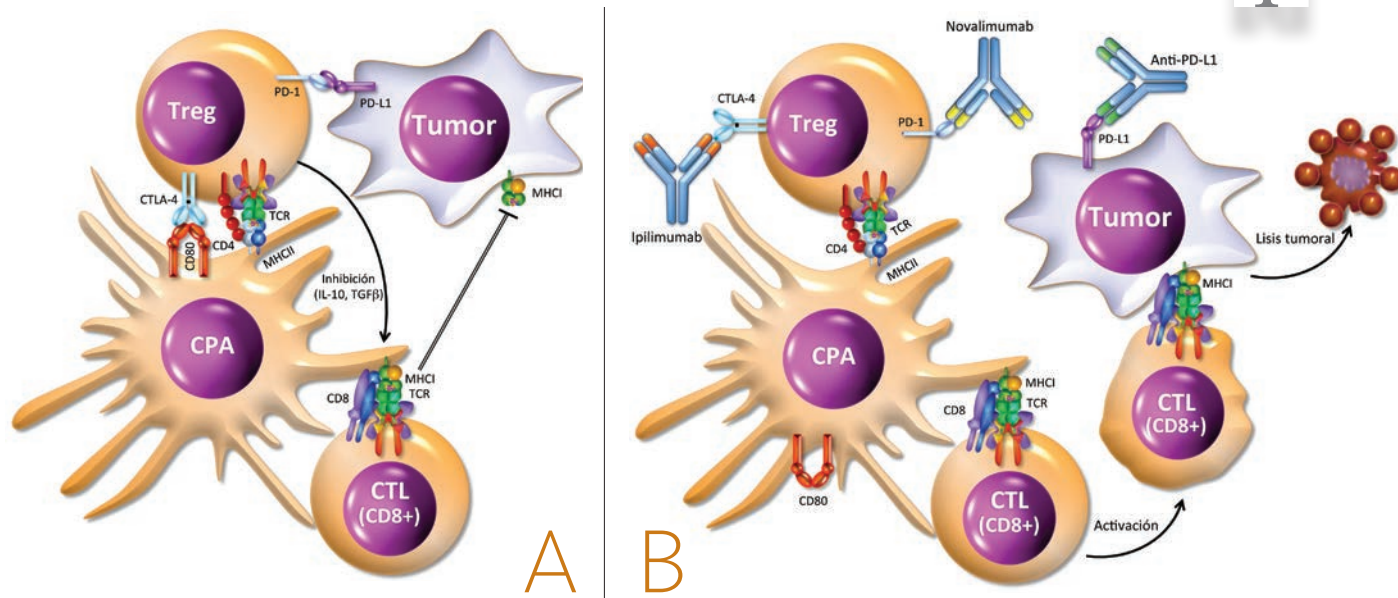


Figura 1. **Inhibición de la respuesta inmune en un tumor (A) y su reversión por medio de anticuerpos contra linfocitos T reguladores (B)**

En el panel A se describen los nombres de las células: CPA: célula presentadora de antígenos, Treg: linfocito T regulador, CTL: linfocito T citotóxico; en este caso inhibido en sus funciones por un linfocito Treg.

En el panel B se muestran los anticuerpos monoclonales y sus blancos, ya sea en la célula tumoral o en los linfocitos Treg. Estos anticuerpos impiden la función inhibitoria de los linfocitos Treg y permiten al CTL destruir la célula tumoral.

Para ello era necesario caracterizar en detalle las células responsables de prevenir el rechazo de los tumores. Estas células son un subgrupo de linfocitos T CD4, lo que hoy conocemos como linfocitos T reguladores (Treg). Estas células mantienen en paz al organismo, previniendo el ataque contra nuestros propios tejidos y, por lo tanto, previniendo las enfermedades autoinmunes. Desafortunadamente, estos linfocitos son capaces de infiltrar los tumores y crear en ellos un ambiente ausente de respuesta inmune, protegiendo al propio tumor contra ésta. Los primeros estudios al respecto demostraron que la presencia de Treg en los tumores era un marcador de mal pronóstico. Además, la cantidad de Treg en un tumor es directamente proporcional a la progresión del mismo.

Una vez sentadas las bases para entender la relación entre inmunidad y neoplasias, llegaba el momento de tratar de manipular la respuesta inmune y, así, ayudar a la eliminación de un tumor. Allison utilizó un anticuerpo monoclonal dirigido contra una molécula presente en las células Treg. Esta molécula (CTLA4) es necesaria para las funciones de los Treg. En consecuencia, la administración terapéutica de anti-CTLA4 (ipilimumab), que previene la función inhibitoria de las Treg, tuvo efectos de leves a moderados para liberar la inmunidad antitumoral, inicialmente en animales experimentales y, después, en humanos con melanoma metastásico. Como era de esperarse, la disminución de la función Treg se asoció a efectos secundarios de moderados a graves debidos a autoinmunidad.

Lo anterior no detuvo el interés de Allison y grupos cada vez más numerosos de entusiastas investigadores por probar nuevos blancos terapéuticos. Un segundo anticuerpo, en este caso dirigido contra otra proteína presente en la superficie de las Treg, PD-1 (nivolumab), asociado con ipilimumab, llevó a obtener una respuesta terapéutica, en muchos casos a la remisión completa hasta en un 50% de pacientes con melanoma avanzado. Notablemente, novalimumab tiene un perfil de seguridad muy superior a ipilimumab, con una incidencia mucho menor de autoinmunidad.

Esto fue sólo el inicio... Actualmente hay múltiples evidencias de que fenómenos similares o idénticos ocurren en la mayoría de las neoplasias malignas, al punto que se han descubierto nuevos blancos terapéuticos. Esto, aunado al ya bien establecido uso de terapia con anticuerpos monoclonales contra antígenos tumorales, ha causado un gran revuelo y entusiasmo en el campo de la inmunoterapia del cáncer. Sin embargo, debemos considerar lo siguiente:

1. En muchos casos, esta terapia se encuentra aún en fases experimentales, muchas de ellas preliminares, por lo que debemos esperar algún tiempo antes de cantar victoria.
2. El costo de lo anterior es muy elevado y, para poder estar a la par de otros centros (o, al menos, cerca de ellos), es necesario invertir muchos recursos en unidades de investigación básica-clínica-terapéutica y epidemiológica del cáncer y su terapia (no solamente inmunoterapia, sino todas las formas de terapia).
3. Es necesario concientizar a los integrantes de los distintos sectores sociales y gubernamentales implicados, así como a la iniciativa privada, acerca de la importancia de invertir en un mejor conocimiento del cáncer y en las distintas estrategias para el combate a este flagelo de la humanidad.
4. El HJM tiene el capital humano y la voluntad necesarios para lo anterior. Algunos grupos de la UNAM están interesados en colaborar con nosotros; faltan los recursos y establecer las estrategias para llegar a ello.



Palabras de bienvenida a los residentes de nuevo ingreso

DR. ALFREDO ULLOA RICÁRDEZ



Es un honor dar la bienvenida a estudiantes de las residencias médicas al HJM. El objetivo es incentivarlos y estimularlos para que inicien la especialidad con el ciento por ciento de entusiasmo y terminen, asimismo, al ciento por ciento.

El HJM es una institución comprometida con la población, formada por divisiones y servicios. Se imparten 12 cursos universitarios de especialización de entrada directa (especialización) y 12 cursos universitarios de especialización de entrada indirecta (subespecialización).

