



CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina Comunitaria

Caso
Clínico

Pedagogía

Salud Mental
Comunitaria

Nuestro
Invitado

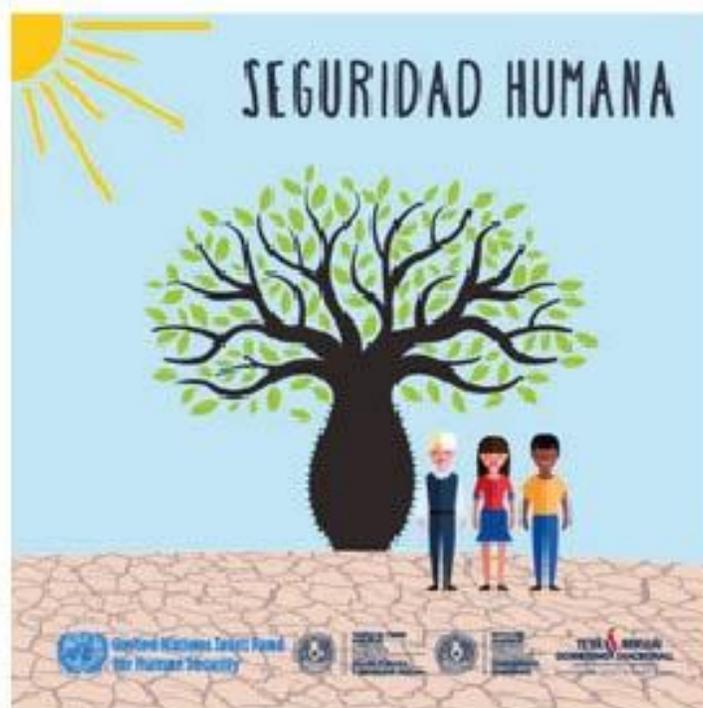
Seguridad Social

Carta de
lectores

sobre
Medicamentos

Medicina
Familiar

Revisión
de
artículo



La Lección
de Medicina

Investigación

El peregrino
que toca

Imagen tomada de: <https://opacbiblioteca.intec.edu.do/cgi-bin/koha/opac-image.pl?imagenumber=15667>

Medicinas
Alternativas

Salud
Pública

Noti Comunitaria

Bioética y
Ecología



TABLA DE CONTENIDO

EDITORIAL

“La educación médica. Es posible cambiarla”.

Juan Carlos González Q.

INVESTIGACIÓN

Relación entre violencia, consumo de alcohol y tabaco en adolescentes escolarizados en Suba en 2010.

Juan Carlos González Quiñones, María A. Miranda Méndez, Angie L. Monroy Martínez, Liliana A. Naranjo Amaya

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Resumen: “Salud, resiliencia y seguridad humana. Avanzando hacia la salud para todos”.

Jenny Pinzón

SEGURIDAD SOCIAL

Muriendo en nuestro sistema de salud.

Juan Carlos González Q.

Medicina social privada: ¿Utopía?

Carlo Rizzi

CASO CLÍNICO

Dolor en miembros inferiores.

Cristhian Peralta R, Janyll Pérez Ch, Effemberg Pimienta F, Patrick Pimienta T, Jennifer Pineda M, Nidia Pinto M.

REVISIÓN DE TEMA

La enfermedad de Alzheimer desde la Atención Primaria en Salud.

Geraldine Arguello Castillo, María Camila Ariza Rodríguez.

SOBRE MEDICAMENTOS

Comentario sobre el artículo: “¿El conocimiento de la contracepción de emergencia afecta su uso entre adolescentes de enseñanza media en Brasil?”.

Juan Carlos González Quiñones

Comentario sobre el artículo: “Adultos mayores: Cuide los medicamentos para cuidar su salud”.

Juan Carlos González Quiñones

Comentario sobre el artículo: “Conocimientos y prácticas de pacientes sobre disposición de medicamentos no consumidos. Aproximación a la ecofarmacovigilancia”.

Juan Carlos González Quiñones

EL PEREGRINO QUE TOCA

Apología a la creación

Gabriel Sáenz

NOTICOMUNITARIA

Participación de la Corpas en The Network Tufh Conference 2016 en Shenyang, China: “Building Trust. A Global Challenge in Health System Reform”.

Juan Carlos González Quiñones

Corpas en la comunidad

Beselink Quesada





EDITORIAL

“LA EDUCACIÓN MÉDICA: ES POSIBLE CAMBIARLA”

Por considerar este mensaje clave para la salud del país, dedicamos esta editorial a transcribir las palabras de la doctora Borrell que se pueden leer en el Observatorio para el Talento Humano de la OPS. Siguiendo con la convicción de que las imágenes pueden ser útiles para fortalecer las ideas, le hemos incorporado unas imágenes según nuestro parecer (sin consultar con la doctora Borell).



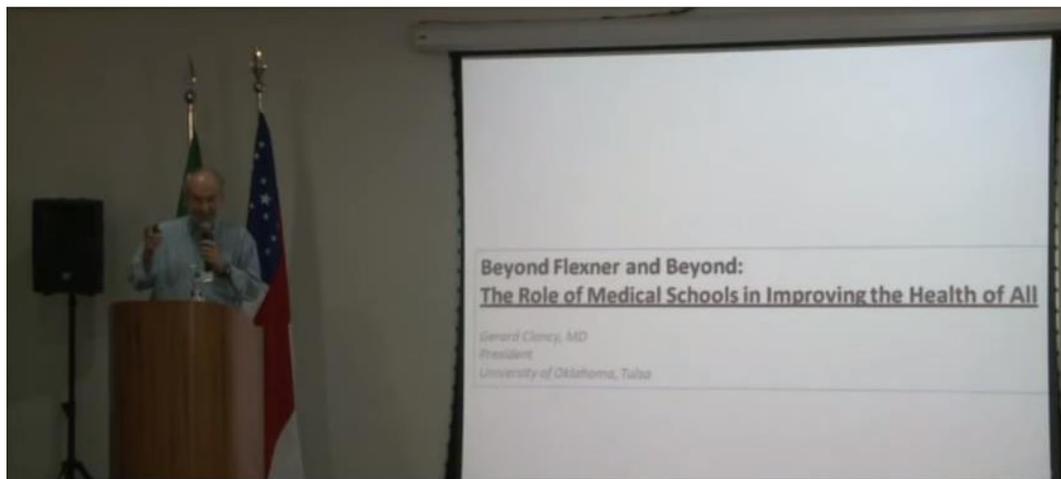
*Doctora Rosa María Borrell Bentz
Asesora Regional en Recursos Humanos
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
Washington D.C.
2012*

En los últimos años, hemos visto un fuerte movimiento de importantes facultades y escuelas de Medicina de varios países del continente americano, preocupadas por la salud de las personas que viven en zonas alejadas de los grandes centros urbanos, la escasez de médicos dedicados a la Atención Primaria de la Salud (APS), el desequilibrio de la oferta de plazas de formación de las especialidades médicas y la ausencia de políticas que promuevan la elección de especialidades relacionadas con la APS y, particularmente, la ausencia de políticas de dotación y retención de estos médicos en los lugares más necesitados.

Importantes avances podemos encontrar en facultades y escuelas de Medicina de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Brasil, Uruguay y Colombia, que reflexionan entre ellas e incorporan en esta dinámica a los Ministerios de Salud, las comunidades, las redes de servicios de salud y otros socios interesados, acerca del nuevo médico requerido y las distintas implicaciones tanto para la academia y los propios servicios. En este mismo tenor, existen también importantes avances en facultades y escuelas específicas de varios países como Chile, Ecuador, Nicaragua y Guatemala, entre otros.



Algunas de las escuelas, particularmente, las 16 de Estados Unidos que forman parte de este movimiento, han optado por una nueva definición de la *misión institucional*, ligada a un compromiso social con la salud de las comunidades donde se encuentran ubicadas las escuelas y, particularmente con el acceso a la atención de los más necesitados, es decir, de aquellos que no disponen de seguros de salud ni de personal calificado para su atención. Estas escuelas se han comprometido además, con reducir la escasez de médicos en lugares alejados, lo que es digno de elogio.



Dr. Arthur Kaufman University of Oklahoma, Tulsa, US

Dichas instituciones han asumido un compromiso social con una población rural, urbana y subatendida, en un espacio geográfico donde existen distintos centros comunitarios de salud de cada estado. En ellas se cumple la fórmula de aprender mientras se brinda un servicio, desde los primeros años de la carrera, en compañía de mentores supervisores de esa práctica de aprendizaje en los servicios y por un tiempo continuado donde el alumno se identifica con dicha comunidad, genera afectos, realiza investigaciones y comprende las dimensiones que determinan la salud y la enfermedad. La experiencia clínica adquirida en estas localidades permite a los alumnos incorporar otros elementos culturales, sociales y clínicos muy distintos de los que podrían adquirir en un hospital de cualquier nivel y las evaluaciones muestran el nivel de satisfacción y compromiso de los alumnos.

El compromiso social pasa por otras decisiones importantes y novedosas en la estructura y contenido de los currículos, en los que se cambian las prioridades de la enseñanza en función de las necesidades de salud y de atención de las comunidades, incorporando además los determinantes sociales en la malla curricular. Se integran los conocimientos con otras modalidades de diseño curricular y también se reorganizan los departamentos académicos al nuevo modelo y a la visión que se tiene del futuro médico asociado a la APS.

Las grandes propuestas de cambio de este movimiento de escuelas norteamericanas están centradas en la atención primaria y la Medicina familiar y la propuesta de educación médica del pregrado va acompañada, en la mayoría de los casos, de ofertas de residencias en medicina familiar, como un continuo de la práctica comunitaria, con la misma visión y el mismo compromiso.



Portal CVSP ¿Qué es el Campus? Aula Virtual Recursos Abiertos Experiencias Virtuales Clínica Virtual OPS OMS

Página Principal ▶ Cursos ▶ Cursos abiertos / Open courses ▶ Formación APS ▶ CVFORMAPS-15

Curso Virtual de Formación de Formadores de Médicos con enfoque de Atención Primaria de la Salud Modulo I: ¿Qué médicos necesitamos? ¿Para qué?

Las escuelas y facultades latinoamericanas debaten y redefinen el *perfil del médico* que precisan los países hoy día. Las facultades públicas de Medicina de Argentina, conforman desde el año pasado el "Foro Argentino de Escuelas y Facultades Públicas de Medicina", y han definido en conjunto el nuevo perfil del médico requerido por el país, y avanzan en un dialogo conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios de salud provinciales.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Inicio La Institución Oferta Académica Admisiones y Matricúlas Bienestar Biblioteca Investigación Comunidad Corpista

Escuela de Medicina

- Misión y Visión
- Plan de Estudios
- Medicina Comunitaria
- Clínica Universitaria
- Laboratorio de Simulación
- Rotaciones Extramurales
- Investigación

MISIÓN

La Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, es una entidad académica de Educación Superior en los niveles de Pregrado y Postgrado, que inspirada en el espíritu de nuestro Fundador, el Dr. Jorge Piñeros Corpas y en su visión social del ejercicio de la profesión, integra el profundo estudio de la ciencia médica con la práctica dirigida y la investigación científica, y en su proyecto educativo correlaciona las diferentes vertientes de aproximación a la problemática de la salud del país.

Nuestra Misión es **Formar Médicos - Cirujanos Generales de excelencia profesional y humana, con énfasis en Medicina Familiar, visión sistémica y bio-psico-social, dentro de un marco de uso pertinente de la investigación, la ciencia y la tecnología con profundo enfoque social.**

La misión y el perfil son elementos complementarios, en tanto la primera define el compromiso de la facultad/escuela con la sociedad y el espacio geográfico-poblacional en el cual está inserta y, el



segundo, está más dirigido a la orientación general y específica de lo que se pretende generar en el médico egresado. El perfil toma en cuenta los valores y principios que los alumnos debieran profundizar a lo largo de su formación, la visión acerca de los problemas de salud-enfermedad y sociosanitarios del contexto local e internacional, así como los posibles perfiles ocupacionales o espacios de trabajo a los que podrán tener acceso en su vida profesional. En esencia, ambos elementos intentan romper con un enfoque tradicional biologista, que ha permanecido de manera hegemónica por más de un siglo y del cual existen evidencias y grandes debates continentales y mundiales sobre su ineficiencia.

Las modalidades educativas de "aprendizaje basado en problemas" (ABP) y el "aprendizaje basado en la comunidad" (ABC) parecieran ser las combinaciones necesarias para una mejor organización del aprendizaje, que permita avanzar en el nuevo enfoque que proponen las escuelas que han iniciado estos cambios. De lo que se trata es de transformaciones más profundas que las clásicas reorganizaciones curriculares de antaño, donde se incorporaba alguna asignatura relacionada con la Salud Pública, la Medicina Preventiva y Social o la Epidemiología.



http://4.bp.blogspot.com/-nWcMh1Ho0/VoUyisWAI/AAAAAAAAEYM/a1ML9237Vn8/s320/Teoria_aprendizaje_experiencial.png

A estas modalidades se le agrega la "inmersión" de los estudiantes en espacios comunitarios y centros de salud donde desarrollan su capacidad de integración de las ciencias básicas y clínicas, de resolución de problemas y pensamiento crítico, de aprendizaje contextualizado con esquemas inductivos y reconocimiento de patrones así como, de investigación y evaluación de las necesidades de la población. Esta recapitulación del concepto y estrategia de la "inmersión" y particularmente del tiempo y de los



momentos del trayecto curricular establecidos desde el inicio de la carrera, así como la responsabilidad académica de supervisión compartida, son tal vez los elementos más notables de este avance.



Los cambios que conllevan al desarrollo de este nuevo enfoque educativo deben estar necesariamente acordados con los socios que componen la red de servicios y la red comunitaria. No es posible avanzar aisladamente. Lo más importante es construir un consenso sobre los retos más importantes al interior de la comunidad educativa y al exterior, con las autoridades de salud tanto locales como nacionales.

Creemos que es posible cambiar la educación de los médicos. Una prueba de ello puede encontrarse en las experiencias concretas presentadas en este año en la reunión de Tulsa, Oklahoma: "Beyond Flexner: Social Mission of Medical Education"; el "Dialogo Virtual sobre Educación Médica", desarrollado a través del Observatorio de Recursos Humanos de OPS, donde se discutió *"por qué orientar los currículos hacia la APS y las comunidades y cuáles elementos curriculares, modalidades y estrategias educativas habría que considerar"* y la reunión técnica sobre Educación Médica hacia la APS y los libros de textos, celebrada en Buenos Aires.



- Inicio
- Década 2005-2015
- Educación
- Enfermería
- Planificación
- Migración
- Recursos información
- Directorio Gestores

Inicio » Reunión técnica "Educación médica hacia la APS renovada y libros de texto"

Reunión técnica "Educación médica hacia la APS renovada y libros de texto"



Del 3 al 5 de diciembre de 2012, en Buenos Aires, Argentina, se desarrolló la reunión técnica "Educación médica hacia la Atención Primaria de la Salud"

El Proyecto de Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud, del Área de Servicios y Sistemas de Salud de la OPS, basado en la Atención Primaria en Salud, tiene como propósito contribuir con el intercambio virtual y presencial entre las escuelas de Medicina del continente, para generar una reflexión constructiva que contribuya a avanzar en este cambio, generar conocimientos y compartir buenas prácticas. Nos hemos comprometido desde hace cuatro años a fortalecer la formación de los propios formadores de médicos, con un curso virtual de cuatro meses de duración, ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP). Además, ofrecemos difusión, a través de nuestros dos portales, de información disponible de múltiples fuentes, los resultados de los debates nacionales e internacionales y la recolocación de problemas, preguntas y dudas pendientes en este marco de transformación.

Finalmente, las nuevas fuerzas que nos llevan a recolocar nuestro propósito de cooperación técnica en esta línea de la educación médica, están centradas en cuatro argumentos sustantivos: el imperativo moral que retoma un reposicionamiento de la responsabilidad social de las instituciones educativas; los nuevos conocimientos sobre los determinantes sociales de la salud; los cambios anticipados del rol del médico dentro de nuevas modalidades de organización de los servicios de salud y, los cambios en las tecnologías de la información y de la comunicación, que vislumbran la posibilidad de un monitoreo continuo de condiciones clínicas por parte de los equipos de salud.

Todo lo anterior abre retos emergentes, nuevas preguntas, posicionamientos que exigen ejercicios creativos y sistemáticos para darle respuesta.

¡Avancemos con firmeza y valentía en este nuevo camino!





RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA, CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN SUBA EN 2010

María A. Miranda Méndez, Angie L. Monroy Martínez, Liliana A. Naranjo Amaya[‡]
Tutor de la investigación: Juan Carlos González[§]

RESUMEN

Objetivo: Verificar la relación que existe entre el consumo de alcohol y cigarrillo y los comportamientos violentos en adolescentes de colegios públicos de la localidad de Suba, Bogotá.

Metodología: Estudio observacional de corte transversal entre 5871 adolescentes escolarizados de 10 a 19 años de edad pertenecientes a colegios públicos ubicados en la localidad de Suba en el año 2010. Se realizó una encuesta en la que se indagó sobre conductas de riesgo en los adolescentes relacionadas con el consumo de alcohol, el cigarrillo y los comportamientos violentos.

Resultados: se encontró una prevalencia del consumo de alcohol del 38% y de fumar del 17%. El consumo de alcohol se relacionó con comportamientos violentos (OR de 2,462 con IC 2,206 - 2,754), y el fumar (OR de 3,828 con IC 3,308 - 4,430).

Conclusión: El consumo de alcohol y de cigarrillo se asocia como factor de riesgo en los adolescentes de colegios públicos de la localidad de Suba. La relación más fuerte se establece entre el fumar y las conductas violentas.

Palabras claves: Adolescente, violencia, productos de tabaco, alcohol, factores de riesgo (*fuentes: DeCS*).

ABSTRACT

Objective: To verify the relationship between consumption of alcohol and cigarette and, violent behavior in adolescents attending public schools of Suba locality, Bogotá.

Methodology: Observational cross-sectional study among 5871 adolescents whose ages ranged from 10 to 19 years attending public schools of Suba locality in 2010. A self-questionnaire was administrated which asked about violent behavior related to drinking alcohol and smoking.

Conclusions: Drinking alcohol and smoking is associated with risk factors in adolescents attending public schools in Suba. The relationship between smoking and violent behavior was the strongest.

Key Words: Adolescent, violence, tobacco products, alcohol, risk factors (*source: MeSH*).

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida cuya esencia está en experimentar nuevas sensaciones y, la tendencia a la experimentación en todos los sentidos (1) y al desafío de las normas socialmente

[‡] Estudiantes VII semestre 2013 (Investigación Social 2). Facultad de Medicina, FUJNC.

[§] MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria - juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



establecidas, puede presentarse con frecuencia (2), con lo cual los adolescentes pueden hacer a un lado las ideas de autocuidado y protección y asumir riesgos.

En tal sentido en esta etapa de la vida los comportamientos violentos suelen empezar a ser más graves (3) y expresarse, por ejemplo, mediante el uso deliberado de la fuerza física, sea usando amenaza o acciones físicas contra otra persona o grupo, que causen o tengan muchas probabilidades de provocar lesiones, muerte o daños psicológicos (2). Lo anterior resulta preocupante para la comunidad científica y educativa debido a su elevada prevalencia en estudiantes de educación secundaria a nivel mundial (4). De hecho, desde hace tiempo, en Latinoamérica existe una preocupación por los comportamientos violentos juveniles (5).

En Colombia, la violencia, y su relación con el alcohol (6), hacen parte de los problemas de salud pública que preocupan al país, teniendo en cuenta las consecuencias negativas a nivel biológico, físico, emocional y psicológico en quien consume alcohol (7).

Resulta paradójico que los adolescentes están entre los grupos etarios más sanos biológicamente y que sean las alteraciones psicosociales, tales como el consumo de alcohol y el consumo y adicción al tabaco (8), las responsables de los principales problemas de salud.

La relación entre la violencia y el consumo de alcohol y cigarrillo está bien establecida (9), siendo más probable bajo los efectos de estas sustancias que surjan conductas violentas. La presente investigación quiso verificar dicha relación en los adolescentes con el fin de ratificar la importancia de las intervenciones en los colegios que propendan a crear conciencia de los riesgos relacionados con el consumo del alcohol y el cigarrillo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio analítico observacional, de corte o prevalencia.

Población: Adolescentes de 10 a 19 años de colegios públicos de la localidad de Suba, Bogotá, encuestados en 2010.

Criterios de inclusión: Jóvenes que cursaban los grados académicos sexto a once, que estuvieran presentes en la institución el día de la encuesta y quisieran participar.

Variables: Se utilizó una encuesta autodiligiada elaborada en 2006 ("Conociéndote a ti mismo"). La encuesta indaga por variables sociodemográficas, familiares, sexualidad, adicciones, trastornos de conducta alimentaria, ideas depresivas, comportamientos violentos y percepción religiosa. Para esta investigación se usaron las preguntas: "¿Ha golpeado o ha sido golpeado en el último año? (comportamiento violento)", "¿En la última semana bebió alcohol?" y "¿En la actualidad fuma?".

Recolección de la información: Se presentó ante las directivas de los colegios el protocolo de la investigación, logrando su aprobación. Una vez en los salones, se explicó la encuesta y la voluntariedad para participar. Se insistió en que si no querían responder alguna pregunta, podían dejar de hacerlo, solicitando sinceridad en aquellas que sí respondieran. Se pidió a los profesores que salieran y se garantizó la confidencialidad (no marcar el cuestionario con su nombre). Se recogieron en bolsas donde una vez incluidas se revolvían delante de los jóvenes. Se apreció seriedad al contestar con interés cada pregunta. No todos contestaron la totalidad las preguntas.

Una vez recopilada la información, se elaboró un informe para cada colegio participante que se entregó a orientación escolar y se presentó a la comunidad académica de los colegios que así lo pidieron.



Manejo estadístico: Con los resultados de las encuestas, se tabuló la información en una hoja de Excel, se seleccionaron las preguntas acerca de comportamientos de riesgo y consumo de alcohol y cigarrillo. Luego se procesaron las frecuencias con el uso del programa Epi Info y se determinaron los OR y la prueba *p* de las variables “golpear en el último año” versus “consumo de alcohol en la última semana” y “fumar en la actualidad”.

RESULTADOS

Tabla 1. Edades, sexo y prevalencia de haber sido golpeado, consumo de alcohol y fumar en la actualidad de la población de adolescentes encuestados de colegios públicos en la localidad de Suba en el año 2010.

VARIABLE	N°	%
<i>Edades</i>		
De 10 a 12 años	1394	23,8
De 13 a 15 años	2946	50,2
De 16 a 19 años	1524	26,0
<i>Género</i>		
Hombre	2908	49,2
Mujer	3007	50,8
<i>Comportamientos</i>		
Ha golpeado en el último año	2305	40,5
Bebió alcohol en la última semana	2215	38,0
Fuma en la actualidad	999	17,3

Dentro de las encuestas realizadas se presentó un caso de 9 años y otros seis que afirmaron ser mayores de 20 años de edad.

