



CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina Comunitaria



Caso Clínico
 Pedagogía
 Salud Mental Comunitaria
 Nuestro Invitado
 Seguridad Social
 Carta de lectores



Salud Pública

Revisión de artículo



Imagen tomada de: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=858:aiepi-comunitario-practicas-familiares-comunitarias-que-promueven-supervivencia-crecimiento-&Itemid=608

Investigación



La Lección de Medicina
 sobre Medicamentos
 Medicina Familiar
 El peregrino que toca
 Bioética y Ecología
 Medicinas Alternativas
 Noti Comunitaria





Lamentamos el fallecimiento de nuestra estudiante corpista Johanna Rocío Díaz Puerto, estudiante de octavo semestre de Medicina. Sabemos que no existen palabras de consuelo para sus padres y sus compañeros. Aun así, y para ellos, una palabra de aliento y de fe desde esta humilde publicación.
Paz en su tumba.

TABLA DE CONTENIDO

Editorial

Una mirada a la Medicina Familiar desde un rincón de la Corpas.

Francisco Hernández.

Investigación

Investigación formativa en Medicina Comunitaria en 2015.

Juan Carlos González Q.

Cambios en el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la localidad de Suba entre los años 2010 y 2015.

Juan Carlos González Q. Andrés Felipe Blanco Hernández, Juan Camilo Borrás Astro, Johandra Viviana Camacho Lozano, Karen Andrea Camacho Solano, Diego Alexander Camargo Vargas.

Atención Primaria en Salud

“Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño”.

Juan Carlos González Q.

Seguridad social

“Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia”. Resumen ejecutivo.

Juan Carlos González Q.

Revisión de artículo

“Habilidades para la vida. Una estrategia para promover la salud y el bienestar infantil y adolescente”.

Juan Carlos González Q.

Sobre medicamentos

Comentario sobre el artículo: “El uso excesivo de antibióticos causa estragos entre los residentes en asilos de ancianos”.

Comentario sobre el artículo: “Reduciendo la polimedicación. Una aproximación lógica”.

Juan Carlos González Q.

El peregrino que toca

Nuestro himno corpista.

Gabriel Sáenz

NotiComunitaria

Finaliza la primera intervención del PIPSA.

Juan Carlos González Q, Ángela María Hernández.

Jornada de pediculosis en la Fundación Jorge Otero y María Liévano de Otero.

Jenny Paola Salamanca Preciado.

Partida de la Enfermera Jefe Ruth Marina Quiroz.

Juan Carlos González Q,



EDITORIAL

UNA MIRADA A LA MEDICINA FAMILIAR DESDE UN RINCÓN DE LA CORPAS

Francisco Hernández[‡]

Hablar de Medicina Familiar no es fácil debido a muchos factores. Comenzando desde lo esencial, entre las facultades que ofrecen esta especialidad, su definición no es clara, tampoco única. Continuemos mencionando el encuentro de sus funciones reales con las de otras especialidades, aunque este hecho también sucede con otras áreas. Sigamos con reconocer que no es un tema a primera vista "taquillero" y, por último, vive las dificultades de un ambiente marcado por la crisis en salud y económica que atraviesa nuestro país. Pero no siempre lo fácil es lo que se debe abordar, entonces hablemos...



<http://www.juanncorpas.edu.co/typo3temp/pics/936e6a3f8c.jpg>

Para entender su definición, como egresado corpista, debo remontarme a su origen, a su creador, el doctor Jorge Piñeros Corpas, quien, en su visión holística, inicialmente ideó un médico con gran capacidad resolutive que pudiera desempeñarse en ámbitos clínicos, quirúrgicos y comunitarios -algo novedoso, ingenioso, impensado en su época, y aún ahora,- que no solo resolviera quebrantos de salud, sino que pudiera tener una visión conjugada (integralidad) de estas formas de hacer y concebir la Medicina; por todo esto lo llamó el cirujano internista. Con los años esta concepción recibió el nombre de Medicina Familiar Integral.

[‡] MD Familiar Integral.



El doctor Piñeros, por lo amplio de su visión y sus elementos formativos, contempló la posibilidad de que el médico se encargara de la salud de una familia, visión ambiciosa y hermosa, que ha sido difícil de definir, unificar e implementar, por ser de una variada interpretación; tanto así, que quiero recordar algo que en las anécdotas sobre la creación de este proyecto todavía se escucha en la memoria oral de la Corpas, lo que alguna persona diera como definición de la Medicina Familiar, "eso fue una idea del doctor Piñeros, para tener médicos que hagan de todo y pagarles poquito". Así, y desde la controversia, creo yo, la definición ha sido variada y sentida de distintas maneras. Lo cierto es que él justificó esta visión de formación en las necesidades presentes (en su momento) y futuras de Colombia y que ahora son las reales. Por tal razón, eso somos nosotros, unos médicos que deben y puede ver a un paciente de forma global, integrada, ya sea en comunidad o en el hospital, entendiendo sus prioridades en salud y ofreciéndole, junto con el equipo de salud que se requiera, real solución a sus problemas y prevención de la enfermedad.

En este contexto, quiero decir primero, que siento que nos estamos alejando de nuestro origen; por ejemplo, el ejercicio quirúrgico se ha descuidado. ¿Será por las normas jurídicas? ¡NO!, no es solo por eso, y, si así fuera, la concepción de ese médico integral no habría alcanzado lo que en su momento logramos, un grupo grande de especialistas, que por más de 40 años ha liderado el manejo de la Clínica Juan N Corpas y la docencia de miles de médicos generales. Tenemos compañeros que trabajan en diferentes clínicas de todo el país, desde el Amazonas hasta San Andrés.

Creo que nos ha hecho falta el coraje del doctor Piñeros para defender una idea sustentada, hoy como ayer, en una realidad demostrable. Nuestra formación es, y ha sido útil, y la historia lo puede evidenciar, pero nosotros mismos somos los primeros en querer desconocerla. En parte lo entiendo, es difícil creer que existen supermédicos, capaces de hacer urgencias, atender emergencias y no solo de adultos, sino de pediatría, de obstetricia, y en ellas hacer trombolisis cerebral, cardiaca, intubar, reanimar, pasar catéteres centrales, hacer toracotomías, pasar de ello a atender un parto, reanimar un recién nacido, reducir una luxación de hombro o de mandíbula, manejar una urolitiasis, hacer diagnóstico de una disfunción familiar, atender un código blanco, cubrir cualquier servicio que esté descubierto por la circunstancia que sea, hacernos cargo de grupos poblacionales en la comunidad, organizar grupos terapéuticos, y no contentos con eso, dictar las clases de pregrado, de posgrado, siendo conferencistas respondiendo a las dudas del paciente y de sus familiares una y otra vez, "poniéndoles la cara" cuando no se pudo realizar un procedimiento porque un insumo faltó o cuando un cirujano no llegó a tiempo, siendo los llamados para llenar los NO POS que el especialista indique,



respondiendo solicitudes de mejoramiento, glosas, requerimientos legales y, con una adecuada capacitación, coordinando con éxito y solvencia un servicio, un centro médico, una clínica, y no digo más, ya que ni yo, que sustento esto, me lo voy a creer. Sí señores, difícil de creer, increíble!, que de eso tan bueno den tanto! Pero compañeros de ayer y de ahora, créanlo, muchos de ustedes lo han hecho, muchos lo están haciendo y otros más lo podrán hacer. Iniciemos por ahí, icreamos en lo que hacemos, enamórenos de esto!, de otra forma, estaremos inevitablemente condenados a desaparecer pues si uno no cree, no es capaz de hacer todo esto.



Ahora, como lo he creído y lo he vivido en los diferentes servicios en los que he pasado, y en el que me desempeño actualmente ("Especiales"), intento hasta donde sea posible dar a mi paciente solución a todos sus problemas de salud, para lo cual coordino, junto con varios especialistas, la mejor forma de hacerlo, lo más acertado posible y con toda amabilidad. Si bien los especialistas conocen el paciente, estos quedan en nuestras manos para ser atendidos hasta darles el alta en compañía de sus familiares, dejando en ellos una verdadera experiencia memorable y, puedo decir con algo de orgullo y vanidad, que es una realidad, no una letra muerta. Nosotros consideramos los aspectos no abordados por los especialistas, tales como el ver al paciente en forma integral, conocer su familia (a través del familiograma), brindar una asesoría a la familia y aplicar una guía anticipatoria; todo ello ofreciendo un trato lo más personalizado posible, como ayudarlo a levantarse, alcanzarle el pato y, créamelo, eso nunca lo hará de forma cotidiana un especialista, no porque no pueda o no quiera, sino porque ellos están todos los días resolviendo lo concreto de la enfermedad y su especialidad, acá o en otras clínicas, teniendo poco tiempo de hablar con quienes atienden. Justo es eso en lo que insisto y que es el valor agregado para nuestros pacientes en la clínica, que podamos verlos de forma integral (y no solo por el problema específico de salud) y ofrecerles evaluación de sus riesgos, cuidado de su salud, seguimiento de otros problemas, promoción de alimentación y, guiar, así sea en el momento, a los cuidadores sobre qué hacer y ofrecerles recomendaciones.

Si la norma dice que una materna debe ser vista por un ginecólogo, estoy seguro que en ninguna parte dice que no pueda ser vista por un familiarista, y si debemos dar peleas jurídicas, pues, ¡adelante, lo que sea menester! Hagamos honor a nuestro creador, que no sea el miedo, la pereza o la cobardía la que nos guíe, debemos ser firmes en nuestra convicción y por ella dar el todo por el todo.



Por lo anterior, y basados en los contextos de la Medicina Familiar, quiero plantear lo que creo que debemos recuperar o fortalecer en torno a nuestros escenarios de ejercicio.



<http://www.juanncorpas.edu.co/typo3temp/pics/bc37e5d6fc.jpg>

En la Clínica Juan N. Corpas, si bien se ejerce Medicina Familiar de alta calidad, siento que nos estamos diluyendo, que somos menos visibles, menos efectivos en la parte asistencial, perdiendo los pacientes la opción de ser manejados por nosotros (esto no lo digo con soberbia o vanidad, sino basado en lo que veo, por ejemplo, la mirada que puede dar un ginecólogo a una paciente de 60 años con hiperplasia endometrial y lo que un médico familiar podría verle: obesidad, hipertensión, disfunción familiar, dislipidemia, síndrome metabólico, enfermedad coronaria, onicomosis, etc., son miradas diferentes y complementarias). A su vez, perdemos los escenarios clínicos, que antes eran completamente nuestros y esto no debería ocurrir en la cuna de la formación de médicos familiares. Así, mi propuesta es que todo paciente sea manejado por Medicina Familiar; independiente en el servicio en que esté o por la especialidad que haya sido operado o por el servicio que ingrese, el responsable del cuidado de todo paciente ha de ser un médico familiar y con acompañamiento de los otros especialistas que sean necesarios en su atención. ¡Demostremos solución a las necesidades médicas y humanas de nuestro paciente y su familia! ¿Qué esperaríamos de ese médico familiar en la clínica? Alguien que lo salude todos los días, que dé respuesta a sus inquietudes, que hable con la familia, garantizando una adecuada relación médico paciente, y que, además, responda por esas necesidades asistenciales en el servicio, así como por las administrativas siendo un digno ejemplo de ejercicio integral en su docencia. Esto resuelve la situación de muchos especialistas contratados en la clínica, quienes asisten de manera puntual a evaluar ese componente biológico intervenido en su paciente y teniendo que partir a otras entidades quedándole muy poco tiempo para tener una mejor comunicación con los pacientes o sus familiares.

De esta manera, convencido de que si les damos esto a nuestros pacientes, la calidad de la atención será mejor, más segura, más visible y estaremos en concordancia con la misión y visión de la institución. Igualmente, la docencia de nuestros educandos sería más contextualizada ya que el estudiante podría ver de frente, sin barreras, lo que es la atención integrada de un paciente. En una empresa de salud lo primero es el cliente externo, luego el interno y, después, los directivos; por todo ello, volquémonos hacia nuestro paciente y a nuestros alumnos, antes que sea tarde.



http://static3.educaedu-colombia.com/adjuntos/12/00/00/fundacion-universitaria-juan-n-corpas-cundinamarca-colombia-000024_thumb.jpg

Desde el punto de vista de la escuela de Medicina, debemos retomar esa concepción de la *Docencia Corporativa Integral*, asumiendo e integrando cátedras para llegar a nuestros estudiantes. Debemos entrar en un proceso de discusión permanente acerca de la situación de salud del país, donde planteemos cuál ha de ser nuestra posición. Debemos hablar entre nosotros, proyectarnos, proponer y trazar los programas para garantizar que el resultado sea homogéneo. Somos una respuesta para el país, lo fuimos y lo seremos... ¡Asumamos nuestra trascendencia! Por lo pronto, reforzemos nuestra formación de la manera más integral para así contribuir a formar un profesional de calidad y, sin duda, fortalecer el nivel sobresaliente de su atención médica. Y si creemos que debe tener destrezas quirúrgicas, adelante, sin miedos, fortalezcamos estas habilidades y competencias. Y si creemos que debe tener competencias docentes, igual, y así con las demás, sean administrativas o médicas. Garanticemos un programa con sitios de práctica que permitan lograr nuestro propósito, reconociendo que ya tenemos uno (nuestra clínica y facultad), y que, sin duda, podemos tener otros. Creo que lo que más nos falta es convicción y reconocernos, pues aun con las debilidades, si creemos en nosotros, todo lo podemos mejorar.

Todo proyecto requiere compromiso, sacrificio, entrega, apoyo de todos, por eso y por último, pido ayuda, apoyo de todos los actores que aún creen en la Medicina Familiar Integral, para que sigamos creciendo y seamos la realidad que queremos ser.

Sin otra pretensión más allá de ser más fuertes como especialidad y más protagónicos en la solución de los problemas de salud en nuestro país, me despido agradeciendo la lectura gentil de estos párrafos.



INVESTIGACIÓN FORMATIVA EN MEDICINA COMUNITARIA EN 2015

Juan Carlos González[§]

A continuación, presentamos las investigaciones concluidas que realizan los estudiantes de nuestra facultad durante los semestres VI y VII en los cursos de Investigación Social I y II. Felicitamos a los estudiantes por el sentido esfuerzo y declaramos nuestro orgullo por lo que son capaces.