Se imparten, además, nueve cursos de posgrado de alta especialidad en medicina (cardiología intervencionista, córnea y cirugía refractiva, cirugía de columna vertebral, ecocardiografía, endoscopia gastrointestinal, oncología quirúrgica de cabeza y cuello, medicina del dolor, toxicología clínica y trasplante renal).

El HJM espera de los nuevos residentes compromiso al ciento por ciento, responsabilidad, respeto, actitud positiva y que puedan analizar las condiciones sociales e institucionales en las que realizan la práctica y la educación médica, así como interactuar de manera positiva con el personal de salud en la atención de los problemas médicos en su especialidad.

Los que hoy ingresan han pasado por un proceso difícil de selección, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM 001-SSA3-2012. *Educación en Salud para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas*. En 2012 se ofertaron 6,900 plazas en 28 especialidades de entrada troncal, para una demanda de 55,000 médicos.

El proceso fue formalizado el 18 de octubre de 1983 por acuerdo presidencial. En este acuerdo se crearon

dos comisiones interinstitucionales: la Comisión de Formación de Recursos Humanos en Salud y la Comisión de Investigación en Salud. Sus propósitos están estrechamente ligados a la educación y la salud, y enfocados en la especialización de los médicos generales.

El Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) entró en vigor en 1994 y, desde entonces, rige los estudios de todas las especializaciones médicas que se imparten en la División de Estudios de Posgrado de la UNAM.

El PUEM se organiza en ciclos lectivos anuales y está conformado por cuatro actividades académicas.

- **Trabajo de atención médica.** Es el aprendizaje dirigido en contacto con el paciente.
- **Seminario de atención médica.** Conocimientos teóricos necesarios para la atención de los pacientes.
- **Seminario de Educación.** Comprende el adiestramiento en los métodos de aprendizaje y docencia necesarios para el correcto desempeño profesional.
- **Seminario de Investigación.** Encaminado a reconocer la necesidad de valorar en forma constante las acciones médicas a través de la metodología de investigación clínica, que conduzca a la elaboración de una tesis final de recepción, requisito para la graduación del curso de especialización.

El residente es, por definición, un estudiante de posgrado, un profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad. Ésta se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que el médico debe

cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes, avalados y supervisados por una institución universitaria. Su función es aprender de sus maestros, de aquellos que, con mayor experiencia, son capaces de transmitir conocimientos y destrezas complejas.

También aprenden de compañeros residentes de años superiores. En buena medida, estos compañeros son parte integral de su formación. Con ellos se camina por primera vez en los pasillos del hospital, se pasa visita, se revisan historias clínicas y se discuten diagnósticos y tratamientos. En muchos casos adquieren las primeras y elementales destrezas bajo su supervisión.

En las instituciones de salud, las jerarquías se multiplican y las responsabilidades se escalonan. El interno depende del residente, éste de aquellos de años superiores, los que a su vez lo hacen de los médicos adscritos, que responden ante el jefe de servicio, y éste, ante el responsable de la unidad hospitalaria.

Aprendemos medicina y las complejidades derivadas de ella de muchas fuentes: de nuestros maestros, de nuestros compañeros residentes, de las enfermeras y, por supuesto, de los pacientes.

La medicina es una ciencia en constante evolución, con nuevos avances y descubrimientos cada día. Es por eso que los profesionistas que la ejercen deben actualizar sus conocimientos con programas de educación continua.

La educación médica ha experimentado importantes cambios en la última década. Nuevas estrategias de enseñanza-aprendizaje, metodologías de enseñanza, nueva relación profesor-alumno, tecnologías e informática médica han incursionado con mayor impacto en la educación médica.

El propósito es formar médicos especialistas altamente calificados, éticos y aptos para servir a la sociedad y ejercer el liderazgo científico, académico, asistencial y político de la medicina mexicana, favoreciendo el aprendizaje autodirigido, la actualización permanente de conocimientos y la aplicación de las nuevas tecnologías.

El residente debe estar en condiciones de aprovechar y utilizar durante su estancia en el Hospital Juárez de México cada oportunidad que se le presente de actualizar, profundizar y enriquecer ese conocimiento y adaptarse al cambio.

Para cumplir con la misión que le es propia, el residente debe estructurarse en torno a cuatro pilares del conocimiento: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser.

Habrà de alcanzar las competencias requeridas en su especialidad, entendiéndolo por competencia los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que permiten tener un desempeño profesional eficiente con un juicio crítico y reflexivo en la práctica diaria en beneficio de los individuos y la sociedad. No se trata sólo de sumar conocimientos, habilidades, actitudes y valores, sino de buscar su articulación de manera crítica, seleccionando y dosificando estos recursos.

El HJM les da la bienvenida a todos los nuevos residentes que este año inician una nueva aventura de aprendizaje y conocimiento, esperando que aprovechen todas las oportunidades para que la misión y visión de nuestro hospital sean alcanzadas, así como sus valores: profesionalismo, confianza, humanismo, calidad, integridad, respeto y equidad.

Biología de la Reproducción Humana Primeros lugares en la UNAM para residentes

En el examen departamental de las nueve sedes de posgrado de la UNAM para la especialidad, el HJM obtuvo el primer lugar institucional en la calificación de los años académicos de residencia de quinto y sexto años (R5 y R6).

En R6, la Dra. Flavia Dinorah Pereyda y el Dr. Manuel Ortega lograron el primero y el segundo lugares a nivel general, respectivamente, mientras que la Dra. Ana María Pérez se ubicó en tercer lugar de los R5. Felicidades a todos ellos.

Neurocirugía Primer lugar como sede del PUEM y diploma al mérito universitario

En noviembre de 2014 se realizaron los exámenes del Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) de la UNAM. En ellos, el Servicio de Neurocirugía obtuvo el primer lugar como sede en los cinco años de la especialidad. Asimismo, el Dr. Rafael Mendizábal, titular del mismo, se hizo merecedor del diploma al Mérito Universitario otorgado por dicha institución.

Biología de la Reproducción Humana Primer lugar en excelencia académica

Durante el sexto encuentro de médicos residentes de Biología de la Reproducción Humana, celebrado el 20 y 21 de febrero en Ixtapan de la Sal, Estado de México, se llevó a cabo el Primer Concurso de Premiación a la Excelencia Académica AMMR-Merck Serono. Dos de los tres trabajos finalistas correspondieron a tesis de médicos residentes del HJM.

El primer lugar fue para la tesis "Correlación de síndrome metabólico y fenotipos en pacientes portadoras de síndrome de ovario poliquístico en la Clínica de Gineco-Endocrinología del HJM", desarrollada por la Dra. Ana María Pérez Guzmán. El premio consistió en la presentación del trabajo en el congreso mundial de la European Society of Human Reproduction and Embryology, a celebrarse en junio en Lisboa, Portugal.



GRADUACIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

DRA. MA. DEL CARMEN DEL ANGEL

El viernes 27 de febrero se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación de los médicos residentes con especialización en Otorrinolaringología del ciclo académico 2011-2015. Los cuatro especialistas graduados fueron:

- ▶ Suria Samantha Santil Silva
- ▶ Óscar Rolando Terraza Mejía
- ▶ Fabiola Villafuerte Aguilar
- ▶ Shantal Téllez Cruz

Como es tradición en nuestro servicio, la ceremonia se realizó en el Aula Magna y contó con la presencia de los familiares de los egresados. Al finalizar, unos y otros celebraron la ocasión con un ambigü.