Tabla 2. Odds ratios del consumo de alcohol y cigarrillo versus comportamiento violento de población adolescente encuestada de colegios públicos en la localidad de Suba en el año 2010.

Comportamientos	Golpeó y/o fue golpeado el último año				OR	LI	LS	Valor P
	Sí		No					
	N°	%	N°	%				
Sí bebió alcohol en la última semana	1159	54	985	46	2,5	2,2	2,8	0,000000
No bebió alcohol en la última semana	1123	32	2353	68				
Sí fuma en la actualidad	660	67	324	33	3,8	3,3	4,4	0,000000
No fuma en la actualidad	1619	35	3043	65				



DISCUSIÓN

La presente investigación tiene el sesgo de información al que se exponen las encuestas autodiligenciadas en poblaciones juveniles; sin embargo, se intentó disminuir al máximo dicho sesgo insistiendo en la voluntariedad para contestarla y en que podían responder las preguntas que ellos quisieran y que serían manejadas con confidencialidad (anónimas).

En esta investigación se encontró que existe una relación de 2,5 adolescentes que habían bebido alcohol en la última semana y habían golpeado o fueron golpeados y que tuvieron comportamientos violentos en el último año (tabla 2), lo cual está en concordancia con el aumento de la violencia a nivel mundial (10) y refuerza esa relación (11). De esto existe evidencia (12), circunstancia que predice que tal comportamiento se seguirá presentando en la vida adulta (13), incrementando las consecuencias sociales de tal asociación.

Según Pierobon (14), la prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes es alta sin presentar diferencia en cuanto al género y, tal vez, sea debida a la importancia que tiene para un adolescente ser aceptado, lo cual en muchas ocasiones lo presiona a acceder a exigencias por parte de sus pares que los involucran en el consumo de alcohol (15) y tabaco quedando luego como conductas de adulto.

En nuestro medio, tal relación ya ha sido identificada (16), siendo el alcohol un importante mediador en peleas físicas (17), lo cual es acorde con los resultados de este estudio (tabla 2).

Lo anterior ratifica que esta asociación es nefasta para la sociedad, siendo importante plantear intervenciones que la contrarresten (18).

Norström (19) plantea una hipótesis más selectiva de esta relación; sostiene que solo las personas con una predisposición agresiva y que reprimen sentimientos de ira, frente a la exposición al alcohol aumentan el riesgo de manifestar comportamientos violentos en relación con la sensación de desinhibición que experimentan bajo sus efectos. Según Sahel (20), es importante tener claro que el consumo de alcohol puede conducir a la violencia, pero es igualmente posible que los adolescentes que se dedican a la violencia sean más propensos a buscar el alcohol (tabla 3).

La relación entre el consumo de alcohol y la violencia (19) puede ser más fuerte para los adolescentes que están incrustados en contextos sociales violentos por su percepción y tendencia agresiva pues, como lo propone Torres (21), su umbral para el uso de la agresión es relativamente bajo.

El segundo hallazgo relevante es el consumo del cigarrillo como factor de riesgo para los comportamientos violentos (OR 3,8 IC 95 % 3,3-4,4. Tabla 2) (23), posiblemente debido a los efectos de la nicotina sobre el sistema nervioso central y el control de impulsos (24). Este riesgo puede incrementarse por el deseo de fumar en los adolescentes como medio para obtener la aceptación del grupo (23).

La relación entre fumar y comportamientos violentos (tabla 2) está también en concordancia con lo propuesto por Everett (24) y, posiblemente, esto puede deberse al síndrome que se manifiesta al no tener acceso al cigarrillo.

Lo cierto es que según Yamamoto (25), se ha encontrado que el fenómeno de incremento de acceso al tabaco en los adolescentes se hace presente tanto en zonas rurales como urbanas, sin diferenciar género, evidenciándose así la facilidad de adquirir el hábito de fumar. En nuestro medio no parece



existir ese incremento, siendo la prevalencia estática del 17 % (tabla1). Aun así, permanece la relación entre el cigarrillo y el alcohol con factores que afectan la salud física, mental y emocional de los adolescentes (26).

Lo cierto es que estas sustancias se relacionan con la manifestación de conductas violentas que pueden llegar a empeorarse hasta el punto de causar muerte o discapacidad a los adolescentes (27). Además, se ha postulado una relación entre fumar y estados de ánimo tales como la depresión, hostilidad, ansiedad y baja autoestima (28), incorporándose en tales situaciones los comportamientos violentos (complejidad en las relaciones).

Insistiendo en que se deberán estudiar más estas relaciones y buscar explicaciones, la relación entre violencia y consumo de alcohol y tabaco existe, por ende, es válido proponer intervenciones en los colegios a través de charlas, discusiones, análisis de casos que los involucre directamente y que conlleven a concienciar al adolescente de que el uso de estas sustancias influye en su comportamiento y aumenta la posibilidad de generar violencia y daño.

REFERENCIAS

- (1) Scholes K, Hemphill S, Kremer P, Toumbourou J. A longitudinal study of the reciprocal effects of alcohol use and interpersonal violence among Australian young people. *Journal of Youth and Adolescence* [serial on the Internet]. (2013, Dec), [citado 12 Feb 2016]; 42(12): 1811-1823. Disponible en: MEDLINE Complete.
- (2) Torregrosa MS, Inglés CJ, López EE, Musitu G, García FJ. Evaluación de la conducta violenta en la adolescencia: Revisión de cuestionarios, inventarios y escalas en población española. *Aula Abierta* 2011; 39(1): 37-50. Universidad de Oviedo. Disponible en: <https://www.uv.es/lisis/estevez/12-6Aula%20Abierta.pdf>
- (3) Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. [Internet]. 2002. [Citado 20 Feb 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf
- (4) Hildenbrand A, Daly B, Nicholls E, Brooks S, Kloss J. Increased Risk for School Violence-Related Behaviors Among Adolescents With Insufficient Sleep. *Journal of School Health* [serial on the Internet]. 2013; [citado 18 Feb 2016]; 83(6): 408-414. Disponible en: Biomedical Reference Collection: Comprehensive: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=42ae2abf-d1b8-4579-b31a-2a40c0d255a9%40sessionmgr4003&vid=13&hid=4104>
- (5) Serfaty EM, Casanueva E, Zavala MG, Andrade JH, Boffi HJ, Leal MN et al. Violencia y riesgos asociados en adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2001; 10(3).
- (6) Roldán I. Elementos de la psicopatología social de los colombianos. *Revista de la facultad de medicina Universidad Nacional*. [Internet]. Vol 42. 2000. [Citado 20 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/31111/31162>
- (7) Cicua D, Méndez M, Muñoz L. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Pensamiento Psicológico* [Internet]. 2008; 4(11): 115-134 [citado 20 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80111671008.pdf>
- (8) Manrique F, Ospina JM, García JC. Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. *Rev. salud pública*. 2011; 13(1): 89-101.
- (9) Sege RD. Peer violence and violence prevention. *Pediatr Clin North Am*. 1998; 45:439. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/peer-violence-and-violence-prevention?source=search_result&search=violence+adolescents&selectedTitle=1%7E150
- (10) Lema LF, Varela MT, Duarte C, Bonilla MV. Influencia familiar y social en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2011; 29(3): 264-271 [citado 20 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12021452006.pdf>
- (11) Zatzick D, Russo J, Lord S, Varley C, Wang J, Rivara F et al. Collaborative care intervention targeting violence risk behaviors, substance use, and posttraumatic stress and depressive symptoms in injured adolescents: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics* [serial on the Internet]. [Citado 11 Feb 2016]. 2014; 168(6): 532-539. Disponible en: MEDLINE Complete.
- (12) Steinbrenner S. Concept Analysis of Community Violence: Using Adolescent Exposure to Community Violence as an Exemplar. *Issues in Mental Health Nursing* [serial on the Internet] [citado 18 Feb 2016]. 2010; 31(1): 4-7. Disponible en: Biomedical Reference Collection: Comprehensive.



Atención Primaria en Salud...

SALUD, RESILIENCIA Y SEGURIDAD HUMANA: AVANZANDO HACIA LA SALUD PARA TODOS

Marcelo Korc, Susan Hubbard,
Tomoko Suzuki y Masamine Jimba

Traducción y resumen: Jenny Pinzón R.**



Pan American Health Organization



World Health Organization

REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Si bien tres de los ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio se enfocan explícitamente en la salud infantil, la salud materna y enfermedades comunicables, se ha criticado el hecho de que pasan por alto las disparidades que existen entre los diferentes países y su forma de abordar los desafíos que enfrentan. Por su parte, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible intenta abordar las interconexiones que existen entre estos problemas y promover la equidad para que las personas más vulnerables de la sociedad tengan iguales oportunidades para disfrutar del mismo nivel de sustento, bienestar y dignidad que el resto de personas. Este abordaje se asemeja al enfoque de la "seguridad humana", cuyo potencial está en su objetivo de construir comunidades más resilientes alrededor del mundo.

** Coeditora Carta Comunitaria - FUJNC- jenny.pinzon@juanncorpas.edu.co





Seguridad humana

Este documento se redactó para explicar a los profesionales de la salud en qué consiste la estrategia de la seguridad humana (aunque probablemente ya conozcan algunos aspectos de esta) y mostrar cómo puede ser aplicada para encaminar a los individuos y a las comunidades a alcanzar un ciclo de buena salud, bienestar y resiliencia. De esta manera pretende impulsar el progreso hacia la libertad para vivir sin temor, la libertad para vivir sin miseria y la libertad para vivir con dignidad. En particular, se enfoca en cómo esta estrategia apunta a abordar las diferentes fuentes de amenazas para la salud y asegurar que las intervenciones sean integradas para construir y sostener la resiliencia en salud en los individuos, las comunidades y los niveles institucionales como un camino hacia la salud para todos a través del cubrimiento universal.

Qué contiene el documento

El documento comienza haciendo un breve resumen sobre la evolución del paradigma de seguridad humana y los principios que lo guían. Después delinea las tendencias recientes en el campo mundial de la salud y sigue con una discusión sobre los nexos entre la salud y la seguridad humana. Presenta, además, la resiliencia como una meta clave de este enfoque para abordar los problemas en determinadas circunstancias. Finalmente, expone ejemplos concretos de la aplicación de este enfoque en África, Latinoamérica y Asia.

LA EVOLUCIÓN MUNDIAL DE LA SEGURIDAD HUMANA

- 2003: La *Commission on Human Security*, definió que el objetivo de la seguridad humana es “proteger el núcleo vital de todas las vidas humanas de forma que se mejoren las libertades humanas y la realización de las personas”.
- 2005: La primera vez que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se compromete a explorar el campo de la seguridad humana en el *World Summit Outcome Document* donde:
- Enfatiza el derecho que tienen las personas de vivir en libertad y con dignidad, libres de la pobreza y la desesperanza.
 - Reconoce que todos los individuos, en particular los más vulnerables, tienen derecho a la libertad del temor, la libertad de vivir sin miseria, con igual oportunidad de disfrutar de todos sus derechos y desarrollar completamente su potencial.
 - Se compromete a discutir y definir el concepto de seguridad humana en la Asamblea General.
- 2012: La Asamblea General de la ONU adopta una resolución que, además, definió la estrategia de la seguridad humana:
- Reconoce que todos tienen el derecho de vivir sin temor, vivir sin miseria y vivir con dignidad.
 - Incluye principios centrados en los individuos y las comunidades, basados en un análisis de las amenazas, completo y específico del contexto, y la implementación de respuestas que refuercen la protección y el empoderamiento.
 - Reconoce que la paz, el desarrollo y los derechos humanos están interrelacionados de forma intrincada.
 - Respetar la responsabilidad y el derecho que les conciernen a los gobiernos nacionales.



LOS PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD HUMANA

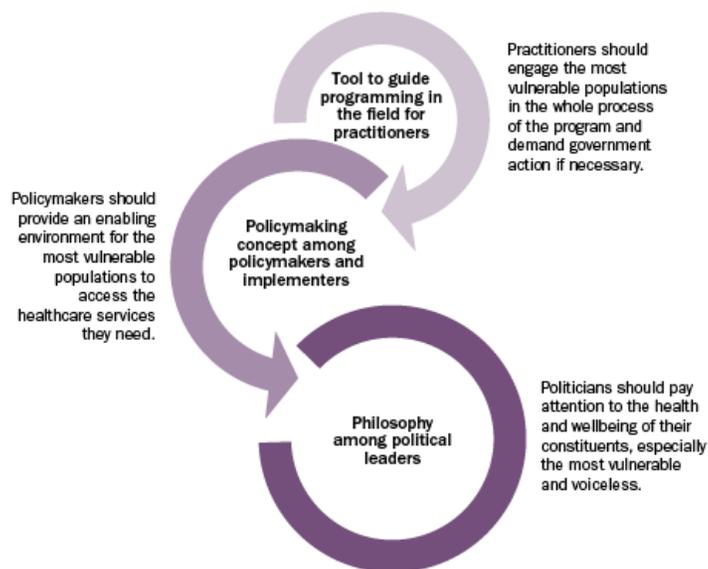
Basados en el trabajo de la Comisión y su consecuente investigación, la Japan Center for International Exchange (JCIE) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han identificado las siguientes siete claves principales para la seguridad humana:

1. Abordar las conexiones que existen entre la libertad para vivir sin temor, la libertad para vivir sin miseria y la libertad para vivir con dignidad.
2. Enfocarse en las formas en las que las personas experimentan vulnerabilidad en sus vidas diarias y reconocer que las diferentes amenazas se alimentan unas a otras y necesitan ser abordadas de una manera integral.
3. Involucrar a los grupos de población más vulnerables en todas las etapas de los programas para abordar sus vulnerabilidades desde las necesidades y la evaluación de los recursos a través del diseño e implementación hasta las fases de monitorización y evaluación de las actividades.
4. Identificar el contexto local y asegurar que todas las decisiones e intervenciones lo tomen en consideración.
5. Incluir a todos los sectores y actores relevantes en la planificación, toma de decisiones e implementación de los procesos.
6. Enfocarse en la prevención en la medida de lo posible.
7. Crear sinergia entre la protección y las acciones de empoderamiento.

LOS ROLES DE LA SEGURIDAD HUMANA

La seguridad humana puede asumir tres roles (figura 1).

Figure 1. Human security's role in the health field





1. Puede ser usada como una filosofía mundial adoptada tanto por líderes políticos como por ciudadanos que prioricen la mejora de las libertades humanas antes mencionadas y la realización humana a través de todas las políticas de gobierno.
2. Puede servir como un concepto para el diseño de políticas que provean guía concreta en los niveles gubernamentales e institucionales para ayudar a los individuos a sacar provecho de las oportunidades y hacer elecciones para realizar sus potenciales.
3. Puede ser una herramienta para guiar la programación cotidiana de los profesionales que se dirijan a reducir las causas de vulnerabilidad que enfrentan los individuos, las comunidades y las instituciones, mitigando el impacto de las amenazas en sus vidas, sustento y dignidad y, desarrollar resiliencia para futuras amenazas.

Seguridad humana como una filosofía política

Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA CONJUNTO

TRUJILLO 22/05

Fortaleciendo

la seguridad humana y la resiliencia de la comunidad mediante el impulso de la coexistencia pacífica en el Perú

¿Qué es seguridad Humana?

La Seguridad Humana representa una vida libre de miedo, con dignidad, educación, salud y las oportunidades para disfrutar sus derechos a plenitud y desarrollar su potencial humano.

<http://onu.org.pe/wp-content/uploads/2014/05/Seguridad-Humana-FB.jpg>

Durante el desarrollo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la cual puso especial énfasis en la inclusión, los aspectos sociales y económicos y en las sustentabilidad del medio ambiente, algunos arguyeron a favor de adoptar la seguridad humana como principio guiador mundial.

El Institute of Development Studies del Reino Unido sugirió que adoptar la estrategia de la seguridad humana serviría para reconocer las interacciones entre las diferentes amenazas, promover el pensamiento interdisciplinario, abarcar las inequidades de los países, crear más interacciones entre las personas y los gobiernos y trascender límites de todos los tipos. Para Japón esta filosofía es importante tanto en su política nacional como en la exterior y la considera como uno de los principales pilares para apoyar a las poblaciones vulnerables (pobres, mujeres, niños, etc.) en quienes las dificultades económicas tienen el más pesado impacto.

Los Objetivos del Milenio también contemplan los determinantes sociales de la salud; sin embargo, las circunstancias epidemiológicas han cambiado desde el año 2000 y las enfermedades no comunicables se han hecho más predominantes. Debido a esto, se propuso la interacción de todos estos aspectos en un esfuerzo por alcanzar un desarrollo sostenible en todas las dimensiones (figura 2).



Figure 2. Six essential elements for implementing the post-2015 development agenda

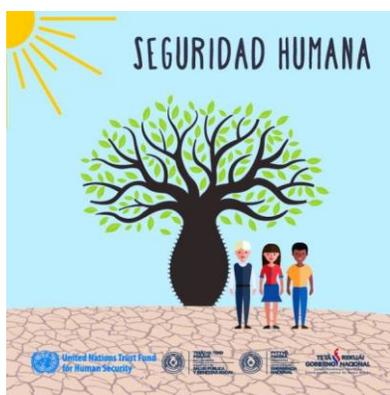


Source: UN General Assembly, *The Road to Dignity by 2030: Ending Poverty, Transforming All Lives and Protecting the Planet* (synthesis report of the secretary-general on the post-2015 sustainable development agenda [A/69/700], 2014), http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/700&Lang=E.

Al respecto, el enfoque de la seguridad humana puede ser un principio guiador útil pues considera las causas de la vulnerabilidad a través del curso de la vida y promueve un cambio estructural al integrar el empoderamiento y la protección. Al hacer énfasis en la naturaleza interconectada de las amenazas así como el hecho de que está centrado en las personas, ayuda a identificar lo que significan cada uno de los valores y dimensiones a nivel de la comunidad y asegura que las poblaciones más vulnerables no se pasen por alto.

Seguridad humana como un concepto para el diseño de políticas

En 2010 la OPS se convirtió en la primera organización internacional en instar a sus estados miembros a examinar cómo el concepto de la seguridad humana podría ser integrado a sus planes de salud. En 2012, esta organización compiló un documento técnico para apoyar el diálogo sobre la relación entre la salud y la seguridad humana.



Así, varios países han seguido el enfoque de seguridad humana en el diseño de sus políticas. El Salvador, Ecuador -que incluyó este enfoque como una filosofía política de su constitución de 2008- Perú, la Unión Africana, las islas del Pacífico, Japón -que está resuelto a mantener esta estrategia a pesar de los frecuentes cambios de liderazgo político, entre otros. Mientras que algunos países, como Mongolia y Tailandia, han adoptado el término "seguridad humana" en sus legislaciones, planes nacionales, etc., otros, sin usar esta denominación, han seguido sus principios. Por ejemplo, Kenia ha hecho de la protección y el empoderamiento pilares centrales de la Kenia Vision 2030, y Lituania ha extendido su estrategia de seguridad nacional para abarcar la



esencia de las libertades (libertad del temor, libertad de la miseria y libertad para vivir con dignidad). El Plan Nacional de Desarrollo de México 2013-2018, por su parte, es un plan exhaustivo y multisectorial que reconoce tanto las interconexiones entre las diferentes amenazas así como la vital importancia de hacer énfasis en la prevención y en hacer uso de las capacidades y recursos locales.

Seguridad humana como herramienta para el diseño de programas



A pesar del momento que se está viviendo a nivel mundial, los esfuerzos por acortar la brecha entre el concepto y su implementación, son relativamente nuevos e inadecuados. Una excepción notable es el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana (UNTFHS), el cual ha estado proveyendo financiación desde 1999 a agencias de la ONU y sus asociados para proyectos que explícitamente usan el enfoque de la seguridad humana. A través de estos fondos, se están realizando valiosos proyectos cuya meta es reducir las amenazas a la supervivencia, la subsistencia y la dignidad de las comunidades vulnerables e integrar la protección y el empoderamiento mediante la promoción de la colaboración entre los diversos sectores y organismos y enfocarse en los recursos individuales y comunitarios y en las necesidades insatisfechas.

LA EVOLUCIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud define la buena salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de dolencia o enfermedad"^{††}.

En 2011, Machteld Huber et al, propusieron cambiar esta definición para enfatizar la "habilidad de adaptarse y afrontar desafíos sociales, físicos y emocionales, trayendo a consideración la cuestión de la resiliencia directamente dentro del campo de la salud"^{†††}.

En 1946, los estados miembros de la ONU acordaron un principio internacional a través del cual, "el disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política o condición social o económica"^{§§}.

En 1968, la *59th Session of the Executive Committee of PAHO* comenzó a discutir la relación entre la salud y los derechos humanos en el contexto de la cooperación técnica que la OPS provee a sus estados miembros.

^{††} Preamble to the Constitution of the World Health Organization (WHO) as adopted by the International Health Conference, New York, June 19–22, 1946, signed on July 22, 1946, by the representatives of 61 states (Official Records of the WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on April 7, 1948

^{†††} Machteld Huber et al., "How Should We Define Health?" *BMJ* no. 343 (2011), doi: 10.1136/bmj.d4163.

^{§§} Preamble to the Constitution of the WHO.



En 2007, los ministerios y las secretarías de salud de las Américas reconfirmaron la importancia de asegurar el más alto estándar alcanzable de salud al declarar que, “con miras a hacer este derecho una realidad, los países deben trabajar para alcanzar la universalidad, el acceso y la inclusión en los sistemas de salud disponibles para los individuos, las familias y las comunidades”^{***}.

En 2010, el *50th Directing Council of PAHO* concordó con trabajar para mejorar el acceso a la salud de los grupos vulnerables promoviendo y monitoreando el cumplimiento a través de acuerdos y estándares^{†††}.

Cobertura Universal de Salud (UHC) para lograr salud inclusiva y sostenible para todos



http://who.int/features/history/who60_feature_1978primarycare_16.jpg

Desde la Declaración de Alma Ata en 1978, los países han expresado la necesidad de la acción urgente de parte de los gobiernos, la salud, los trabajadores humanitarios y la comunidad mundial para promover y proteger la salud de todas las personas alrededor del mundo.

De hecho, en 2014 los estados miembros de la OPS adoptaron por consenso la *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*. La estrategia deja explícito no solo la capacidad de un sistema de salud para atender a todas las personas sino la ausencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, organizacionales o de género. Se debe notar que varios de los miembros son también proponentes permanentes de la seguridad humana, incluyendo Costa Rica, Chile y Panamá.

^{***} PAHO, “Health Agenda for the Americas 2008–2017” (presented by the Ministries of Health of the Americas in Panama City at the XXXVII General Assembly of the Organization of American States, Washington DC, June 2007).

^{†††} PAHO, “Health and Human Rights” (concept paper prepared by the 50th Directing Council, 62nd Session of the Regional Committee, CD50/12; August 31, 2010), <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-e.pdf>



La UHC además promueve el desarrollo socioeconómico pues, cuanto más saludables las personas, mayores niveles de productividad, emprendimiento y desempeño educativo alcanzan. En ese sentido, es un elemento clave de la protección y el bienestar humano y el desarrollo económico y social sostenible.