PERÍODO	NOMBRE DEL GRUPO	INTEGRANTES
2015_1	Influencia de la figura patriarcal sobre la visión de anticoncepción y paternidad en adolescentes varones.	Julián Manuel López Calvo Giovanna Andrea López Correa María Angélica Martínez Alfonso Valentina Martínez Nieto Jonathan Martínez López Paola Andrea Manjarrés Figueredo Paola Andrea Medina Jaimes Ana María Mejía Jaimes Paula Natalia Menjura Chaves
2015_1	Factores que influyen en la calidad de atención de los pacientes pediátricos con discapacidad.	Almarío Parra Diana Paola Castillo Chacón Gefry Fonseca Alfaro Ricardo Enrique Forero Méndez Sandra Viviana Fuentes Parra Johanna Esperanza García Ruíz Richard Jordy Jiménez Heredia Sandra Graciela
2015_1	Influencia de la estructura y funcionalidad familiar en la percepción de orientación vocacional en jóvenes de 14 a 21 años en un colegio público en la localidad de Suba.	Angie Paola Galeano Katherin Angélica Beltrán Cañadulce Estefani Yulieth Ardila Durán Karen Viviana Arévalo Méndez Laura Camila Cruz Moreno Jaime Alberto Alfonso Martínez Sara Sofía Bareño Alarcón Laura Camila Ávila Bonelo Angie Valeria Ararat Gómez
2015_1	Estudio del costo económico que debe asumir una persona jurídica o natural para el sostenimiento de un individuo con discapacidad en la ciudad de Bogotá año 2014.	Alix Magnolia Triana Yenny Viviana Tobar Paula Alejandra Palomino Jorge Alberto Rodríguez Luz Alejandra Siatova Roberto Ramos Laura Daniela Santos
2015_1	Cómo influye el círculo social, el nivel socioeconómico y la religión en el inicio temprano de la vida sexual en adolescentes de sexo masculino de edades entre 13 y 18 años de dos colegios de Bogotá.	Ariza Barreto Natalia Bohórquez López Juan Sebastián Campos Gordillo Jonathan Sebastián Buitrago Galvis Daniela Cardona Ortiz Danyi Elizabeth Fuentes Rodríguez Natalia García Daza Paula Andrea Gómez Arteta María Fernanda
2015_1	Dificultad de acceder a un cupo en un aula regular de niños con necesidades especiales debido a un diagnóstico tardío.	Grace Stephanie Páramo González Laura Catalina Pedraza Mesa Mayra Alejandra Reyes Hernández María Fernanda Zambrano Erazo Daniel Eduardo Molano Rodríguez María Alejandra Vergara Rubio Johanna Andrea Naussan Dorado

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



PERÍODO	NOMBRE DEL GRUPO	INTEGRANTES
2015_1	Programas de prevención de sustancias psicoactivas en población universitaria.	York Anderson Aguilera Medina Johana Andrea Candela Herrán Juan David Maldonado Cabrera Paola Andrea Martínez Hernández Sandra Johana Bernal Ladino Laura Melissa Álvarez González Yessica Yulieth León Avendaño Paola Ardila Castro Laura Contreras Mejía Diana Carolina Benavides Pamo
2015_1	Conocimientos, actitudes y práctica de violencia entre mujeres escolares de 14 a 18 años en un colegio público de la localidad de Suba, Bogotá.	Yonathan Sneyder Muñoz Buitrago Miguel Adolfo Pacheco Fontalvo Paola Andrea Pérez Alvarado Ángela Paola Pita Nitola Yudy Alejandra Porras Díaz Paula Andrea Ramírez Quitián Karen Andrea Rodríguez Porras Karen Alicia Saldaña Olivares Paola Andrea Sanabria Casallas Diego Ricardo Vargas Castiblanco María Carolina Vargas Cortés
2015_1	¿Qué factores psicosociales influyen como riesgo de depresión en un grupo de adolescentes de un colegio público de la localidad de Suba, Bogotá?	Natalia Carolina Sánchez Ballén Jenny Carolina Sierra Suancha Erika Villamil Beltrán
2015_1	Autoestima en adolescentes.	Reyes Gallo Jefferson Riaño Rojas Andrea Catalina Rivera Parra Paula Catherine Rodríguez Pachón Yeraldhine Paola Rojas Ospina Karen Ximena
2015_1	Sustancias psicoactivas.	Andrés Felipe Trujillo Cardoso María Camila Valenzuela María Fernanda Zamudio Cárdenas
2015_2	Proyecto de vida en adolescentes.	Diego Fernando Franco Martínez Laura Arévalo Jaimes Natalia Alejandra Fernández Beltrán Jessica Daniela Gómez Rodríguez Nayelhy Dayana Ibarra Rosero
2015_2	Causas de ingreso de adolescentes entre los 14-18 años al medio institucional Sagrada Familia del ICBF en los años 2013 y 2014.	Alison Michel Gil Roa Mayra Alejandra Guerrero Rojas Laura Cristina Cortés Velosa
2015_2	Cambios en los riesgos de suicidio y autoestima en un colegio distrital de Bogotá.	Jenny Paola Benitez Martínez Myriam Andrea Botía Ruda Camila Fernanda Cabezas Peña Keila Daiana Bulla Guataquira
2015_2	Propuesta ética de la sexualidad, como proyecto de vida saludable en una institución educativa de carácter privado de la localidad de Suba.	Estefany Valeria Lasso Amaya Paula Alejandra Longas García Mariana Lara Muñoz Jenniffer Katherine Guío Rodríguez
2015_2	Cambios en el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la localidad de Suba entre los años 2010 y 2015.	Juan Camilo Borrás Astro Andrés Felipe Blanco Hernández Johandra Viviana Camacho Lozano Diego Alexander Camargo Vargas Karen Andrea Camacho Solano
2015_2	Factores de protección en adolescentes de una IED de Bogotá.	María Angélica Aldana Sánchez Carlos Felipe Cañón Tabares Luz Marina Carvajal González Paola Andrea Bettin Hernández Paula Alejandra Bernal Rojas
2015_2	Expectativas educativas de los estudiantes de undécimo de un colegio de la localidad de Suba.	Cristian Javier Losada Cortés Daniella López Gebauer



PERÍODO	NOMBRE DEL GRUPO	INTEGRANTES
2015_2	Cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad de una IED de Bogotá, 2010-2015.	Angie Katherine Alba Huertas Angie Catalina Arévalo Lobatón Marisabel Estefan Asprilla Cuesta Luisa Fernanda Barragán Pérez María Alejandra Benítez Forero Erika Paola Benítez Jiménez Andrés Sebastián Martínez Ardila
2015_2	Evaluación de actitudes, comportamientos y prácticas del municipio de La Vega (Cundinamarca) frente al dengue, primer trimestre de 2015.	Paula Alejandra Manosalva Salamanca Andrea Natalia Cortés Molina Gabriela Andrea Franco Ballén Hernán Darío Guerrero Barrera Erika Daniela Delgadillo Cañón Daniel David Calcedo Moreno
2015_2	Influencia que ejerce el ámbito familiar académico y social en el consumo de drogas sintéticas en los estudiantes del área de la salud.	Joan Stevens Castillo Molina Johanna Catalina Del Castillo Sánchez Jenniffer Díaz Fajardo Luis Eduardo Hernández Hernández Juan David Hurtado Gaviria
2015_2	Evaluar las principales prácticas frente a la prevención y control del dengue en un municipio de Cundinamarca durante el primer período de 2015.	Saúl Hernando Guevara Tamayo Sergio Felipe Hernández Suarez María Alejandra Cuervo Carvajal Jessica Andrea Gómez Cardozo
2015_2	La funcionalidad familiar en la asbestosis como enfermedad crónica.	Michael Yesid Escobar Rodríguez Diego Alejandro Hoyos Ospina Paula Daniela Bernal Pinto Lorena Alejandra Cárdenas Calderón
2015_2	Factores predisponentes para el desarrollo y la exacerbación de mesotelioma en trabajadores y pensionados de una empresa en Colombia.	Jorge Alejandro Cháves Marín Diana Alejandra Charry Rico Leslie Xilena Hernández León Luis Carlos Espinel Cárdenas
2015_2	Factores psicosociales que influyen como riesgo de depresión en un grupo de adolescentes de un colegio público de la localidad de suba, Bogotá.	Claudia Yazmín Salinas Cruz Erika Villamil Beltrán Natalia Carolina Sánchez Ballén Jenny Carolina Sierra Suancha
2015_2	Factores familiares, sociales o académicos que tienen mayor incidencia en la autoestima de los estudiantes de grado undécimo de un colegio privado de Bogotá, Colombia.	Andrea Catalina Riaño Rojas Jheferson Shnaider Reyes Gallo Karen Ximena Rojas Ospina Paula Catherine Rivera Parra Yeraldine Paola Rodríguez Pachón
2015_2	Factores de riesgo que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.	Andrés Felipe Trujillo Cardoso María Camila Valenzuela Garzón María Fernanda Zamudio Cárdenas
2015_2	Factores socioculturales influyentes en la toma de decisiones a corto y mediano plazo durante la relación de pareja de un grupo de adolescentes de un colegio público de la localidad de Suba, Bogotá.	Daniela Alexandra Vera Martínez Guillermo Elías Vanegas Daza Lester Humberto Rodríguez Zamudio José Edilberto Riaño Rojas Emerson Alfonso Tocasuche Beltrán Andrea Gisette Soler Sierra Santiago Torres Segura
2015_2	Percepción de los estudiantes de primer año de una facultad de Medicina sobre lo que hacen los mejores docentes.	Tatiana Paola Núñez Ortiz Cristhian Eduardo Muñoz García Daniela Nossa Quintero Leidy Johanna Murcia Casas John Freddy Navarrete Gómez Luisa Fernanda Murillo Forero María Paula Piñeros Guerrero
2015_2	Percepción de los estudiantes sobre sus docentes de tercer año en una facultad de Medicina en Bogotá, 2015.	Ingrit Nallywe Paloma Mendoza Brian Alexander Pinzón Guzmán Gloria Andrea Pedraza Cortés Juan Fernando Morantes Albarracín Juan Pablo Ortiz Cleves Paula Tatiana Martínez González Gisselle Pérez Lozada Brenda Gisselle Ordoñez Castellanos



CAMBIO\$ EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA ENTRE LOS AÑOS 2010 Y 2015

Tutor de la investigación: Juan Carlos González Q.**
Blanco Hernández Andrés Felipe, Borrás Astro Juan Camilo, Camacho Lozano Johandra Viviana,
Camacho Solano Karen Andrea, Camargo Vargas Diego Alexander^{††}.

RESUMEN

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos con un estudio sobre el consumo de alcohol en adolescentes realizado en 2010, para determinar si ha aumentado, disminuido o continuado igual dicho consumo e identificar, por medio de las variables indagadas, factores de riesgo y protectores.

Metodología: Se aplicó una encuesta personalizada a adolescentes de ambos sexos, entre las edades de 10 y 20 años pertenecientes a una Institución Educativa Distrital (IED) de la localidad de Suba (Bogotá) en el año 2015, indagando con variables que pudiesen modificar el consumo de alcohol en adolescentes.

Resultados: Según los resultados encontrados se puede afirmar que en el transcurso de cinco años, del 2010 al 2015, el consumo de alcohol en la población estudiada ha disminuido en un tercio aproximadamente, con una significancia estadística importante y, que el consumo de alcohol de manera frecuente ha descendido también. Por otra parte, no se encontró diferencia en algunos factores de riesgo tales como el que los padres o los amigos y compañeros consuman alcohol, por lo que se podría afirmar que, en este estudio, dichos factores no están afectando de la misma manera las decisiones respecto al inicio de consumo y mantenimiento de esta práctica.

Palabras clave: Adolescente, alcohol, consumo de bebidas alcohólicas, factores de riesgo, prevención.

ABSTRACT

Objective: To compare the results of this study with a previous one about alcohol consumption in adolescents carried out in 2010. The objective is to determine if the consumption has been increased, reduced or remained as in 2010. Also to identify factors of both risk and protection for consumption through the studied variables.

Methodology: A personalized survey was carried out on adolescents ranging in ages from 10 to 20 years, who attending a public school from a locality in Bogotá in 2015. The survey used variables that might modify the alcohol consumption in adolescents.

Results: According to the obtained results, it could confirm that the alcohol consumption decreased in about one third of the studied population, showing an important statistical difference. Also the drinking frequency of alcoholic beverages has been reduced. Risk factors such as the consumption by parents, friends, and peers showed no difference. This last fact allows to affirm that these factors are not affecting the decisions about the consumption start and continuity of this practice.

Keywords: Adolescent, alcohol, alcohol drinking, risk factors, prevention.

INTRODUCCIÓN

Contexto

El consumo abusivo de alcohol es un problema de salud pública que se ha relacionado con diferentes causas. Estudios recientes informan el papel que juegan los factores hereditarios en interacción

** MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria –
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

†† Estudiantes VII semestre de Medicina. Fundación Universitaria Juan N. Corpas.



medioambiental (1). El alcohol es la sustancia psicoactiva más usada a nivel mundial (2). El consumo de sustancias se inicia en la adolescencia, en muchos casos con aquellas de fácil acceso como el alcohol y la nicotina (3), debido a que esta es una etapa que tiene mayores niveles de fragilidad emocional, vulnerabilidad y disposición a dejarse influenciar por un grupo social (4). En adolescentes escolarizados se han estudiado diferentes variables que influyen en el consumo temprano de alcohol, relacionadas con factores individuales, escolares, familiares y sociales (5). Dentro de cada una de estas variables se revisan diferentes condiciones que promueven el consumo de alcohol en la adolescencia. Las condiciones individuales son al edad (2), por las características ya descritas en esta etapa; en el componente emocional es posible que el alcohol sea utilizado como una forma de afrontar un estado de ánimo disfórico y está demostrado que se aumenta el consumo cuando coexisten estados depresivos con la búsqueda de nuevas experiencias (1).

Factores de riesgo

El consumo de alcohol se ve condicionado por la presencia de este hábito en familiares con quienes se convive (2), por la carencia de apoyo familiar que conlleva al consumo de sustancias como una alternativa para enfrentar el estrés generado por el ambiente (5, 6) y la desintegración familiar (2). Los problemas familiares son señal de riesgo para el inicio y progresión del consumo (4). En el contexto escolar se pueden relacionar el nivel educativo con el consumo de alcohol y, asimismo, con la disminución en el rendimiento académico (1, 4), como lo señala Rodríguez en sus estudios, el consumo reciente está directamente relacionado con la capacidad cognitiva (2).

Inducción hacia el alcohol

En la actualidad, las bebidas alcohólicas son de fácil acceso y tienen aceptación social. El adolescente está en una etapa de exploración de lo que se encuentra en su entorno. La yuxtaposición de estas circunstancias aumenta la incidencia del consumo (5). Adicional a esto, la publicidad atractiva brindada por los medios de comunicación incrementa el consumo (2). La incidencia del consumo se relaciona con la aceptación social, "según las normas de comportamiento de los pares, se influyen los comportamientos propios por un proceso de comparación social que sirve como estándar para evaluar los comportamientos y ser visto como similar al grupo de referencia" (4). A su vez, la interacción entre pares se asocia con el mantenimiento y progresión del consumo (2).

Teniendo en cuenta las variables mencionadas existen estrategias protectoras que aspiran disminuir la incidencia del consumo. En estudios realizados se han encontrado algunos factores que tienden a proteger al adolescente, tales como la influencia positiva del grupo de amigos, la adecuada comunicación entre padres e hijos, el soporte emocional y la compañía de la familia y, la religión (2). Un estudio descriptivo transversal realizado por Álvarez (6) demostró que una elevada autoestima disminuye el riesgo del consumo (2). El estado colombiano ha expedido leyes como la 124/1995, 232/1995, 1335/2009, el Código Nacional de la Policía y el Decreto 1375/70, en los cuales se prohíbe el consumo de cigarrillo y el alcohol a los menores de edad (4); no obstante, a pesar de los intentos de prevención, la concepción social y mental del alcohol por parte de los adultos disminuye la percepción del riesgo de consumirlo (5).

El asunto hoy

Actualmente el consumo de alcohol es una problemática social que se inicia a muy temprana edad (2), siendo el promedio 16 años (7) y cada año va disminuyendo la edad de inicio de consumo (4), con una prevalencia mayor en el sexo masculino, según el segundo Estudio de Salud Mental del Ministerio de Salud, el cual determinó que un 13,2 % de los hombres abusa del alcohol contra un 1,6 % de las mujeres y la dependencia fue de 4,7 % en los hombres y el 0,3 % en mujeres en Bogotá (8), aunque



se evidencia en otros estudios que las mujeres están mostrando igualdad de consumo con los hombres (1).

El alcohol es la puerta de entrada para el consumo de otras sustancias psicoactivas e ilegales que generan mayores consecuencias (3), por esto es importante intervenir en los factores de riesgo y promover los factores protectores.

La intención de esta investigación

Con esta investigación se quiso identificar cada uno los factores familiares, sociales y socioculturales que influyen -ponen en riesgo o protegen a los adolescentes escolarizados- en el inicio y el mantenimiento del consumo de alcohol y, al mismo tiempo, compararlos con los resultados encontrados en la investigación realizada en 2010 e identificar cuáles han sido los cambios que se han presentado durante estos cinco años. Es importante realizar esta investigación porque el consumo de alcohol en esta etapa de la vida se asocia a comportamientos antisociales (actos violentos, conductas problemáticas, etc.); además, el consumo de alcohol afecta la parte cognitiva del adolescente, tiene consecuencias en la facultad de la memoria, la capacidad de aprendizaje y otras funciones cognitivas importantes (9). Dado lo anterior, se hace necesario identificar los factores de riesgo para poder realizar alguna intervención en ellos buscando su disminución. De igual manera, determinar los factores protectores para fortalecerlos y ayudar al adolescente a evitar conductas que sean perjudiciales para su salud física o mental, a corto o largo plazo.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Cuantitativo, observacional de tipo corte.