Graduación de médicos residentes 2015: 107 MÉDICOS ESPECIALISTAS Y 23 MÉDICOS CON ALTA ESPECIALIDAD

El 16 de febrero se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación de los Médicos Residentes Generación 2015, en el Auditorio Dr. Manuel Velasco Suárez. Dicho acto fue presidido por el Dr. Martín Antonio Manrique, Director General, acompañado por el cuerpo de gobierno del HJM. El auditorio tuvo un lleno completo ya que, además de los médicos graduados, asistieron familiares, profesores, compañeros residentes de otros grados, médicos y personal del hospital.

Durante la ceremonia, los doctores Manrique y Viveros dirigieron mensajes de felicitación a los graduados y a sus familias, y expresaron el deseo de que obtengan muchos éxitos en su ejercicio profesional, una vez que han obtenido el grado de especialistas en Medicina. A su vez, el Dr. Jorge Adán Alegría, jefe de médicos residentes 2014-2015, a nombre de sus compañeros agradeció al hospital y a todo su personal, en especial a sus profesores, por haberlos guiado y preparado en cada una de la especialidades en que se graduaron.

Se graduaron 107 médicos de los siguientes Cursos Universitarios de Especialización: Anatomía Patológica 5, Anestesiología 8, Biología de la Reproducción Humana 6, Cardiología 4, Cirugía General 8, Cirugía Maxilofacial 3, Cirugía Oncológica 3, Gastroenterología 3, Ginecología Oncológica 2, Ginecología y Obstetricia 8, Imagenología Diagnóstica y Terapéutica 4, Medicina Crítica 3, Medicina Interna 6, Nefrología 3, Neuroanestesiología 3, Neurocirugía 2, Neurología 2, Oftalmología 3, Ortopedia y Traumatología 4, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello 4, Pediatría 10, Reumatología 4, Urgencias Médico-Quirúrgicas 5 y Urología 4.

También se graduaron 23 médicos de los Cursos de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina: Cardiología Intervencionista 1, Cirugía de Columna 1, Cornea y Cirugía Refractiva 2, Ecocardiografía 1, Endoscopia Gastrointestinal 5, Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos 4, Oncología Quirúrgica de Cabeza y Cuello 1, Toxicología aplicada a la Clínica 6 y Trasplante Renal 2.

Como un reconocimiento especial, el HJM otorga una Mención Honorífica a los médicos residentes que se desempeñaron con excelencia en sus actividades académicas, asistenciales, docentes y de investigación durante el tiempo de su preparación como especialistas. Los médicos que recibieron este premio fueron: las doctoras Adriana López Luria y Griselda Martínez Ramírez de Gastroenterología; el Dr. Ernesto Manuel Gutiérrez Álvarez, de Ginecología y Obstetricia; la Dra. Norma Angélica Hernández Zenteno, de Neuroanestesiología; el Dr. Ángel Giancarlo Nájera Albarrán, de Urgencias Médico-Quirúrgicas y los doctores Juan Ramón Pérez García y Raúl Pérez Sandoval de Toxicología. Asimismo, se entregaron reconocimientos a los doctores Jorge Adán Alegría Baños, de Medicina Interna y Nancy Elizabeth Márquez Benavides, de Ginecología Oncológica, por haber fungido, respectivamente, como jefe y subjefe de los médicos residentes durante el periodo 2014-2015.

Al final de la ceremonia, en reconocimiento a los médicos graduados, los integrantes médicos del Coro del HJM interpretaron el Himno del Hospital Juárez. Felicidades y mucho éxito a todos los médicos graduados.

Innovar en las instituciones públicas

M.A. ALBERTO BAZÁN SOTO

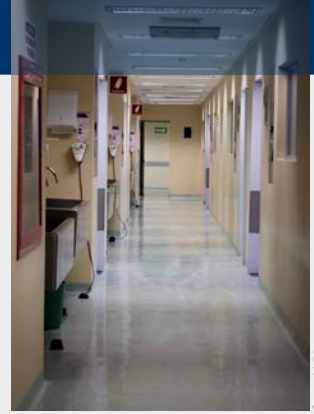


Foto: UCS

Parece que innovar está de moda. Podríamos marcar una raya en un papel cada vez que escucháramos la palabra innovar en la televisión o encontraríamos una referencia a la misma en un diario. Seguramente, llenaríamos páginas enteras. Sin embargo, los modernos buscadores de internet nos ahorrarían este trabajo: una búsqueda simple del término innovación nos reportaría poco más de nueve millones de resultados. Si bien las organizaciones empresariales fueron las primeras en abordar procesos de innovación, al ser más sensibles a los avatares de los mercados, hoy en día existen experiencias notables dentro de la administración pública.

El significado de la innovación

La innovación se confunde a veces con la creatividad. No obstante, esta última se relaciona con la generación de nuevas ideas, mientras que la innovación requiere, además, la aplicación de dichas ideas para la consecución de un resultado.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) trabaja desde hace varios años en entender y definir de forma precisa el significado de innovación. Este organismo internacional ha recogido este concepto en las sucesivas ediciones de su *Manual OSLO (Guidelines for Collecting and Interpreting Innovation)*, de manera que la innovación puede definirse como “un proceso complejo que aplica nuevas ideas basadas en el conocimiento para generar valor a las organizaciones”.

Es por ello que el punto importante de toda innovación es obtener resultados, generar valor.

Más allá del uso extendido de este término, lo cierto es que aún son pocas las organizaciones públicas que han dado los pasos necesarios para crear una cultura de la innovación entre sus empleados y abordar, de forma sistemática, su implementación en el seno de, por ejemplo, las instituciones de salud.

¿Por qué innovar en el sector público?

La administración pública local, al igual que otras administraciones de buena parte del mundo, se enfrenta a la necesidad de disminuir el gasto público e incrementar los ingresos para atender las necesidades sociales. Al entrar nuevas fuerzas en escena, junto con la necesidad de abordar problemas complejos y globales, se hará necesario formular respuestas innovadoras, además de las más tradicionales.

Para afrontar estos tiempos turbulentos es preciso anticiparse a las circunstancias, crear un ambiente sistemático de generación y análisis de ideas que permita una mejor adaptabilidad a los cambios imprevistos. La innovación debe ser una obligación para cualquier organización que aspire a sobrevivir, y la administración pública no es una excepción.

Diferentes formas de innovar

No todas las innovaciones son iguales. Unas tienen que ver con modificar lo que hacemos; otras, con hacerlo de forma diferente. También es posible innovar organizando nuestro trabajo de manera distinta o, simplemente, cambiando la forma de entender la realidad. Normalmente se distinguen tres tipos de innovación en función del ámbito de actuación:

- Innovación en nuevos productos o servicios
- Innovación en procesos
- Innovación en gestión

Algunos expertos en el tema señalan desde hace décadas que los esfuerzos de innovación se distinguen por responder a dos factores distintos. Por un lado, se enfrentan a demandas o necesidades insatisfechas del “mercado” (en este caso, los pacientes o la institución); es lo que se conoce como *market pull*. Por el otro, se impulsan a partir de un descubrimiento, un nuevo material o producto disponible, una nueva capacidad o un desarrollo interno que requiere encontrar su camino para ser desarrollado e instrumentado, es decir, el *tech push*.

La realidad, sin embargo, puede ser mucho más rica y no debemos limitarla. El mismo hecho de hacer a un lado, de manera consciente y colectiva, las actividades desfasadas por inercia y/o de eliminar una función no necesaria, pueden ser decisiones innovadoras en tanto que aportan valor a la organización.

¿Cómo surge la innovación?