Aunque la UHC no es un nuevo concepto, está siendo replanteado recientemente en la medida en que los países están buscando hacer sus sistemas de salud más centrados en las personas, integrados y sostenibles. Esto requiere un enfoque de doble vertiente, una técnica y la otra política, para una asistencia médica equitativa. Técnicamente la UHC debe esforzarse por ofrecer acceso efectivo y adecuado a los servicios para responder a las amenazas de la salud en torno a las dimensiones de prevención, promoción, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Políticamente requiere políticas en salud, planes y programas que sean equitativos y eficientes y que consideren las necesidades diferenciadas de la población.

La viabilidad de la UHC depende, de hecho requiere, un compromiso fuerte y concertado de un amplio espectro de actores y sectores. Lo anterior por los desafíos que enfrenta, como la fragmentación de los sistemas de salud, su capacidad para enfrentar las necesidades de salud de las diferentes comunidades, el desequilibrio y las brechas de distribución y competencia de los recursos humanos en salud, el uso ineficiente de los recursos y la poca coordinación con otros sectores.

Sin embargo, a pesar de esto, existen ejemplos de países con bajos o medianos recursos que muestran que alcanzar la cobertura universal es posible y no es de exclusiva prerrogativa de los países con altos ingresos. Algunos están desarrollando y probado nuevas formas de expandir la cobertura mientras que otros están instalando nuevos sistemas para obtener liderazgo político y apoyo público.

La seguridad humana puede ser una herramienta útil en la implementación de la UHC pues promueve la resiliencia. En particular, se puede orientar a todos los implicados para que estén preparados de cara a amenazas para la salud, para que puedan recuperarse más rápidamente y salir fortalecidos de estas amenazas con un espíritu de autosuficiencia.



SALUD Y SEGURIDAD HUMANA

Desafíos de la seguridad y más allá

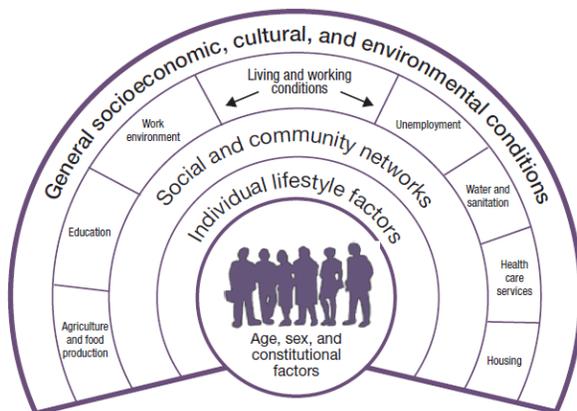
Enmarcar a la salud como un problema de seguridad no es algo nuevo. Este aspecto fue incluido en la Declaración de Alma Ata y, más tarde, en el Reporte de Desarrollo Humano de 1994 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Ha ganado amplio reconocimiento, particularmente en el caso de las pandemias que no reconocen fronteras y pueden devastar sociedades. Pero los desafíos de la salud no solo amenazan a naciones sino también a individuos y comunidades. Fallar en el abordaje oportuno de dichos desafíos puede amenazar la seguridad de las personas, los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como a la habilidad para tener una vida productiva y satisfactoria.

Las consecuencias

Las amenazas a la salud en gran escala pueden tener un efecto dominó en las sociedades que están mal preparadas para enfrentarlas, algunas veces dirigiéndolas a una amplia inestabilidad social. La infección por VIH, por ejemplo, tiende a golpear a las personas en sus años más productivos y la confianza pública en los gobiernos se ve erosionada cuando los tratamientos toman demasiado tiempo en estar disponibles. En el caso del ébola en África Occidental (2014-2015), los temores por la transmisión paralizaron la actividad económica en zonas de tres países donde se concentró la epidemia (Guinea, Liberia y Sierra Leona). La incapacidad de estos países para tratar a las personas infectadas y prevenir la transmisión condujo a disturbios, saqueos a las instalaciones médicas y violencia física contra los trabajadores de la salud.

Las enfermedades, las discapacidades y limitaciones físicas, mentales y sociales pueden llevar a estigmatización, exclusión, inequidad y discriminación.

Seguridad humana y salud pública



Source: Göran Dahlgren and Margaret Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* (Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991).

La seguridad humana y la salud pública tienen muchos conceptos y principios en común. Se puede decir que la salud pública crea el punto de entrada para el enfoque de la seguridad humana al ofrecer



evidencia de intervenciones y ofrecer servicios de salud de calidad que pueden resultar en que las personas tengan vidas más seguras. Por el contrario, cuando se niegan los servicios de salud, en particular a las personas menos favorecidas, se arriesga la seguridad humana e incluso provoca seria inestabilidad social, económica y política. Por eso, asegurar sistemas de salud de calidad a través de la autodeterminación y autosuficiencia de la población más vulnerable, es la meta máxima de la seguridad humana en el campo de la salud.

Limitaciones

Ambos paradigmas (la UHC y la seguridad humana) presentan limitaciones para su implementación. En el caso del UHC estas limitaciones tienen que ver con la oferta y accesibilidad de servicios de salud particularmente en población vulnerable. En el caso del paradigma de la seguridad humana, la mayor limitación es la falta de ejemplos de operación exitosa con mediciones de su impacto. Se requiere que sea implementada como marco para la formulación de políticas y aplicación en programas.

Resiliencia y salud

En el contexto de la salud y el bienestar, la resiliencia se refiere en este documento, a la habilidad o capacidad de individuos, comunidades y sistemas para impulsar recursos para cuidar su salud y bienestar, en particular los de los grupos más vulnerables de la población, adaptándose a medida que surgen eventos repentinos (por ejemplo, desastres naturales, enfermedades graves, hambrunas o conflictos violentos) y mientras persistan desafíos generalizados (por ejemplo, el gradual cambio climático, enfermedades crónicas, oportunidades de empleo inestables, abuso de los derechos humanos y violencia doméstica).
Fuente: Adaptado de Rockefeller Foundation, "City Resilience Framework" (2014).

La meta máxima del paradigma de la seguridad humana es contribuir a preparar a las personas alrededor del mundo para enfrentar las amenazas súbitas y comunes -tanto naturales como provocadas por el hombre- que puedan afectar la salud. Esta preparación debe enfocarse en desarrollar al máximo su autonomía individual y colectiva y participar en todas las acciones de salud como planeación, organización, implementación, monitorización y evaluación haciendo uso de los recursos locales, nacionales y otros que están disponibles. Para lograrlo, los países también deben enfocarse en la habilidad continua de sus individuos, comunidades e instituciones para tolerar, mitigar y recuperarse de la adversidad rápidamente. Esta habilidad interna para resolver problemas a medida que surjan es el esfuerzo que se hace para adquirir la resiliencia. Esto requiere de un abordaje preventivo en el que dichas habilidades sean cultivadas antes de que los eventos ocurran. Aprovechar los recursos existentes tiende a ser más eficiente que la creación de nuevos sistemas y procesos y es más aceptado por las comunidades que las soluciones externas.

La salud es una parte integral del amplio concepto de resiliencia en el cual muchos sectores contribuyen al bienestar de los individuos, comunidades e instituciones. Pero es importante recordar que la resiliencia en salud es solo una parte de la ecuación. Si las personas no cultivan la resiliencia en otros aspectos de la vida, la resiliencia en salud sigue estando amenazada y viceversa. No se pueden separar.

Los individuos, comunidades e instituciones resilientes pueden hacer frente a las adversidades y a un amplio e impredecible rango de incidentes que tienen potencialmente un efecto negativo en sus vidas, sustento y dignidad.



LO QUE SE NECESITA PARA APLICAR EL ENFOQUE DE LA SEGURIDAD HUMANA

La seguridad humana es valiosa pues reconoce las interrelaciones entre la paz, el desarrollo y los derechos humanos. Esto requiere:

- ✓ Que los gobiernos sean flexibles para que sus prioridades puedan ser ajustadas.
- ✓ Proveer un ambiente para que otros actores, especialmente organizaciones civiles, aborden las amenazas interconectadas que el Gobierno no pueda manejar o asumir.
- ✓ Perspectivas integrales multisectoriales y multiinstitucionales apoyadas en análisis de múltiples niveles que intenten resolver problemas complejos y alcanzar metas en salud de largo alcance.
- ✓ Promover el que los individuos y las comunidades sean capaces de identificar sus necesidades y recursos y, de esa forma, "producir" su propia protección y fortalecer su resiliencia en un marco de empoderamiento. Movilizar las capacidades y conocimientos locales puede, además, ayudar a tener un sentido de esperanza y amor propio.
- ✓ Crear vínculos entre la población vulnerable y los sistemas públicos existentes y asegurar que sus necesidades sean cubiertas fomentando al mismo tiempo la responsabilidad del sector público a largo plazo. Esto toma mucho tiempo y quizá nunca se logre. Por esta razón, se debe enfatizar el fortalecimiento de la resiliencia integrando la protección y el empoderamiento.

Es importante notar que algunas de esas características están ya desarrolladas completamente a nivel conceptual y están siendo implementadas en varias iniciativas alrededor del mundo. Sin embargo, no están siendo empleadas como acciones intencionadas por los sistemas de salud a pesar de su naturaleza complementaria y el amplio reconocimiento de su papel clave en el camino hacia la meta de la salud para todos.

Para tener en cuenta...

Diseñar programas de salud usando el paradigma de la seguridad humana puede ayudar a que estos sean más efectivos y sostenibles. Pero esto requiere que quienes dicten las políticas de salud y quienes dirijan los programas se mantengan conscientes de los principales criterios y metas de este enfoque durante las fases del diseño, implementación y evaluación, lo que incluye los siete principios aquí identificados y las claves para tener éxito.

Metas de la seguridad humana en el campo de la salud

1. Aumentar la resiliencia de las poblaciones más vulnerables para que esto contribuya al disfrute de una buena salud.
2. Asegurar que servicios de calidad de salud estén disponibles y accesibles promoviendo la autonomía y la autodeterminación de los más vulnerables.
3. Promover la salud mediante un entendimiento de las causas fundamentales de la vulnerabilidad, las cuales pueden variar dependiendo del contexto local y muchas veces implican una red de amenazas interconectadas.

Valor añadido de la seguridad humana al sector salud

1. El énfasis en la seguridad humana puede ayudar a ver más allá de la supervivencia pues se enfoca en los medios de vida, el bienestar y la dignidad. Esto requiere involucrar a los actores no sanitarios, como los que se ocupan de cuestiones de bienestar, empleo y otros programas.
2. El enfoque de seguridad humana aborda los determinantes sociales de la salud a nivel local, busca el establecimiento de la gobernabilidad compartida en los sistemas de salud y promueve la autonomía y autodeterminación de los individuos y la comunidad.



Seguridad Social...

MURIENDO EN NUESTRO SISTEMA DE SALUD



<http://fuerza.com.mx/wp-content/uploads/2015/07/ANCIANOS-TERCERA-EDAD-ABUELITOS-BAST%C3%93N.jpg>

Día uno: Doña Emilia era una paciente de 93 años. Vivía en un hogar geriátrico en donde, luego de 10 años de cuidado, tras un sencillo tropezón cayó y se fracturó la cadera. Ella presenta un trastorno cognitivo de base y diagnosticado clínicamente.

En primera instancia se llamó a un servicio de atención domiciliaria de urgencias privado, el cual confirma la sospecha diagnóstica y al preguntar por la EPS a la que pertenece para verificar los probables sitios de traslado, se empiezan a mostrar renuentes a cumplir con su obligación, ya que a esa EPS ninguna clínica quiere atenderla pues les debe mucho dinero. Ellos (los del servicio privado de emergencia) saben que el traslado va ser un *vía crucis* pues saben que muchas clínicas a las que lleguen pueden rechazarlos y, por ende, perder todo el día trasladando a doña Emilia de un sitio a otro. Finalmente, y gracias a los vínculos de la hija (docente de una facultad de Medicina) de doña Emilia, deciden llevarla a un reconocido Hospital Universitario. Allí la dejan en urgencias donde recibe la primera atención y de una vez le confirman que deberá ser remitida pues en el momento no tienen contrato con esa EPS.

Día dos: Deciden pedirle un TAC para descartar lesión neurológica el cual se lo hacen en las horas de la madrugada en otro sitio, trasladándola y volviéndolo a traer. La hija sostiene que por ello se resfrió. En urgencias le confirman a la hija de doña Emilia que debe ser operada de la



cadere, pero que será remitida a otra clínica, esto a pesar de que dicho hospital cuenta con un reconocido equipo para atender el caso. Doña Emilia, por su condición mental, está desorientada. Su contacto con la hija se intensifica y, evidentemente, se calma al estar al lado de ella.

Día tres: Salvo un resfriado, doña Emilia permanece sin cambios. Esta más desorientada pues no reconoce muy bien lo que está pasando. La hija averigua por la reputación de la clínica a donde será remitida, encontrando que es un sitio en donde se han presentado numerosas quejas. Por tal motivo decide pedir que no la trasladen y que la operen allí. Invoca la Política de Atención Integral. El hospital dice que nada puede hacer.

Día cuatro: Doña Emilia está presentando síntomas respiratorios más marcados. La hija decide hacer valer lo que considera los derechos de su madre, razón por la cual acude a la Defensoría del Pueblo, donde luego de exponer su caso le dan un oficio con el cual acude al hospital. Pide ser atendida en el hospital donde se encuentran.

Día cinco: La hija, gracias algunas conexiones con antiguos alumnos, ha ganado simpatía por su causa. El hospital reenvía a la EPS el oficio y finalmente la EPS decide autorizar el manejo en el hospital. La hija refiere que no ha tenido un contacto "sólido" con los médicos, salvo con dos internos que han estado particularmente atentos. Es visitada por un cirujano, quien le dice que la van a operar siempre y cuando las interconsultas salgan bien.

Día seis: La cirugía es pospuesta debido a que doña Emilia está haciendo un cuadro respiratorio. La hija expresa mucha angustia pues ve que su madre se está deteriorando. Ella y su hija (nieta de doña Emilia) pueden estar constantemente con ella.

Día siete: Doña Emilia se ha complicado desde el punto de vista respiratorio. Un médico que la valora habla de la necesidad de intubarla. La hija no lo permite pues esa fue una solicitud previa de su madre. Doña Emilia fallece abrazada por su hija y por su nieta. Fue acompañada por uno de los internos.

Comentario

EL ESPECTADOR

SÁBADO, 16 DE JUL DE 2016 Última Actualización: 12:39 pm

EE NOTICIAS OPINIÓN ECONOMÍA DEPORTES ENTRETENIMIENTO VIVIR MUJER TECNOLOGÍA BLOG

PUBLICIDAD

COLUMNA DEL LECTOR 15 FEB 2015 - 6:25 PM

La crisis de nuestro sistema de salud: la fiebre no está en la sábana



El ocaso del siglo pasado dejó a los colombianos un sistema de salud basado en lo que en su momento se dio en llamar el pluralismo estructurado, el cual estuvo inspirado en la idea por entonces reinante del mercado como distribuidor eficiente de los recursos de la sociedad.

VEA

3 JUL - 3:31 La culpa



El caso de doña Emilia es un triste y dramático ejemplo de la situación que hoy vivimos en nuestro crítico sistema de salud (1). Pone de manifiesto muchos aspectos que vale la pena resaltar, pretendiendo que todos creamos una conciencia para impulsar la necesaria transformación de los maltrechos servicios de salud (2). Buscando una tipología que nos permita entender, se propone usar la Ley Estatutaria (3) como marco de análisis. Al respecto:

Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental

Dice la Ley que el acceso a los servicios de salud debe ser oportuno y con calidad. En el caso de doña Emilia, pudo acceder, pero de una forma tórpida, llena de obstáculos. ¿Por qué? Sencillamente porque la mayoría de los prestadores a la EPS a la que pertenece no le quieren prestar servicio.



http://www.vanguardia.com/sites/default/files/imagecache/Noticia_600x400/foto_grandes_400x300_noticia/2015/07/22/web_eps_big_ce.jpg

¿Por qué? Pues porque las EPS no pagan y sin reparo son capaces de “quebrar” a las clínicas y hospitales al no responder por los costos de las atenciones (4).

Portafolio SUSCRÍBASE | [TW](#) | [F](#) | [IN](#) | CREE UNA CUENTA | INGRESE | [Q](#)

SECCIONES > **Economía** > Finanzas Gobierno Infraestructura Empleo Impuestos

EPS les deben \$ 5 billones a hospitales

Así lo revela un estudio de AChc. Las entidades del régimen contributivo adeudan \$ 1,7 billones y el 57 % es cartera morosa.



Dice el artículo 5: El Estado es responsable de proteger y garantizar el goce efectivo...

No se cumple. A doña Emilia no la defendió el Estado. Ciertamente se debe reconocer que la Defensoría sirvió. Pero fueron las acciones de la hija las responsables de que no la trasladaran de un sitio con la capacidad para atenderla a otro de dudosa reputación (donde la prestación está sujeta a las órdenes de la EPS) (5). En Colombia se ha demostrado que no es a través de leyes, decretos, resoluciones que se protege a la población. Solo la tutela (6) de los dolientes ha demostrado algún grado de utilidad.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental de la salud

La información que obtuvo la hija de doña Emilia acerca del sitio donde la pensaban remitir fue negativa. La Ley Estatutaria establece la necesidad de ofrecer un servicio de calidad e idoneidad profesional. De esto surge la pregunta: ¿Existen IPS donde se pone en riesgo la vida de los pacientes?



No me atrevo a contestar dado que asumo que el sistema de habilitación tendrá esto en vigilancia. Lo que intuyo que debe ser el criterio, es la existencia de un sistema de vigilancia de mortalidad, a través del cual se pueda estar verificando de qué y cuántos pacientes fallecen en cada IPS y con eso sacar indicadores esperados. Lo propio será de pacientes intervenidos, hospitalizados, donde se describan los comportamientos, se comparen entre IPS similares y de ahí se obtengan los indicadores esperados.

El asunto en el caso de doña Emilia

La hija de doña Emilia debería haber tenido, casi desde que sucedió el evento, el conocimiento de las redes de prestación de la EPS (7) para este caso. Creería que, idealmente, ella debería haber tenido un número telefónico al cual llamar para conocer el sitio donde la referirían para ser atendida. En esa red de servicios deberían estar referenciados los sitios con los mejores indicadores. Pero la realidad es que algunas EPS sí tienen una preferencia para las IPS: los que forman parte de su red (8) (así la ley diga que no) o aquellos que cobran menos. ¿Es malo que las EPS tengan su propia red? Eso se llama la integración vertical y se ha demostrado que tal modelo, cuando las EPS buscan rentabilidad

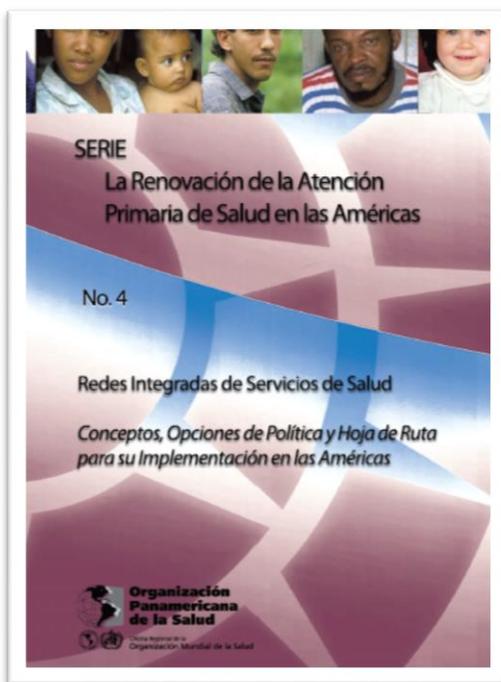


económica, hace que las IPS de su red busquen principalmente dejar esa rentabilidad, esto anteponiéndose a lo que debería ser su misión fundamental como es la atención en salud de la más alta calidad de la población que atienden. ¿Cómo lo hacen las IPS? Recibiendo todo lo que puedan (incluso lo que no pueden) y contratando a los prestadores en condiciones precarias laboralmente. En contra de esto es que la Ley 100 propuso entre sus principios la autonomía administrativa de las EPS y de las IPS. Pienso que existe suficiente evidencia de que la integración vertical en nuestro sistema de salud no ha demostrado ser una ventaja... Más bien, es una desventaja para los pacientes.

Lo cierto

Digo, de forma hipotética, que muy pocas EPS presentan a sus usuarios las IPS que tienen los mejores indicadores en torno a la atención en salud. ¡No es la salud o el bienestar el criterio de selección! Esto es una clara violación a la Ley Estatutaria.

El ideal



Las EPS deberían pagar por la prestación a todas las IPS lo mismo (de acuerdo a lo que ofrezcan). Cobrar menos por parte de las IPS, no puede ser un criterio para contratarlas. El criterio debe ser la mejor atención posible medida en correspondencia. En el caso de doña Emilia, la EPS debe pagar por la atención lo mismo en cualquier IPS con la capacidad, y sus preferencias de contratación estarán por la que ofrezca los mejores resultados. ¡Eso lo deben conocer los usuarios!



Lo real

EL PULSO

Periódico
para el sector
de la salud

MEDELLÍN, COLOMBIA, SURAMÉRICA AÑO 3 NO 33 JUNIO DEL AÑO 2001 ISSN 0124-4388 elpulso@hospital.ora.co

Secciones

- Primera Página
- Editorial
- Opinión
- Debate
- Observatorio
- Generales
- Columna Jurídica
- Cultural
- Breves

Búsqueda

GENERALES

La doble intermediación

Yo contrato, tú contratas, él contrata, nosotros ganamos, ellos pierden

Lo que hoy vemos son unos contratos perversos, donde las EPS usando “su población” contratan en condiciones desventajosas y las IPS a su vez replican esa perversión en sus prestadores (9). ¿Por qué no cobrar lo que es? ¿Acaso hoy no podemos calcular cuánto va a durar un paciente hospitalizado? ¿Acaso no podemos calcular cuánto va a gastar? Si podemos calcularlo, lo obvio es pagarle justo eso... Se puede usar el promedio obtenido de las distintas prestaciones, con un margen. Pagar menos es arriesgar a los pacientes a que no les den la atención que necesitan.

Otra violación

Lo anterior pone de manifiesto una violación más a la Ley Estatutaria en lo que plantea en el artículo 6 (**Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.**) acerca de la libre elección. No existe la libre elección si no nos dan elementos para escoger. Los pacientes (hoy usuarios) deben tener acceso a la información que le muestre las IPS donde se obtienen los mejores resultados en salud ¿no es lo obvio?