Población: Se contó con la participación de adolescentes de ambos sexos entre las edades de 10 y 20 años de la ciudad de Bogotá pertenecientes a una Institución Educativa Distrital de la localidad de Suba.

Criterios de inclusión: Jóvenes de todos los grados académicos de secundaria de una Institución Educativa Distrital de la localidad de Suba. A los adolescentes de menor edad y a los que tenían alguna dificultad de aprendizaje o algún déficit cognitivo se les fue leyendo y explicando cada una de las partes de la encuesta para que la entendieran correctamente.

Variables: Se utilizó una encuesta, previamente empleada por el Programa Integral de Prevención de Salud del Adolescente (PIPSA), que mide las características de frecuencia y cantidad de alcohol que consumen los adolescentes escolarizados y las diversas situaciones en las cuales el consumo involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física, integrando emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, necesidad o urgencia por consumir alcohol.

Las variables usadas en la encuesta fueron: ¿Durante la última semana ha bebido (cerveza u otra bebidas con alcohol)? y ¿cuántas veces? **Variables del test de Cage:** ¿Ha tenido dificultades porque consume drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o en su casa?, ¿se ha hecho daño o le ha hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o las drogas?, ¿ha comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que desea?, ¿a qué edad probó el alcohol? y **variables destinadas a estimar influencias para beber alcohol** tales como: ¿Alguno de sus padres "bebe" o consume drogas?, ¿alguno de sus amigos (con los que usted pasa mucho tiempo) "bebe" o consume drogas?, ¿cuánto bebe en la actualidad? y si le gusta. Se hicieron las mismas preguntas del estudio de 2010 a una población en similares circunstancias.



Recolección de información: Se presentó ante las directivas del centro educativo la investigación, logrando su aprobación y ejecución durante los meses de febrero y marzo de 2015. 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 que aquellas preguntas que respondieran se hicieran con la verdad. Se pidió a los profesores que salieran del aula y se garantizó la confidencialidad (no marcar cuestionario con el nombre). Las encuestas realizadas se recogieron en bolsas negras donde una vez incluidas se revolvían delante de los jóvenes. Se apreció seriedad al contestar con interés en cada pregunta. No todos contestaron la totalidad de las preguntas. Una vez recopilada la información, se hizo un informe para el colegio que fue entregado a orientación escolar.

Manejo estadístico: Se tabuló la información en una hoja Excel y luego se procesaron las frecuencias con el uso del programa Epi Info. De cada pregunta se sumó el total de respuestas obtenidas y se obtuvieron las proporciones de sus correspondientes ítems. Se determinaron los OR y la prueba p de las variables del 2010 versus las obtenidas en 2010.

RESULTADOS

Tabla 1. Características de la población encuestada en una IED de Bogotá en los años 2010 y 2015

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	2015		2010	
	Nº	%	Nº	%
Edad				
10 a 12 años	143	19,9	63	22
13 a 16 años	488	68,1	192	66
17 a 20 años	86	12	38	13
Sexo				
Masculino	369	51,2	142	48
Femenino	352	48,8	155	52
Estrato				
Uno y dos	80	12,1	30	11
Tres y cuatro	572	86,5	253	89
Cinco y seis	9	1,4	1	0
Estado de ánimo				
Triste	46	6,4	18	6
Normal	231	32,2	165	56
Feliz	441	61,4	114	38
Funcionalidad familiar				
Disfunción severa	25	4	11	4
Disfunción moderada	145	21	41	14
Funcionalidad normal	510	75	232	82
Estructura familiar				
Hogar nuclear	381	54	158	54
Hogar incompleto	242	34	89	30
Hogar extenso	49	7	28	9
Hogar reconstituido	12	2	1	0
Hogar sin padres	28	4	19	6



Tabla 2. Prevalencias de comportamientos y actitudes relacionadas con el alcohol en adolescentes de una IED de Bogotá, años 2010 y 2015

VARIABLE	2010				2015			
	SÍ		NO		SÍ		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ha consumido alcohol	186	63	109	37	364	54	310	46
Ha bebido alcohol en la última semana	102	35	189	65	197	28	507	72
Ha tenido dificultades por la forma de beber	21	7	279	93	51	7	678	93
Se ha hecho daño bajo el efecto de alcohol	11	4	264	96	31	4	744	96
Necesita consumir más alcohol cuando bebe	15	5	285	95	26	4	624	96
Padres que beben alcohol con frecuencia	13	4	312	96	32	5	608	95
Amigos que beben o consumen otras sustancias psicoactivas con frecuencia	37	12	271	88	98	14	814	86
Bebedor frecuente	104	35	193	65	186	27	503	73

Tabla 3. Odds ratios de los comportamientos y actitudes relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de una IED de Bogotá, 2015 versus 2010

VARIABLE	SI		NO		OR	LI	LS	Prueba p
	Nº	%	Nº	%				
<i>Ha consumido alcohol</i>								
2015	364	54	310	46	0,6881	0,5139	0,9194	0,01093
2010	186	63	109	37				
<i>Ha bebido alcohol en la última semana</i>								
2015	197	28	507	72	0,72	0,5328	0,9757	0,03265
2010	102	35	189	65				
<i>Ha tenido dificultades por la forma de beber</i>								
2015	51	7	678	93	0,9994	0,5778	1,7838	0,8949
2010	21	7	279	93				
<i>Se ha hecho daño bajo el efecto de alcohol</i>								
2015	31	4	744	96	1	0,4809	2,2378	0,8578
2010	11	4	264	96				
<i>Necesita consumir más alcohol cuando bebe</i>								
2015	26	4	624	96	0,7919	0,397	1,6345	0,5938
2010	15	5	285	95				
<i>Padres que beben alcohol con frecuencia</i>								
2015	32	5	608	95	1,2629	0,6338	2,6611	0,5928
2010	13	4	312	96				
<i>Amigos que beben o consumen otras sustancias psicoactivas con frecuencia</i>								
2015	98	14	602	86	1,19	0,7853	1,84	0,4515
2010	37	12	271	88				
<i>Bebedor frecuente</i>								
2015	186	27	503	73	0,6865	0,5078	0,93	0,013
2010	104	35	193	65				

Según los resultados encontrados se puede afirmar que en el transcurso de cinco años, de 2010 a 2015, el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados ha descendido en un tercio aproximadamente y que esto tiene una significancia estadística importante; asimismo, se observa una disminución en los bebedores frecuentes. Por otro lado, las prevalencias de factores de riesgo como el que los padres consuman alcohol y el que los amigos o compañeras lo hagan, se encontraron iguales, por lo que se podría afirmar que estos dichos factores no están afectando de la misma manera las decisiones en el inicio de consumo y de su mantenimiento.



DISCUSIÓN

En este estudio se identificaron algunos sesgos de información relacionados con la seriedad y honestidad de los estudiantes al realizar la encuesta pues, aunque se recalcó que era confidencial y que les permitiría evaluar riesgos, se observó que algunos estudiantes compartían sus encuestas con compañeros lo que indica que pudiera o no ser verdad lo que contestaron; para enfrentar esta situación, las personas que aplicaron la encuesta estaban presentes y se hizo la intervención necesaria para evitar, en lo posible, este sesgo.

Según las respuestas obtenidas en la investigación, el consumo de alcohol por parte de los adolescentes ha disminuido en el período de los cinco años transcurridos (tabla 3). En conformidad con los hallazgos de este trabajo, algunos estudios realizados en Holanda encontraron que el consumo de alcohol en la población juvenil disminuyó al comparar el año 2003 con el 2011 (10) y, en España, se encontró también un descenso, aunque los adolescentes que continúan con el consumo llegan al estado de embriaguez (11). Por su parte, la OMS está mostrando que los países en desarrollo se ven obligados a formular políticas para enfrentar los problemas causados por el abuso del alcohol (12).

¿Cómo se puede explicar la disminución del consumo de alcohol encontrada en este trabajo? Desde el punto de vista gubernamental pudiese ser por las diferentes leyes^{**} y normas que se han implementado y cuyo objetivo es proteger a la población al prohibir el consumo de alcohol y cigarrillo a los menores de edad (2, 9). De igual forma, este descenso se puede explicar por el aumento de los factores protectores tales como la reducción de los mensajes de publicidad^{ss}, políticas de precios, conocimiento de las consecuencias negativas, el seguimiento y la vigilancia en la adolescencia (9).

Según la ley 30 de 1986 en el capítulo III, artículos 14 al 19, se decreta que la venta de bebidas alcohólicas está prohibida para menores de 14 años, cada botella de licor debe tener impresa la etiqueta "el consumo de alcohol es perjudicial para la salud", así como el grado de alcohol que contiene y, además, que el marketing del licor por medios de comunicación debe tener un horario establecido (13). Estas medidas que desarrolló el Gobierno nacional con el fin de prevenir el consumo de alcohol han tenido resultados positivos pues, de acuerdo a Zuleta, el consumo de alcohol ha venido disminuyendo desde 1995 (217 millones de botellas) a 1999 (192 millones de botellas) (14). Ahora bien, teniendo en cuenta el análisis de Gossaín, Colombia es el país de la región más precoz en alcoholismo juvenil debido al fácil acceso al licor por parte de los adolescentes (15) y, si ha disminuido en los últimos cinco años, es porque las estrategias que limitan su acceso están funcionando, como, por ejemplo, el aumento del precio de las bebidas alcohólicas debido a los impuestos de consumo (un aumento de 10 % disminuye del 5 al 12 % el consumo en los jóvenes); asimismo, el control sobre la densidad y ubicación de establecimientos de expendio y la hora de venta, pues cuando los lugares están cerca a la escuela e inician su actividad desde temprano aumenta el consumo (16).

En Colombia, la alcaldía de Bogotá implementó en 113 colegios del Distrito la jornada completa (ocho horas de estudio diarias que van desde las 6:00 a.m. hasta las 3:00 p.m.), brindando a los jóvenes y niños actividades extracurriculares como deportes, artes y la oportunidad de aprender un segundo idioma para que los estudiantes aprovechen todo su tiempo (17). Por otra parte, el Decreto 1355 de 1970 dice que "los reglamentos de la policía local podrán señalar zonas y fijar horarios para el funcionamiento de establecimientos donde se expide alcohol" y, "por motivos de tranquilidad y salubridad pública, los reglamentos de la policía podrán prescribir limitación a la venta de artículos, así como señalar zonas para el establecimiento y el consumo" (18). El Gobierno fomentó, también, una serie de políticas para la protección del adolescente, como las concebidas en el Plan Nacional de Salud Pública, además de estrategias y acciones para identificar y promover la atención y demanda del servicio de rehabilitación y, programas educativos preventivos en medios masivos de comunicación

** <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38680>

ss <http://licoresreyes.es/las-20-mejores-campanas-contra-el-alcohol-al-volante/>



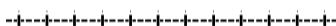


para evitar el consumo***. También se ha prohibido el trabajo de menores de edad en establecimientos en donde se produzca, envase, distribuya, expida o se consuma bebidas alcohólicas por parte de los mismos y, para aquellos que sean hallados consumiendo bebidas embriagantes o en estado de embriaguez se ha creado un curso al cual deben asistir con sus padres o acudientes (18).

No se indagó si en el colegio existe o se desarrolló algún programa. Lo cierto es que es esperanzador encontrar que el consumo está disminuyendo.

REFERENCIAS

- (1) Rodríguez D, Dallos M, González S, Sánchez M, Díaz L, Rueda G et al. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia [Internet]. Scielo [citado 2005 abril 18]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/12.pdf>
- (2) Vargas D. Alcoholismo, tabaquismo y sustancias psicoactivas. Rev salud publica [Internet] 2001 [citado 2015 ago 20] 3(1): 74-88. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v3n1/v3n1a06.pdf>
- (3) Posada J, Herazo E, Campo A. Puerta de entrada al consumo de sustancias ilegales en Colombia: infracción a la norma de inicio. Rev unal [Internet] 2009 [citado 2015 ago 2015] 11(3): 406-413. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/37001/39007>
- (4) Manrique F, Ospina J, García J. Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2011; 13(1): 89-101. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n1/v13n1a08.pdf>
- (5) Villareal ME, Sánchez JC, Musitu G, Varela R. El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. Scielo [Internet] 2010 [citado 2015 ago 2015] 19(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592010000300006&script=sci_arttext
- (6) Álvarez A, Alonso M, Gudorizzi A. Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. [Internet] Latino-Am. 2010; 18: 634-640 [citado 2015 ago 2015]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700021
- (7) Valderrama H. Pérez Z. Acompañamiento en la adolescencia para prevenir conductas de riesgo. La crianza humanizada: Boletín del grupo de puericultura de la Universidad de Antioquia. 2012; 142: 2-4. Disponible en: <http://issuu.com/facultadmedicina/docs/crianza-humanizada-142>
- (8) Ministerio de Salud de Colombia. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia; 2003. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
- (9) Hemphill S, Heerde J, Scholes K, Smith R. Reassessing the effects of early adolescent alcohol use on later antisocial behavior: a longitudinal study of students in Victoria, Australia and Washington state, United States. [Internet]. Early Adolesc. 2014; 34(3): 360-386 [citado 2015 ago 20]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4130419/>
- (10) Verhagen C, et al. Does a reduction in alcohol use by Dutch high school students relate to higher use of tobacco and cannabis? Holanda. BMC public health; 2015 [ciado 20 de agosto del 2015] 15:821. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4549080/pdf/12889_2015_Article_2149.pdf
- (11) Sánchez Q, moreno C, Rivera F, Ramos P. Tendencias en el consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados españoles a lo largo de la primera década del siglo XXI. España Gac Sanit. 2015; 29(3):184-189, [citado 20 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/tendencias-el-consumo-alcohol-los/articulo/S0213911115000072/>
- (12) OMS. Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol [Internet]. 2011[citado 2015 ago 20]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
- (13) Ley 30 de 1986, capítulo III, artículos 14 al 19. Constitución Política de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2774>
- (14) Zuleta L, Jaramillo L. La industria de licores en Colombia. FEDESARROLLO [Internet] (2000) [citado 2015 sept 6]. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-industria-de-licores-en-Colombia-TEXTO-FINAL-CON-TODO.pdf>
- (15) Gossain J. Somos el país más precoz de la región en alcoholismo juvenil. EL TIEMPO [Internet] (2012); [citado 2015 Sept 6]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/alcoholismo-en-colombia/14871017>
- (16) Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en América. Disponible en: http://www.saho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1451&Itemid=270&lang=es
- (17) Bogotá Humana [internet]; 2015 [citado 2015 ago 20]. Disponible en: <http://www.bogotahumana.gov.co/EsomeGustadeBogotaHumana/educacion.html>
- (18) Alcaldía de Bogotá [Internet], Decreto 120 de 2010; [citado 2015 ago 20]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38680>



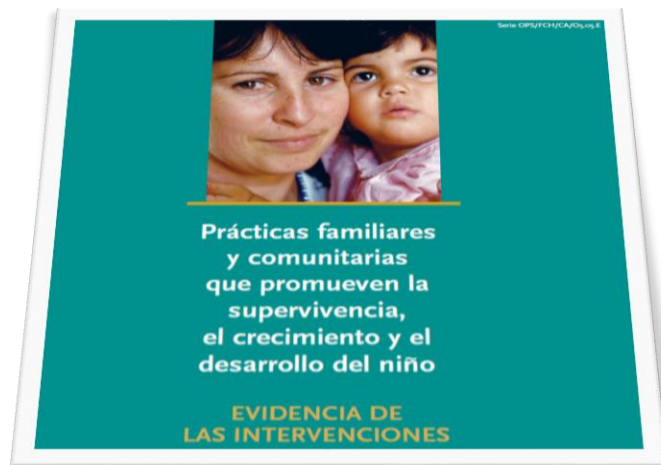
*** <http://www.saludcapital.gov.co/Lists/Anuncios%20secundarios/DispForm.aspx?ID=46>



“PRÁCTICAS FAMILIARES Y COMUNITARIAS QUE PROMUEVEN LA SUPERVIVENCIA, EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO DEL NIÑO”

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/927532588X/es/
<http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-evidencias.pdf>

Resumen efectuado por Juan Carlos González⁺⁺⁺



¡Qué fascinante documento! Una vez, más y solo buscando estimular y recomendando su lectura, le dedicamos esta sección a este estupendo documento que, siguiendo la línea de los determinantes sociales de la salud y su evidencia, pone de manifiesto la evidencia acumulada de doce prácticas que definitivamente combaten la mortalidad infantil y que pueden estar al alcance de todos los proveedores de servicios de salud. Estando convencido de que dichas prácticas han de ser estimuladas por parte de todos los que trabajamos en la salud, presentamos el siguiente resumen.