La buena noticia es que, de una u otra forma, todos hemos innovado alguna vez. Seguramente, no hay nada mágico en ello. Sin embargo, por su propia naturaleza, las organizaciones están diseñadas para promover el orden y la rutina, que son, por defecto, entornos inhóspitos para la innovación. Tradicionalmente han predominado la eficacia operacional, la seguridad en sus actuaciones y el consenso en la toma de decisiones.

En este ambiente es difícil que cualquier esfuerzo voluntarista de innovar sea efectivo. Tal como apunta Peter Drucker,¹ uno de los principales autores sobre el tema: la verdadera innovación es aquella que puede llegar a ser productiva y requiere de un trabajo duro, sistemático, organizado y dirigido.

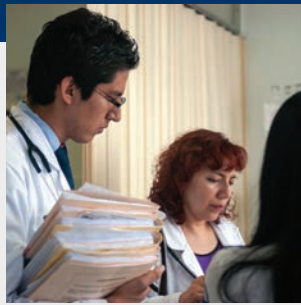
Por este motivo, es necesario organizar la innovación en torno a un proceso formal y medible que permita conocer los resultados. Se propone un proceso conceptual sencillo basado en cinco etapas:

- Generar ideas
- Evaluarlas sistemáticamente
- Desarrollar prototipos y pruebas de las mismas con el objeto de:
- Comprobar su viabilidad y su factibilidad, y
- Implementar las ideas más prometedoras y evaluar los resultados conseguidos.

A lo anterior habría que añadir la comunicación y promoción de los proyectos y sus resultados, aspecto clave para conseguir el éxito.

Hace unos 50 años Isaac Asimov subrayaba que las primeras etapas (el punto II. Evaluar sistemáticamente las ideas) deben asegurar tanto que las propuestas sean viables (que se puedan materializar y desarrollar: lo técnico y lo experimental), como que resulten factibles (que se puedan realizar, producir y aplicar con costo-beneficio: lo económico y lo legal).

1 Drucker P. 1985. *La innovación y el empresariado*. Ed. Collins, E.U. 277 pp.



Fotos: LAI

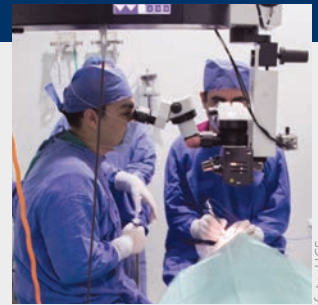


Foto: UCS

Si la intención es abrir opciones para innovar con los empleados públicos, resulta fundamental considerar que este proceso tiene que ver con la gestión de talento del capital intelectual. Partimos de la convicción de que el mayor activo que tenemos en las organizaciones son las personas, sobre todo en una sociedad en la que el trabajo tiene que ver cada día más con el conocimiento.

La paradoja de todas las organizaciones es que las mejores ideas provienen normalmente del personal que está cerca de las actividades operacionales, porque es donde surgen los problemas y las necesidades. Normalmente, empero, los trabajadores no tienen la capacidad para influir en su análisis y, mucho menos, en su adopción, así que estas valiosas ideas se pierden. Es preciso romper esta brecha entre la dirección y el personal que conoce el día a día y tiene la oportunidad de detectar necesidades y proponer ideas.

¿Qué hacer?

En el ámbito de la organización, las relaciones y la interacción grupal e intergrupal pueden utilizarse como un perfecto catalizador de la innovación, al ayudar a romper estas barreras; son un mecanismo al que podríamos calificar de “natural” para desatar un ambiente y una cultura de la observación y la innovación. Dicho en otros términos, cada persona y cada grupo asumen el análisis puntual de sus funciones y procesos, y lo articulan con un compromiso propositivo, lo someten a opinión e interactúan con sus “pares”.

Este tipo de dinámica —el trabajo colaborativo interno— debe articularse transversal y operativamente en el organigrama actual para incrementar el *capital* institucional.

La innovación en el sector gubernamental no es fácil porque la administración pública ha sido concebida pensando más en garantizar los derechos de los ciudadanos que en su capacidad de adaptarse a un entorno cambiante. Entre las principales barreras de la innovación se encuentran:

- ▶ La burocracia implica demasiadas reglas que no siempre permiten o facilitan la innovación.
- ▶ Existe una cultura de aversión al riesgo y de resistencia al cambio.
- ▶ No existen presupuestos etiquetados para actividades de innovación o de existir son muy austeros.
- ▶ Hay pocas habilidades y competencias suficientes para gestionar la innovación.
- ▶ No hay incentivos suficientes para innovar.
- ▶ Falta impulsar o reforzar la cultura de la innovación.

De manera similar existen barreras que obstaculizan la posibilidad de compartir el conocimiento y que sea aprovechado:

- ▶ Las organizaciones no identifican aquello que hacen bien o no le otorgan valor suficiente, por lo que no consideran que sea de utilidad.
- ▶ No se documentan aquellos conocimientos que representan mejores prácticas.

En suma, todo se centra en que las instituciones quizá necesitan “innovarse” para innovar aún más.

La sociedad no se detiene. Una sociedad en movimiento exige la misma capacidad de reacción por parte de su gobierno; afortunadamente la innovación es un medio efectivo y accesible para lograrlo.

La innovación debería ser obligatoria para cualquier dependencia que aspire a sobrevivir. Es necesario que las organizaciones sigan desarrollando sus actividades a pesar de las condiciones externas, adaptándose a los cambios, con nuevas formas de conseguir objetivos.

Es probable que las instituciones no identifiquen con claridad aquellas prácticas que desarrollan de manera adecuada y efectiva, ya que no se documentan. Existe mucho conocimiento valioso en las personas y en las áreas de servicio de las instituciones; el conocimiento debe visualizarse como un activo de la organización y puede perderse cuando el trabajador se separa de ésta o cuando el área desaparece.

La innovación ya no es *opcional*, es una necesidad que debe de traducirse en transferir mayor valor al público.

Por todo ello, y con la finalidad de impulsar o reforzar la cultura de la innovación desde el interior de la entidad, el Director General y el Titular del Órgano Interno de Control, dependiente de la Secretaría de la Función Pública, buscan firmar en los próximos meses un Punto de Acuerdo enmarcado en el “Programa para un gobierno cercano y moderno” con el objetivo de fomentar la generación de condiciones y un entorno favorable que respalden las acciones y actividades en esta materia.

La idea es formar un grupo de aliados y emprendedores que busquen innovar los procesos, trámites y servicios que brinda el HJM; este grupo será identificado como Red Interna Virtual de Innovación (**RIVI**). En principio, esta red que trabajará de manera coordinada con el Órgano Interno de Control y la Unidad de Gestión de la Calidad y Seguridad Hospitalaria para compartir conocimientos, experiencias y herramientas que permitan resolver problemas o desafíos específicos.



Foto: UCS



Foto: AAA

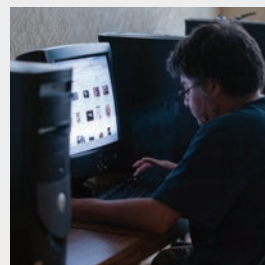


Foto: LAI

Ética y cultura laboral

M.A. ALBERTO BAZÁN SOTO

Son muchos los aspectos que en realidad inciden positivamente en el comportamiento laboral y permiten alcanzar un rendimiento adecuado. Algunos se adquieren en la etapa de formación y desarrollo, otros forman parte de la personalidad y otros más son elementos externos que influyen y condicionan el desempeño. Entre estos aspectos podemos citar los conocimientos y las habilidades, el talento, la experiencia laboral y las actividades a realizar, los valores del individuo, el esfuerzo que despliega y el estrés al que se somete, sus necesidades afectivas, sus intenciones y aspiraciones, y los incentivos o recompensas que busca.