Artículo 15. Prestación de servicios de salud

¿Cuál hubiera sido la mejor atención para doña Emilia? El desenlace ocurrido nos hace pensar que no recibió la mejor atención. Sin embargo, doña Emilia era una paciente de 93 años con un altísimo riesgo de fallecer *per se*. Probablemente la pregunta es si la cirugía es la mejor opción o un manejo expectante. No dudo de que la respuesta está en la búsqueda de la evidencia, la cual, por cierto, una vez obtenida con sus posibilidades, se deberá ofrecer a la hija, quien, en últimas, será la que debe escoger. La hija se lamentó de que nunca fue abordada por un médico al cual ella pudiera identificar como el que tenía el manejo de su mamá y con quien pudiera hablar. Tan solo un par de internos la acompañaron, ¿será porque así se los enseñaron o porque ya la conocían y ese trato fue una excepción? Esas relaciones humanas de los médicos en torno a sus pacientes y los familiares no se deben descuidar (10). No en vano, muchas veces sabemos que los pacientes que atendemos van a fallecer y lo único que nos piden es que los acompañemos.



Una decisión: morir dignamente (11)



<http://www.urosario.edu.co/getattachment/13a718f7-2993-4864-910c-32719f206abf/Eutanasia-en-Colombia-y-el-Derecho-a-morir-dignamente>

Se trata de un movimiento que cada día, y en la medida que vivimos más, los pacientes quieren hacer uso. Curiosamente los médicos no lo abordamos con la frecuencia necesaria. Doña Emilia y su hija lo tenían claro... No manejos extraordinarios. Mi madre, y algunos de los pacientes que he visto en servicios hospitalarios, al abordar el tema, así lo han decidido: no quieren entrar a una unidad de cuidados intensivos. Prefieren que les permitan el desenlace mortal en una hospitalización, si ese fuese el caso.

Es su derecho...

No es justo que las IPS no quieran atender a la EPS. El caso de doña Emilia pone esto de manifiesto. ¿Por qué están quebradas muchas de las EPS? (12) ¿Por qué unas lo están y otras no?



La respuesta que yo doy es por corrupción. Es por malversación de recursos, es por usar un dinero destinado para la salud en "otros" negocios que, a la postre, se quiebran y hacen perder los recursos (13). Esto determina que muchas EPS usen el recaudo en pagar sus "negocios" (más en el pasado) y no lo en lo que deberían, como es el POS (Plan Obligatorio de Salud) a las IPS que se lo prestan. Hoy,



tal vez, el riesgo está en que por estar en situación financiera incierta, el pago a las IPS que les prestan es aún más inseguro (14). Si bien acá se puede censurar esa inclusión del estímulo perverso a la ganancia privada, lo grave es que cuando el Estado ha intervenido no solo no impulsó la corrección de los problemas, sino que entregó a la politiquería corrupta las entidades, aumentando el daño, la defraudación y, en consecuencia, deteriorando la salud de gran parte de los colombianos (15).

El recaudo de la salud son dineros públicos de destinación específica y no se deben usar en nada distinto. Esta es la sentencia que aclaró la Corte Constitucional (16).

Un camino

Yo creería que el manejo de doña Emilia hubiese podido ser como sigue:



<http://www.plusemas.com/pictures/articulos/2000/2906.jpg>

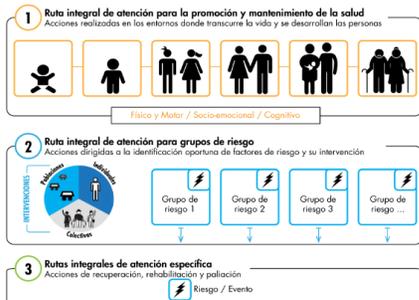
1. El hogar geriátrico donde ella está, es visitado regularmente por un equipo de Atención Primaria en Salud (17).
 - 1.1. Dicho equipo ya conoce a doña Emilia. Tienen su historia clínica. Le dan apoyo en su trastorno cognitivo. Conocen a la hija y han elaborado un plan en conjunto entre el hogar, la hija y el equipo de APS. Han evaluado e identificado los riesgos existentes en el hogar geriátrico, entre ellos los de caídas. Lo tienen medido en tal sentido y saben que el personal del hogar hace lo posible por prevenir tal evento. Pero saben que es inevitable que se presenten casos. El equipo y la hija se conocen. Han hablado de qué deben hacer en caso de que se presenten situaciones extremas de salud.



Rutas integrales: objetivo... ¡Vencer la fragmentación!

GUIAS

Plan de intervenciones colectivas



TOMA DE DECISIONES

Plan de beneficios

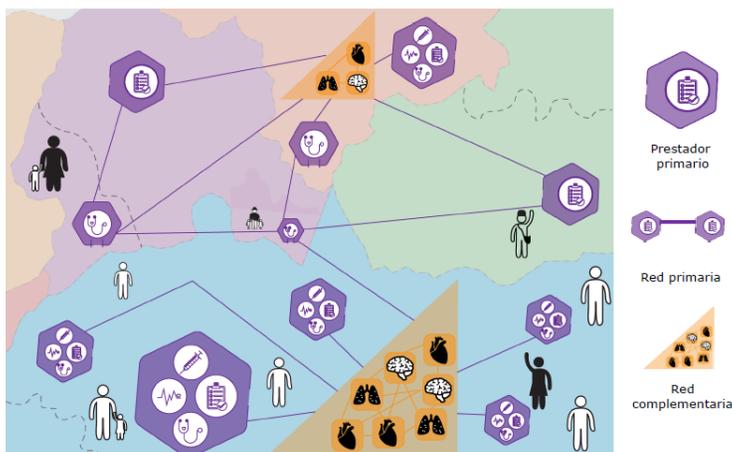
2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud-Eventos específicos

- {1} Es el flujo regulado del usuario a lo largo del continuo de la atención integral
- {2} Adaptada a las particularidades de un territorio y población
- {3} Especifica hechos o acontecimientos clave del ciclo de la atención (hitos)
- {4} Determina intervenciones colectivas e individuales (promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria)
- {5} Define estrategias y acciones, a desarrollar por la comunidad y las instituciones de salud y de otros sectores
- {6} Incorpora normas técnicas, administrativas, protocolos y guías de práctica clínica

Responsables de la integralidad

1.2. El equipo de salud, junto con los prestadores del hogar geriátrico, tienen una ruta seleccionada (18) para las entidades y condiciones que se presentan con más frecuencia en este grupo de edad, información que se tiene de las prevalencias nacionales y las propias del hogar. Allí está descrita la ruta a seguir por una fractura de cadera. La hija como responsable de su mamá, la conoce.

5. Redes integrales de prestadores de servicios de Salud



1.3. Una vez ocurrido el percance, el hogar sabe cuál es la IPS de referencia (está en la ruta). El servicio en ambulancia no es privado, es público y doña Emilia es trasladada sin inconveniente. Al llegar a la IPS, allí pueden acceder a la historia clínica que el equipo primario de atención hizo de doña Emilia en el hogar geriátrico.



1.4. En urgencias de la IPS doña Emilia es atendida y la conducta a seguir es definida en las primeras tres horas. Allí, basados en la evidencia (19), le ofrecen a la hija las opciones. La IPS conoce un promedio del costo de la atención de doña Emilia y sabe que no tendrá conflicto con la EPS (pues pertenece a una red y están de acuerdo en los valores).



<http://previews.123rf.com/images/wavebreakmediamicro/wavebreakmediamicro1211/wavebreakmediamicro121118272/16203512-Patient-in-a-wheelchair-holding-hand-of-a-doctor-in-hospital-ward-Stock-Photo.jpg>

- 1.5. Un médico (familiar u hospitalario) se pone al servicio de la hija de doña Emilia y le dice que él será el encargado de la atención integral durante la hospitalización. Le presenta asimismo a los internos que lo ayudarán y que, junto con él, estarán atentos a las dudas que surjan.
- 1.6. La IPS tiene unas instalaciones dignas y le recomiendan que la hija o algún otro familiar acompañen en el cuarto a doña Emilia, de ser posible de forma permanente.
- 1.7. Es atendida siempre con una comunicación entre la hija y el médico responsable de la atención de doña Emilia.
- 1.8. El equipo médico a cargo, luego de analizar el caso, decide seguir un determinado procedimiento que explica a la hija. Ella lo acepta.
- 1.9. Doña Emilia se complica. Atendiendo la posición de doña Emilia y su hija, no se le practican maniobras extraordinarias y doña Emilia fallece.
- 1.10. La EPS llama a la hija; le dan su sentido pésame y le preguntan cómo fue la atención hacia doña Emilia.

¿Será que una atención así es posible?

Bueno, pues eso es lo que interpretamos que propone la Política de Atención Integral (20), pero para hacerla real, para hacerla posible, debemos unirnos y cambiar este maltrecho y corrupto sistema de salud y promover y luchar por convencernos de que es posible un sistema donde la salud no sea negocio... ¡Sea un derecho!



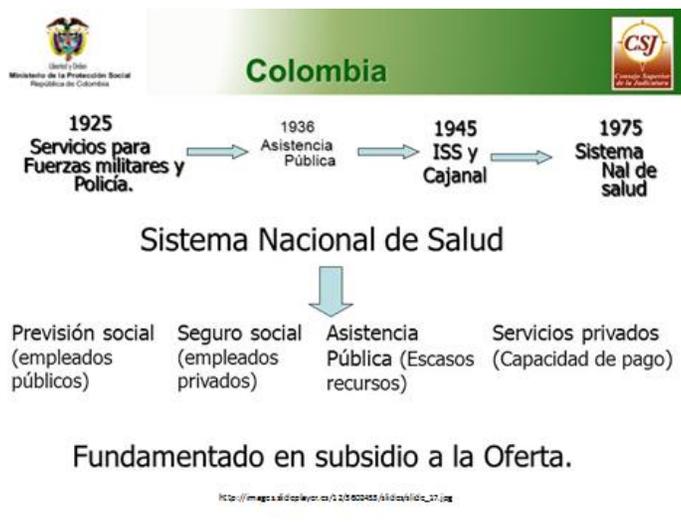
REFERENCIAS

- (1) Columna del lector. La crisis de nuestro sistema de salud: la fiebre no está en la sábana. [Internet]. El Espectador [15 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.elespectador.com/lectores/crisis-de-nuestro-sistema-de-salud-fiebre-no-esta-saban-columna-544258>
- (2) 1º Parte: ACHC en debate sobre crisis del sistema de salud en Semana en vivo [video en Internet]. https://www.youtube.com/watch?v=GvRn_YH1VtY
- (3) Alcaldía Mayor de Bogotá [Internet]. Ley estatutaria de salud del 2015. [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
- (4) Portafolio [Internet]. EPS les deben \$ 5 billones a hospitales. [11 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.portafolio.co/economia/finanzas/eps-les-deben-billones-hospitales-61318>
- (5) Semana [Internet]. Así controlan las instituciones y empresas de salud a los médicos. [25 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/las-eps-controlan-los-medicos-con-polemicos-metodos/409528-3>
- (6) Noticias RCN [Internet]. Tutelas interpuestas para asuntos de salud han aumentado en Colombia [25 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.noticiasrcn.com/nacional-pais/tutelas-interpuestas-asuntos-salud-ha-aumentado-colombia>
- (7) Supersalud [Internet]. Rede de Prestación de Servicios de las EPS del Régimen Contributivo [actualizado 1 Ago 2014]. Disponible en: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/delegadas/supervision-institucional/base-de-datos-vigilados/red-de-prestacion-de-servicios-de-las-eps/red-de-prestacion-de-servicios-de-las-eps-del-regimen-contributivo>
- (8) Parra LF. ¿Qué es la Integración Vertical en Salud? Negocio antes que mejoras [Internet 17 Oct 2013]. Disponible en: <http://lasillavacia.com/elblogueo/blog/que-es-la-integracion-vertical-en-salud-negocio-antes-que-mejoras>
- (9) Muñoz OL. Yo contrato, tú contratas, él contrata, nosotros ganamos, ellos pierden. [Internet]. El Pulso [Año 3 Nº 33 Jun 2001]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/jun01/general/general-09.htm>
- (10) González JC, Restrepo GL, Hernández AD, Ternera DC, Galvis CA, Pinzón JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá. Rev. salud pública [Internet]. 2014; 16(6): 871-884 [citado 18 Jul 2016]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000600006&lng=en
- (11) Orozco C. Muerte digna: la otra cara del derecho a la vida: Jaime Arrubla [Internet]. El Espectador [4 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.elespectador.com/entrevista-de-cecilia-orozco/muerte-digna-otra-cara-del-derecho-vida-jaime-arrubla-articulo-570232>
- (12) Caracol Radio [Internet]. Nuevo Ranking de las EPS revela su crítica situación financiera [10 Ene 2014]. Disponible en: http://caracol.com.co/radio/2014/01/10/nacional/1389348060_052410.html
- (13) Portafolio [Internet]. Imputan cargos a responsables de dineros en Saludcoop [7 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.portafolio.co/negocios/empresas/imputan-cargos-responsables-dineros-saludcoop-103116>
- (14) Contraloría General de la República [Internet]. Seguimiento a las fuentes y usos de los recursos del sector salud Informe No. 9 Junio de 2013 en Colombia. Disponible en: http://www.contraloria.gov.co/documents/155638087/171664330/Informe_Salud_09-Final.pdf/e1903a2f-7f25-4af2-8cd4-e50a021573f2?version=1.2
- (15) Caracol Radio [Internet]. Supersalud admite que hubo segundo saqueo de Saludcoop [4 Mar 2016]. Disponible en: http://caracol.com.co/programa/2016/03/04/6am_hoy_por_hoy/1457094537_541140.html
- (16) Corte Constitucional [Internet]. Sentencia C-262/13 diciembre del 2010. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/C-262-13.htm>
- (17) Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C. OPS, 2008. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTRATEGIAS%20PARA%20EL%20DESARROLLO%20DE%20LOS%20EQUIPOS%20DE%20SALUD%20APS.pdf>
- (18) OPS. Redes integradas de servicios de salud. [Internet]. Serie La Renovación de la Atención Primaria en las Américas. Nº4. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250
- (19) Grigoryan KV, Javedan H, Rudolph JL. Ortho-Geriatric Care Models and Outcomes in Hip Fracture Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of orthopaedic trauma. 2014; 28(3):e49-e55.
- (20) Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Política Integral de Atención de Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx>



MEDICINA SOCIAL PRIVADA: ¿UTOPIA?

Carlo Rizzi⁺⁺⁺



Hace más de 40 años el país disponía de una situación de salud caracterizada por un aproximado 18% de la población con cobertura del entonces Instituto de Seguros Sociales y otras entidades de previsión social. Un reducido porcentaje de habitantes gozaban de servicios privados costeados por algunas empresas y, la gran masa, con cobertura por parte del sector oficial, identificado como red pública.

No es nuestra intención emitir juicios acerca de las características de la prestación de servicios de salud; se trataba de otras épocas, de otros parámetros y de otros contextos legales y culturales. Solo deseamos hacer énfasis en el concepto de "**Medicina social privada**" y en el porqué de su aparición.

En los años anteriores a la Constitución del 91 y la Ley 100 del 93, el marco cultural aceptaba que unos pocos privilegiados tenían "derechos" en salud por pertenecer a empresas exitosas o estar afiliados al Seguro Social o a entidades de previsión social; el resto de la población tenía la impresión de que, en caso de descalabros en su salud, debería acudir a la red pública y esperar ser atendido. En estas últimas circunstancias no se tenía claro el concepto del derecho a la salud; más bien se aceptaba el concepto de "caridad en la salud" aun cuando no fuera expresado en forma tan explícita.

Por fuera de estos "sistemas" si es que se pueden denominar de esta manera, existía la Medicina privada, caracterizada por una atención excelente, rápida, humanizada, respetuosa del paciente y totalmente carente de las trabas burocráticas típicas de los sectores públicos y de las aseguradoras operantes en la época. El único inconveniente era que ese tipo de Medicina solo estaba al alcance de una población con suficientes ingresos. Ocasionalmente podía suceder que, desde el sector "privado", para reducir costos, se remitiera al paciente al sector público o de las aseguradoras. Como en los casos de lesiones de válvulas cardíacas u otras patologías de alto impacto económico, que requerían cirugías especiales propias de los centros del Seguro Social o de algunos hospitales de la red pública.

⁺⁺⁺ Profesor titular FUJNC



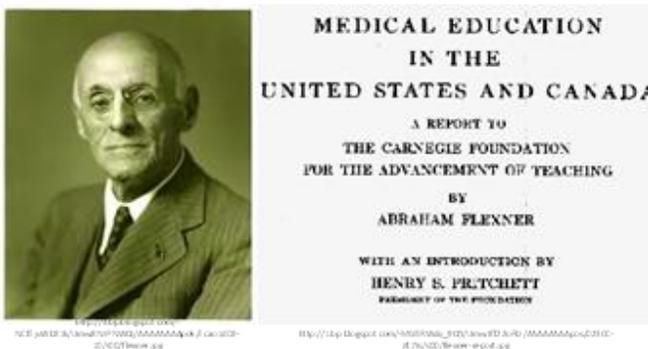
Buscando alternativas



Para muchos médicos, formados en sólidos principios éticos, entre ellos brilla el doctor Jorge Piñeros Corpas, esa situación no podía estar de acuerdo con la igualdad en derechos sociales, así como tampoco se podría aceptar que en un Estado de derecho existieran personas de distintas clases, categorías o grupos cuyos derechos fuesen menores que los de los otros, en especial en un aspecto tan sensible como la salud. Al fin y al cabo la salud de todos los ciudadanos es una misma necesidad para el Estado; de otro modo no existiría el Estado o no sería funcional.

A partir de las anteriores consideraciones surge el concepto de Medicina social privada como un modelo de Medicina con las características del modelo privado, pero aplicable y aplicado a la totalidad de la población nacional en iguales condiciones. El concepto es claro y ello implica cambios tanto en la formación de los profesionales de la salud, sobretodo de los médicos, como en la estructura financiera del sector.

Para el primer aspecto se pone en marcha un nuevo modelo de currículum de Medicina orientado hacia una formación integral pero pertinente del médico general con orientación hacia el anterior médico de familia.



Eso implicaba cambios en los contenidos curriculares que reñían con los postulados Flexnerianos en boga en las organizaciones médicas de la época. En el aspecto financiero era necesario un cambio cultural para casi la totalidad de la población. En efecto, no era frecuente que las personas se



preocuparan por su salud aportando cierta proporción de ingresos a algún sistema de aseguramiento; era mucho más evidente el aporte a proyectos de habitación, estudios, vehículos y hasta matrimonio. La salud, en un altísimo porcentaje, estaba en las manos de Dios y en los descalabros no existía respaldo, de no ser la venta de bienes necesarios.

Era necesario diseñar un programa de "aseguramiento de la salud" mediante unos aportes moderados mensuales o anuales que garantizaran la atención del paciente en un centro hospitalario específicamente diseñado para ese efecto.



El programa se ofreció en la Clínica Corpas a finales de 1970; sin embargo, por razones administrativas y contables (la Fundación no podía asumir funciones financieras de aseguradora), el proyecto no prosperó. En todo caso los años posteriores representaron el auge de las empresas de Medicina integral prepagada.

Es importante resaltar que el ingreso de las empresas de Medicina prepagada en el mercado de la salud en el país generó un aumento en la conciencia de un necesario aseguramiento en la salud. De hecho, la denominada fuerza de venta de los programas de Medicina prepagada logró entrar, en porcentajes variables de acuerdo con los sectores, en la cultura previsiva de la salud. Este aspecto facilitó, años más tarde, la implantación de la Ley 100 cuyo principal objetivo sería la cobertura total con recursos cuantificados pero garantizados para la prestación de servicios de salud, bien por vía contributiva o por subsidio.

La Ley 100, identificada con el resonante nombre de Sistema de Seguridad Social Integral, tendría la característica de un "sistema", en el cual todos los participantes estarían alineados para un fin único y común. Sin embargo, el sector salud experimentó en los años siguientes un inusitado aumento en infraestructura burocrática; administradores, financistas, expertos contables, soportes en informática, expertos en derechos de todas las características, ajustes acordes con los procesos de habilitación, conformación de comités de distintas competencias, expertos en distintos procesos de facturación, personal dedicado a recobros, oficinas de verificación de derechos, oficinas de aprobación de procedimientos decididos por profesionales de la salud, infraestructura de cobro de cuotas (por lo menos con cajero, tesorero y auditor); podríamos llenar varias páginas con los puestos de trabajo existentes en las anteriores EPS o IPS. Todos ellos por órdenes de distintas entidades que nunca



trabajaron como **sistema**; entre ellas sobresalen la Superintendencia Nacional de Salud, las contralorías, la Superintendencia Financiera, los requisitos del Fosyga, las decisiones de las Cortes en relación con tutelas, las diferentes interpretaciones del contexto legal en relación con la disposición de los recursos, la asignación no siempre transparente del subsidio, así como las EPS.



<https://users.content2.emaze.com/images/866c535f-43be-4360-bae0-6365ada2c946/974c483d-e325-480e-9051-9036eb5104df/image1.jpg>

El resultado de la reforma, respetando algunos logros que se le deben reconocer, en el aspecto de "Medicina Social Privada" no ha sido de lo mejor. Se tiene la sensación de que todo el "sistema" **está diseñado para defenderse de los abusos de los pacientes**. No existe procedimiento que no tenga una etapa de "**comprobación de derechos**"; para eso el paciente o algún familiar deberá seguir el "proceso diseñado" para cada una de las actividades, sean ellas consulta externa, urgencia, hospitalización, interconsulta, realización de exámenes paraclínicos (diferentes tanto en procedimiento como en lugar para radiología, ecografía, tomografía, laboratorio clínico o pruebas especializadas), formulación de fármacos o procedimientos terapéuticos.

Es lícito preguntarnos si esta es la Medicina "privada" caracterizada por la eliminación de toda clase de barreras para la atención. En estos últimos años se ha vuelto de moda asignar citas por teléfono (imposible hablar directamente con alguna persona; a lo mejor por el riesgo de agresión por tanto inconveniente para tener asistencia en salud); el colmo del descaro no es que se asignen citas a uno o dos meses, sino que la respuesta sea: "no hay agenda" y llame en estos días a ver si hay. Cualquier persona termina con la clara sensación de que su salud no le importa un "pepino" a nadie, menos a los altos funcionarios responsables de ella; además que el descaro de la respuesta no deja más remedio que deducir: "Resuelva usted su problema porque aquí no tenemos tiempo ni disponibilidad para usted".

¿Entonces la Medicina social privada es una utopía?

En este momento viene a la mente el chiste elaborado en la época rígida de la URSS: Cuentan que se construyó un puente levadizo sobre un río con alto tráfico de barcos. Terminada la obra se nombró a un operador del puente para que lo levantara al pasar los barcos y lo bajara al terminar el paso, Evidentemente era necesario un cajero que cobrara; por el manejo de dinero se requería un contador;



para evitar desfalcos era necesario un revisor fiscal; para un grupo de cuatro funcionarios se necesitaba un gerente que organizara las labores; además, era necesario un inspector de comité central. La propuesta de estructura se llevó al comité central y allí consideraron que era indispensable reducir por lo menos un funcionario. Como consecuencia se eliminó el de menor peso político o institucional, es decir, el operador del puente.