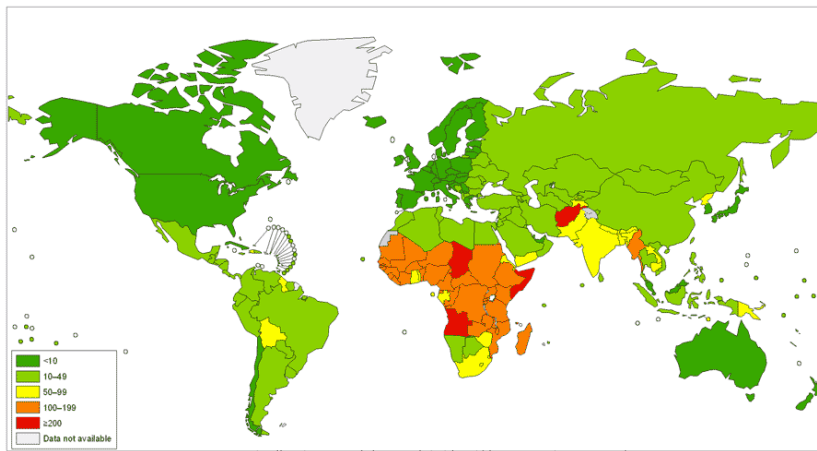
La importancia

Menciona el documento que cerca de 11 millones de niños mueren antes de los cinco años. Las infecciones respiratorias agudas, la diarrea, el sarampión, la malaria y el VIH son responsables de, al menos, la mitad de estas muertes.

⁺⁺⁺ MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



GRAFICA 1: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN EL MUNDO 2010



Fuente: OMS 2010



La desnutrición corresponde por lo menos al 50 % de esta mortalidad.

Existe la certeza de que para combatir esta mortalidad evitable, los servicios de salud pueden aportar, pero sin duda la familia y la comunidad deben comprometerse.

De ello ya existe evidencia contundente, siendo el AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) el mejor ejemplo. La propuesta es enseñar al personal de salud, mejorar

tanto el sistema para enfrentar estas enfermedades así como las prácticas comunitarias; de eso, precisamente, trata este resumen.

El documento pretende mostrar **la evidencia disponible de las prácticas comunitarias**, así como los vacíos investigativos y, al mismo tiempo, promover las intervenciones, así como las investigaciones al respecto.

Cómo se construyó

La búsqueda de la evidencia se basó en:

1. El respaldo del beneficio en lo que se hace.
2. La repercusión en la mortalidad infantil si no se hace.
3. Las formas como se han adoptado las intervenciones.

En cada práctica comunitaria, se analizó cómo se **adaptó**, cuál es la **prevalencia** de la práctica, los **beneficios** obtenidos, el **impacto**, la **variabilidad** en la aplicación, los **programas** existentes, las **conclusiones** y las **preguntas que han surgido**.

Este resumen tan solo mostrará las prácticas, el impacto y unos comentarios que los autores hacen, invitando a los interesados, que así lo deseen, a profundizar un poco más remitiéndose al documento original.



Llevar a los niños a que se les aplique el esquema completo de inmunizaciones (BCG, DTP, VOP y sarampión) antes de su primer cumpleaños.

Al nacer	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses
Hepatitis B	Difteria, tétanos y tos ferina	Difteria, tétanos y tos ferina	Difteria, tétanos y tos ferina	Hepatitis A	Difteria, tétanos y tos ferina	Hepatitis A
	Polio	Polio	Polio	Sarampión, paperas y rubéola		
	Nuemocóccica	Nuemocóccica	Nuemocóccica	Nuemocóccica		
	Hib meningitis	Hib meningitis	Hib meningitis	Hib meningitis		
	Rotavirus	Rotavirus	Rotavirus	Varicela		
	Hepatitis B		Hepatitis B			

[http://www.vacunasymsalud.org/wp-content/uploads/image/calendario\(1\).JPG](http://www.vacunasymsalud.org/wp-content/uploads/image/calendario(1).JPG)

TIPO DE INTERVENCIONES	IMPACTO CLAVE DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD PARA AUMENTAR LA PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO	COMENTARIOS
Mejorar el acceso a través de una prestación rutinaria de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Se estima que las inmunizaciones previenen cerca de tres millones de muertes infantiles cada año. 	<ul style="list-style-type: none"> Es importante mejorar la seguridad de las inmunizaciones; en la actualidad, más de la mitad de las vacunas no son seguras.
Mejorar el acceso a través de campañas masivas de calidad tales como los Días Nacionales de Inmunización (DNI)	<ul style="list-style-type: none"> A pesar de la cobertura casi global de la inmunización (80 %), esta todavía no es universal; el número de muertes causadas por enfermedades prevenibles por medio de vacunas es tan elevado como el número de muertes prevenidas por la misma vía. Se requiere un nivel de esfuerzo diferente para llegar a ese último 20 % de los niños sin inmunizar. 	<ul style="list-style-type: none"> El sector privado proporciona hasta el 40 % de las inmunizaciones, pero su papel potencial en la prestación rutinaria del servicio no ha sido plenamente explorado.
Reducir las oportunidades perdidas en los centros de salud	<ul style="list-style-type: none"> Con base en los resultados de estudios de eficacia se ha estimado que con un aumento de la cobertura del 10 % adicional se reducirían las muertes por sarampión en un 11 %, por diarrea en un 4 %, y por infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) en un 2 %. 	
Mejorar el aprovechamiento a través de la movilización social/campañas de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Los DNI han sido efectivos en el control y eliminación de la poliomielitis, y están siendo planeados para el sarampión. Sin embargo, la mejora de la prestación de servicios rutinarios es importante para asegurar que se mantenga una alta cobertura. La disminución de la pérdida de oportunidades de inmunización durante las visitas al centro de salud podría reducir potencialmente la mortalidad; se estima que se ha perdido una oportunidad para el 41 % de los niños (media) en los países en vías de desarrollo. La movilización social puede aumentar la cobertura y es primordial para su ampliación. Se estima que casi tres millones de niños en África no son inmunizados contra el sarampión, aunque probablemente tienen acceso a la vacuna. No se encontraron estudios que exploren el impacto de la movilización social en la mortalidad o morbilidad. 	



Práctica 2

Amamantar a los lactantes por seis meses en forma exclusiva.



<http://i2.wp.com/www.labebeteca.com/wp-content/uploads/2014/07/Raissa-Ruschel.jpg?resize=620%2C465>

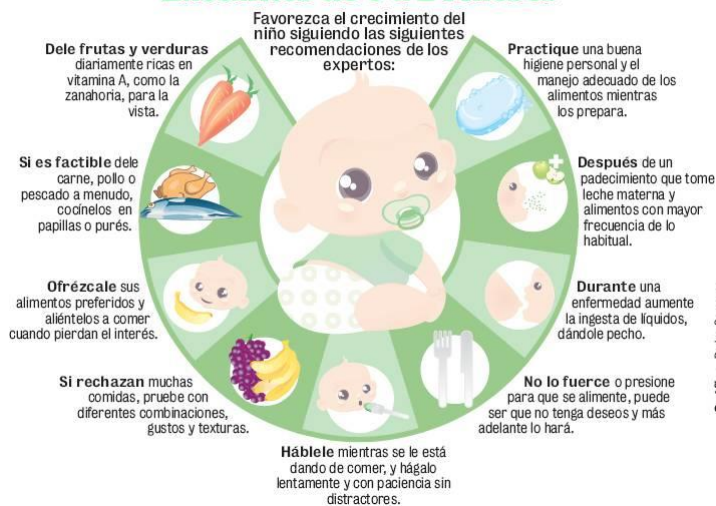
TIPO DE INTERVENCIONES	IMPACTO CLAVE DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD PARA AUMENTAR LA PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO	COMENTARIOS
Cambios en las políticas/acciones de los hospitales	<ul style="list-style-type: none"> La lactancia materna está asociada con la reducción en la mortalidad/morbilidad y con la mejora del desarrollo infantil. La evidencia incluye un meta-análisis que encontró que los niños menores de dos meses alimentados con leche materna tenían seis veces menos probabilidades de morir de enfermedades infecciosas que los que no habían sido amamantados; asimismo, se ha detectado un efecto protector contra la diarrea tanto en países desarrollados como en naciones en vías de desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> La leche materna proporciona todos los nutrientes necesarios para la mayoría de los lactantes hasta los seis meses de edad. (La evidencia sobre la duración óptima de la LME incluye un estudio que demuestra que esta protege contra las infecciones de las vías gastrointestinales y otros que sugieren que los infantes amamantados durante seis meses no mostraron déficit de crecimiento).
Orientación/educación por parte de pares o del personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> Las intervenciones para mejorar la lactancia materna exclusiva (LME) se han centrado en el cambio de las prácticas hospitalarias (diferencia 0-43 % en LME) y educación/orientación (diferencia 4-64 % en LME). 	<ul style="list-style-type: none"> En el momento de diseñar las intervenciones para promover la lactancia materna los países deben tener en cuenta la prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
Educación comunitaria y a través de los medios masivos	<ul style="list-style-type: none"> Las intervenciones de orientación fueron exploradas más a fondo a través de un meta-análisis; en las mujeres que recibieron ayuda no profesional, la tendencia a suspender la lactancia materna exclusiva era menor (RR 0,66) que en aquellas que no recibieron ninguna ayuda, pero no hubo ninguna diferencia significativa entre las que recibieron ayuda profesional y las que no recibieron ninguna ayuda. 	
Grupos de apoyo a las madres	<ul style="list-style-type: none"> Los datos sobre el impacto de los grupos de ayuda o de los medios de comunicación en la lactancia materna exclusiva son escasos y solamente las intervenciones de orientación por pares produjeron efectos en la morbilidad (los niños en los grupos sujetos a intervención tenían de 1,9 a 2,9 veces menos probabilidades de sufrir de diarrea). 	
	<ul style="list-style-type: none"> No se sabe si la orientación/educación sobre la lactancia materna es más eficaz si se hace individual o en grupo. 	



Práctica 3

A partir de los seis meses de edad suministrar a los niños alimentos complementarios recién preparados que sean ricos en energía y nutrientes, mientras se continúa la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.

Lactantes de 6 a 24 meses



TIPO DE INTERVENCIONES	IMPACTO CLAVE DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD PARA AUMENTAR LA PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO	COMENTARIOS
Orientación familiar/ educación en nutrición	<ul style="list-style-type: none"> Durante el segundo año de vida, la leche materna continúa siendo una fuente de nutrientes claves y protege contra las enfermedades infecciosas, aunque después de los seis meses no es suficiente por sí sola para satisfacer los requerimientos nutricionales. Sin embargo, los alimentos complementarios son a menudo inadecuados en cuanto a suministro de energía y concentración o calidad de micronutrientes, y frecuentemente se preparan, almacenan, o se dan a los niños en formas que aumentan el riesgo de enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Los programas demuestran que es posible desarrollar alimentos complementarios nutricionalmente mejorados en diversos entornos culturales, que las madres pobres están dispuestas a preparar y sus niños a consumir. Sin embargo, las personas encargadas del cuidado de los pequeños enfrentan limitaciones importantes de tiempo y recursos.
Suministro de suplementos alimenticios con alto contenido de energía y proteína	<ul style="list-style-type: none"> Los estudios de observación indican que mejorando las prácticas de alimentación se podrían salvar 800 mil vidas por año. No se localizaron intervenciones de alimentación complementaria con efectos en la mortalidad. En cinco estudios sobre eficacia para mejorar el consumo de los alimentos complementarios se detectaron aumentos netos en el consumo de energía entre 65 y 300 Kcal/día y mejoras en el crecimiento entre 0,25 y 0,46 unidades DE en el peso para la edad, y 0,04 y 0,35 unidades DE en la talla para la edad. La mejora en el crecimiento se debe traducir en una reducción de entre 2 y 13 % en las muertes asociadas con desnutrición. La suplementación nutricional tiene un impacto significativo en los resultados del desarrollo de largo plazo en niños desnutridos en países en vías de desarrollo. Un estudio piloto realizado recientemente en Brasil sobre asesoría nutricional a través de AIEPI también mostró resultados alentadores, pues se registraron aumentos significativos del peso en niños de un año o más, aunque no en menores de un año. 	

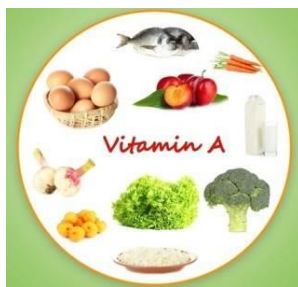


Práctica 4

Asegurar que los niños reciban cantidades adecuadas de micronutrientes (específicamente vitamina A, hierro y zinc) a través de la dieta regular o mediante suplementación.



https://s2.hdstatic.net/grids/holadoctor/625x470_535fe1c8b937954913fe44e2_13_3-1398793065417.jpg



<http://www.vidanaturalia.com/wp-content/uploads/2014/04/alimentos-con-vitamina-A-VidaNaturalia.jpg>



<http://nutrimentalia.com/wp-content/uploads/2013/11/alimentos-ricos-en-hierro.jpg>

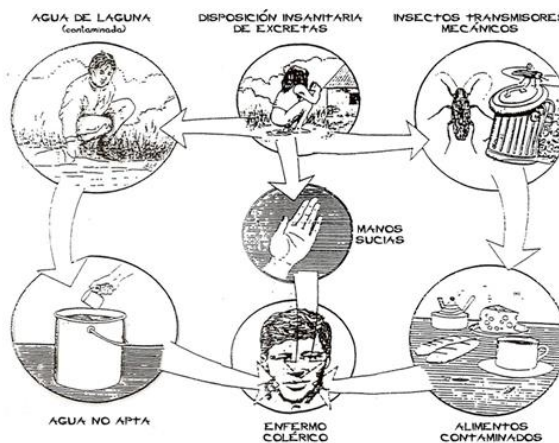
TIPO DE INTERVENCIONES	IMPACTO CLAVE DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD PARA AUMENTAR LA PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO	COMENTARIOS
Suplementación	<ul style="list-style-type: none"> La mejora del consumo de vitamina A, hierro y zinc tendrá un impacto sustancial en la mortalidad, morbilidad y desarrollo en las poblaciones pobres o con deficiencias de micronutrientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay razones de peso para abordar en forma conjunta las deficiencias de los micronutrientes, ya que las dietas escasas en zinc son casi siempre deficientes en hierro y es probable que también lo sean en vitamina A.
Fortificación	<ul style="list-style-type: none"> La evidencia proviene de ensayos aleatorizados controlados que demuestran que la suplementación de vitamina A puede reducir la mortalidad en un 23 % (el impacto en la morbilidad y en la mortalidad varía según la enfermedad). No se localizó ningún estudio de mortalidad sobre suplementación de hierro o zinc. Sin embargo, la suplementación de hierro mejoró el desarrollo en niños mayores de dos años de edad, mientras que la de zinc redujo la incidencia de diarrea en un 18 % y la de neumonía en un 41 %. Ninguno de los micronutrientes tuvo un impacto constante en el crecimiento, excepto el zinc. 	<ul style="list-style-type: none"> La suplementación de vitamina A es más fácil de administrar que la de hierro y zinc, ya que se pueden dar megadosis cada 4 a 6 meses. Nuevas tecnologías, como por ejemplo, el hierro pulverizado pueden hacer más factible la suplementación.
Modificación dietética	<ul style="list-style-type: none"> La deficiencia de micronutrientes no será fácilmente abordada con intervenciones para mejorar su contenido en la dieta, aunque esto puede ayudar a la solución y tener beneficios más amplios. La suplementación y/o la fortificación serán necesarias. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Los programas de suplementación de vitamina A están siendo implementados en casi el 50 % de los países donde se aconsejan; en los países desarrollados la fortificación ha contribuido a reducir las deficiencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Los programas de suplementación y fortificación deben estar acompañados de actividades de promoción y comunicación, aunque se encontró poca información sobre el tema.