Los seres humanos, tanto en la vida familiar como en la laboral, manifiestan sus conductas mediante determinadas actuaciones, que pueden o no ser correctas y que deben de ser reguladas, en especial cuando afectan los intereses y derechos de los demás o cuando afectan la propia salud emocional. En este sentido, la moral es determinante. Se expresa a través de conceptos, principios, cualidades y juicios, y ejerce su influencia en los individuos, por lo que repercute en el grupo inmediato y en la sociedad en su conjunto.

La moral se manifiesta en determinados ámbitos que se entretajan: en la práctica de cada quien (el ser moral), la que deseamos alcanzar de manera inmediata (la que necesitamos para sentirnos bien), las influencias y lineamientos grupales o sociales a seguir (el deber ser) y los objetivos a largo plazo que deseamos lograr (el ideal moral).

En términos generales, podemos decir que la moral se conforma a partir de los fenómenos de vida de las personas. Ahora bien, la disciplina que estudia estos fenómenos es la ética, capaz de descubrir en los seres humanos elementos de valía que fortalecen positivamente su actuación.

La ética puede definirse como el estudio de los derechos y obligaciones de las personas, las normas morales que se aplican en la toma de decisiones y la naturaleza de las relaciones humanas. Hay quienes distinguen a la moral como una cuestión individual y a la ética como un asunto grupal o social.

Sin restar importancia a la ética en la vida familiar o social de las personas, esta colaboración se centra en la vida laboral, si bien reconoce que los principios de la ética son generales en cualquier ámbito de la vida.

La ética es un término que abarca las relaciones, tanto internas como externas, de las personas que conforman las organizaciones. En otras palabras, la ética no sólo se enfoca en describir la satisfacción personal por alcanzar un propósito dentro del grupo de trabajo, sino en conocer si esto responde, de manera objetiva y real, a la necesidad colectiva de ser mejores seres humanos; una necesidad de todos, por todos y para todos.

De esta manera, a través de la ética, resulta posible fortalecer el sentido de pertenencia del trabajador a la institución y de identidad con su grupo de trabajo.

Por un lado, la organización establece un propósito respecto al comportamiento de sus trabajadores, al seleccionarlos y/o desarrollarlos con la intención de que realicen tareas con un elevado nivel

moral y ético. Por el otro, los códigos de ética y conducta de una institución como el HJM coadyuvan a observar, vigilar, prevenir, detectar, disuadir y eliminar en lo posible todo vestigio de prácticas discriminatorias, abusivas o corruptas, que no sólo afectan la calidad del servicio y lesionan la economía, sino que tienen un impacto en la moral de las personas y en el prestigio institucional.

El país en su conjunto, a través del gobierno y sus instituciones, así como las personas que en ellas laboran, tienen una gran responsabilidad social. En el caso del

HJM, se trata básicamente de brindar un servicio seguro de atención médico-quirúrgica a la población, con calidad y buen trato para su mejor bienestar y salud, pero también, ineludiblemente, de cumplir con otras responsabilidades, como el uso adecuado de los recursos y bienes públicos, la formación de profesionales de excelencia, la generación de conocimiento o hasta el cuidado del medio ambiente mediante el control de los desperdicios o deshechos sin infringir las normas establecidas.

Nuestra organización establece una relación de intercambio hacia adentro y otra con el entorno social, la cual debe de ser armoniosa. La cultura organizacional requiere asimilarse y ser asimilada por el entorno sin contradicciones antagónicas y con espíritu positivo.

Como dice Portela, "la responsabilidad social de la organización debe consistir en el compromiso ineludible de la misma para con su entorno inmediato: clientes, empleados, proveedores, consumidores, comunidades y su entorno en general".¹



Esta extensión de la ética institucional hacia su entorno se percibe claramente en los recientes enfoques de la salud pública al respecto. Hoy en día se considera que también los pacientes tienen una buena carga de responsabilidad familiar y social: al adoptar o no una mejor cultura de autocuidado y prevención o al asumir y perseverar en sus tratamientos, evitan afectar aún más a sus familiares, a sus tiempos y economías. En el mismo sentido, reducen la carga de los recursos públicos destinados a su curación y abren más oportunidades para que otras personas accedan al servicio hospitalario. Sin duda, esta responsabilidad de los pacientes, extensiva a sus familias, interactúa fuertemente con la ética laboral y organizacional.

En el HJM contamos con múltiples y diversas profesiones, cada una con su ética de origen. No obstante, entre ellas hay elementos comunes. A esta esfera o estrato de múltiples formas e interrelaciones podemos describirla o proyectarla como una *ética profesional del hospital* que permitiría regular y abordar las tareas y acciones específicas, y hacerlo:

- siempre a partir del sentido y la responsabilidad institucionales;
- siempre en interacción con la corresponsabilidad de los usuarios; y
- siempre de acuerdo con las características y necesidades de cada profesión.

En relación con esto, Fulmer expresa lo siguiente: “La ética organizacional es el conjunto de reglas que gobiernan la conducta de los individuos en las organizaciones, sobre todo las de carácter social, y sirve para explicar y conducir el comportamiento de los individuos hacia otros en la organización, hacia los individuos o grupos fuera de la organización, de las organizaciones hacia los grupos sociales o hacia la sociedad como un todo”.²

El camino parece bien trazado. Requiere ante todo del esfuerzo y el consenso colectivo, pero el avance depende de cómo cada quien asume la ética laboral del HJM —organizacional, profesional, asistencial— y de cómo ejerce sus propios valores morales. Depende, pues, de que cada quien crezca y trascienda...

1 Citado por Clemente Valdés Herrera. *Desempeño del trabajador, ética y cultura laboral*. 2009. Disponible en: www.gestiopolis.com/despeno-del-trabajador-etica-y-cultura-laboral/

2 Ídem.



Mejorar la calidad: Curso “Priorización y optimización de procesos”

M.A. ALBERTO BAZÁN SOTO

Con la finalidad de incrementar la satisfacción de los pacientes y usuarios con respecto a los procesos administrativos es necesario mejorar u optimizar dichos procesos en las organizaciones de salud. El objetivo es alcanzar una mejor utilización de los recursos, y en este sentido, la mejora de los procesos se enfoca en:

- Reducir al máximo las actividades que no están directamente relacionadas con el paciente o usuario externo y, en su caso, disminuir el trabajo que no aporta valor.
- Reducir el tiempo de ejecución de los procesos.

En consecuencia, los procesos se desarrollan en menos tiempo con un uso eficiente, eficaz y transparente de los recursos. El resultado son procesos estandarizados, con menos variabilidad.

Para ello se diseñó un curso de capacitación dirigido a jefes de servicio, personal operativo y personal administrativo, a fin de contar con las herramientas necesarias para desarrollar la optimización de los procesos y mejorar de la calidad de los servicios. Se plantearon los siguientes objetivos para el desarrollo del curso, programado en siete emisiones en el transcurso de 2015.

- Optimizar procesos e implementar mejoras al redistribuir las actividades asignadas a los recursos humanos mediante la elaboración de proyectos.
- Estandarizar procesos para homologar sus operaciones y garantizar la calidad de sus resultados, previa alineación y mapeo de los mismos.
- Capacitar al asistente en el conocimiento y manejo de las herramientas de calidad para su utilización en la mejora de los procesos y en la aplicación de ciclos de mejora en las distintas actividades técnicas y administrativas, sustantivas y de apoyo.