<https://lh6.googleusercontent.com/-z6IZIJPvMQ/URRif6-qsYI/AAAAAAAAAFE/674Cut6dHCc/s800/burocracia.gif>

Es evidente que se trata de un chiste hasta de mal gusto; sin embargo, si revisamos la evolución del sistema de salud, se tiene la impresión que algo parecido ha sucedido y demasiados intereses han infiltrado la directa relación paciente-médico hasta el punto de desarticularla. Hoy en día solo existe relación paciente-EPS o paciente-sistema, con el trato que se ha descrito en párrafos anteriores y que es denigrante. Para comprobar la actual situación, es suficiente revisar si las "guías" de cáncer se siguen o si representan un calvario para los pacientes. En conclusión, la enfermedad del paciente no es real; lo real es el procedimiento que obligatoriamente es necesario seguir para que algún día, si Dios quiere, se obtenga asistencia adecuada.

Esta realidad no se cambia con escritos de orden legal (decretos, leyes, resoluciones o circulares), teniendo en cuenta que los mismos abogados algún día serán víctimas de descalabros en la salud y será conveniente que entren a formar parte del sistema con actitud positiva, alejándose del excesivo formalismo y aceptando reducir obstáculos a la prestación de servicios. Probablemente, los profesionales del sector salud, por su formación ética, todavía representen una fuerza capaz de impulsar y desarrollar cambios convenientes.

Alguna institución deberá ser pionera de esta reestructuración, entre otras, para comprobar que el doctor Piñeros tenía una alta dosis de razón.





Caso clínico...

DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES

Cristhian Peralta R, Janyll Pérez Ch, Effemberg Pimienta F, Patrick Pimienta T, Jennifer Pineda M, Nidia Pinto M.^{§§§}
Elaborado en 2012

A continuación, les vamos a presentar el enfoque que les pedimos a nuestros estudiantes en la rotación de Medicina Comunitaria. Ellos organizan lo que hemos denominado el portafolio del paciente, el cual pretende ofrecer la visión más integral de la atención del paciente. Este ejemplo fue elaborado por un grupo de estudiantes que estuvo con nosotros en 2012, justo el primer grupo de la reforma curricular. Se los presentamos con orgullo y con la idea de recibir cualquier retroalimentación de nuestros lectores.

El caso



<https://i.ytimg.com/vi/nDkmhvqNgAk/maxresdefault.jpg>

Este es el caso de una paciente, mujer de 60 años de edad, como ocupación ama de casa, su lugar de procedencia es Bogotá y de residencia, hasta la fecha del día de la consulta, es en el barrio Lisboa perteneciente a la localidad de Suba en Bogotá D.C.

Motivo de consulta: *"Me duele la pierna derecha".*

Enfermedad actual: Paciente de 60 años de edad quien acude al servicio por cuadro de cinco días de evolución consistente en dolor de miembro inferior derecho de tipo punzada, intensidad de 5/5 en la escala del dolor que inició de forma espontánea en la noche cuando se encontraba durmiendo, se intensifica en la noche y cuando la paciente se encuentra en reposo; la paciente refiere disminución del dolor cuando camina y que es la primera vez que presenta este dolor. No refiere disestesias ni parestesias y lo asocia a edema maleolar bilateral, palidez y aumento de la temperatura en el miembro inferior derecho. La paciente refiere automedicarse con acetaminofén, una tableta de 500 mg cada seis horas; refiere leve mejoría del dolor. Actualmente la paciente está sintomática.

^{§§§} Estudiantes séptimo semestre (2012). Escuela de Medicina- Fundación Universitaria Juan N. Corpas.



Revisión por sistemas

En la revisión por sistemas la paciente no refiere presentar ningún síntoma constitucional.

Osteoarticular: Refiere adormecimiento y artralgias de las dos manos que inició hace dos meses y es de predominio matinal en articulaciones pequeñas, estos episodios se caracterizaron por limitación de la fuerza y duración aproximadamente de cinco a diez minutos y que mejora con flexión y extensión de los dedos.



https://www.midolordecabeza.org/upload/imagenes/Personas/cefalea_de_tension_dolor_opresivo.png

Neurológico: Refiere presentar cefalea hemicraneal de intensidad 3/5, tipo pulsátil, de dos horas de duración aproximadamente, que la paciente relaciona con el aumento de la intensidad en dolor en miembro inferior derecho al despertarse, esta cefalea no presenta signos de alarma.

Psiquismo: Refiere ideas de minusvalía, labilidad emocional, afectación del patrón de sueño y vigilia, no refiere ideas suicidas. Afectación de la esfera familiar y emocional, disminución de la autoestima desde hace un año, evidente desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Refiere mucha preocupación por el nieto, ya que siente que los padres del niño no están atentos a él.

Circulatorio: Refiere la aparición de edema maleolar bilateral grado I desde hace un año, es de predominio vespertino. Actualmente no presenta el edema. Refiere también palidez y aumento de la temperatura en miembro inferior derecho.

Respiratorio: No refiere.

Gastrointestinal: Refiere dolor en el epigastrio de tipo ardor, de intensidad 3/5 sin irradiación, el cual se exagera con el ayuno y disminuye con la ingesta de alimentos. Depositiones blandas y de color carmelito, no refiere diarrea ni constipación. Hábito digestivo: 1x0.

Urinario: Refiere no tener control sobre la orina cuando siente la necesidad de orinar, se orina en el interior; este cuadro lo viene presentando desde hace seis meses. Refiere que el color de la orina es amarillo, no fétida. Hábito urinario 3x0.



Antecedentes

Hospitalarios: Histerectomía por miomas uterinos hace 15 años.

Cirugías: Histerectomía por miomas uterinos.

Patológicos: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad varicosa.

Farmacológicos: Enalapril tabletas de 20 mg una vez al día. Lovastatina tabletas de 20 mg una vez al día. Glibenclamida tabletas de 5mg una vez al día. Metformina tabletas de 850 mg dos veces al día.

Otros: Lentes de corrección por vicios de refracción.

Ginecológicos: FUR: 1997. Fórmula: G3P3V3A0. Fecha última citología: Marzo de 2011: Resultado Normal.

Familiares: Hipertensión arterial: Papá, mamá, hermano/a. Diabetes: Hermano/a. Dislipidemia: Hermano/a.

Esferas existenciales: S. Física: Regular. S. Sexual: Regular. S. Económica: Mal. S. Metafísica: Bien. S. Familiar: Regular. Refiere preocupación por el cuidado del nieto, ya que requiere más atención de los padres (ella se siente sobrecargada). S. Ocupacional: Bien. S. Social: Bien.

Examen físico

Peso: 58 kg.

Talla: 1,48 m.

Índice de masa corporal (IMC): 26,47.

Frecuencia cardíaca: 78 x minuto.

Tensión arterial: 125/80.

Frecuencia respiratoria: 17 x minuto.

Temperatura: 36.5 °C.

Oftalmoscopia-ORL: No se practicó.

Cuello: Anormal.

Tórax. Anormal.

Abdomen: Normal.

Genital: No se practicó.

Piel: Anormal.

Extremidades y columna: Anormal.

Neurológico: Anormal.

Examen mental: Anormal.

Hallazgos positivos

- Paciente consciente, alerta, hidratada, afebril y en buenas condiciones generales.
- Cuello: Paciente refirió dolor en punto de Arnold del lado izquierdo a la palpación.
- Tórax: Paciente refirió dolor a la palpación a nivel de pectoral mayor del lado izquierdo y en uniones costocondrales.



- ✍ Piel: Se encuentra nevus de 1,5 cm de diámetro, simétrico y con bordes regulares, ubicado a nivel de la cara lateral de la rodilla izquierda de coloración negra y que ha crecido en diámetro, no refiere dolor a la palpación ni prurito, no se evidencia sangrado.
- ✍ Extremidades: No presenta edema maleolar bilateral, signo de pratt-hoffman negativo, palidez y resequead de la piel, se observa dilatación y tortuosidad de venas en ambos miembros inferiores, pulsos presentes y simétricos.

Impresión diagnóstica

Diagnóstico Sintomático: "Dolor en pierna derecha".

Diagnóstico clínico:

1. Insuficiencia vascular venosa.
2. Depresión menor.
3. Sobrepeso.
4. Gastritis (?).
5. Síndrome metabólico.
6. Artritis reumatoide (?).
7. Carcinoma escamocelular (?).
8. Cefalea tensional.
9. Incontinencia urinaria de urgencia.

Diagnóstico familiar: Vive con su esposo y con hijo casado y con esposa y con hijo con trastorno cognitivo. No siente que su familia la apoye. Familia nuclear extensa en plataforma de lanzamiento. Disfunción familiar (APGAR). Se registró el familiograma.

Diagnóstico social: Bajos recursos económicos. Se realizó el ecomapa.

Plan terapéutico

1. Omeprazol 20 mg por 15 días.
2. Acetaminofén 500 mg por tres días.
3. Trazadona 50 mg una en la noche.

Plan educacional

Se dan recomendaciones específicas para crear hábitos de horario para la toma de medicamentos, el ejercicio y la dieta. Manejo de la depresión menor. Manejo para disfunción familiar severa con terapia para la relación de pareja y la aceptación de la responsabilidad de su hijo con el nieto de la paciente.

Plan de seguimiento

Control en ocho días.



Análisis de impresiones diagnósticas

Insuficiencia vascular periférica (EVP)

Es un trastorno de la circulación lento y progresivo. Habitualmente de compromiso venoso, pero el término incluso puede abarcar arterias o vasos linfáticos.

¿Cómo se diagnostica?

Una anamnesis detallada seguida de una exploración física completa constituyen los pilares básicos en el diagnóstico de la patología vascular periférica. El síntoma fundamental de este tipo de patología es el dolor (1).

La insuficiencia venosa crónica es causada por el reflujo venoso. Esto produce la hipertensión venosa, magnificada en las partes distales de las piernas donde la gravedad ejerce sus efectos en la mayor medida. Recordando que el flujo venoso en las piernas normalmente va de distal a proximal y superficial a la insuficiencia de la válvula de profundidad, en el camino conduce a presiones elevadas en los segmentos venosos con insuficiencia entonces progresiva de las válvulas de vecinos.

Una conferencia de consenso de los principales flebólogos ha desarrollado la clasificación CEAP (sistema de clasificación para trastornos venosos crónicos) para estandarizar el diagnóstico y el mejor juez de los resultados de la terapia.

La parte más importante del sistema de clasificación es el primero, la **situación clínica**. En la siguiente lista se detallan los cambios de la enfermedad de la vena de acuerdo con la gravedad y las consecuencias (2).



<http://www.elenaconde.com/wp-content/uploads/2015/02/Clasificaci%C3%B3n-heridas-vf-233x126.jpg>

- C1** "Spider" telangiectasias o venas reticulares.
- C2** Venas varicosas.
- C3** Venas varicosas con edema.
- C4** Várices con cambios en la piel de la estasis venosa.
- C5** Venas varicosas con estasis y úlceras sanadas.
- C6** Las venas varicosas, activa y abierta ulceración venosa.



Cefalea tensional (3)



http://www.clinicadeldolormurcia-alfaro.es/images/publish/simdif_0x18758060.jpg?1465494265

Se diagnostica cuando se cumple con los siguientes criterios:

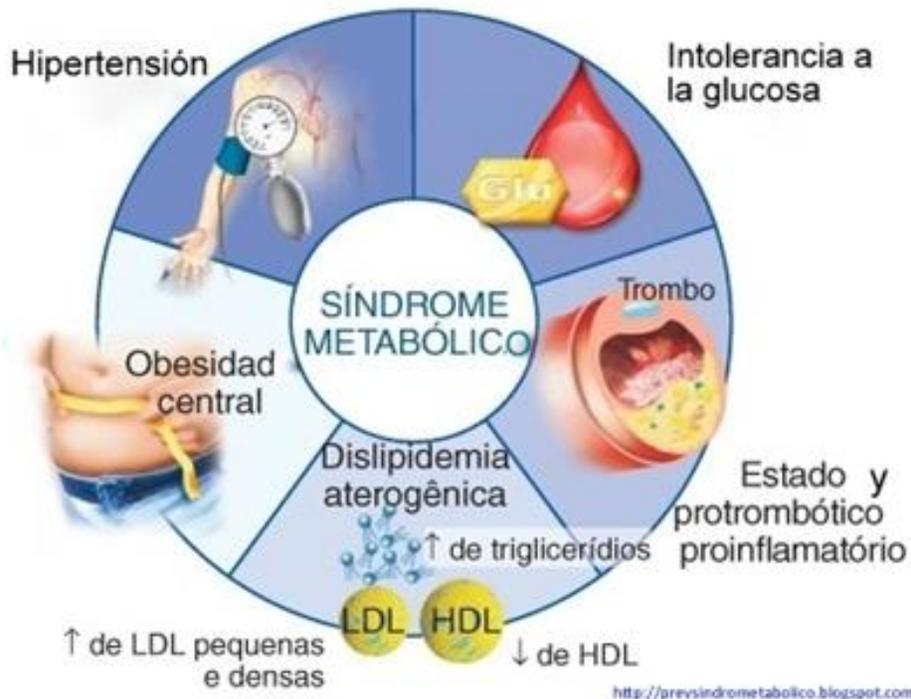
- A** Frecuencia de más de 15 días por mes (180 por año) por más de 6 meses.
- B** Al menos dos de las siguientes características:
 1. Dolor tipo opresivo.
 2. Leve a moderada intensidad.
 3. Localización bilateral.
 4. No aumenta con la actividad física de rutina.
- C** Se diagnostica por descarte. No se deben presentar:
 1. Vómito.
 2. Destellos.
 3. No debe estar relacionado con esfuerzos.

Signos de alarma (4)

- Cefalea de aparición a una edad de más de 50 años.
- Cefaleas de inicio reciente en pacientes con VIH y cáncer.
- Cambio en el patrón de la cefalea.
- Exacerbación del dolor con maniobras de valsalva.
- "Peor dolor de cabeza de la vida".
- Cefalea que no cede a los medicamentos.
- Cefalea que despierta al paciente.



Síndrome metabólico (5)



El síndrome metabólico (SM) básicamente es descrito como un grupo o conglomerados de factores de riesgo cardiovascular que se asociaron en algún momento a una anomalía metabólica y/o circulatoria y todos sus componentes.

Hay unos criterios que deben ser cumplidos para tener la certeza de que determinado paciente tiene síndrome metabólico; el factor que necesariamente debe estar presente es el perímetro abdominal aumentado, además deben estar presente dos de cualquiera de los otros factores.

- Obesidad central, perímetro abdominal (hombres >90 y mujeres >80).
- Disminución de HDL (<40 en hombres < 50 mg/ dl mujeres).
- Hipertrigliceridemia (triglicéridos > 150 mg/dl).
- Hipertensión arterial: Presión arterial > 130/85 o, si está recibiendo medicamentos contra la hipertensión arterial.
- Alteración de la glucosa en ayunas o la llamada prediabetes (100 mg/dl - 125 mg/dl)



Artritis reumatoide

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA AR NUEVOS DE LA ACR



Quiénes deberían ser examinados?

Pacientes que:

- Tengan al menos una articulación con clínica de sinovitis
- Con sinovitis que no puede ser explicada mejor con otro diagnóstico.

A. Involucro articular	(0-5)
1 articulación mediana o grande	0
2 a 10 articulaciones medianas o grandes	1
1 a 3 articulaciones pequeñas	2
4 a 10 articulaciones pequeñas	3
Más de 10 articulaciones (al menos 1 pequeña)	5
B. Serología	(0-3)
Negatividad para Anti CCP y FR	0
Al menos 1 positivo a título bajo	2
Al menos 1 positivo a título alto	3
C. Duración de la SINOVITIS	(0-1)
Menos de 6 semanas	0
Más de 6 semanas	1
D. Reactantes de fase aguda	(0-1)
Normalidad para PCR o VSG	0
Anormalidad para PCR o VSG	1

Los criterios para Artritis Reumatoide deben tener **al menos 6 puntos de los 10 posibles** para clasificar a un Px con diagnóstico definitivo de AR.

Ann Rheum Dis 2010;69:1580-1588. doi:10.1136/ard.2010.138461

<http://image.slidesharecdn.com/sesion1-11111195116-phpapp02/95/criterios-de-clasificacin-de-la-ar-areular-14-728.jpg?cb=1321041137>

Es una enfermedad inflamatoria del colágeno, de origen autoinmunitario, su aparición se caracteriza por presentar dos factores que pudieron desencadenarla y son necesarios el componente genético y el estímulo ambiental.

Según el Colegio Americano de Reumatología, los nuevos criterios para el diagnóstico precoz de la artritis reumatoide (2010) se clasifican en tres componentes, especialmente uno de estos es la afectación articular, el otro es la serología y la duración de los síntomas (si son mayores a seis semanas).

Nuestra paciente, mujer de 60 años, refiere la duración del cuadro clínico de dolor en más de 10 articulaciones pequeñas y entumecimiento de estas desde hace ocho semanas al momento de la consulta, lo cual nos da un puntaje de 6 que, de acuerdo con los criterios del American College of Rheumatology, es indicativo de la presencia de artritis reumatoide.

Hasta el momento el diagnóstico de artritis reumatoide es solamente clínico, posiblemente podríamos apoyarlo a partir de las ayudas paraclínicas. Algunos autores hacen la recomendación de medir los péptidos citrulinados y factor reumatoide (6, 7).



5. Pérdida de interés de sus actividades.
6. Fatiga o pérdida de energía en el transcurso de la depresión.
7. Tristeza.
8. Actividad psicomotora disminuida o aumentada.
9. Sentimiento de desvalorización o culpa excesiva.
10. Menor capacidad de pensar o concentrarse, "la mayor parte del día, casi todos los días" (9).

La paciente se diagnostica con depresión menor porque cumple con varios de los criterios expuestos entre estos, la alteración del estado de ánimo de la paciente, la disminución de la autoestima, los sentimientos de desvalorización y los deseos de morir que frecuentemente los refería.

Enfoque terapéutico



<https://terapiasnaturalesvalencia.files.wordpress.com/2012/05/psicologc3ada-transpersonal.jpg>

De acuerdo con lo encontrado en la paciente desde la anamnesis remota y próxima, y el examen físico, se planteó un plan de metas de acuerdo a las diferentes impresiones diagnósticas, el cual abarca:

- Informar a la paciente sobre los riesgos de la hipertensión arterial y la diabetes y los beneficios de un tratamiento eficaz.
- Proporcionar instrucciones claras sobre el tratamiento, verbales y por escrito.
- Adoptar el régimen de tratamiento a las necesidades y hábitos de la paciente.
- Involucrar a la familia de la paciente en la información sobre la enfermedad y el plan terapéutico.
- Prestar gran atención a los efectos secundarios, aunque sean leves, y estar preparados para modificar de forma oportuna las dosis o el tipo de fármacos.
- Proporcionar sistemas fiables de apoyo.



Revisión medicamentos

AHORA					
MEDICAMENTO	HORARIO	CÓMO LO TOMA	CADA CUÁNTO	EFFECTOS SECUNDARIOS	EJERCICIO
Glibenclamida de 5 mg.	Almuerzo entre 12 m. – 2 p.m.	Inmediatamente antes del almuerzo.	Una vez al día.	La paciente no refiere mareo ni debilidad, ni exantema, ni prurito.	No se refiere actividad física.
Metformina de 850 mg.	Desayuno entre 7 a.m. – 9 a.m. Cena entre 6 p.m. – 8 p.m.	Después del desayuno. Después de la cena.	Dos veces al día.	No refiere diarrea ni vómito, ni distensión abdominal.	
Enalapril 20 mg. Lovastatina 20 mg.	“Cuando me acuerdo”.	“Con agua, jugo, con cualquier cosa”.	Una diaria.	La paciente no refiere náuseas ni vómito, ni mareo.	

En la tabla anterior bajo “Ahora” se presenta una relación entre los medicamentos que está manejando nuestra paciente para sus enfermedades con base en el horario en que ella misma refiere que los toma; además, algo muy importante desde el punto de vista de la terapéutica es el modo en que la paciente acompaña la ingesta de los medicamentos, claro está, a la paciente hasta el momento del interrogatorio no se le han advertido los errores que se evidencian en la ingesta de los fármacos. Entonces aquí nace el propósito de la tabla de “metas” (ubicada más adelante), para que de forma organizada podamos comprender y lograr que la paciente entienda la importancia de los principales determinantes de la acción de estos medicamentos a los que está acostumbrada a ingerir y que, muy posiblemente, no se le haya especificado la forma en que debía tomarlos. Por lo tanto, aquí nace otro factor, el cual consiste en que, si todo lo anterior y lo plasmado en la siguiente tabla respecto a la evidencia sobre la eficacia y, además de eso, la efectividad farmacológica, resultan ciertos, a la paciente se le dará una seguridad muchísimo mayor de que las complicaciones de sus enfermedades de base no progresarán y posiblemente algunas de ellas no se presentarán.

METAS (10, 11)					
MEDICAMENTO	HORARIO	CÓMO LO TOMA	CADA CUÁNTO	EFFECTOS SECUNDARIOS	EJERCICIO
Glibenclamida de 5 mg.	Almuerzo: 12 m. (usualmente almuerza a esa hora).	Una hora antes del almuerzo.	Una vez al día.	1. Hipoglicemia 2. Aumento de peso 3. Prurito 4. Exantema 5. Cefalea	Iniciar rutina de ejercicio por 30 minutos (idealmente caminar) por lo menos tres veces a la semana para empezar.
Metformina de 850 mg.	Desayuno: 7 a.m. Cena: 7 p.m. (usualmente desayuna y cena a esa hora).	Después del desayuno. Después de la cena.	Dos veces al día.	1. Diarrea 2. Vómito y náuseas 3. Distensión abdominal 4. Acidosis láctica	
Enalapril 20 mg.	Antes del Desayuno: 6 a.m.	Idealmente con agua.	Cada 24 horas.	Tos, mareo, diarrea, hipotensión.	
Lovastatina 20 mg.	Cena: 6 p.m.		Cada 24 horas.	Diarrea, flatulencia, enrojecimiento cutáneo.	



A la tabla anterior "Metas", se hizo referencia cuando se habló de la relación entre los factores que modifican la efectividad de un fármaco siendo el modo de ingesta, absorción y concentración farmacológica, los determinantes cruciales.

El siguiente es un ejemplo de un plan de alimentación, ideado por estudiantes de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas con asesoría de un experto en nutrición, a partir de una gran lista de alimentos que nos fue proporcionada. Dichos alimentos cuentan con evidencia sustancial, a nivel mundial, de ser apropiados para idear un plan de alimentación óptimo para un paciente que tenga riesgo cardiovascular alto; sin olvidar, en lo que se refiere al contenido del plan alimentario, dos aspectos importantes. Primero, que el apego (la motivación del paciente a seguirlo) al plan terapéutico es su principal determinante para obtener resultados favorables. Y, segundo, se debe tener en cuenta la capacidad económica del paciente.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Desayuno	Chocolate en leche caliente, pan integral y tajada de queso bajo en grasa.	Granola en leche caliente.	Huevo perico, pan francés y avena.	Arepa asada y café en leche.	Changua y pan o tostada integral.	Huevo cocido, arepa y té en leche.
Onces	Manzana verde.	Jugo de mora y galletas.	Papaya.	Banano.	Melón.	Papaya.
Almuerzo	Arroz, hígado encebollado, ensalada (lechuga, tomate y zanahoria), jugo de curuba.	Pollo guisado (colombina), ensalada (pepino, tomate y cebolla cabezona), té.	Lentejas con salchicha de pollo, arroz, espinaca, jugo de mora.	Carne, ensalada, yuca, limonada sin azúcar.	Fríjol, arroz, brócoli.	Garbanzo, pescado, coliflor.