Práctica 5

Descartar las heces, incluso las de los niños, en un lugar seguro. Lavarse las manos después de cada defecación, antes de preparar los alimentos y antes de alimentar a los niños.



<http://3.bp.blogspot.com/-KNfxcSQg82s/TsE8aBwd2nl/AAAAAAAAACZA/rzT0dnghr0g/s1600/LAVADO+NI%25C3%25910S.jpg>



http://www.chaco.gov.ar/MinisterioSalud/salud_ambiental/imagenes/excretas2.png

TIPO DE INTERVENCIONES	IMPACTO CLAVE DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD PARA AUMENTAR LA PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO	COMENTARIOS
Educación en higiene	<ul style="list-style-type: none"> Las intervenciones encaminadas a promover el lavado de manos redujeron la incidencia de la diarrea en una media de 33 % (rango 11-89 %). El impacto fue mayor en los estudios que se centraron solamente en el lavado de manos y no como parte de un paquete de comportamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> Los programas de promoción del lavado de manos en gran escala han sido eficaces para iniciar un cambio de comportamiento. Sin embargo, todavía existe cierta preocupación acerca de su viabilidad debido a la complejidad del comportamiento y a los recursos que se requieren para llevar a cabo tales programas.
Suministro de servicios (jabón/agua limpia/instalaciones sanitarias)	<ul style="list-style-type: none"> No todos los tipos de lavado de manos son igualmente eficaces. Usar grandes cantidades de agua, frotarse vigorosamente empleando agentes limpiadores como jabón, ceniza o fango limpio, así como secarse con un paño limpio o al aire, parecen ser las maneras más eficaces de remover los agentes patógenos. Se localizaron pocas intervenciones relacionadas con el desecho de heces. Sin embargo, seis estudios de observación rigurosos mostraron una reducción media del 55 % (rango 20-82 %) en todas las causas de mortalidad infantil asociada con una mejoría del acceso a instalaciones sanitarias. Poco se sabe sobre el impacto de la disposición final de las heces en ausencia de letrinas. 	<ul style="list-style-type: none"> Las letrinas pueden ser costosas, difíciles de mantener y de conservar limpias, además de que en algunos ambientes no son viables. Tal es el caso de los lugares donde la densidad de las viviendas es extremadamente alta o el terreno es desfavorable.
	<ul style="list-style-type: none"> Es probable que la mejora en la disposición final de las heces tenga un efecto mayor en áreas de alta densidad. 	



Práctica 6

Proteger a los niños en áreas de endémicas de malaria asegurando que duerman bajo mosquiteros tratados con insecticida.



http://pool.hesperian.org/w/images/thumb/2/28/NWTND_cfc_Page_11-1.png/250px-NWTND_cfc_Page_11-1.png

TIPO DE INTERVENCIONES	IMPACTO CLAVE DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD PARA AUMENTAR LA PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO	COMENTARIOS
Mercadeo social	<ul style="list-style-type: none"> Un metaanálisis de cuatro ensayos aleatorizados controlados realizados en África mostró que los mosquiteros tratados con insecticida (MTI) estaban asociados con una reducción del 17 % en la mortalidad infantil, comparados con poblaciones de control que no usaron mosquiteros o los usaron sin tratar. Es posible que la mayoría de las ventajas se deriven del tratamiento con insecticidas más que de la presencia física del toldillo. El efecto a largo plazo del uso de MTI en la mortalidad en áreas de alta transmisión no está muy claro. La falta de exposición al parásito de la malaria a una edad temprana puede reducir la inmunidad de largo plazo. El mercadeo social puede aumentar el uso de los MTI hasta en un 50 % y la supervivencia del niño hasta en un 25 %. Todavía no está claro si los MTI protegen solamente a quienes duermen bajo ellos o también a otros en la comunidad. La evidencia proveniente de estudios sobre la ecología del vector es contradictoria. 	<ul style="list-style-type: none"> Un costo razonable es un factor importante tanto para la compra como para el retratamiento de los MTI. Aun si los precios son subsidiados, hay mucha gente pobre que puede quedar excluida. Por ello se necesitan estrategias para asegurar la igualdad sin socavar el mercado comercial. Es necesario ejercer supervisión sobre la salud, el impacto ambiental y la resistencia a los insecticidas.



Práctica 7

Cuando los niños se encuentren enfermos, se debe continuar alimentándolos y ofreciéndoles más líquidos, incluyendo leche materna.



http://1.bp.blogspot.com/-Nc302nAsrG9M/UACLb_T5Qpl/AAAAAAAAAAc/PenhT7A1bsk/s1600/imag e2.gif



https://labrechamedia.files.wordpress.com/2015/06/suero_2.jpg

TIPO DE INTERVENCIONES	IMPACTO CLAVE DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD PARA AUMENTAR LA PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO	COMENTARIOS
<p>Orientación en grupo o individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> En ensayos aleatorizados controlados se ha encontrado que el suministro de dietas nutricionalmente completas a los niños con diarrea aumenta la energía neta y la absorción de nutrientes sin afectar la producción de heces o la eficacia de las SRO. El consumo de alimentos localmente disponibles no aumenta la duración de la diarrea. <p>Durante una enfermedad, es más severa la anorexia a la leche de origen animal y a los sólidos que a la leche materna, lo cual destaca la función esencial que cumple la lactancia durante el padecimiento de un mal.</p> <p>No se encontraron estudios que exploren el impacto en la mortalidad o morbilidad de aquellas intervenciones orientadas a mejorar la alimentación y el suministro de líquidos durante la enfermedad. Hay evidencia de que las intervenciones encaminadas a brindar orientación pueden mejorar el comportamiento, pero no hay suficiente información sobre cómo fortalecerlas.</p>	<p>Es posible extraer enseñanzas de programas cuyo objetivo es mejorar la alimentación de los niños sanos. Éstos han demostrado la importancia de vincular múltiples canales, aspectos conductuales relacionados con la alimentación y orientación por parte de pares.</p>



Práctica 8

Administrar en el hogar el tratamiento apropiado para las infecciones a los niños enfermos.



<https://encrypted-tbn3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTfCSXNQQo0ENdf60PANWoXEACckGeYnGmkyvsheQIUPN2dB7k>

TIPO DE INTERVENCIONES	IMPACTO CLAVE DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD PARA AUMENTAR LA PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO	COMENTARIOS
Entrenamiento y orientación a las madres	<ul style="list-style-type: none"> La diarrea sin complicaciones adicionales, la malaria y las infecciones localizadas se pueden manejar en el hogar con tratamientos eficaces. Existe cierta preocupación en torno al hecho de que promover el tratamiento casero de la malaria fomentará el uso erróneo de los medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Se demostró que la reducción de las SRO con osmolaridad disminuyó la necesidad de infusiones intravenosas no programadas, así como la producción de heces comparada con la fórmula estándar. En 2002 se lanzó una nueva fórmula de SRO.
Entrenamiento de los vendedores de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> La terapia de rehidratación oral (TRO) puede prevenir la muerte por diarrea acuosa en todos los casos salvo en los más graves. Los programas nacionales de control de la enfermedad diarreica aumentaron sustancialmente el uso de la TRO, lo cual puede haber desempeñado un papel importante en la reducción global de las muertes por diarrea de 4,6 millones a 1,5 millones. En Brasil se estima que la TRO ha contribuido a disminuir las muertes por diarrea en un 79 %. 	
Campañas de medios de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Las intervenciones para mejorar la utilización de la TRO se han centrado en la reconstitución y administración correcta de las sales de rehidratación oral (SRO) a través de educación en salud, pero las evaluaciones sobre el particular no han sido científicamente rigurosas. 	
Mercadeo social/mejorar el acceso	<ul style="list-style-type: none"> Las intervenciones para mejorar el cuidado en el hogar de las fiebres relacionadas con la malaria a través del entrenamiento de las madres y de un mejor acceso al tratamiento han tenido impactos variables en la mortalidad y en la morbilidad. Sin embargo, su potencial es muy grande, como lo demuestra un estudio muy sólido donde se notifica una reducción del 41 % de la mortalidad. 	
Mejorar los empaques y las instrucciones	<ul style="list-style-type: none"> Se ha establecido que la formulación de medicamentos por parte de los vendedores de fármacos -frecuentemente deficiente- tiene por lo general influencia en el tratamiento en el hogar. Se localizó solamente un estudio sobre el comportamiento de los vendedores (el porcentaje de las fiebres infantiles tratadas adecuadamente aumentó en un 60 %). 	



Práctica 9

Reconocer cuándo los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y buscar atención por parte de los agentes de salud apropiados.



TIPO DE INTERVENCIONES	IMPACTO CLAVE DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD PARA AUMENTAR LA PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO	COMENTARIOS
<p>Educación en salud de las madres</p>	<ul style="list-style-type: none"> En algunos estudios que examinan los factores que contribuyen a las muertes infantiles se ha establecido que no buscar la atención apropiada ocasiona entre el 6 y el 70 % de las muertes; el retraso en la búsqueda de atención también es la razón para que se produzca un elevado número de fallecimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> La búsqueda de atención apropiada es de particular importancia en áreas donde el acceso a los servicios médicos es limitado, pues es en estos lugares donde los responsables de prestar cuidados de salud en el hogar se beneficiarían más si están mejor capacitados para discernir en qué tipo de episodios se necesita llevar al niño enfermo al centro de salud.
<p>Entrenamiento de trabajadores de salud comunitarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> Solamente se encontraron dos estudios de intervención relacionados con la búsqueda de atención y sus resultados no fueron concluyentes (en un estudio no se encontró un impacto significativo, mientras que en el otro no se realizó un análisis estadístico). En investigaciones formativas realizadas en México y Ghana se identificó a los grupos de apoyo, a las madres y a los voluntarios del pueblo como canales potenciales de intervención, aunque no se exploró su eficacia. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Es probable que las intervenciones sean más exitosas si se orientan a enseñar a los responsables del cuidado de los niños a reconocer síntomas visibles pero que pueden no ser considerados anormales o peligrosos, más que aquellos cuya existencia ignoran. El impacto de las intervenciones para mejorar la búsqueda de atención depende de que esta sea de alta calidad, y por ello se debe tener en cuenta el tipo de proveedor de salud. En México, los estudios han demostrado que a menudo hay preferencia por los médicos privados, aunque el riesgo de que los niños reciban atención deficiente por parte de estos proveedores aumenta en 4,2 veces y su riesgo de morir en 1,5 veces, comparado con el que implica ser atendido por médicos de los servicios públicos de salud. 	



Práctica 10

Seguir el consejo del personal de la salud sobre tratamiento, seguimiento y remisión.



<http://www.bekiapadres.com/images/articulos/34000/34309/3.jpg>

TIPO DE INTERVENCIONES	IMPACTO CLAVE DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD PARA AUMENTAR LA PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO	COMENTARIOS
Orientación	<ul style="list-style-type: none"> Se sabe poco sobre el impacto de la adherencia en la mortalidad o morbilidad, pero no adherirse a las instrucciones de tratamiento y remisión puede conducir a un tratamiento incompleto, a que la terapia falle, a desarrollar resistencia a la droga y al uso posterior equivocado de los medicamentos sobrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> El diagnóstico y prescripción exactos son importantes para el éxito del tratamiento; aunque los diagnósticos equivocados y la formulación deficiente de medicamentos son problemas comunes, es posible mejorar en este campo.
Campañas de comunicación masiva	<ul style="list-style-type: none"> Solo se localizaron intervenciones de adherencia en pequeña escala, las cuales registran un impacto positivo cuando se sigue el tratamiento tal y como se formuló. Las intervenciones encaminadas a ofrecer orientación mejoraron la adherencia hasta en un 66 %, mientras que la mejora en los empaques la elevaron en un 27 %. Solamente se localizó un estudio con resultados en la morbilidad, el cual mostraba conteos inferiores del parásito de la malaria en aquellos lugares donde el personal de salud impartía instrucciones verbales e ilustradas para explicar la dosificación del antimalárico. Se desconoce el impacto potencial de las intervenciones de comunicación masiva y se recomienda que se investigue. 	<ul style="list-style-type: none"> No se localizó ningún estudio que explore la adherencia desde el punto de vista de quienes proporcionan cuidados de salud en el hogar; sin embargo, si se quieren desarrollar intervenciones eficaces es necesario entender este comportamiento.
Aspecto del medicamento	<ul style="list-style-type: none"> No se encontraron intervenciones sobre adherencia a las citas y a las instrucciones en casos de remisión. Aunque se necesita más investigación en esta área, es posible que la reducción de la necesidad de remitir al paciente a otros especialistas sea de suyo una intervención importante. En Uganda se estimó que la implementación de la AIEPI redujo las remisiones de 22 a 16 %. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Las intervenciones para mejorar el cumplimiento de las citas tendrán un impacto mínimo en la mortalidad y morbilidad en aquellas instancias. 	



Práctica II

Promover el desarrollo mental y social del niño respondiendo a sus necesidades de cuidado, como también hablándole, jugando con él y dotándolo de un ambiente estimulante.



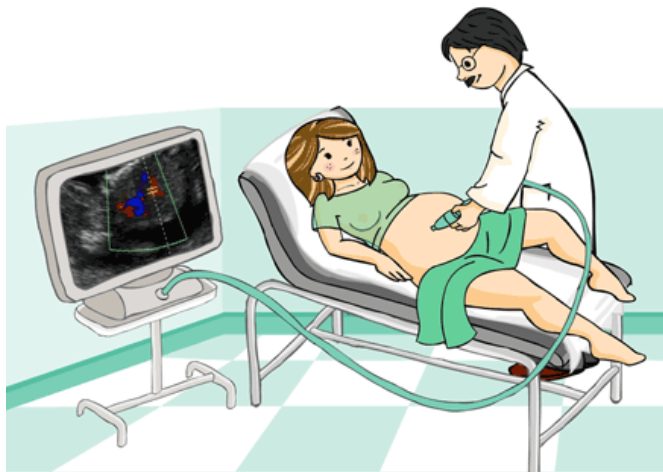
http://www.integra.cl/rps_fintegrainternet_v60/opensite/Fundaci%C3%B3n%20Integra%20Internet/contenido/contenido_20111117145248/IMG_0726.jpg

TIPO DE INTERVENCIONES	IMPACTO CLAVE DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD PARA AUMENTAR LA PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO	COMENTARIOS
<p>Se imparte en el CCI (Centro Comunitario Infantil) y se focaliza en el niño; estimulación psicosocial directa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una amplia base científica sobre los beneficios de la estimulación temprana en el hogar y en los centros de cuidado infantil (CCI). Se ha demostrado que adultos nacidos en la pobreza, pero que participaron en un programa preescolar de calidad cuando niños, exhiben mayor responsabilidad social, mejor desempeño escolar, ingresos más elevados, mayor riqueza de activos y un compromiso más sólido con el matrimonio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se necesitan nuevos enfoques para mejorar los índices de participación y el acceso de los niños menos favorecidos.
<p>Se imparte en el hogar y se focaliza en los padres, con el fin de mejorar sus habilidades relacionadas con la crianza y su capacidad de realizar estimulación psicosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A través de ensayos aleatorizados controlados se ha demostrado que las intervenciones en el área de cuidado y desarrollo infantil temprano en los CCI y en el hogar pueden mejorar la interacción verbal de los padres con los niños, así como el manejo de su comportamiento y sus actitudes hacia los pequeños. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existen suficientes investigaciones sobre los factores socioeconómicos que influyen en la capacidad del niño de responder a un programa particular.
	<ul style="list-style-type: none"> • Las intervenciones en los CCI parecen ser más eficaces que las del hogar. Sin embargo, las intervenciones que utilizan más de una vía para proporcionar esta estimulación parecen tener un mayor impacto. Se cree que se requieren intervenciones intensivas y períodos de dos a cinco años para que el impacto sea duradero. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Las intervenciones en el hogar parecen ser eficaces en el caso de los niños con bajo peso al nacer y niños desnutridos, mientras que sus efectos en los niños de bajo riesgo son inconsistentes. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • En niños desnutridos, la combinación de las intervenciones de suplementación y estimulación parecen tener un mayor efecto en el desarrollo cognoscitivo que cualquiera de las dos por sí solas. También es probable que estos programas combinados sean más eficientes en la prestación de los servicios. 	