El bullying

Un espejismo de poder y gloria que atrae a muchos y fastidia a todos

JUAN ARROYO GALVÁN

Primera de dos partes

Además de la obesidad y del consumo de refrescos, nuestro país también ocupa otro triste primer lugar internacional¹ en el acoso, la intimidación y el maltrato reiterados a niños y jóvenes por sus mismos pares, principalmente en la escuela: el llamado "bullying", del inglés bully: bravucón, forzar a uno con amenazas.



En México, el *bullying* afecta hoy en día a 40% de los casi 19 millones de alumnos de primaria y secundaria (CNDH); además, al 65%² de los 6.5 millones de estudiantes de la enseñanza media superior (SEP).³

- En total, más de 11.7 millones de niños y jóvenes afectados (de un total de 25.5): casi el 46%.
- Pero año con año esto suma. Así por ejemplo, hasta el 90% de los estudiantes norteamericanos reportan haber sido molestados o agredidos en algún momento entre cuarto y octavo grados.⁴ A nivel mundial, la ONU reporta un 65% y la OCDE el 61%.⁵
- En general, si se calcula que los agresores y sus secuaces pueden llegar a conformar un 10 ó un 15% del total,⁶ actualmente de dos y medio a tres millones de niños y jóvenes mexicanos estarían involucrados en ejercer este tipo de violencia.
- Prevenir, disuadir, evitar, aminorar el *bullying* es un enorme reto; pero reparar sus daños y enfrentar sus efectos *a futuro* será sin duda una difícil tarea.
- Por ello, desde hace algunos años, autoridades educativas, legisladores e instancias de derechos humanos han puesto en marcha varios esfuerzos y propuestas para su prevención y control en el ámbito escolar.

¿Qué es el bullying?

- Es violencia de tipo emocional, interpersonal e injustificada, ejercida repetidamente contra cualquier persona a cualquier edad (SEP-UNICEF, 2009).⁷
- Es la forma de violencia más común en nuestras sociedades.⁸
- Sucede en las escuelas, en casa, en el trabajo, clubes y asociaciones, en asilos y jardines de niños.⁹ Se ejerce de forma individual o en pequeños grupos.¹⁰
- Se basa en que los agresores no reconocen el principio de igualdad¹¹ por lo que, de manera deliberada y continua, hacen menos a los demás y eso "autoriza" a ejercer violencia con el fin de dominarlos sin esperar resistencia.¹²
- En la escuela, a la discriminación habitual por género, etnia, origen, preferencias o discapacidades se suma a la hecha a obesos o delgados, a pequeños o torpes, incluso a los recién llegados.
- Además se ejerce contra quienes son tranquilos o pacíficos, difidentes o tímidos, serios o reservados, sensibles o alejados, contra quienes muestran personalidades variables e indecisas, contra los que sobresalen en sus habilidades y labores o contra quienes muestran dificultades para ello.
- Además de su modalidad escolar existe el *bullying* cibernético¹³ ¹⁴ y ambos se conectan con la violencia intrafamiliar, de género, comunitaria, e incluso pasan por la negligencia institucional.

¿Cómo y cuándo se ejerce?

- El *bullying* es una práctica que oprime, abruma y agobia hasta imponer la sumisión y la dominación.
- Es un abuso de poder, en la cual una parte lo ejerce cada vez más y la otra cada vez menos (M. Foucault).¹⁵ Es un ciclo creciente, una espiral que se incrementa en intensidad y frecuencia.¹⁶
- La primer agresión es considerar a los otros como débiles e inferiores: discriminarlos; luego crece en la violencia y puede llegar a la crueldad.
- El abuso suele acompañarse con eventos o amenazas de violencia física, económica o sexual.¹⁷
- Luego se trata de victimizarlos, de someterlos a un miedo permanente, desprestigiarlos o ridiculizarlos continuamente con el fin de explotarlos y dominarlos.
- Por lo general, los chicos son insultados, degradados y excluidos; las chicas son avergonzadas, hostigadas y puestas en riesgos muy serios.
- Ambos reciben maltratos y casi siempre antes, durante o después sufren robos, destrucción de sus pertenencias, despojo y chantajes.
- En ocasiones algunas víctimas llegan a buscar la aprobación del líder o del grupo antes o incluso después de haber sido agredidos.
- Es más probable que ocurra cuando los profesores y los estudiantes piensan que es algo normal, lo toleran o les es indiferente.¹⁸



Reacciones contra el bullying¹⁹

- Una gran parte de las víctimas nunca o rara vez hace algo.²⁰
- Los que responden individualmente se exponen a una fuerte espiral de violencia.
- Los agredidos suelen quedar atemorizados, recelosos, con rencores, odio e ira contenida, con deseos de venganza. Un estado mental estresante y en deterioro que les afecta también a futuro.
- Los profesores intervienen muy poco, lo hacen mal o torpemente; no es raro que muchos de ellos y los padres ni siquiera se enteren.
- Muchos estudiantes creen que los adultos hacen poco o nada para ayudar; piensan que su apoyo es poco frecuente e ineficaz;²¹ temen que denunciar o mencionar el abuso solo les acarrearán más problemas.

¿Cuáles son sus principales efectos?²²

- Suele tener efectos graves que se extienden hasta la vida adulta.²³
- Intensifica los miedos y fobias normales de niños y jóvenes a ser rechazados, objetos de burla, expuestos o despojados.
- Las víctimas pueden optar por alejarse y aislarse aún más; en este proceso pierden la oportunidad de desarrollar las habilidades sociales que necesitan.
- El *bullying* genera desconfianza en uno mismo para relacionarse con otros, para buscar la posible ayuda de los adultos y para aspirar a una buena vida.
- Las víctimas sufren depresión y ansiedad, tristeza y soledad, no comen ni duermen bien, dejan de asistir regularmente a la escuela, abandonan sus actividades favoritas e incluso llegan hasta la autolesión o el suicidio.
- Impacta negativamente la moral escolar, el aprendizaje y el desempeño.
- Es causa de problemas disciplinarios en víctimas y en agresores. Crea un ambiente de temor, de miedo a lo desconocido, de preocupación continua.
- Puede ser la causa de que las víctimas se conviertan en secuaces del agresor o incluso en nuevos agresores en otros espacios o que lo hagan más tarde, en su vida adulta.
- En la medida en que tienen éxito, los agresores se refuerzan y expanden el fenómeno, generan más miedo y obtienen más poder y más apoyo.
- Cuando su éxito es relativo, los agresores extienden sus redes, diversifican sus ataques, incrementan la intensidad o buscan nuevas víctimas.
- Si los agresores continúan inmunes e impunes, sus rasgos de personalidad narcisista, agresiva o violenta se fijan aún más para la vida adulta. Sus secuaces así lo captan y también lo aprenden.

¿Quiénes lo padecen y quiénes lo ejercen?

De acuerdo con lo referido por un estudio de la Cámara de Diputados (CEAMEG, 2011)²⁴ los perfiles de los participantes pueden resumirse en:

- Victimas pasivas:** expresan ansiedad y sumisión, rechazan los conflictos, no son violentos. Baja popularidad, carecen del apoyo de otros, temperamento tímido. Sobreprotegidos en sus familias y poca interacción con los demás.
- Victimas provocadoras:** exhiben comportamientos que causan tensión o agitación (hiperactividad, baja concentración, reacciones agresivas).
- Agresores:** tendencia a la violencia, deseos de dominar, poca empatía con los demás, opinión positiva de sí mismos, aparentan no tener sentimientos de culpabilidad. Mayor popularidad. Hogares probablemente agresivos y con poco cariño. Bajo rendimiento y rechazo a la escuela. Candidatos a desarrollar conductas antisociales y relaciones sociales negativas.
- Agresores pasivos o secuaces:** apoyan y simpatizan con los agresores. Pueden sufrir efectos psicológicos y sociales como miedo, sumisión, insensibilización, culpabilidad y falta de contacto con los demás. Pueden llegar a ser acosadores para evitar ser víctimas o marginados por el grupo.