La siguiente es una lista de los precios de alimentos que se tuvo en cuenta al planear el ejemplo de una semana para el plan de alimentación óptimo para pacientes con riesgo cardiovascular y metabólico.

ALIMENTO	PRESENTACIÓN	PRECIO (pesos)
Papa pastusa	Libra	500
Curuba	Libra	1 000
Manzana	Unidad	600
Pera	Unidad	500
Habichuela	Libra	1 500
Alverja	Libra	2 500
Papaya	Libra	800
Limón	½ libra	1 000
Mora	Libra	2 000
Espinaca	Racimo	1 500
Lechuga	Unidad	1 000
Coliflor	Unidad	1 000
Cilantro	Racimo	200
Banano	Docena	2 000
Zanahoria	Libra	500
Melón	Libra	1 000
Yuca	3 libras	2 000
Pechuga	Libra	1 700
Pernil	Libra	2 700
Muslo	Libra	2 600
Hígado	Libra	3 500
Pierna magra	Libra	4 000 – 5 000



Enfoque psicosocial



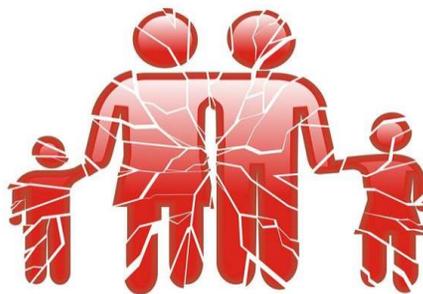
http://cdn3.smartvectorpics.com/images/magesbasesmall/pik-2/family-silhouettes-icon_23-2147495918.jpg



Familiograma

Familia nuclear extensa con hijo en plataforma de lanzamiento. Disfunción familiar.

¿Qué es una disfunción familiar?



<http://www.infomedicos.org/wp-content/uploads/crisis-social.jpg>

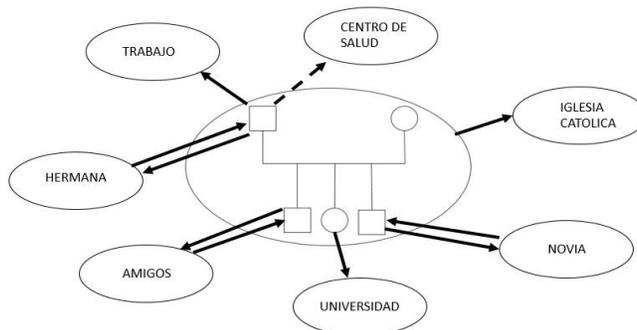
Por disfunción familiar se entiende la pobre percepción de ayuda que percibe un miembro de la familia por parte de los demás. Mide como funciones fundamentales de la familia el afecto, el apoyo, el compartir el tiempo y los recursos, siendo estos los criterios que revisa el test de APGAR.

Otra herramienta que utilizamos para determinar la disfunción familiar es el **FACES III** (por sus siglas en inglés: *Family, Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*), que es muy útil para evaluar la funcionalidad familiar en las dimensiones de cohesión (unión emocional que tienen los miembros de una familia) y adaptación (posibilidad de cambio de liderazgo). Este instrumento fue estandarizado al español por el médico familiarista Francisco J. Gómez, con la autorización de la universidad de Minnesota.

Analizando a la familia como sistema, es disfuncional cuando alguno de sus subsistemas se altera por cambio en los roles de sus integrantes (como se observa en el caso estudiando, la paciente cambia su rol de abuela por el de madre, asumiendo el compromiso y la responsabilidad que corresponden a su nuera).



Ecomapa



<http://img110.xooimage.com/files/2/1/0/ecomapa3-4de746f.jpg>

Esta herramienta ayuda a identificar las relaciones del paciente con el entorno, educación, familia, trabajo, transporte, grupos culturales, salud, amigos, recursos económicos, recursos religiosos y recreación. Para el caso se encontraron cuatro interacciones estresantes, cuatro débiles y dos fuertes, con un flujo de recursos con su pareja que la paciente describe así: **“el flujo de recursos que hay es, él me da la plata y yo le doy la comida”**.



https://microjurisar.files.wordpress.com/2014/06/shutterstock_124922840.jpg

Gracias a este instrumento se utilizarán las dos interacciones fuertes para ayudar a la paciente a salir de la depresión menor. Una de la interacciones fuertes es con los hijos mayores, los cuales se van a citar al centro comunitario para exponerles el caso y solicitarles el favor de ayudar con su progenitora en el problema del nieto que vive con ella, pues puede ser uno de los causantes de la depresión. La otra interacción fuerte es con los recursos religiosos (Dios, la iglesia y el párroco), por lo cual se determinó ir a la parroquia y hablar con el párroco de la misma para que empiece hablar con la paciente y que le explique su función de abuela, que su función de madre terminó con la crianza de sus hijos y, que es necesario que ella misma haga caer en cuenta a los padres de su nieto que deben aceptar su responsabilidad y experimentar lo que ella vivió con los hijos. De las cuatro interacciones débiles van a tratarse tres, a saber, la recreación, los grupos culturales y los amigos, para lo cual vamos a citar a la paciente al centro comunitario para que haga parte del grupo de adultos mayores



donde va a conocer amigos, va a realizar ejercicios para que se distraiga y salga de la cotidianidad y para que haga parte de los grupos culturales del centro. Para fortalecer la interacción con la educación, se le invitará a algunas charlas con la jefe de enfermería del centro para que le hable sobre temas como la diabetes, hipertensión, alimentación saludable, entre otros temas.

A través de estas intervenciones vamos a llevar controles periódicos cada 8 o 15 días con el fin de evaluar la evolución y el estado de la paciente y, de no encontrar evolución satisfactoria, se analizará la implementarán otro tipo de medidas.

Tras haber hecho un análisis completo de la paciente, podemos concluir que es una paciente polisintomática lo cual se asocia a una depresión menor, todo relacionado con varios de los factores antes mencionados, entre ellos la responsabilidad adquirida hacia su nieto de 16 años quien tiene un retraso mental leve, el desconocimiento sobre sus enfermedades de base, ya que ella piensa y cree que no podrá controlarlas y que, muy posiblemente, estas podrán llevarla a la muerte en un tiempo muy corto lo que le genera preocupación y, a su vez, repercute en su estado general de salud; por lo tanto, el trabajo debe ser multidisciplinario. Para ello, se hablará con los rotantes de psicología de la Universidad Santo Tomás. Será citada periódicamente para manejo psicossocial.

Agradecimientos

El grupo de estudiantes de séptimo semestre en la rotación en Lisboa quiere agradecer la asesoría de los doctores Camilo Ayala, Andrea Sánchez, también a la experta en nutrición Marta Moreno por sus recomendaciones y opiniones sobre el caso clínico.

Bibliografía

- (1) Villa R, Rodrigo JA. Enfermedad Vascul ar Periférica. [Internet]. www.fisterra.com Disponible en: <http://www.aeev.net/documentos/eap.pdf>
- (2) Ramos M, Tamaño M, Saiach S. Insuficiencia venosa. Varices de miembro inferior. Diagnóstico por eco-doppler. [Internet]. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina. 2000; N° 100: 14-20. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/insuficiencia_venosa.htm
- (3) Ramírez SF, Urrea E. Guía de diagnóstico y tratamiento de la cefalea. Guía neurológica 1. [Internet]. Sociedad Colombiana de Neurología. Cap. 8 p. 141- 158. [Consultado 7 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.acnweb.org/index.php/guia-neurologica/guia-1-varios/571-diagnostico-y-tratamiento-de-la-cefalea-.html>
- (4) Steiner TJ, MacGregor EA, Davies PTG. Guidelines for All Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type, Cluster and Medication-Overuse Headache. [Internet]. British Association for the study of headache. Enero 18 de 2007. Tercera edición [consultado 8 Feb 2012]. Disponible en: http://217.174.249.183/upload/NS_BASH/BASH_guidelines_2007.pdf
- (5) Álvarez A, López V et al. Diferencias en la prevalencia del síndrome metabólico según las definiciones del ATP-III y la OMS. [Internet]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v124n10a13072570pdf001.pdf>
- (6) Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT et al. Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. [Internet]. American College of Rheumatology. Arthritis & Rheumatism. 2010; 62(9): 2569-2581 Disponible en: http://www.rheumatology.org/practice/clinical/classification/ra/2010_revised_criteria_classification_ra.pdf
- (7) Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. [Internet]. Reumatología clínica. 2011, volumen 6, suplemento 3 p. 33 - 37 [consultado 7 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/reumatologia-clinica-273/nuevos-criterios-clasificacion-artritis-reumatoide-90001873-vi-simposio-artritis-reumatoide-2011>
- (8) Shultz JM. Incontinencia Urinaria. Nursing. 2011; 29(4): 33.
- (9) American Psychiatry Association, DSM-IV. Diagnostic and Statical Manual of Disorders, fourth edition.
- (10) Fernández PL, Moreno A, Lizasoain I, Leza JC, Moro MA, Portolés A. Velásquez. Farmacología Básica y Clínica. 18° edición. Editorial Médica Panamericana.
- (11) González MA, Lopera W, Arango A. Manual de terapéutica 2010- 2011. 14° edición, Fundamentos de Medicina, Editorial Cib.





Revisión de tema...

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Geraldine Arguello Castillo, María Camila Ariza Rodríguez****

"¿Cómo se llama usted?

- Augusta.

¿Cómo se apellida?

- Augusta.

¿Y, su marido, cómo se llama su marido?

- Creo que... Augusta.

Le pregunto por su marido, el nombre de su marido...

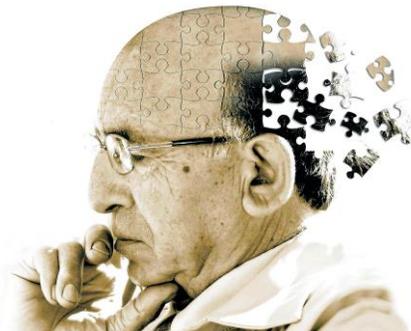
- Ah, mi marido...

¿Está usted casada?

-Sí, con Augusta...

Se trataba de Augusta D., la primera persona de la que se tuvo noticia de que padeciera la enfermedad que acabaría llevando el nombre de su descubridor, quien en esos momentos aún se sentía perplejo ante la conducta de su paciente. Con sólo 51 años, Augusta D. una mujer tímida, educada y activa, casada y madre de una niña sana y feliz, nunca antes había estado enferma. Corría el año 1901 en sus primeros meses cuando comenzó a aislarse de un entorno apacible y seguro. Comenzó recelando de la fidelidad de su marido, de las intenciones de los que la rodeaban y acabó entregada al miedo y a la ansiedad, perdida la memoria y la compostura y, al cabo de tres escasos años, había dejado de protestar y de gritar y se había rendido por completo. Encogida en su cama, habitualmente en posición fetal, se iba a consumir en poco tiempo. El informe de la autopsia señalaba entre otros detalles la presencia de "atrofia cerebral y encogimiento cerebral". Augusta no sobrepasó el 8 de abril del año 1906".

Tomado de: La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/235-comunidadmadrid-enfermedad-011.pdf>



<http://www.lamarihuana.com/wp-content/uploads/2014/09/alzheimer.jpg>

En Colombia, según la cifras del último censo nacional realizado por el gobierno en 2005, hay 2 612 508 personas mayores de 65 años, un 6,6 % de la población total; el 54,6 % pertenece al sexo femenino y el 45,4 % son hombres. Se calcula también que para 2025 esta cifra ascenderá a 6 274 000, un 10,5 %

**** Estudiantes VII Semestre 2016. Rotación Comunitaria. FUJNC.



de la población (1); es de resaltar entonces, que la esperanza de vida en el país está aumentando y es por eso que debemos prepararnos y tomar medidas para atender la salud física y mental de los adultos mayores.

Un problema

Según el médico neurólogo y psiquiatra Roberto L. Ventura (2), siguiendo el proceso de envejecimiento normal del organismo, se observa un cambio en algunas habilidades cognitivas mayormente en las áreas de atención, memoria, lenguaje, habilidad visoespacial y en la inteligencia. Si bien es cierto que se puede observar este deterioro cognitivo normal a edades avanzadas, es importante evaluar el riesgo de que se pueda progresar a enfermedades como el Alzheimer (EA) y otras demencias.

Tener en cuenta



<http://alimentos-ricos.net/wp-content/uploads/2015/12/memoria-730x370.jpg>

Un alto porcentaje de la población mayor de 50 años manifiesta pérdida subjetiva de memoria; lo cierto es que "el envejecimiento normal suele implicar un deterioro cognitivo progresivo asociado a la edad, en el que las dificultades cognitivas más comunes afectan a la memoria, la capacidad de aprendizaje, el rendimiento motor y las funciones ejecutivas, así como a un enlentecimiento generalizado en el procesamiento de la información" (3).

Trastornos cognitivos

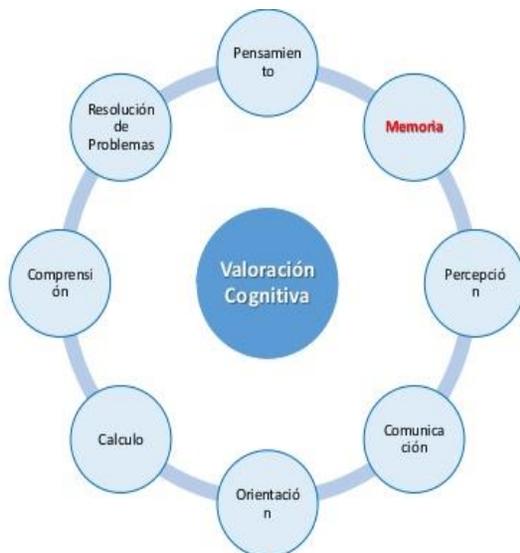
En la literatura encontramos diversos términos relacionados con pérdidas leves de memoria asociadas a la edad. De esta manera notamos que el trastorno cognitivo leve, así como el deterioro cognitivo leve y el trastorno neurocognitivo leve encuentran su causa en una patología oculta (4). Es por ello que se afirma que la demencia sería la condición más incapacitante dentro del deterioro cognitivo que sucede durante la vejez (3).

Sutiles diferencias

"Los cambios cognitivos asociados con la edad se reflejan principalmente en una disminución en la velocidad y en la eficiencia del procesamiento intelectual, que se observa desde aproximadamente la quinta década de vida; estos cambios intelectuales pueden reflejar un envejecimiento normal o un envejecimiento anormal, el primero supondría un proceso de desarrollo cerebral normal y se relacionaría con los cambios cerebrales típicos de la senectud y el segundo, por el contrario, sería resultante de **cambios atípicos en la histología cerebral**" (5), en este caso tendríamos en cuenta la pérdida importante de la memoria, cambios en el pensamiento e incapacidad de realizar ciertas actividades cotidianas.



Lo que debemos evaluar



<http://image.slidesharecdn.com/evaluaciondeldeteriorocognitivoinstrumentos-140623193820-phpapp01/95/evaluacion-del-deterioro-cognitivo-en-el-adulto-mayor-instrumentos-7-638.jpg?cb=1403552406>

Según varios estudios realizados, en el envejecimiento se ven afectadas:

- ✓ Por encima del 95 % la orientación, la atención y el cálculo.
- ✓ La memoria inmediata con el 100 %.
- ✓ Luego la afectación del lenguaje y, la menos afectada, la memoria mediata (6).

La memoria mediata

Los factores que la determinan son la capacidad de orientación, la apraxia construccional, la facilidad para el recuerdo de las instrucciones en las pruebas cognitivas utilizadas y la capacidad para llevar a cabo diversas actividades de la cotidianidad como vivir solo y manejar la economía doméstica, entre otras (4).

El problema de las demencias

El impacto de la demencia, asociada y no asociada al Alzheimer, es muy fuerte ya que, a diferencia de otras entidades clínicas, las consecuencias del deterioro de las funciones cognitivas afectan no solo a la persona sino también a su familia, a su entorno social y laboral y, a la sociedad en general.

Lo cierto es que la pérdida de la cognición interfiere en las funciones de la vida diaria, lo que produce la pérdida de la independencia (7).

El comienzo de las demencias

La mayoría de las demencias tienen un inicio gradual, son de curso progresivo y se producen en personas con un nivel cognitivo previo normal. Claro, existen algunas enfermedades neurológicas que determinan que la demencia tenga un inicio abrupto, pero no es lo más frecuente.



Las alteraciones

En el caso de la demencia hay presencia de alteración del aprendizaje y la incapacidad en la retención de información nueva o adquirida recientemente, alteración en manejo de tareas complejas y capacidades de razonamiento, alteración de las capacidades visoespaciales y orientación geográfica, alteraciones de las funciones del lenguaje e interferencia significativa en actividades sociales habituales, trabajo y relaciones interpersonales (8).

Diagnóstico diferencial

Las principales enfermedades que provocan demencia a parte del Alzheimer son:

- ✓ Enfermedad por cuerpos de Lewy.
- ✓ Demencia frontotemporal.
- ✓ La patología vascular cerebral.

La enfermedad por cuerpos de Lewy se considera la segunda en frecuencia, dentro de las demencias degenerativas es precursora del 30 % y se observa fundamentalmente entre los 60 y 90 años de edad, el inicio suele ser rápido, con progresión de la enfermedad durante los primeros meses y se caracteriza por presentar cambios visuoperceptuales, disfunción ejecutiva y atencional, acompañada de alucinaciones visuales, fluctuación en los cambios mentales y parkinsonismo (9).

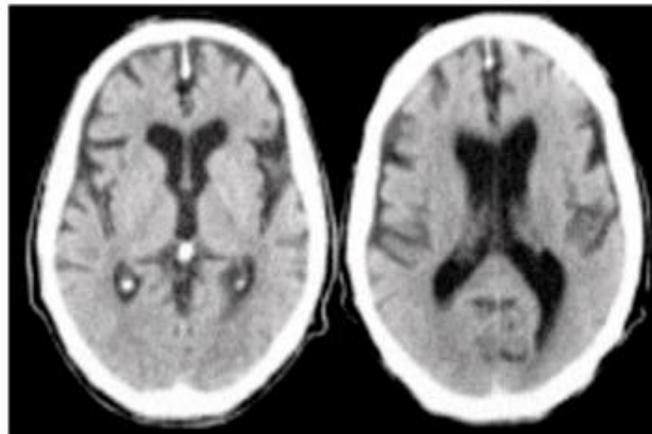


Fig 2. Tomografía axial computada de encéfalo que evidencia una gran atrofia frontotemporal.

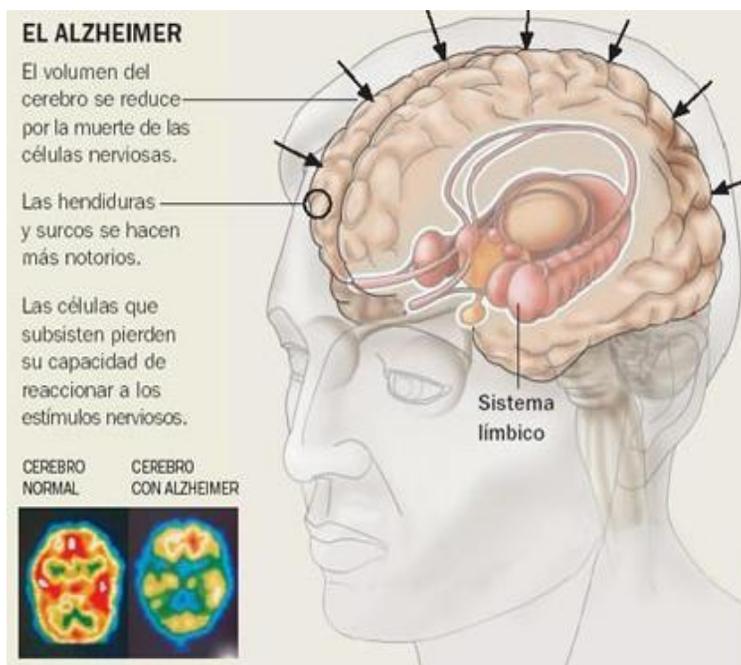
<http://www.scielo.br/img/revistas/anp/v63n4/a20fig02.gif>

La demencia frontotemporal, en la mayoría de los casos, inicia entre los 45 y 60 años, aunque también puede comenzar a cualquier edad en el adulto mayor. Los síntomas aparecen de forma insidiosa con alteraciones de la personalidad y de la conducta social, posteriormente se hacen evidentes los trastornos cognitivos como reducción de la fluidez verbal, dificultades para mantener la atención y concentración, y alteración para recordar información memorizada (8).



Respecto a la demencia por patología vascular cerebral, según algunos estudios, se dice que el 20 % de los pacientes con demencia presentan enfermedad vascular, teniendo como principales factores de riesgo patología cardiovascular, diabetes e hipertensión, lo que indica que la mayor parte de la patología vascular que provoca deterioro cognitivo se debe a aterosclerosis afectando de dos maneras: una a través de infartos extensos, como los secundarios a patología oclusiva de vasos cerebrales principales, como las arterias carótidas y las arterias cerebrales anterior, media y posterior. Y otra, con infartos lacunares en el tálamo, los ganglios basales y la sustancia blanca subcortical. Los síndromes cognitivos más habituales en la patología vascular cerebral son deterioro cognitivo leve, demencia con amnesia y demencia con cambios importantes de la personalidad (8).

La enfermedad de Alzheimer



<http://www.explorasalud.com/wp-content/uploads/2009/02/enfermedad-de-alzheimer.jpg>

Es una patología neurodegenerativa de curso progresivo que constituye la causa más frecuente de demencia entre las personas mayores. Los síntomas principales son:

- 👉 Déficit de funciones cognitivas.
- 👉 Trastornos psiquiátricos.
- 👉 Dificultades para realizar las actividades de la vida diaria que determinan la dependencia de un cuidador” (9).



El Alzheimer: fases



<http://www.alzheimer.com.es/media/alzheimer/magnets/152711560s120.jpeg.pagespeed.ic.1H08E1A.jpg>

Se han logrado establecer tres fases de acuerdo a las manifestaciones clínicas:

- 👉 Fase presintomática: la cognición es normal; sin embargo, el paciente ya sufre cambios patológicos.
- 👉 Fase prodrómica: inicio de síntomas cognoscitivos tempranos aún sin cumplir criterios de demencia, por lo que se le conoce como "deterioro cognoscitivo leve"; las alteraciones pueden ser reconocidas por el paciente y su ambiente pero son muy leves.
- 👉 Fase demencial: se relaciona con pérdida de la funcionalidad y se altera la cognición de forma relevante. Se observa deterioro amnésico progresivo y alteraciones comportamentales considerables.