Práctica 12

Asegurar que cada mujer embarazada tenga el cuidado prenatal adecuado, lo cual incluye, por lo menos, cuatro visitas con un proveedor de atención de salud apropiado antes del parto y las dosis recomendadas de la vacuna del toxoide tetánico.














http://lagenetica.info/wp-content/uploads/2014/09/lasenfermedades48.gif

TIPO DE INTERVENCIONES	IMPACTO CLAVE DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD PARA AUMENTAR LA PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO	COMENTARIOS
Mejorar el acceso	<ul style="list-style-type: none"> • Todavía no se ha demostrado hasta qué punto el paquete de cuidado prenatal puede reducir la mortalidad y la morbilidad del lactante y del niño. Las intervenciones han explorado el impacto de los elementos individuales de la visita en la salud y/o han comparado los diferentes protocolos prenatales (cantidad de visitas y protocolos focalizados versus protocolos 'estándar', por ejemplo). 	<ul style="list-style-type: none"> • No se localizó ningún estudio de intervención que comparara grupos que recibían atención prenatal versus aquellos que no lo recibía. Por ende, queda por demostrar la eficacia del paquete de atención prenatal.
Movilización social	<ul style="list-style-type: none"> • En un metaanálisis de siete ensayos se estableció que cuatro visitas prenatales no mostraban un aumento de los resultados perinatales negativos comparadas con visitas más frecuentes (verbigracia no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en el bajo peso al nacer o en la mortalidad perinatal). 	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios observacionales tienden a demostrar que las mujeres que reciben control prenatal tienen menor mortalidad materna y perinatal, así como mejores embarazos. Hasta el momento el número mínimo de controles ha de ser de cuatro. No se localizó ninguna intervención dirigida a aumentar el cuidado prenatal a través de la movilización social o de la comunicación masiva.
Campañas	<ul style="list-style-type: none"> • En un estudio multicéntrico se estableció que un número inferior de visitas prenatales con objetivo definido no se encontraba asociado a un mayor riesgo para las madres o sus infantes, comparado con el modelo estándar (verbigracia no se encontraron diferencias estadísticas entre los dos modelos en cuanto al bajo peso al nacer o a infecciones de las vías urinarias; los índices de preeclamsia fueron ligeramente mayores en el nuevo modelo). 	
	<ul style="list-style-type: none"> • No se localizaron intervenciones que apuntaran a aumentar el uso del cuidado prenatal a través de la movilización social o de la comunicación masiva. 	



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

-  A pesar de que existen brechas entre los comportamientos ideales con los reales, existe evidencia de que estas prácticas reducen la morbilidad infantil.
-  No se ha demostrado la eficacia de todas las prácticas.
-  El impacto depende de la prevalencia de la enfermedad que se combate, de la viabilidad de la intervención en torno a llegar a más población.
-  Todas las intervenciones son complejas (son la suma de varios componentes).
-  Todas las intervenciones requieren perseverancia y tiempos. Se debe llegar igual de fuerte a la familia como a la comunidad (refuerzo).
-  En cada sitio el abordaje implica reconocer la cultura y adaptar la práctica a su entorno.
-  Las intervenciones deben medir no solo las ventajas; deben exponer las dificultades, la realidad a la que se enfrentan.
-  Se deben promover las prácticas integrando todos los servicios de salud y, mejor, el acceso a los mismos.
-  Muchas prácticas requieren mercadeo social, donde la participación de distintos sectores resulta clave.
-  El éxito de estas prácticas, depende de la integración entre servicios de salud, prestadores y comunidad (familias).
-  Estas prácticas necesitan compromiso político. Deben ser promovidas desde lo público (salud pública) y deben contar con los recursos para poderlas hacer.

Comentario (del editor) para mi facultad

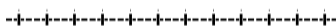


El mensaje es claro... debemos promover este mensaje en nuestros estudiantes. Deben entender **que cada consulta que hacemos** es un espacio para promover estas prácticas que tienen un impacto evidentemente demostrado. Entonces:



1. Si en la consulta se observa que el esquema de vacunación está incompleto, entonces acompañar a la madre a que vacune al niño de una vez. O, al menos, a que sea programado inmediatamente. No perder la oportunidad.
2. Insistir en la lactancia y convertir a los estudiantes en expertos en la promoción de la lactancia, asegurando así que a toda mujer en embarazo se le insista en esto.
3. Todo estudiante debe adquirir en su formación las bases para promocionar una alimentación adecuada y proponerse indagar y promover la alimentación sana. Ahí ha de averiguar, especialmente en niños, por los requerimientos de zinc, hierro y vitamina A.
4. En cada consulta, promover el lavado de las manos de sus pacientes y ser particularmente obsesivo con los niños.
5. Promover el uso de mosquiteros tratados en las zonas de malaria.
6. Insistir a los padres que continúen con la alimentación en los niños enfermos, tal vez ofreciendo menos (por la anorexia de la enfermedad) en cuanto a cantidad pero incrementando la frecuencia. En los más pequeños, insistir en que se aumente la lactancia.
7. Explicarle a los padres lo que deben hacer en cuanto al manejo de los niños enfermos. Insistir en los signos de alarma y en que, de presentarse cualquiera de estos, han de volver o acudir a urgencias. Ofrecer el teléfono para que llamen si tienen dudas.
8. Asegurarse de que los padres han entendido. Hacer que repitan las instrucciones.
9. Invitar a los padres a que jueguen con los niños y les lean, así como que coman en familia. Promover en los jardines el juego y el afecto hacia los niños por parte de las madres comunitarias.
10. Insistir y promover el control prenatal en las mujeres embarazadas.

Todo esto es hacer Atención Primaria en Salud.





ESTUDIO SOBRE EL MODO DE GESTIONAR LA SALUD EN COLOMBIA

Juan Carlos González***

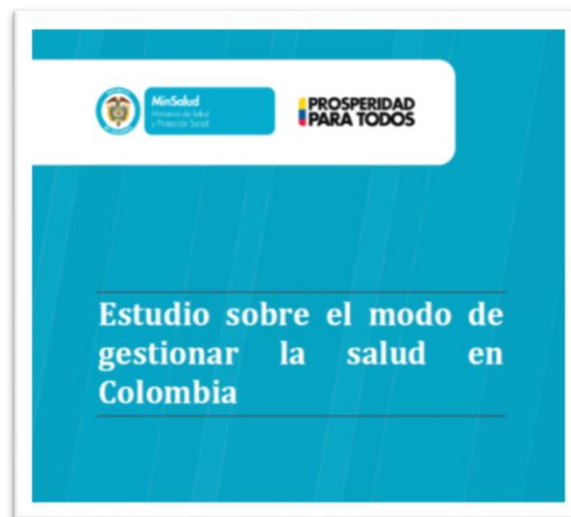
- Resumen ejecutivo -

Editores, escritores y recopiladores principales:

Gustavo Nicolás Páez, Luis Felipe Jaramillo, Camila Franco, Leonardo Arregoces

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>

A continuación, se presenta el resumen ejecutivo del estudio sobre cómo se gestiona la salud en Colombia. En la dirección electrónica se puede leer el documento en su totalidad. Nosotros, lo único que hemos incorporado son dibujos tomados de Google, que esperamos hagan más accesible la lectura.



De qué trata

El "Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia" es un esfuerzo académico hecho por el Ministerio de Salud y Protección Social para hacer un análisis prospectivo sobre la forma idónea de gestionar la salud de los colombianos. Si bien representa una recopilación y un menú de recomendaciones, en ningún momento representa la posición del Ministerio.

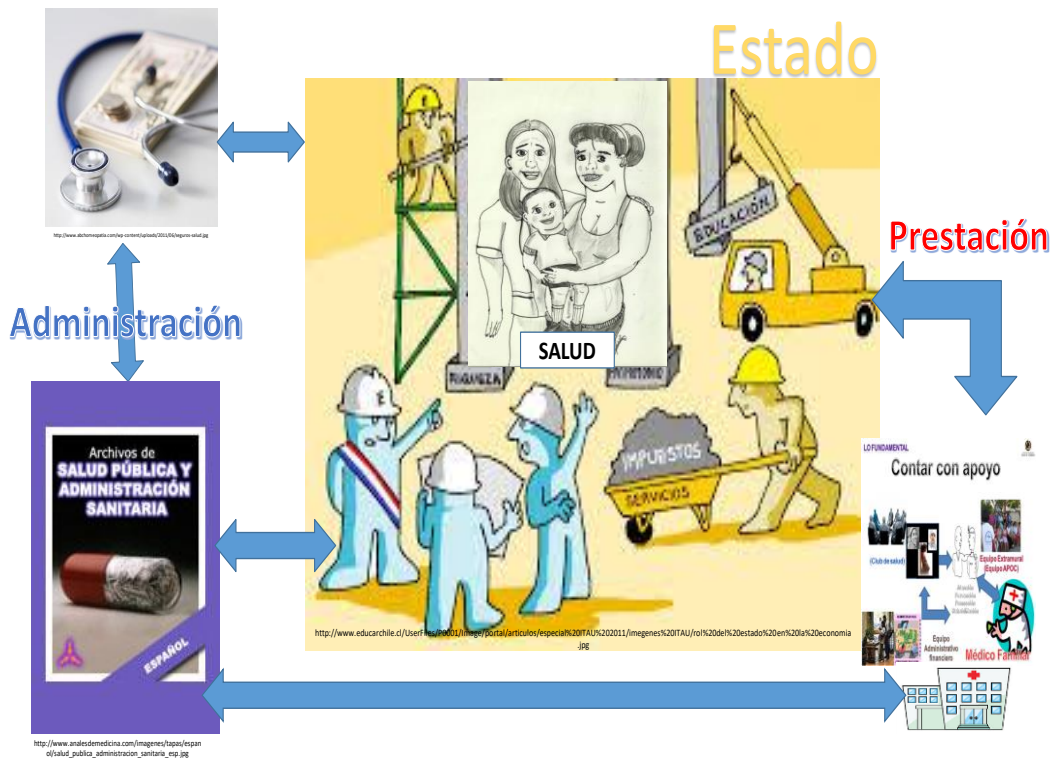
Definiendo

En este caso, por *gestionar* se hace referencia **al proceso y flujo de recursos a través del cual el Estado garantiza que su población sea atendida oportunamente**. Es importante precisar que este resumen no tendrá en cuenta dos temas importantes, ya que considera que merecen estudios

*** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

completos e independientes: la forma en que el Estado adquiere los recursos para financiar el sistema de salud y el modelo de atención (la forma en que se desea que se atiendan los pacientes). Por tal razón, se inicia asumiendo un Estado con unos recursos dados y un modelo de atención deseado y centrándose en la forma en que el Estado distribuye y ejecuta las funciones pertinentes para garantizar que esos recursos permitan a la población civil tener acceso al modelo de atención.

El papel del Estado en la operación



Una pregunta inicial es hasta dónde el Estado debe ejecutar directamente la operación del sistema y sus recursos. Sobre esto, el estudio hace un recuento de ocho experiencias internacionales, además de la experiencia que tuvo con el Seguro Social y, posteriormente, con el modelo basado en Entidades Promotoras de Salud (EPS); de esta revisión se concluye que existen ciertas ventajas y desventajas de concentrar o descentralizar las funciones.

Centralización

En lo que concierne a la centralización, esta se considera buena ya que permite un mayor control de gasto, además, a la hora de ejecutar planes y políticas públicas, se hace más rápido teniendo todas las funciones centralizadas. No obstante se reconocen problemas fuertemente asociados a la centralización: la alta heterogeneidad del territorio que hace difícil adaptar el modelo de gestión para que ajuste perfectamente a cada región y, el aumento de procesos burocráticos que hacen imposible tomar medidas de reacción rápida en momentos y regiones particulares.



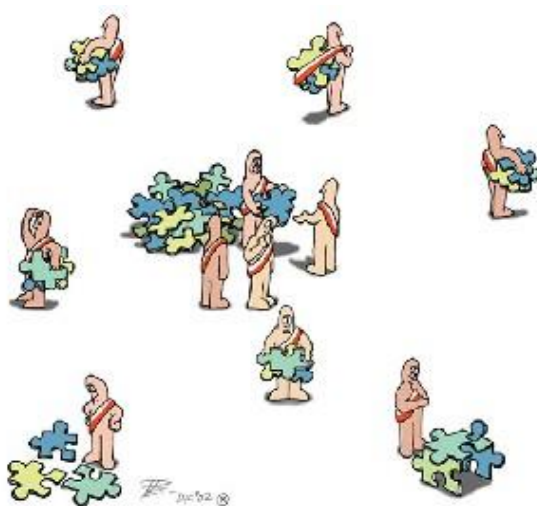
Concluyen al respecto

La confluencia de estos dos problemas provoca que los costos logísticos y operativos de manejar sistemas de salud tan heterogéneos bajo la misma estructura superen las ganancias obtenidas por el control de gasto.

Descentralización

Por otra parte, la evidencia muestra cómo en la delegación de funciones o descentralización, el sistema gana en cuestión de cobertura y eficiencia, aunque también incentiva la generación de poderes locales, los cuales traen consigo intereses que pueden ser perversos y perjudicar el servicio de salud que se presta a la población. Adicionalmente, el flujo de información respecto al sistema puede verse obstruido, lo cual conlleva a que haya menos conocimiento por parte de los entes reguladores sobre las realidades locales.

Recomiendan



<https://desalud.files.wordpress.com/2008/11/descentraliza1.jpg>

Por lo anterior, este reporte recomienda, y en pro de la buena gestión de la salud, descentralizar la operación de esta. No obstante, buscando evitar la creación de incentivos perversos, se recomienda la construcción de una serie de mecanismos de pago y un control de las fuentes de información.

El encargado de gestionar

Habiendo aceptado la necesidad de la delegación de funciones, pasa a ser relevante entender las características y modo de acción del encargado de gestionar la salud, o gestor. No obstante, para ajustar adecuadamente el sistema de incentivos, es preciso determinar previamente cuáles son las prioridades del Estado. A partir de esto, se hace una reflexión sobre la historia internacional y colombiana asociada a la evolución del derecho a la salud. De este análisis se concluye que la prioridad para el Estado **es garantizar un acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud**; sin embargo, de ahí también se deriva la necesidad de **evitar el gasto excesivo** puesto que se debe garantizar la sostenibilidad del sistema. Asimismo, se reconoce que los dineros de la salud no deben ser destinados a la generación de rentas particulares, ya que son del público en general.



El objeto esencial....