Mitos y trampas en torno al bullying

- Pensar que el **bullying** “**es una manera de divertirse**”, que sólo intenta demostrar destrezas **es riesgoso y falso**. El **bullying** establece relaciones desiguales y ejerce severas formas de violencia. Atenta contra los derechos humanos²⁵ y puede tener efectos devastadores en las víctimas, en la escuela y en los mismos agresores.
- Presuponer que “**los acosadores están locos y enfermos**” es **sólo parcialmente cierto**. El **bullying** se anida en los agresores cuando no maduran (E. Erickson) y no desarrollan la capacidad de reflexionar y reaccionar ante las ideas de éxito fácil, poder y acumulación (E. Fromm), que les ofrecen los medios de comunicación y los juegos digitales e, incluso, cuando no saben desprenderse o no pueden superar *el ambiente de violencia, acoso y exclusión que viven en casa, en su barrio o en la misma escuela*. Hay que recordar, de acuerdo con A. Bandura, que los chicos aprenden por observación e imitación. Todo ello puede, claro, convertirse en una seria patología mental con impactos en el desarrollo y temibles efectos a futuro.
- Refugiarse en que “**el bullying no es un problema**” resulta **absolutamente falso**. Es cierto, antes se le consideraba como un “rito del crecimiento”,²⁶ algo “normal” que todas las chicas y chicos debían enfrentar; pero ahora se ha expandido de manera brutal y parece funcionar, temerariamente, como una escalofriante *escuela para la vida real*. Es un reflejo de la impunidad e inmunidad, del individualismo extremo, de la codicia y de la falta de una sólida ética humanista y ciudadana que caracteriza a las sociedades modernas.
- Justificarse con que “**el bullying siempre ha existido**” es algo **no tan cierto**. El **bullying** original, “amenazar y chantajear”, era una conducta abusiva y grave realizada por algunos: los *bravucones*; pero el problema es que hoy en día el **bullying** ya es ‘otro’:²⁷ tiene mayor presencia en las escuelas; se ha convertido en una costumbre perversa que se hace hábito, es un fenómeno colectivo que gradualmente genera más agresores y más víctimas.
- Minimizar el problema al pensar que “**los agresores no lo piensan y son impulsivos**” es un error: “Los agresores tienen una especial habilidad para anticipar los estados mentales en ellos mismos o en los otros con el objeto de explicar y predecir la conducta. Requieren un elevado grado de elaboración en sus teorías mentales para conseguir que la víctima “sienta” la agresión (ataque directo o rechazo) a la vez que los secuaces y los espectadores lo aprueben” (Estudio CEAMAG, 2011).

- 1 Notimex, datos de la OCDE y de la CNDH, 04/05/14; también en: Silvia Otero, El Universal 22/10/11.
- 2 Rodolfo Tuirán, Subsecretario de EMS; nota de teleSur, 05/12/13.
- 3 www.sep.gob/ / 6.7 millones de alumnos en la EMS.
- 4 www.dosomething.org reporta que el 90% de estudiantes de cuarto a octavo grados en EUA dicen haber sido víctimas
- 5 Simón Vargas Aguilar, La Jornada, 06/03/14.
- 6 La CNDH habla de quienes roban y amenazan: 11% en primaria y 7% en secundaria (un 12-15% de los 19 millones); en la EMS no se señala una cifra, mientras que en EUA se habla del 15 al 20% (Bully Free Systems).
- 7 Estudio CEAMEG, Ricardo Soto, Cámara de Diputados, 2011.
- 8 www.nasponline.org/ / NASP Resources, National Association of School Psychologists, USA
- 9 www.childline.org.uk/ sitio web para víctimas
- 10 Estudio CEAMEG, citando a Olweus, *op cit.*
- 11 NASP Resources, *op cit.*, señala ‘falta de respeto por los derechos humanos básicos de los demás’.
- 12 Estudio CEAMEG, *op cit.*
- 13 ChildLine, UK, *op cit.*
- 14 Silvia Otero, *op cit.*
- 15 Michel Foucault, *El sujeto y el poder*, citado por Víctor M. Ortiz en, *Mujeres, violencia, VIH-SIDA*. Unifem-Colegio de Michoacán, 2008.
- 16 www.bullyfree.com/ / Bully Free Systems, Facts about Bullying, Bullying Prevention Program, KY, USA
- 17 ChildLine, UK, *op cit.*
- 18 Bully Free Systems, citando a Beane.
- 19 Elaborado a partir de Bully Free Systems, *op cit.*, con complemento de ChildLine, *op cit.*
- 20 Rodolfo Tuirán, *op cit.*, ‘el 73% nunca o raras veces hace algo’.
- 21 Idem, ‘38% descalifica a profesores’.
- 22 Elaborado a partir de Bully Free Systems, *op cit.*
- 23 En Jama Psychiatry, citada por Simón Vargas, *op cit.*
- 24 El Estudio de CEAMEG cita a Oñederra; y añade que anteriormente Olweus había generado perfiles similares.
- 25 NASP Resources, *op cit.*
- 26 Simón Vargas, *op cit.*
- 27 Bully Free Systems, *op cit.*

La bicicleta: protagonista de una importante transición cultural en la ciudad de México



HÉCTOR MENDOZA VARGAS

Actualmente la relación de la bicicleta con la ciudad de México se identifica, al menos, en tres ámbitos: la promoción social, la percepción urbana y las estrategias de transporte y mejoramiento urbano.

Hace unos años una investigación geográfica adelantaba las ideas para la construcción de la ciudad de México como “la mejor de las ciudades posibles” en torno a la bicicleta (Fernández, 1991). Tal posibilidad se sustentaba en una “reordenación espacial” y en una “dinámica pública” que apuntaban a una participación ciudadana y democrática que, de 1992 a 2014, ha tomado una forma concreta.

En su reflexión sobre París y Lyon, dos de las ciudades con mayores complicaciones de tránsito en Francia, Marc Augé señaló cómo la bicicleta había devuelto a la ciudad su “carácter de tierra de aventura o, al menos, de travesía” (Augé, 2009).

Para tal cambio, este autor indicó, primeramente, un cambio en la forma de vida de las personas. En el caso de los obreros, por ejemplo en la austera Europa de la posguerra, muchos emplearon la bicicleta para trasladarse a sus trabajos. Con el tiempo, el uso se ha modificado y, en la actualidad, la mayoría de las ciudades europeas acumulan un largo tiempo en la difusión social de la bicicleta.

A diferencia de una visión de la bicicleta como objeto deportivo y del tiempo libre, en países europeos ahora se le mira como el sujeto de una transición.

La sociedad mexicana tampoco se aparta de este cambio y en un plazo de tiempo relativamente corto dejó atrás viejas creencias sobre su uso. La bicicleta se asocia con ideales mayores y de no menor importancia para los espacios urbanos, como el de “volver a centrarnos en los lugares en que vivimos” (*Ibid.*).