Más años, más Alzheimer

Debido a que es una enfermedad asociada con la edad avanzada, el 13 % de las personas de 65 años o más la sufren, según la Alzheimer's Association, lo que la posiciona en la quinta causa de muerte y con un 50-70 % es la mayor causa de demencia en personas de este grupo poblacional. Según diversos estudios (10) la prevalencia se duplica cada cinco años después de los 65 años de edad, lo que hace que este factor de riesgo sea el principal en cuanto a epidemiología de la enfermedad se refiere.

Un problema de grandes cifras

Según el informe mundial sobre el Alzheimer del Alzheimer's Disease International (ADI) en el mundo hay más de 35 millones de personas con la enfermedad y la prevalencia de la patología duplicará su estadística cada 20 años, siendo las cifras para 2030 de 65,7 millones y de 115,4 millones para 2050 (11).



Los autores Ruíz et al (12) citando varios estudios señalan que “en Colombia se ha determinado una prevalencia de 1,8 y 3,4 % en grupos de pacientes mayores a 65 y 75 años respectivamente; sin embargo, estos datos corresponden a demencia sin precisar subclasificación”. Asimismo, citan el estudio investigativo de la Pontificia Universidad Javeriana realizado en Bogotá en el 2010, en el cual se evaluaron 2018 pacientes de la clínica de Memoria de Hospital San Ignacio de Bogotá, que mostró como resultado que de 2018 pacientes que acudieron por síntomas, se diagnosticó con enfermedad de Alzheimer a un 49,5 %, siendo 28,4 % mujeres y 71,6 % hombres, quienes, se observó además, consultan dentro de los primeros tres años de progresión del cuadro clínico.

Proyecciones



<http://revistaconciencia.com/userfiles/images/Alzheimer.jpg>

De igual manera, la Universidad ICESI de Cali en septiembre de 2013 realizó una investigación poblacional que mostró una prevalencia de 216 380 colombianos mayores de 60 años con algún tipo



de demencia (70 % con enfermedad de Alzheimer) en 2005 y estimó que, para 2020, esta cifra será de 342 956 (258 498 de ellos tendrán enfermedad de Alzheimer, la mayoría mujeres) (13).

Costos grandes...

Es de mencionar entonces, que dentro de las múltiples consecuencias que encontramos, sobresale el hecho del costo para el sistema de salud debido a que el enfermo de Alzheimer requiere entre 15 y 70 horas semanales de cuidado dependiendo del grado de progresión de la enfermedad, por ser esta incapacitante, todo ello además de la medicación que suma en promedio 1825 dólares por año en cada uno de los pacientes que presentan enfermedad de Alzheimer (12).

¿Qué podemos hacer?

Realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado reduce costos dentro de la enfermedad de Alzheimer, esto supone uno de los principales objetivos del sistema de salud y sus actores: "por año, un paciente sin tratamiento puede declinar 3 a 4 puntos en el puntaje del Mini-mental, mientras que los pacientes tratados con medicamentos reduce su declinar a 1 o 2 puntos", informa la neuróloga Carolina Ruíz de Sánchez (12).

Lo que no vemos

Según el informe anual sobre Alzheimer (14), hay 36 millones de personas con demencia y se estima que solo el 33 % está diagnosticado. En los países más ricos, entre un 20 % y 50 % de los casos están documentados. En el Reino Unido, por ejemplo, esta situación puede explicarse por el hecho de que el 70 % de los cuidadores declaran no ser conscientes de los síntomas de demencia antes del diagnóstico y el 58 % de los cuidadores creen que los síntomas forman parte normal del envejecimiento; además, tan solo el 31 % de los médicos de atención primaria creen tener suficiente formación para diagnosticar y controlar la demencia. Pero la situación se agrava en los países con menos recursos, de acuerdo al informe antes citado, pues apenas el 10 % está diagnosticado, esto debido a que en países con renta baja y media existe una falta de concienciación sobre el Alzheimer y otras demencias como enfermedades, pues también se consideran una parte normal del envejecimiento. Lo anterior trae consecuencias negativas como la falta de búsqueda de ayuda en servicios oficiales de atención médica, la escasa o nula prevención de la demencia en todos los niveles del servicio de salud y que no haya la posibilidad de ejercer presión sobre el Gobierno o los responsables de establecer políticas de salud para que ofrezcan más servicios de atención a personas con demencia.

El asunto es que la enfermedad de Alzheimer parece avanzar sencillamente porque la esperanza de vida se incrementó en el mundo. ¿Qué podemos hacer ante ello?

Diagnóstico para planear

El diagnóstico temprano es importante ya que permite al paciente, a sus familiares y al médico, planificar el futuro de manera más cuidadosa, evitando así situaciones riesgosas para el paciente, como los accidentes de tráfico y el empleo de medicamentos o de herramientas que suponen un peligro, entre otras.



<http://aldiaensalud.com/images/default-source/images/articulos/examen-de-sangre-para-el-diagnostico-de-la-enfermedad-de-alzheimer.png?sfvrsn=0>

En algunos casos se podría retrasar la internación del paciente en hogares geriátricos u otros sitios, contribuyendo así a mitigar los costes de la enfermedad. Otra ventaja que aporta el diagnóstico precoz es la educación de los familiares para afrontar la sobrecarga relacionada con la presencia de trastornos psiquiátricos y del comportamiento, presentes en el 90 % de los casos y, de esa forma contribuir a evitar los sentimientos de culpa o los mecanismos de negación que frecuentemente afectan la capacidad de cuidar de los familiares (15).

Cómo se diagnostica



Mini-Mental State Examination (MMSE)

Dentro de las pruebas diagnósticas de ayuda para el médico de atención primaria se hace referencia principalmente al **Mini-Mental State Examination (MMSE)**, un cuestionario de 11 partes, cada una compuesta, a su vez, por alrededor de tres preguntas y que se aplica a pacientes con posible demencia o deterioro cognitivo. Este test evalúa lo siguiente:

1. Orientación espacio temporal.
2. Capacidad de atención.
3. Concentración.
4. Memoria.
5. Cálculo.
6. Lenguaje.
7. Percepción viso-espacial.
8. Capacidad para seguir instrucciones básicas.

En el anexo 1 se puede encontrar la plantilla para realizar el test de forma adecuada, además de ello en el siguiente video se evidencia la correcta aplicación del MMSE:

<https://www.youtube.com/watch?v=FxGS05-YXSY>



La prueba del reloj

Esta prueba, por su parte, supone también una ayuda excepcional para el enfoque diagnóstico de deterioro cognitivo por enfermedad de Alzheimer. En el anexo 2 se encuentra la plantilla ideal para la implementación del test en consulta.

Los cambios del comportamiento

Lo anterior sumado al interrogatorio al paciente y/o a su acompañante en el cual se investiga por:



<http://www.ccsdnet.org/medlineplus/health/000045/000045.htm>

- **Alteración de las conductas normales** de la vida cotidiana que supone el diagnóstico de alteración cognoscitiva.
- **Modificación en el patrón conductual** usual, especialmente evidenciado en la dificultad para realizar de forma organizada las actividades que requieren secuencias, por ejemplo, empezar a cepillar sus dientes sin haber antes aplicado pasta dental al cepillo e incluso la confusión ante una tarea simple como cerrar una cortina, guían a orientación diagnóstica.

Pruebas específicas

Según Farreras (9) los cambios fisiopatológicos son de ayuda durante el período asintomático, a saber:

- Biomarcadores positivos que reflejen lesión neuronal.
- Presencia de amiloide Beta.

Estos cambios son de gran ayuda diagnóstica como se refleja en la tabla 1.



Tabla 1. Biomarcadores en la EA. (7)

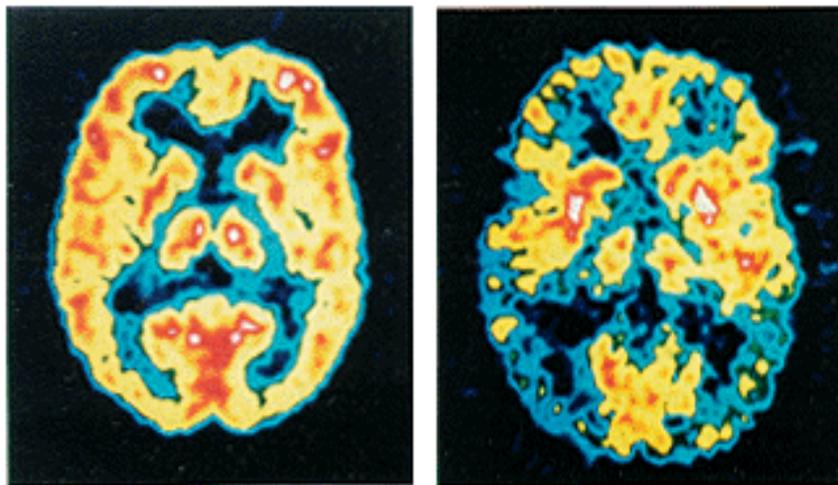
Marcadores acumulación β A42	Marcadores neurodegeneración
β A42 disminuido en LCR	Proteína tau y tau fosforilada aumentada en LCR
PET amiloide (aumento de recaptación)	PET fluorodeoxiglucosa (disminución captación)
	RM estructural (atrofia)

Lo cierto es que...

La presencia de múltiples factores que demuestren déficit cognitivo como alteración de la memoria a corto y largo plazo, afasia, apraxia, agnosia y deterioro de las capacidades sociales y ocupacionales, **que no se explica** por otra condición o diagnóstico neurológico o psiquiátrico.

La resonancia

Dentro de los estudios encontramos una resonancia magnética que demuestra atrofia cerebral especialmente en lóbulos temporales.



: <http://www.kindsein.com/es/18/alzheimer/423/>

No obstante, en la actualidad no se cuenta con una prueba "Gold standard" para diagnosticar la EA, pero con el fin de descartar otras patologías como diagnóstico diferencial, se recomienda solicitar hemograma, niveles de vitamina B12, TSH, folatos, calcio, glucosa, pruebas de función renal y hepática, serología para sífilis y, en ciertos casos, prueba para VIH (7); de igual forma, el diagnóstico en la consulta de atención primaria se cuentan con los recursos mencionados anteriormente (Mini-Mental, prueba del reloj y anamnesis proximal) para enfocar un diagnóstico certero.



En síntesis, el diagnóstico



Una histórica clínica detallada en su contenido y en el tiempo es fundamental.



Evaluación neuropsicológica.



Exámenes de laboratorio en sangre y orina.

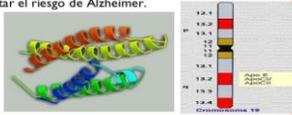




👉 **Test de Apo-E de riesgo genético.**

APOE 4 (Apolipoproteína E4)

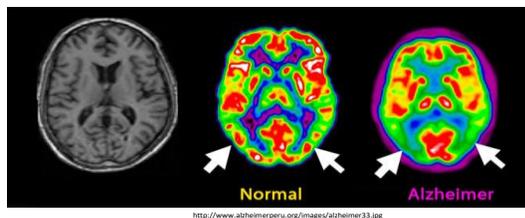
▶ Es la primera variación genética encontrado para aumentar el riesgo de Alzheimer.



▶ Contar con esta mutación, sin embargo, no significa que una persona desarrolle la enfermedad.

http://img4.studycart24.com/infocms/medicinas/imagenes/133/00131719_grupo25/Conferencia-de-Alzheimer-4-133.jpg

👉 **Imagenología. Una tomografía axial computarizada y preferible una resonancia magnética.**



Objetivos del tratamiento

Con referencia al tratamiento, los objetivos para el cuidado de la enfermedad de Alzheimer son:

1. El diagnóstico temprano de la enfermedad.
2. La optimización de la salud física y cognitiva mediante hábitos saludables.
3. La potenciación de las actividades instrumentales de la vida diaria.
4. El tratamiento de los síntomas conductuales.
5. La comunicación con el paciente y su cuidador.

Enfoque terapéutico

En el manejo específico de la enfermedad de Alzheimer se encuentran opciones farmacológicas y no farmacológicas que en conjunto pueden valer de ayuda para el paciente.

Manejo no farmacológico:

- ✓ Estimular la parte cognitiva.
- ✓ Realizar terapia física y ocupacional para tratar de preservar la independencia en las actividades de la vida diaria.
- ✓ Para los síntomas no cognoscitivos se puede realizar estimulación sensorial, musicoterapia, aromaterapia y masajes.
- ✓ Evaluar los factores familiares, psicológicos y ambientales que rodean al paciente y tratar de optimizar un entorno adecuado.
- ✓ Explicar información y aclarar dudas al paciente y su cuidador acerca de la enfermedad para atenuar manifestaciones propias de la enfermedad.
- ✓ Asistir a grupos de apoyo y brindar asistencia en las actividades de la vida diaria.



Aunque no hay evidencia certera de que los cambios en estilo de vida y demás acciones terapéuticas prevengan efectivamente la aparición de los síntomas a larga data, la prevención primaria de la demencia en los sujetos cognoscitivamente sanos se documenta precisamente modificando factores de riesgo definidos en estudios epidemiológicos, como:



- ✓ Factores de riesgo cardiovascular en general, como hipertensión arterial sistémica, pues se ha detectado una disminución del deterioro cognitivo manteniendo cifras meta de tensión arterial (16).
- ✓ Fibrilación articular.
- ✓ Diabetes mellitus.
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Obesidad.
- ✓ Sedentarismo.

Manejo farmacológico:

Aunque existen numerosas terapias en investigación, **aun no hay un tratamiento** que cure o altere de manera radical el curso progresivo de la enfermedad.

Existen medicamentos que ayudan al control de los síntomas cognoscitivos y neuropsiquiátricos que se utilizan en caso de que se considere que tengan un efecto importante sobre los síntomas cognoscitivos, comportamentales o sobre la función global, por lo que se considera el punto de vista del cuidador importante y, además, manejar un control con el especialista, implementando pruebas de función cognoscitiva y de comportamiento.



Principio Activo	Nombre Comercial	Medicamento Genérico
Donepezilo	Aricept®	Donepezilo STADA EFG
Rivastigmina	Exelon®/ Prometax®	Rivastigmina STADA EFG
Galantamina	Reminyl®	Galantamina STADA EFG
Memantina	Axura®/Ebixa®	Memantina STADA EFG

Fármacos específicos indicados en la demencia

http://knowalzheimer.com/wp-content/uploads/2014/03/KA_medicamento.jpg

Los tres inhibidores de colinesterasa actualmente disponibles (Donepezilo, Galantamina y Rivastigmina), son opciones de primera línea recomendadas para el manejo de la patología; sin embargo, deben ser usados con precaución en las siguientes condiciones: síndrome de disfunción sinusal o trastorno en la conducción cardíaca, úlceras duodenales o gástricas activas, convulsiones, obstrucción urinaria, EPOC o asma no controlados y, en pacientes con bajo peso o un peso menor de 50 kg. Los efectos adversos más comunes son de tipo gastrointestinal y se presentan principalmente vía oral: náuseas, emesis o diarrea, cambios en el apetito y, con el Donepezilo, se describen sueños vívidos e insomnio (17).

Tabla 2. Medicamentos anticolinesterasa (7).

DOSIS DE INHIBIDORES DE COLINESTERASA		
Medicamento	Dosis inicial/vía	Dosis terapéutica
Donepezilo	5mg oral/día.	10mg oral cada día.
	Aumentar después de cuatro semanas.	Dosis terapéutica disponible 23mg de liberación.
Galantamina	8mg oral.	16-24mg cada día.
	Aumentar después de cuatro semanas.	
Rivastigmina	1,5mg oral/día.	6-12mg/día oral.
	Aumentar después de cuatro semanas.	
	Parches de 4,6mg/día.	9,5-13,3mg/día en parche.
	Aumentar después de cuatro semanas.	

Vemos entonces que la enfermedad de Alzheimer es un problema de salud pública que debe ser tratado como tal; está en manos del médico de atención primaria, siendo uno de los actores primarios en



prevención y tratamiento dentro del sistema de salud, identificarlo y ayudar a su manejo para mejorar así la calidad de vida de los millones de personas que viven bajo la sombra de esta penosa patología.

Bibliografía y referencias

- (1) Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. Censo poblacional del 2005 República de Colombia [Internet]. Población adulta mayor [consultado 22 Ab 2016]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf
- (2) Ventura R. Deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. Revista de Psiquiatría y salud mental [Internet]. Hermilio Valdizan. 2004; 5(2): 17-25. Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2004II/2%20DETERIORO%20COGNITIVO.pdf>
- (3) López A, Calero MD. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2009; 44(4): 220-224. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-predictores-del-deterioro-cognitivo-ancianos-S0211139X09001073#bib1>
- (4) Yubero R. Valoración cognitiva del anciano. Tratado de medicina geriátrica. 2015;2 Cap. 22: 182
- (5) Rosselli M, Ardila A. Deterioro cognitivo leve: Definición y clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias [Internet]. 2012; 12(1): 151-162. Disponible en: <http://nebula.wsimg.com/f8ceed4a6221f33efeb7b0d99e393979?AccessKeyId=F7A1C842D9C24A6CB962&disposition=0&alloworigin=1>
- (6) Ávila M, Vázquez E, Gutiérrez M. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Ciencias Holguín. 2007; 3(4): 1-11.
- (7) Ruíz C, Pérez G, Medina M. Diagnóstico integral de las demencias. Vol. 1. Colombia: asociación Colombiana de Neurología; 2013.
- (8) Cecil H. Goldman L. Tratado de medicina interna 24a. Edición. España: Ed. Elsevier, 2013 Cap. 409, 413, 416.
- (9) Farreras R. Medicina interna Vol. 1, 17ª. Edición. España: Ed. Elsevier, 2012 Cap. 175.
- (10) OPS/OMS. Demencia. Una prioridad de salud pública [Internet]. Washington, D.C. 2013.
- (11) Bupa. Alzheimer's Disease International. La demencia en América. El coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia [Internet]. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-SPANISH.pdf>
- (12) Ruiz C, Nariño D, Muñoz J. Epidemiología y carga de la enfermedad de Alzheimer. Acta Neurol Colomb [Internet]. 2010; 26(3):87-94. Disponible en: http://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_87-94.pdf
- (13) UNICESI. Plataforma de medios de comunicación de la Universidad Icesi [Internet]. Alzheimer un problema de salud pública en Colombia [17 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.icesi.edu.co/unicesi/2015/12/17/alzheimer-un-problema-de-salud-publica-en-colombia/>
- (14) Alzheimer Disease International. World Alzheimer Report 2009. [Internet]. The Global Impact of Dementia. Disponible en: <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>
- (15) Carrasco M. Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer. Ed. Elsevier July 2003; 10(04).
- (16) Arrieta E, García JJ G. La prevención en la enfermedad de Alzheimer. Un horizonte a la vista. SEMERGEN. 2011; Vol 37: 523-524.
- (17) Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, Lizasoain I, Mora MA. Farmacología Básica y Clínica. 17ª edición. Editorial Médica Panamericana. 2005.

Anexo 1: Examen Mini-Mental

Las indicaciones deben ser leídas al paciente en voz alta, despacio, de forma clara y en privado. Cada pregunta e instrucción se calificará en la línea que la precede con un "0", en caso de que el paciente no responda correctamente; o con un "1", si lo hace de manera adecuada; cada error en cualquier ítem se puntuará con 0; además de ello, se debe anotar la respuesta exacta que el paciente da a cada pregunta.

Las puntuaciones menores a 23 sobre el máximo de 30, indicarán déficit cognoscitivo, por lo que se procede a la realización de pruebas de tipo neuropsicológicas más profundas por parte de un neurólogo o neuropsicólogo.



1. Orientación temporal:

- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación o época del año estamos?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿Qué día del mes es hoy?

2. Orientación espacial:

- ¿En qué país estamos?
- ¿En qué departamento estamos?
- ¿En qué ciudad estamos?
- ¿Dónde estamos ahora? (establecimiento/casa: nombre de la calle).
- ¿En qué piso estamos?

3. Fijación:

Le digo tres palabras y le informo que debe repetir las en cuanto yo termine de hablar.

- PELOTA.
- CABALLO.
- MANZANA.

Le pido que repita las palabras (de ser necesario, las repito hasta cinco veces, pero puntúo sólo el primer intento). Asimismo, le indico que le volveré a preguntar las palabras en unos minutos.

4. Atención y cálculo:

Le pregunto: "Si tiene 30 monedas y me da tres, ¿cuántas monedas le quedan?, siga restando de 3 en 3 hasta que le diga que pare.

- 30 menos 3 (27).
- Menos 3 (24).
- Menos 3 (21).
- Menos 3 (18).
- Menos 3 (15).

5. Memoria:

Le digo: "¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?" (No facilitar pistas).

- PELOTA.
- CABALLO.
- MANZANA.

6. Nominación:

- Le pregunto: "¿Qué es esto?" (Le muestro un objeto conocido).
- Le pregunto nuevamente, "Y esto otro, ¿qué es?" (Le muestro un objeto diferente).

7. Repetición:

- Le digo la siguiente frase: "EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS" y le pido que la repita. (Repito hasta cinco veces de ser necesario pero solo califico el primer intento).

8. Comprensión:

Le pido que siga las instrucciones que le daré y le proporciono una hoja de papel:

- Coja el papel con la mano derecha.
- Doble el papel por la mitad.
- Deje el papel en la mesa.

9. Lectura:

- Le entrego un papel con la frase "CIERRE LOS OJOS", le pido que la lea y que haga lo que está escrito.

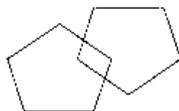
10. Escritura:

- Le entrego una hoja de papel y un bolígrafo y le pido que escriba una oración que tenga sentido, en caso de no responder se procede a guiarlo, por ejemplo: escriba sobre el clima que está haciendo el día de hoy.



11. Dibujo:

___ Le pido que copie el siguiente dibujo en una hoja de papel que le proporcionaré:



Puntuación total: ___/30

Anexo 2: Prueba del reloj

Se considera la prueba negativa en caso de presentar nueve o más puntos en total; en caso de que la puntuación sea de 8 o menos se determina un deterioro cognitivo asociado a enfermedad de Alzheimer. Consta de dos partes (TRO y TRC):

TRO: Al paciente se le proporciona una hoja de papel totalmente en blanco con un lápiz y una goma de borrar y se le indica que debe dibujar un reloj redondo de gran tamaño, con los números completos y con las manecillas indicando una hora específica, en caso de equivocarse, puede utilizar la goma de borrar. El test no tiene tiempo límite.

TRC: Finalizando la anterior prueba, se le proporciona una nueva hoja de papel con un lápiz y una goma de borrar, esta vez con un reloj ya dibujado en la parte superior del papel y se le indica que debe realizar una réplica lo más exacta posible del reloj que se muestra; esta parte del test tampoco posee un límite de tiempo.