Paradójicamente, se destaca el hecho de que la libertad de elección por parte del paciente no es una prioridad; es decir, la responsabilidad del Estado es garantizar un servicio de salud que respete unos determinados estándares de calidad. Aun así, ya si la persona desea otro servicio de diferente calidad o diferente costo, no es deber del Estado satisfacer esta necesidad particular ya que al garantizar una calidad preestablecida que satisfaga la necesidad de la persona, la libertad pasa de ser un asunto vital a un lujo particular. Adicionalmente, esta libertad puede atentar de forma directa contra la sostenibilidad del sistema. **Por ende, promoviendo la sostenibilidad y el beneficio general, la libertad no se vuelve una prioridad.**

Establecidos estos objetivos, se pasa a **determinar qué es un gestor.**

¿Públicos o privados?



http://st.depositphotos.com/1005979/3247//950/depositphotos_32470885-Private-Vs-Public-Two-Way-Street-Road-Signs-Comparison.jpg

Se inicia preguntando si el gestor debe tener un origen público o privado. En principio, la evidencia obtenida no permite defender ninguna posición. En lo que concierne a los **gestores públicos**, tienen como principal virtud que no se mueven por el ánimo de lucro, y por eso se espera que estén más enfocados en la gestión de salud aunque están en riesgo de caer bajo el control de poderes locales que malversen sus fines.



En contraposición los gestores privados no se ven afectados directamente por los poderes locales, pero **su ánimo de lucro** -o cuando menos de sostenibilidad económica- genera incentivos perversos en pro del sistema financiero y en contra de la operación.

Posición

Al respecto, se propone que los gestores, si han de ser públicos, tengan un gobierno corporativo independiente a los gobiernos locales. Por otro lado, en caso de ser privados, se recomienda el diseño de mecanismos de pago que eviten los incentivos perversos. En ambos casos no hay razón para preferir un tipo de gestor sobre el otro y la recomendación puntual es dejar abierta la posibilidad de **ambos tipos de gestores**, teniendo en cuenta que los públicos pueden ser de vital importancia en aquellas zonas donde los privados no estén interesados.

Población



El siguiente tema en orden lógico pasa a ser la población y el área de influencia de un gestor. Con respecto al primer tema, la evidencia empírica y teórica sugiere que ha de ser suficientemente grande para que la gestión compense los costos fijos y la variabilidad asociada a la incertidumbre de gasto de la población recomendándose que tenga un tamaño delimitado. Y, a la hora de afiliación, es importante determinar **si el gestor puede decidir quiénes son sus afiliados**. En este punto, la **recomendación es que no**. Al poder elegir afiliados, independientes de la estructura de pagos, se crean incentivos fuertes del gestor para generar una **selección adversa de la población**, buscando descartar aquellos pacientes con más necesidades de salud, los cuales son la prioridad del sistema. Pero, también es preciso aclarar que, si no hay posibilidad del gestor de discriminar la población se hace preciso desarrollar ajustes muy precisos en el reconocimiento de la gestión, ya que sin ellos se da la selección adversa, no de una forma explícita, pero vía reducción de la calidad al trato de los pacientes.

Local = descentralizado

En lo que corresponde a la zona de influencia, siendo la principal virtud de la descentralización la especialización de la operación en realidades locales, carece de sentido tener gestores de alcance nacional. De hecho, la recomendación es la generación de zonas geográficas bien delimitadas por las condiciones de oferta y demanda de servicios de salud (no necesariamente límites políticos) que limiten el territorio del gestor.



Conclusión

Sintetizando los dos elementos anteriores, el gestor tiene un **tamaño determinado en un territorio determinado, es decir, existe un cupo determinado de gestores**. Esta implicación tiene dos focos de análisis. Por una parte, existe un temor por el poder de mercado que estos obtengan que vaya a generar pauperización de los hospitales a costa de la contratación con prestadores de servicios de baja calidad y bajo costo y, por otro lado, surge la duda de la elección de los gestores por territorio. Buscando resolver ambos conflictos, el estudio recomienda darle importancia fundamental a los resultados en salud y calidad de servicio de la población además de indicadores que revelen una gestión administrativa y financiera coherente con la prestación. Desde otro punto de vista, se considera que este poder de mercado no es del todo contraproducente para el sistema (hecha la aclaración de calidad) porque permite dar poder de negociación de tarifas y así dar un uso eficiente a los recursos del Estado. De la mano con la calidad, cada gestor para poder estar habilitado ha de tener una red de prestación de servicios. Por esto se entiende que debe garantizar unas coberturas de servicios de salud y un sistema de referencia y contrarreferencia suficiente para satisfacer las necesidades de salud de la población.

Sostenibilidad



<https://apuntesdeeconomia.files.wordpress.com/2015/06/financiero.jpg>

Queda la duda respecto a la sostenibilidad del gestor y cómo este devenga ingresos, con respecto a esto se analiza si la mejor forma de gestión está asociada a una figura de administrador o de asegurador. Cada caso tiene sus virtudes y contraindicaciones, por ende, se recomienda una versión mixta en pro del control de los incentivos perversos y fomento de las buenas prácticas. **Se propone que a cada gestor se le garantice una cápita por cada afiliado**. Sin embargo, dada la teoría de riesgo de liquidez y buscando evitar vicisitudes en los pagos, esta cápita se retiene en un fondo central el cual gira a los prestadores siempre que el gestor autorice. Adicionalmente, se le demanda al gestor tener unas reservas mínimas en el fondo previendo cualquier riesgo de liquidez. Esta medida beneficia al sistema ya que garantiza el flujo de recursos y asegura el sistema de información estatal, pero, trae el infortunio que le retiene la liquidez del gestor, aumentando su costo de oportunidad. Ante esto, se propone que el fondo posea inversiones libres de riesgo tanto en la cápita como en las reservas, que provean una rentabilidad al gestor que permita, por lo menos, asegurar una rentabilidad que compense la restricción. Por otro lado, se considera sumamente inapropiado que la cápita esté asociada a la ganancia del gestor, ya que genera incentivos nocivos que pueden incrementar las barreras de acceso a los servicios, por ende, cada gestor ha de tener una cuota de administración independiente de la capitación. Se recomienda que esta cuota sea determinada por un mecanismo económico tal como una subasta inversa y a partir de ella se determine qué gestores pueden trabajar en cada territorio.



<http://www.periodicoelpulso.com/images/1102feb/generales/gen-14-1.jpg>

Finalmente, en lo que respecta a la *cápita*, teniendo en cuenta que los dineros de la salud no deben generar rentas, esta debe determinarse a partir del concepto de *prima pura*. Por una parte, y dado que el gasto en salud es altamente variable, tener una prima pura demanda una serie de ajustes “*ex-ante*” y “*ex-post*”, necesarios para evitar la selección adversa (este elemento es particularmente importante en un contexto de competencia entre gestores en el que puede haber lugar a selección de riesgos). En el caso de que existan monopolios, por definición, no puede haber selección de riesgos).

Idealmente se recomienda tener un ajuste “*ex-ante*” que permita dar por cada persona su gasto esperado, pero por las condiciones operativas actuales y los sistemas de información, se recomienda el uso de ajustes “*ex-post*” como los recomendados en el estudio que compensen la falta de información, mientras esta se obtiene. Por otro lado, agrade la lógica pensar que de una prima pura un gestor puede generar utilidad, teniendo en cuenta que se paga un costo medio; si algún gestor gasta menos es porque algún otro gastó más. Ahora bien, esto es independiente de la forma en que cada uno haya hecho su labor, llegando al extremo de tener excelentes gestores pero algunos con pérdidas y otros con ganancias impulsadas por el azar. Desde otra perspectiva, fomentar la idea de ganancias promueve contención obsesiva de gastos, lo cual tampoco es útil al sistema.



http://www.bico-fin.com.mx/img/comp_p_1e_r.jpg

A partir de estos riesgos, se propone la siguiente solución: terminado un período de ejecución, a todos los gestores que tuvieron superávit, se les retorna la cuenta a cero. Al gestor se le debe evaluar por sus resultados de calidad en salud, operación y gestión financiera, con ciertos criterios detallados en el estudio. Si el gestor no los cumple, automáticamente queda en riesgo su habilitación, tiene una multa contra las reservas y, si tuvo déficit, este se le reduce adicionalmente de las reservas. En caso de cumplir con los resultados de calidad, aquellos gestores que tuvieron déficit, son compensados con



el dinero acumulado por el fondo de multas y superávits, y así terminan el período sin pérdida y ganancia por las capitaciones. Por el otro lado, aquellos que tuvieron superávit tendrán acceso a una ganancia ocasional proporcional al superávit que se deriva del dinero que quedó de los superávits, las multas y las compensaciones. Se considera que este sistema promueve una estructura de incentivos que hace que la prioridad sea el resultado en salud pero promueva también el uso racional de los recursos.

El gestor devengará ingresos de los intereses del fondo, las ganancias de la cuota de administración y las cápitas ocasionales, lo cual puede considerarse baja rentabilidad para algunos sectores, pero considerando que no hay riesgo de pérdida, siempre y cuando se cumpla con los resultados en salud, y que la rentabilidad esperada es mayor a la del ahorro bancario libre de riesgo, se considera una oportunidad de negocio viable y virtuosa para la gestión de la salud.

Integración vertical



<http://acesi.com.co/wp-content/uploads/2013/09/CLINICAS-DE-SALUDCOOP.jpg>

Finalmente, se desarrolla el tema de la integración vertical. Este tema surge de la preocupación que podría tener un gestor de estar en un territorio que no cuente con una oferta suficiente de hospitales, puestos y centros de atención en términos absolutos o relativos a la calidad. En este caso se hace una revisión teórica la cual, concluye que la integración vertical es virtuosa en un sistema, cuando esta se da en la puerta de entrada solamente. No obstante, conlleva incentivos perversos que se hacen evidentes en la realidad colombiana. De hecho, la evidencia empírica muestra que, teniendo la capacidad de realización, no existe integración vertical en aquellos lugares recomendados por la teoría y sí en aquellos otros donde priman los incentivos perversos, es por esta razón que no se recomienda eliminar la integración vertical, pero si restringirla a estos casos donde es necesaria. Para esto se recomienda que el gestor que la desee, demuestre la necesidad efectiva de cambiar o aumentar la oferta disponible de servicios de salud. Hecho esto, es preciso buscar primero alianzas con los hospitales públicos que permitan al gestor mejorar la administración y la prestación de los servicios de salud. Se observa cómo este sistema genera incentivos en la medida que conduce a que los gestores presionen a los prestadores por determinados servicios y por la calidad de los mismos. En caso de no poder trabajar con estos prestadores se le debe permitir al gestor montar su propia oferta, una vez agotado el procedimiento anterior.





Revisión de artículo...

“HABILIDADES PARA LA VIDA: UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA SALUD Y EL BIENESTAR INFANTIL Y ADOLESCENTE”

Juan Carlos González^{§§§}



[Home](#) [Our Mission](#) [Magazine](#) [How to Participate?](#) [Civil Society Organizations](#) [Contact Us](#) [Donate](#)

Habilidades para la vida: una estrategia para promover la salud y el bienestar infantil y adolescente

Posted by admin on · [Leave a Comment](#)



Juan Carlos Melero
Trabaja para la Fundación EDEX
e-mail: prevencion@edex.es



Donate



Sustainable Employment
poverty

Tomado de:

<http://www.globaleducationmagazine.com/habilidades-para-la-vida-una-estrategia-para-promover-la-salud-el-bienestar-infantil-adolescente/>

¡Qué artículo tan interesante y bien escrito! Como siempre, recomendamos su lectura completa. Siguiendo nuestra costumbre, a continuación se presentará un resumen acompañado de una serie de imágenes, con el único objetivo de contribuir a la transmisión del mensaje.

La morbimortalidad en el siglo XXI

Resalta el autor que la nueva y más frecuente carga de enfermedades de la humanidad son, en el siglo XXI, las enfermedades no transmisibles (ENT) y ya cobran más vidas que las otras causas unidas (infecciones, accidentes, violencia).

^{§§§} MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co





Cuáles son...



<http://www.paho.org/arg/images/Gallery/ENT/ENT2.jpg>

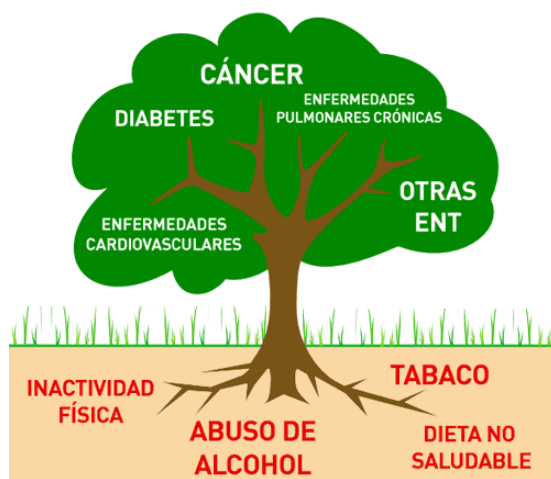
Las principales enfermedades no transmisibles son las siguientes:

- Cáncer.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Diabetes.
- Enfermedades respiratorias crónicas.

Lo común

Como factor causal común, el **estilo de vida** es responsable en buena parte, a través de **fumar, del sedentarismo, de la dieta inapropiada y del uso de alcohol.**

Al respecto...



<http://dianova.cl/wp-content/uploads/2015/07/non-com-dis-tree-es.png>

1. El cigarrillo cobró para el año 2012 poco más de la vida de 6 millones de personas, de las cuales al menos el 10 % son fumadores pasivos.



2. El abuso de alcohol ocasiona un poco menos de la mitad de muertes que el tabaco en un año, y en los jóvenes es un mediador importante de muerte prevenible.
3. Asimismo, se calculó para el año 2004 que casi 3 millones de personas murieron por enfermedades relacionadas directamente con y la cantidad de lo que se come, siendo enfermedades tales como hipertensión, diabetes, hiperlipidemias, obesidad, las consecuencias. La baja ingesta de frutas y verduras es la norma.
4. Identifica la OMS que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo asociado a la ENT y que favorece en especial a la enfermedad cardiovascular, a la diabetes y al cáncer.
5. Alerta la OMS la epidemia de obesidad infantil, calculando que, para el año 2010, al menos 42 millones de niños ya eran obesos.

Los determinantes sociales de la salud

Estas enfermedades, estas situaciones, cumplen a la perfección con la definición de determinantes sociales de la salud y la enfermedad, que afirma que son "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud".

El asunto es que los más pobres de la humanidad, son los más afectados, estableciendo una desigualdad mortal. Por ello, ya en 2009 la OMS estableció que "**La justicia social es una cuestión de vida o muerte**".

El deber ético de trabajar sobre...

Por lo anterior se debe trabajar en:



<http://economy.blogs.ie.edu/files/2011/05/Dibujos.jpg>

1. **Mejorar las condiciones de la vida cotidiana**, enfatizando:

- 1.1. Protección integral de la infancia, donde y sin importar los estratos, asegurarnos de ofrecerles a los niños el mejor ambiente biopsicosocial.
- 1.2. Asegurar entornos saludables para toda la población, asegurando protección al medio ambiente.
- 1.3. Empleo y trabajo digno para todos.
- 1.4. Protección y aseguramiento para toda la vida.
- 1.5. Modelo de atención en salud accesible y protector de la vida.



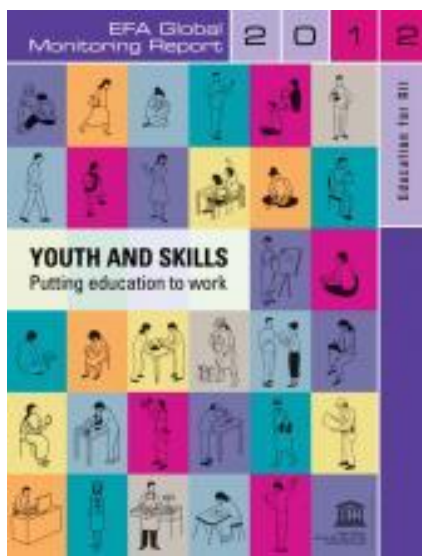
2. **Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.** En tal sentido:
- 2.1. Una financiación de la protección social equitativa y al alcance de todos.
 - 2.2. Una concepción de la salud como derecho y no como negocio, donde sea responsabilidad de todos (pública).
 - 2.3. Un impulso a la mujer para que alcance la igualdad en todo sentido con el hombre.
 - 2.4. Una participación y desarrollo democrático de todos, donde la salud este protegida por todos los miembros de la sociedad.
 - 2.5. Una gobernanza eficaz, que proteja por encima de todo a los ciudadanos.