Esta intención significa modificar el sentido de la movilidad de las personas a través de una reconfiguración de los espacios. Jaime Lerner denomina a esto una “acupuntura urbana”, es decir, una intervención que revitaliza la ciudad en sus canales de energía, en sus puntos vitales. La invención de esta geografía urbana de gran escala busca “crear reacciones positivas y en cadena” (Lerner, 2005). En ese sentido la bicicleta genera nuevas actitudes y estilos de vida que se proyectan a la ciudad, a la vez que abre nuevos horizontes para vivir con bienestar.

Con estas ideas, el llamado Plan de Manejo 2004 sugirió transformar y adaptar el trazo del Antiguo Ferrocarril México-Balsas —también conocido como “el México-Cuernavaca”, con una historia de cerca de cien años: 1898-1997—.

Este primer proyecto dio origen a la “Ciclovía”, con una extensión de 70 kilómetros, que va desde Ejército Nacional y, hacia el sur, atraviesa las delegaciones Miguel Hidalgo, Álvaro Obregón, Magdalena Contreras y, Tlalpan, donde incluso se adentra en suelo de conservación de propiedad ejidal y comunal.

Para su construcción, el proyecto recomendaba que se “respete la personalidad y el carácter de las colonias que atraviesan la vía, así como los usos de sus habitantes” (*Ibid.*). Al igual que las distintas marcas territoriales que “recuerdan el pasado ferroviario del espacio [debían] ser rescatados y preservados” (*Ibid.*).

Esto es, a partir de un proyecto generado en torno al uso de la bicicleta, se respetó y rescató la geografía cultural que representaba la vía férrea con su paso por los pueblos y barrios de la ciudad, una geografía que alude a la memoria y prácticas antiguas de los espacios.

En París y Lyon (...) la bicicleta había devuelto a la ciudad su “carácter de tierra de aventura o, al menos, de travesía” (Augé, 2009)

...la bicicleta genera nuevas actitudes y estilos de vida que se proyectan a la ciudad, a la vez que abre nuevos horizontes para vivir con bienestar.

La curiosidad es el dato

...la bicicleta traza una nueva geografía urbana ya que redimensiona la escala de la metrópoli a través de una movilidad rápida y económica y convierte a la ciudad en un lugar de encuentro y convivencia.

...Iztapalapa concentra el 30% de los velocípedos (con 172,634 unidades)...

Con la iniciativa, diversos grupos ciudadanos organizados se encaminaron a cambiar la visión de la bicicleta en la ciudad de México. La “Estrategia de Movilidad en Bicicleta (EMB)” del gobierno capitalino se sumó y, para el periodo 2007-2012, buscaba que el transporte activo (viajes a pie y en bicicleta) se volviera una alternativa para los millones de personas que “invierten 2.5 horas en promedio para trasladarse [y cuyas vidas] se consume en el vaivén diario” (*Estrategia*, 2009).

De esta manera, la bicicleta traza una nueva geografía urbana ya que redimensiona la escala de la metrópoli a través de una movilidad rápida y económica y convierte a la ciudad en un lugar de encuentro y convivencia.

Adicionalmente, otros beneficios son: redundancia a favor de la salud, el medio ambiente y el desarrollo económico; apoya la seguridad vial, con una mayor participación; reduce la emisión de contaminantes y de ruido; y brinda una vida personal más duradera y de calidad (*Ibid.*).

Las primeras inversiones se dirigieron a la creación de una red de ciclovías que, una vez abiertas, “se compuso de rutas aisladas” y sin conexión con la red del transporte público, por ejemplo, la de Chapultepec, la del *campus* de la Ciudad Universitaria o bien la de Reforma-Chapultepec (*Ibid.*).

El poniente de la capital, por donde cruza la “Ciclovía”, cuenta con el menor número de bicicletas, si bien que es una zona con mucho mayor relieve orográfico: un encadenamiento de elevaciones y barrancas que generan una traza urbana con desniveles muy marcados, con subidas y bajadas que imponen respeto a los ciclistas, sobre todo al pensar en el eventual regreso a casa.

En contraste, la delegación Iztapalapa concentra el 30% de los velocípedos (con 172,634 unidades) y en Tláhuac y Xochimilco, los viajes diarios en bicicleta alcanzan el 4.0% (equivalente a 200,000 viajes), más con fines laborales y domésticos. La difusión de la bicicleta se concentra en el oriente que es la parte de la ciudad con mayores carencias de ciclovías e infraestructuras.

A partir de mayo de 2007 se implementó el programa “Muévete en Bici” con circuitos dominicales sobre Paseo de la Reforma y el Zócalo, otros circuitos en varias delegaciones y un “Ciclotón” el último domingo de cada mes, un circuito interior de 45 kilómetros que rodea la ciudad.

La primera fase de la red de ciclovías, del 2009, abrió al público 21.2 kilómetros sobre Reforma, San Cosme y Buenavista (*Ibid.*). A esto seguirán tres hipotéticas ciclovías. Dos procedentes de Iztapalapa hacia el Centro Histórico y dos de norte a sur, una en dirección a Tláhuac y otra más hacia el centro de Coyoacán, con una extensión a Xochimilco, para un total de 984.8 kilómetros (*Ibid.*).

Hasta ahora la disponibilidad de los equipos e infraestructuras en torno a la bicicleta (cuyo más reciente ejemplo es la Ecobici) se ha instalado en la ciudad interior y en los ejes con “las mayores fuentes de empleo (40% de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México)”, es decir, en Insurgentes y en Reforma, lo cual favorece los viajes en bicicleta de tipo locales, de 4 kilómetros o de 10 minutos de duración, los intermodales, hasta de 8 kilómetros o 25 minutos y los largos que se pueden ir hasta los 10 kilómetros o 45 minutos de viaje (*Ibid.*).

La nueva presencia de la bicicleta en la vida urbana abre la participación de los estudios geográficos y su aplicación a problemas de gran escala y análisis territorial, en este caso, de la movilidad en la ciudad y, por extensión, en la zona metropolitana.

Frente a los estudios parciales sobre la relación de la bicicleta y la ciudad, sería interesante regresar a una perspectiva de análisis espacial con la cual analizar los grandes desafíos de la población de la capital relacionados con la contaminación ambiental, la movilidad y la salud pública.

“[la bicicleta] ...redunda a favor de la salud, el medio ambiente y el desarrollo económico; apoya la seguridad vial, con una mayor participación; reduce la emisión de contaminantes y de ruido; y brinda una vida personal más duradera y de calidad”.

Héctor Mendoza, invitado por la *Gaceta del IHJM* para presentar este texto, es profesor e investigador titular en el Instituto de Geografía de la UNAM, sus líneas de trabajo son la geografía, la historia y la cartografía; ha publicado diversos libros, atlas y artículos, algunos de los cuales se ocupan de la historia de la salud pública.

REFERENCIAS

- Augé, M. (2009), *Elogio de la bicicleta*, Gedisa editorial, Barcelona.
- Estrategia de Movilidad en Bicicleta / Ciudad de México* (2009), Universidad Nacional Autónoma de México / Secretaría del Medio Ambiente, Gobierno del Distrito Federal, México, 6 vols.
- Fernández Christlieb, F. (1991), *Las modernas ruedas de la destrucción, el automóvil en la Ciudad de México*, Ediciones El Caballito, México.
- Lerner, J. (2005), *Acupuntura urbana*, Institut d'Arquitectura Avançada de Catalunya, Barcelona.
- Plan de Manejo (2004), *Ciclovía Ciudad de México. Parque Lineal FC a Cuernavaca*, [México].

La movilidad en la ciudad de México



Graduación de médicos residentes 2015