Análisis del reloj según los siguientes tres parámetros:

Puntos	Resultado
2	Dibujo normal, esfera circular u ovalada con pequeños errores.
1	Incompleto o con algún error significativo.
0	Ausencia de dibujo o completamente erróneo.

Puntos	Resultados
4	Manecillas en posición correcta, proporciones adecuadas (aguja de hora más corta que aguja de minuto).
3,5	Manecillas en posición correcta, proporción inadecuada.
3	Pequeños errores en posición de manecillas.
3	Aguja de minuto más corta que aguja de hora.
2	Grandes errores en posición de manecillas, errores significativos en posición de los números.
2	Manecillas no se juntan en el punto central y marcan hora correcta.
1	Manecillas no se juntan en punto central y marcan hora incorrecta.
1	Una sola manecilla o un esbozo de las dos manecillas.
0	Ausencia de manecillas o múltiples manecillas en el reloj.

Puntos	Resultados
4	Números presentes y en orden correcto con pequeños errores de localización en menos de cuatro números.
3,5	Pequeños errores de localización en más de cuatro números.
3	Números con desorden en la secuencia.
3	Todos los números presentes con significativos errores de localización.
2	Omisión o adición de algún número sin grandes errores en el resto de números.
2	Cuatro o más números con desorden en la secuencia.
2	Los doce números puestos en sentido contrario o reversa.
2	Números presentes con distorsión en la localización (fuera de la esfera, etc.).
2	Presencia de todos los números en una línea vertical u horizontal.
1	Ausencia o exceso de números con marcada distorsión espacial.
1	Alineación numérica con omisión o exceso de números.
1	Rotación inversa con omisión o exceso de números.
0	Ausencia u omisión de más de seis números.





Sobre medicamentos...

“¿EL CONOCIMIENTO DE LA CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA AFECTA SU USO ENTRE ADOLESCENTES DE ENSEÑANZA MEDIA EN BRASIL?”

Tomado de: Chofakian, CBN et al.
Cad Saúde Pública [online] 2016; 32(1), e00188214.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00188214>
http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/may201601/057_brasil11/



<http://cuidatosaludcondiane.com/wordpress/wp-content/uploads/2013/01/fs-pildora.jpg>

Qué querían indagar

Este estudio quería indagar sobre cuál es el mecanismo a través del cual los adolescentes acceden a la anticoncepción de emergencia.

En quiénes

Adolescentes escolarizados de 15 a 19 años.

La respuesta

Este estudio concluye que la anticoncepción de emergencia en la población adolescente escolar donde se realizó, se transmite, más que por procesos educativos, **por conversación de pares que ya usaron el método.**

Comentario del editor: Creo que el uso de la píldora del día después puede disminuir el aborto, además del embarazo no deseado en adolescentes, por ende, debemos promover el uso de la misma como alternativa de emergencia. Este estudio nos da luces sobre cómo se usa hoy.



“ADULTOS MAYORES: CUIDE LOS MEDICAMENTOS PARA CUIDAR SU SALUD”

(Senior Scene: Take care with medications to guard your health)

Tomado de:

http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/may201601/056_adultos_mayores/

María Camargo

The Daily Star.com, 29 de enero de 2016

http://www.thedailystar.com/news/lifestyles/senior-scene-take-care-with-medications-to-guard-your-health/article_e820271b-b79c-5ada-9fba-0d6becaf7409.html

Traducido por Salud y Fármacos



http://estatico.aldia.com/fortmond/meda/63/105463/orig_e716af6566690b80371879ca2b0c.jpg

Recordar que...

Hoy las urgencias u hospitalizaciones producto de reacciones adversas a medicamentos se han convertido en un problema de salud prevalente. ¿Por qué? Por la facilidad con que se prescriben medicamentos o se puede acceder a ellos libremente. Ello conlleva a que efectos indeseables de medicamentos diversos se potencialicen. El asunto es que muchos de esos medicamentos no eran, y no son necesarios; por ende, estos sucesos son evitables.

Tener en cuenta

Que la vejez es una etapa de la vida donde se experimentan cambios y que, a pesar de tomar suplementos, vitaminas, en fin, una diversidad de medicamentos de libre acceso (muchas veces innecesarios), esos cambios, son inevitables. Pero, además, por ser esta etapa de la vida la que más conlleva enfermedades crónicas, casi resulta inevitable recibir medicamentos, con lo cual la posibilidad de interacciones riesgosas se potencializan.

Por ello y para ello

Textualmente (de aquí en adelante): “Para disminuir la posibilidad de excederse en la medicación y experimentar reacciones adversas, así como la polifarmacia (el uso de múltiples medicamentos sin un beneficio claro), la Fundación Salud y Envejecimiento de la Sociedad Americana de Geriátrica ha formulado algunas recomendaciones.



Estas ocho reglas simples pueden ayudar a prevenir los efectos adversos de los medicamentos:



<http://www.oblatos.com/wp-content/uploads/2012/09/000226300.png>

1. **Antes de tomar un medicamento** de venta libre o un suplemento debe **consultar con su médico** o farmacéutico para evitar interacciones con los medicamentos de prescripción que está tomando. Por ejemplo: algunos medicamentos de venta libre pueden aumentar o disminuir las concentraciones de los medicamentos de venta con receta que necesita tomar para resolver su problema médico.
2. Mantener una **lista actualizada de todos los medicamentos** que esté tomando siempre es útil y seguro, incluyendo los medicamentos de venta sin receta, vitaminas, suplementos a base de hierbas u otros remedios. Esta lista debería compartirse con todos sus proveedores de atención médica durante sus citas.
3. **Revisar periódicamente los medicamentos** que está tomando con su médico y preguntar si tiene que seguir tomándolos en la dosis actual.
4. **Cada vez que le prescriban un nuevo medicamento o le cambien la dosis haga preguntas.** ¡No hay nada de malo en eso! Usted quiere saber el propósito del medicamento, los efectos secundarios que pueden causar, cómo tomar la medicación correctamente, qué ocurre si se olvida de una dosis, y si hay un genérico disponible.
5. **Mantenga sus medicamentos organizados:** Use cajas semanales para controlar sus medicamentos. Conviene llenar su organizador semanal de medicamentos el mismo día de cada semana. Este sencillo procedimiento le ayudará a evitar tomar accidentalmente demasiada medicación o cantidades inferiores a las recomendadas.
6. **Tome los medicamentos según lo prescrito por el médico.** No debe duplicar la dosis de medicación por haber olvidado una dosis. En caso de duda póngase en contacto con su médico para aclarar la forma de proceder.



7. Informe a su médico tan pronto como desarrolle una reacción a un medicamento nuevo. Algunas reacciones adversas pueden requerir atención inmediata.
8. Cosas a evitar:
 - 8.1. No comparta los medicamentos: Solo tome los medicamentos que le han sido recetados.
 - 8.2. No tome medicamentos caducados: Compruebe la fecha de vencimiento de sus medicamentos. Los medicamentos caducados deberían ser desechados. No deje de tomar medicamentos por su cuenta: Si desea suspender la medicación, consulte primero con su médico.
 - 8.3. No beba alcohol cuando tome medicamentos para el dolor, el sueño, la ansiedad o la depresión.

Estas sugerencias sensatas y simples pueden ayudarle a manejar sus medicamentos de manera segura”.

Comentario del editor: No me cabe duda de que debemos aprender a ofrecer el acompañamiento en la salud y en la enfermedad con menos medicamentos. Cuantos más prescribamos, a mayor riesgo sometemos a nuestros pacientes, máxime si son adultos mayores.



“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE PACIENTES SOBRE DISPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS NO CONSUMIDOS. UNA APROXIMACIÓN A LA ECOFARMACOVIGILANCIA”

Tomado de: [http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/may201601/059_brasil13/Quijano-Prieto DM, Orozco-Díaz JG, Holguín-Hernández E Rev Salud Pública \[online\] 2016; 18\(1\):10-12.](http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/may201601/059_brasil13/Quijano-Prieto DM, Orozco-Díaz JG, Holguín-Hernández E Rev Salud Pública [online] 2016; 18(1):10-12.)
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642016000100006&lng=en&nrm=iso

¿Qué se quería saber?

Indagar acerca de qué se hace con los medicamentos sobrantes y vencidos.

Qué se descubrió

1. Uno de cada cuatro de participantes deshecha en la basura los medicamentos sobrantes.
2. Dos de tres botan a la basura los medicamentos vencidos.
3. Solo uno de 15 encuestados saben que deben desecharse en sitios especiales.
4. Solo cerca de uno de cada diez sabe que existen sitios especiales de recolección de medicamentos.



http://www.vanguardia.com/sites/default/files/imagecache/Noticia_600x400/foto_grandes_400x300_noticia/2013/09/28/DATA_ART_675127_BIG_CE.jpg



5. Sin embargo, entre 8 y 9 personas encuestadas piensan que el mal deshecho de los medicamentos puede afectar el medio ambiente o incluso la salud de otros.
6. Casi a todos les gustaría recibir información de cómo manejar los medicamentos que no se usen o que caduquen.

Comentario del editor: Esta investigación pone de manifiesto otra área en la que debemos aconsejar a nuestros pacientes, máxime hoy con el exceso de medicamentos que existen en los hogares y donde ciertamente no se sabe qué hacer con todos los que no se usan.



El Peregrino que toca...

APOLOGÍA A LA CREACIÓN

Gabriel Sáenz^{****}



<http://www.fmgeneral.org/wp-content/uploads/2015/06/LAUDATO-SI1-620x350.jpg>

Queridos lectores, hoy los invito a que, de la mano de nuestro peregrino y de la carta encíclica *Laudato Si'* (Alabado seas), "Sobre el cuidado de la casa común" (Francisco, 2015), recorramos nuestra casa, el planeta Tierra; y con la conciencia de que somos habitantes también de un cosmos infinito creado por Dios, lo contemplemos con las palabras del salmo "Cuando contemplo el cielo, obra de tus manos, la luna y las estrellas que has creado..." Salmo (8:4).

Revisando el primer capítulo del Génesis en la Biblia, escrito, según algunas hipótesis, durante el exilio de Babilonia (S. VI a.C.), vemos que la creación se concibe como una arquitectura litúrgica basada en el número 7. Los tres primeros días relatan cuatro obras de "separación" y, los otros tres, cuatro de "ornamentación". Separar y adornar es la victoria sobre la "nada" y la irrupción del acto creador de Dios. No son textos científicos sino sapienciales sobre el sentido del ser y la existencia; por qué nos encontramos en este mundo.

El número 7 nos invita a buscar la belleza del mundo, ya que este es el número que representa la perfección. En el relato, Dios separa la luz de la oscuridad y el agua de la tierra, y los elementos con los que ornamenta su obra son: la vegetación, las estrellas, los peces y las aves, los animales terrestres y, por último, el hombre a su imagen y semejanza. En cada una de las etapas ve Dios que todo era bueno y solo al hombre le da el poder de llamar a las cosas por su nombre y contemplar su belleza. Por eso el hombre es la obra maestra de Dios. De esta manera la creación es una armonía entre Dios-hombre, hombre-cosmos, hombre-hombre (Raúl, 1996).



http://www.diocesisvitoria.org/wp-content/uploads/2015/06/laudato9_red-331x219.png

Así pues, después de esta reflexión bíblica es bueno saludar a Dios todas las mañanas cantando:

^{****} Capellán CJNC. Consejero Pastoral FUJNC.





“Alegre la mañana
 que nos habla de Ti,
 alegre la mañana.
 En el nombre de Dios Padre
 Del Hijo y del Espíritu
 salimos de la noche
 y estrenamos la aurora;
 saludamos el gozo de la luz
 que nos llega, resucitada
 y resucitadora...”

(Secretario permanente del episcopado de Colombia,
 1999, pág. 781)

La carta encíclica *Laudato Si'*, objeto de nuestra reflexión (Francisco, 2015), nos advierte que “cada uno de nosotros es el fruto de un pensamiento de Dios” (pág. 62) y “cada uno a su manera es un rayo de la sabiduría y de la bondad infinita de Dios” (pág. 66).

Retomando la evocación del himno anterior, teológicamente se define el Espíritu Santo como el amor entre Dios Padre y el Hijo (Jesucristo). El Padre ama al Hijo y el Hijo ama al Padre, es decir, amor que se da y amor que se recibe. Esa misma relación de amor es la que existe entre el hombre y la naturaleza, porque en ambos se encuentra el amor de Dios. En otras palabras, el Espíritu Santo que todo lo envuelve se representa con símbolos como el viento, el agua, el fuego, y hasta una paloma. Al respecto, la carta (Francisco, 2015) comenta que “cuando se habla de medio ambiente se indica particularmente una relación que existe entre la naturaleza y la sociedad que la habita” (pág. 127) así, “cada criatura es objeto de la ternura del Padre, que le da un lugar en el mundo. Hasta la vida efímera del ser más insignificante es objeto de su amor, y en esos pocos segundos de existencia, Él lo rodea de su cariño” (pág. 72).

Así pues, si tú amas la naturaleza ella te da amor, si la destruyes ella misma te devuelve aridez y sequedad. Si amas a tu mascota, te devuelve amor; Dios la ha puesto a tu cuidado y debes responder por ella más tarde. El crecimiento de la planta que cuidas en tu casa es tu responsabilidad porque estás cuidando la creación de Dios. Por esto no podemos pensar que la obra creadora fue un hecho puntual hace millones de años. La creación es procesal y continua. Cada vez que nace un niño o un animal o germina una planta, esa es la creación hoy.



¿Alguna vez has pensado que el sabroso pescadito que te comiste ayer en el almuerzo dio su vida para que tú vivieras? ¿Alguna vez has pensado que el árbol que te dio esa manzana para tu alimento fue el amor que te devolvió porque tú lo cuidaste? Repito: la naturaleza te devuelve amor si tú la amas. Eso es amor que se da y amor que se recibe.

<http://1.bp.blogspot.com/-P8LR1AqjAes/UPWGg92E0w/AAAAAAAAAMD4/Z3kv-Q6BumM/s1600/Otra+Prueba+de+que+Dios+habla+en+trav%C3%A9s+de+la+naturaleza.jpg>



Dice (Francisco, 2015) en su encíclica: "Para la tradición judío-cristiana decir "creación" es más que decir naturaleza porque tiene que ver con un proyecto del amor de Dios donde cada criatura tiene un valor y un significado..." (pág. 72), "El amor de Dios es el móvil fundamental de todo lo creado" (pág. 72).

Es interesante el relato del Génesis con respecto a la responsabilidad del hombre hacia todo lo que Dios le ha entregado para su supervivencia: "Mirad, os entrego todas las hierbas que engendran semillas sobre la faz de la tierra y todos los árboles frutales que engendran semillas os servirán de alimento y a todas las fieras de la tierra, a todo ser que respira, la hierba verde les servirá de alimento y vio Dios que todo lo que había hecho era muy bueno" (Génesis 1: 29-31).

Aquí no podemos pasar por alto el himno a la creación más bello jamás compuesto. Su autor: San Francisco de Asís (1182-1226). Meditemos y deleitémonos con algunas de sus estrofas:

“Alabado seas, mi Señor,
con todas tus criaturas,
especialmente el hermano sol
por quien nos das el día y nos iluminas,
y es bello y radiante con gran esplendor,
de Ti Altísimo, lleva significación.
Alabado seas mi Señor,
por la hermana luna y las estrellas,
en el cielo las formaste claras y preciosas,
y bellas.
Alabado seas mi Señor, por el hermano viento
y por el aire, y la nube y el cielo sereno,
y todo tiempo,
por todos ellos a tus criaturas das sustento.
Alabado seas, mi Señor, por el hermano fuego,
por el cual iluminas la noche,
y es bello, y alegre y vigoroso, y fuerte”

(Asís, citado por Francisco, 2015; págs. 81-82).



<http://3.bp.blogspot.com/-WfWdm-7YlgE/Vf2pdyT0oxI/AAAAAAAAABZA/IMZduiZ04Q/s1600/san-francisco-fano.jpg>



<http://www.vidanueva.es/wp-content/uploads/2015/06/ecologia.jpg>

El papa Francisco advierte severamente la gravedad de la deforestación en el planeta:

“La pérdida de selvas y bosques implica al mismo tiempo la pérdida de especies que podrían significar en el futuro recursos sumamente importantes, no solo para la alimentación sino también para la curación de enfermedades y para múltiple servicios. Las diversas especies contienen genes que pueden ser recursos claves para resolver en el futuro alguna necesidad humana o para regular algún problema ambiental”.

(Francisco, 2015, pág. 33).

Sobre la necesidad de la fraternidad entre los hombres el pontífice comenta:



https://mppuargentina.files.wordpress.com/2015/02/chira2015_nolegal.jpg

“Hace falta sentir que nos necesitamos unos a otros... ya hemos tenido mucho tiempo de degradación moral, burlándonos de la ética, de la bondad, de la fe, de la honestidad y llegó la hora de advertir que esa alegre superficialidad nos ha servido poco” (Francisco, 2015, pág. 201).

Con razón un himno de la liturgia católica a finaliza diciendo:

“Que el hombre no te obligue Señor,
a arrepentirte de haberle dado
un día las llaves de la tierra” .

(Secretariado permanente del Episcopado de Colombia, 1999; págs. 9,10).

La carta encíclica *Laudato Si'* termina con una extensa oración cristiana con la creación y cuyo último párrafo dice:

“Señor, tómanos a nosotros con tu poder y tu luz,
para proteger toda vida,
para preparar un futuro mejor,
para que venga tu Reino
de justicia, de paz, de amor y de hermosura.
Alabado seas.

Amén (Francisco, 2015; pág. 217).

Nosotros, por nuestra parte, damos gracias a Dios por nuestra huerta de plantas medicinales; la cuidamos en tu nombre Señor para aliviar las dolencias de los enfermos que se sirven de este tipo de terapias naturales dadas por Ti.

Oración final:



Señor Dios que encomendaste al hombre la guarda y el cultivo de la tierra, y creaste la luz del sol en su servicio, concédenos, que con tu ayuda trabajemos sin desfallecer para tu gloria y para el bien de nuestro prójimo.

Por Jesucristo Nuestro Señor. Amén.

(Secretariado permanente del Episcopado de Colombia, 1999; pág. 1184).

Bibliografía

Asís, F. d. (s.f.). Cántico de las criaturas.
Francisco. (2015). Carta encíclica *Laudato sí* del Santo Padre Francisco sobre el cuidado de la casa común. Bogotá: San Pablo.
Raúl, B. (1996). *Cómo era en el principio*. Temas clave de antropología teológica. Madrid: San Pablo.
Secretario permanente del Episcopado de Colombia. (1999). *Liturgia de las horas según el rito Romano III* (16 ed.). Barcelona: Él, S.A. de C.V

NOTICOMUNITARIA



Del 26 al 30 de julio del presente, se llevó a cabo The Network Tufh Conference 2016 en Shenyang, China. Este año con el lema "Building Trust. A Global Challenge in Health System Reform", a la cual asistieron como embajadores de la Corpas, tres de nuestros estudiantes con el trabajo: "Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá".



Compartimos a continuación el sentir de los estudiantes, plasmado en una carta enviada por una de ellos, frente a esta experiencia:

“Buenas tardes doctor:

Relatarle en breves palabras aquello que creo es una de las experiencias más enriquecedoras de mi vida es difícil, pero con gusto haré énfasis en las cosas que son trascendentes en mi rol como médico en formación y que considero pueden generar impacto en nuestra institución, la cual fue pilar de todo lo que a continuación relato:



Para nosotros lo que hace unos meses inició como una asignatura más de nuestro programa académico, el área de investigación social, hoy es esa primera luz que le enseñó a estos médicos en formación que la Medicina no solo se hace dentro de los consultorios, sino que nuestro campo de acción trasciende más allá de lo que el ser humano es como un conjunto de sistemas y nos lleva a explorar, a preguntarnos cada aspecto que influye dentro del equilibrio de un ser que pertenece a una sociedad, a una familia, que tiene un pasado, un ecosistema y un modo de vida, en general dentro de un país como el nuestro. Aprendimos que nuestras acciones pueden impactar de manera positiva en la sociedad; que el investigar y tener en las manos el argumento de posibles soluciones construye país e interviene en una sociedad que a gritos las clama deseosa de una vida digna.

Reuniones de carácter mundial como The Network: TUFH Conference 2016. Building Trust A Global Challenge in Health System Reform, permite que estas ideas se compartan, se difundan y que cada uno de sus asistentes aprehenda y se motive a seguir trabajando por su comunidad, o bueno en este caso, "generando confianza", la meta para las grandes reformas de salud a nivel global, ideal que no difiere ni en la mínima expresión de los principios que nuestra *alma mater* ha inculcado en nosotros y por lo que hoy trabajamos, especialmente en el Departamento de Comunitaria,



donde aprendemos a ser ese médico que la sociedad colombiana está pidiendo, hecho que me hace sentir muy orgullosa de mi universidad.



Así que, motivados y orgullosos, asistimos a esta conferencia con el fin de mostrar el trabajo "Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá", donde además, de ser expositores, fuimos espectadores de trabajos que trataban diversos temas de salud pública, estrategias en el modelo de atención primaria en salud, educación médica, liderazgo entre otros, que además, nos puso en contacto con estudiantes de todo el mundo con quienes, a pesar de tener diversas costumbres, lenguas, atuendos y demás, tenemos algo muy grande en común y es el amor por lo que hacemos y las ganas de trabajar y luchar por hacer la diferencia.

De antemano quisiera agradecerle a usted por esta gran oportunidad y sepa que estamos en disposición y con muchas ganas de trabajar para cumplir con los objetivos que como facultad y como comunidad tenemos".

CORPAS EN LA COMUNIDAD

El pasado 8 de agosto se realizó una actividad de tamizaje antropométrico, visual, de salud oral y de exploración de neurodesarrollo aplicando la Escala de Nelson Ortiz, en niños de los jardines



comunitarios del área de influencia de nuestro Centro Médico Comunitario Corpas Lisboa, con el objetivo de detectar de alteraciones del crecimiento y desarrollo en niños y niñas.



En la actividad participó el grupo de estudiantes de la rotación de Pediatría Comunitaria de noveno semestre de la FUJNC bajo la dirección de la docente a cargo, la doctora Beselink Quesada.

En total se beneficiaron 102 menores de cinco años. Los casos de riesgo detectados fueron remitidos, para su acompañamiento y seguimiento respectivo, a la consulta de crecimiento y desarrollo, al programa de estimulación temprana y al programa de familia, todos estos ofrecidos por el centro médico.





Carta Comunitaria

ISSN 0123-1588

Departamento de Medicina Comunitaria
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Dirección: Juan Carlos González Q.

Coeditores:

Jenny Alexandra Pinzón R.
William Buitrago

Colaboradores:

Luisa Noguera
Gonzalo Bernal F.
Gabriel Sáenz
Guillermo Restrepo Ch.
Mario Villegas N.
Docentes Departamento de Medicina Comunitaria
José Gabriel Bustillo P.
Carlo Rizzi
Juan Carlos Velásquez