Dado que lo anterior solo es alcanzable por el desarrollo político de los países, es la política la mejor estrategia para influir en los determinantes sociales y, por ende, en la consecución de la salud como estado de bienestar.

Una conclusión

Dice el autor: "Si la carga de morbilidad está en la actualidad fundamentalmente integrada por enfermedades no transmisibles. Si estas enfermedades son favorecidas en gran medida por los estilos de vida que la población práctica. Si estos estilos de vida son debidos, en una proporción elevada, al influjo de diversos determinantes sociales que la investigación ha puesto de manifiesto. Si, tal y como la OMS sostiene, esta cadena causal existe, parece evidente la necesidad de arbitrar un abanico amplio de medidas de diversa naturaleza que permitan desactivar tales riesgos para la salud individual y colectiva".

La educación en habilidades para la vida como parte de la respuesta



http://en.unesco.org/gem-report/sites/gem-report/files/styles/medium/public/2012_cover.JPG?tok=gmVn2hu-

Plantea la OMS que se hace necesario buscar respuestas integrales para poder abordar los determinantes sociales y entre ellas menciona las denominadas **habilidades para la vida**.



¿Cuáles son?

Las han agrupado en:

1. **Habilidades cognitivas.** Destinadas a afrontar los desafíos del entorno. Se mencionan:
 - 1.1. El pensamiento crítico.
 - 1.2. La capacidad para tomar decisiones.
2. **Habilidades emocionales.** Destinadas al desarrollo emocional. Se mencionan:
 - 2.1. La empatía.
 - 2.2. El manejo del estrés.
3. **Habilidades sociales.** Destinadas a compartir con otros, donde están:
 - 3.1. La asertividad.
 - 3.2. La competencia relacional.

Advierte el autor, que si bien se presentan estas habilidades de forma separada, en la realidad vienen integradas de formas muy diversas.

Un ejemplo

The World Health Organization's

INFORMATION SERIES ON SCHOOL HEALTH DOCUMENT 9

Skills for Health

Skills-based health education including life skills:
An important component of a
Child-Friendly/Health-Promoting School

En el texto *Life Skills Educación in Schools*, la OMS definió a las habilidades para la vida como: "aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que nos permiten enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria". En síntesis, se trata de aprender a enfrentar y compartir la vida de forma más saludable.

¡Cuidado!

Resalta el autor que es importante no quedarse con una visión reducida personal y psicológica. Se trata de habilidades que permiten construir un comportamiento social que es justo el que afecta positivamente los determinantes sociales.



El enfoque

Afirma el autor: "En este sentido, el modelo de educación en habilidades para la vida pone de manifiesto la necesidad de desarrollar en las personas una panoplia de destrezas **que las capaciten para socializarse de manera no problemática en sus respectivos entornos, encontrando en sí mismos y en la relación con las demás personas estrategias susceptibles de favorecer la autonomía personal, el bienestar y la inclusión social**".

De ahí se deduce

Se trata de habilidades que traspasan al individuo para abordar la convivencia del ser humano. Es con estas habilidades que las personas se unen y pueden abordar las acciones para modificar los determinantes sociales.

Lo que se promueve



https://i.vimg.com/v1/zGfioQCH_1/mawwdefa8.jpg

Dice el autor que "las diez *habilidades para la vida* promovidas desde 1993 por la OMS son las siguientes:

- **Habilidad 1. Autoconocimiento:** destreza para identificar y tomar conciencia de los rasgos que dibujan nuestra personalidad, la organización integrada de todas aquellas dimensiones psicosociales que nos caracterizan y nos hacen singulares.
- **Habilidad 2. Empatía:** capacidad para ponerse en el lugar de las demás personas para, desde esa posición, sintonizar con sus sentimientos y emociones.
- **Habilidad 3. Comunicación asertiva:** habilidad para expresar opiniones, sentimientos, decisiones, etc., de manera apropiada al contexto en el que vive y a las personas con las que se entra en relación.
- **Habilidad 4. Relaciones interpersonales:** competencia para interactuar de manera positiva con las demás personas, poniendo en acción en ese marco relacional todas aquellas otras habilidades sin cuyo manejo diestro el "animal social" que somos se vería limitado.
- **Habilidad 5. Toma de decisiones:** capacidad para construir racionalmente las decisiones cotidianas a partir del reconocimiento de las variables en juego, la identificación de las opciones disponibles, la asunción de las decisiones consideradas más efectivas y la valoración posterior de los resultados.



- **Habilidad 6. Solución de problemas y conflictos:** destreza para afrontar de manera constructiva los conflictos inherentes a la vida humana, que afectan a las personas y las comunidades.
- **Habilidad 7. Pensamiento creativo:** destreza en la que se materializa uno de los procesos de pensamiento a disposición de todas las personas para explorar respuestas innovadoras a cada momento y situación vital.
- **Habilidad 8. Pensamiento crítico:** capacidad para cuestionar experiencias e información, sin asumir pasivamente criterios ajenos. Esta habilidad es uno de los principales motores del cambio personal y social.
- **Habilidad 9. Manejo de emociones y sentimientos:** destreza necesaria para reconocer y gestionar de manera positiva las emociones y sentimientos, tanto los propios como los de aquellas personas con las que entramos en relación.
- **Habilidad 10. Manejo de la tensión y el estrés:** capacidad para reconocer las fuentes que subyacen a las tensiones y el estrés que afectan a nuestra vida cotidiana, y de actuar positivamente sobre ellas para erradicarlas o, cuando menos, compensar su impacto.

En definitiva, cuando hablamos de *habilidades para la vida* hacemos referencia a un repertorio de destrezas psicosociales vinculadas tanto con el funcionamiento íntimo de cada persona como con su competencia relacional y su inclusión social. De la integración equilibrada de estas habilidades cabe esperar resultados positivos para la capacidad de las personas, y los grupos de los que forman parte, de gestionar adecuadamente su vida, incidiendo positivamente sobre las influencias sociales que la condicionan”.

A modo de ejemplo: “La aventura de la vida”



Finaliza su artículo, el doctor Juan Carlos Melero, describiendo un programa con trayectoria dirigido a combatir la obesidad infantil. Por considerar clave para los que queremos construir programas, que evaluemos los aspectos que proponen, transcribimos lo expuesto por el profesor Melero:

“Uno de estos programas de educación para la salud es el denominado *La aventura de la vida*: (Flores, 2012). Una iniciativa cuya primera edición experimental se puso en marcha en 1989 y cuyas principales señas de identidad son las siguientes:



- **Naturaleza.** Se trata de un programa de educación para la salud conformado por la integración de dos ejes:
 - Eje temático: centrado en los hábitos de salud sobre los que el programa se propone incidir: alimentación, actividad y descanso, alcohol, tabaco, medicamentos, higiene y seguridad.
 - Eje transversal: relativo a las habilidades para la vida sobre cuyo desarrollo pivota el programa.
- **Ámbito de actuación.** La escuela como comunidad educativa integrada por profesorado, alumnado y familias.
- **Población destinataria.** Escolares con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años.
- **Objetivo.** Desarrollo en niñas y niños de competencias adecuadas para asumir de manera positiva y crítica el cuidado de su salud personal y pública. Para ello, además de compartir información relevante sobre los principales factores de riesgo, fomenta el desarrollo de las habilidades que están en la base de la construcción de estilos de vida saludables.
- **Herramientas.** Las herramientas educativas que el programa pone a disposición de los diversos agentes implicados son las siguientes:
 - Para el alumnado: un álbum de cromos para cada escolar de cada uno de los cuatro cursos de educación básica o primaria a los que se dirige. Cada álbum integra un total de 36 cromos y otras tantas historias en las que un grupo de niñas y niños viven en primera persona diversas peripecias relacionadas con los temas abordados.
 - Para el profesorado: cada docente comprometido con el desarrollo del programa en el aula dispone de una guía didáctica. Esta, además de presentar la relevancia de la educación para la salud, propone las pautas metodológicas para la dinamización educativa del programa. Una metodología activa y participativa, que reconoce el lugar central del alumnado en la construcción de contenidos significativos. En este sentido, *La aventura de la vida* no persigue adoctrinar al alumnado en torno a la salud, sino entrenarle en el desarrollo de competencias que le permitan adoptar las decisiones más adecuadas desde el punto de vista del autocuidado y del cuidado de las demás personas y entornos con los que se relaciona.
 - Para las familias: la guía titulada *10 pasos para educar a sus hijas e hijos ante los riesgos del alcohol y otras drogas* es la base del trabajo educativo realizado con las familias. Un trabajo que puede materializarse, en función de los diversos contextos en los que el programa se desarrolla, en la dinamización de escuelas de madres y padres, el desarrollo de encuentros monográficos en torno a alguno de los temas abordados por el programa, la distribución masiva de la guía como material de lectura y debate en encuentros familiares de diverso tipo, etc.
- **Dinámica educativa.** El profesorado, mediante el recurso a dinámicas pedagógicas de corte lúdico y participativo, utiliza las herramientas didácticas del programa (las historias y los cromos mencionados) para propiciar la emergencia en el aula de experiencias significativas del alumnado como materia educativa. En este sentido, las historias propuestas no pretenden ser un relato cerrado que cada escolar deba interiorizar de manera acrítica. Antes bien, tiene como principal cometido evocar en niñas y niños experiencias, emociones, etc., relacionadas con cada uno de los temas que el programa aborda, para su tratamiento educativo.
- **Cobertura.** Desde su creación en 1989 hasta la actualidad (curso escolar 2012-2013), el programa *La aventura de la vida* ha sido aplicado en España y en los siguientes quince países de Latinoamérica y el Caribe: Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay. La dinamización del programa ha formado parte de diversos proyectos de cooperación al desarrollo



protagonizados en cada territorio por ONG locales, en colaboración con sus gobiernos (locales, regionales o nacionales), y con el apoyo de diversas instituciones públicas españolas y europeas.

- **Más información.** Una descripción más detallada del programa puede encontrarse en: <http://laaventuradelavida.net>

Conclusiones

La distribución de la *carga de morbilidad* entre países y en el interior de cada país no se debe al azar. Antes bien, subyacen a la misma vez estilos de vida que se encuentran estrechamente relacionados con las enfermedades más prevalentes en la actualidad: las enfermedades no transmisibles. Estos estilos de vida se encuentran en buena medida condicionados por *determinantes sociales* de diversa naturaleza que la investigación ha ido desentrañando. Incidir sobre ellos para su modificación, así como entrenar a las personas para compensar de manera resiliente su influjo, son actuaciones a desarrollar para la promoción de la salud individual y pública. De los múltiples componentes que debe integrar una estrategia sólida que se proponga tener impacto real sobre la salud, la educación en *habilidades para la vida* propuesta por la OMS hace ahora dos décadas, es un elemento con un elevado potencial. Habilidades para la vida que, lejos de *psicologizar* la salud pública, contribuyen al desarrollo de personas socialmente competentes, susceptibles de acometer colaborativamente aquellas mejoras que la realidad requiere.

Referencias bibliográficas y webgráficas

- (1) Alwan, A. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. 2010. Resumen de orientación*. Ginebra: OMS.
- (2) Clarke, D. et al (2003). *Skills for Health. Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*. Information series on school health. Document No. 9. Geneva: WHO.
- (3) Comisión Europea, Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (1999). *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa*. Parte Una y Parte Dos. Libro de Evidencia. Madrid: Rumagraf, S.A.
- (4) Flores Fernández, F. (1989-2012). *La aventura de la vida*. Bilbao: EDEX.
- (5) GHO (2008). *Noncommunicable diseases*. WHO. Recuperado de <http://www.who.int/gho/ncd/en/index.html>
- (6) Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Madrid: Kairós.
- (7) Munist, M., Santos, H., Kotliarenko, M.A., Suárez Ojeda, E.N., Infante, F., y Grotberg, E. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington, DC: OPS.
- (8) OMS (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- (9) OMS (2008) Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/
- (10) OMS (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Argentina: La Stampa, S.A.
- (11) OMS (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol*. Italia: OMS.
- (12) OMS (2011). *Alcohol*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>
- (13) OMS (2012a). *10 datos sobre la situación sanitaria mundial*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/global_burden/es/index.html
- (14) OMS (2012b). *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. Ginebra: OMS.
- (15) OMS (2012c). *10 datos sobre la epidemia de tabaquismo y el control mundial del tabaco*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/index.html
- (16) UNICEF (2004). *Life Skills-Based Education for Drug Prevention: Training Manual*. New York. Recuperado de <http://www.unicef.org/spanish/lifeskills/files/DrugUsePreventionTrainingManual.pdf>
- (17) WHO (1993). *Life Skills Education in Schools*. Geneva: WHO.
- (18) Wilkinson, R., Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. Second edition. Denmark: WHO.

---+---



Sobre medicamentos...

“EL USO EXCESIVO DE ANTIBIÓTICOS CAUSA ESTRAGOS ENTRE LOS RESIDENTES EN ASILOS DE ANCIANOS”

Juan Carlos González****

http://www.saludyfarmacos.org/lang/en/boletin-farmacos/boletines/ago201501/farmacovigilancia_33/

(*Overused antibiotics cause havoc among nursing home patients*)

Sarah Wickline Wallan

MedPage, 29 de junio de 2015

<http://www.medpagetoday.com/Geriatrics/GeneralGeriatrics/52355>

Traducido por Salud y Fármacos



<https://www.eblogdelasalud.info/wp-content/uploads/2015/09/Antibioticos-para-las-personas-mayores.jpg>

Pone de manifiesto que en una investigación en casas hogares de adultos mayores en Canadá, 1 de 8 adultos mayores tuvo eventos adversos por prescripción de antibióticos.

El problema

Expone que en un año, al menos el 50 % de los adultos mayores recluidos en casas hogares, recibirán antibióticos y la mayoría sin ameritarlos.

La infección urinaria es el diagnóstico más frecuente. De esta entidad, la bacteriuria asintomática es el hallazgo más frecuente.

La penicilina y la segunda generación de quinolonas fueron los antibióticos más usados.

Los eventos adversos fueron: infección por *Clostridium difficile*, diarrea o gastroenteritis, organismos resistentes a los antibióticos, y reacciones alérgicas. Los investigadores hallaron que estos eventos también se presentaban en los residentes que no recibieron antibióticos, en cuyos hogares más se utilizaron.

En los hogares

Calcularon que por cada 53 adultos mayores que usaron antibióticos, se presenta un evento adverso. En esos hogares, se presenta un evento adverso por cada 83 adultos mayores que no los usa.

Comentario: No existe duda que cada vez que se vaya a prescribir los antibióticos, hemos de hacer un balance de los riesgos y beneficios. El asunto es que aún no lo enseñamos con insistencia en las facultades.

**** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co





“REDUCIENDO LA POLIMEDICACIÓN. UNA APROXIMACIÓN LÓGICA”

Juan Carlos González⁺⁺⁺⁺

THERAPEUTICS LETTER ISSUE 90 / JUNIO - JULIO 2014

<http://www.ti.ubc.ca/es/newsletter/reduciendo-la-polimedicaci%C3%B3n-una-aproximaci%C3%B3n-l%C3%B3gica>



El problema

La polimedicación se está generalizando de forma importante en el mundo. Una causa es el envejecimiento de la población y la carga de enfermedades que ellos traen. Un ejemplo es la población de adultos mayores de Canadá, los que reciben al menos cinco medicamentos. El asunto es que entre más medicamentos, más probables son las reacciones adversas.

Paradójicamente

Las guías clínicas tienen algún grado de responsabilidad al considerar solo el problema específico y no tener en cuenta que quien padece de alguna enfermedad, puede tener otras, dejando de lado ese enfoque integral que se necesita asumir, máxime en medicamentos que interaccionan y pueden inducir efectos adversos.

Tener en cuenta

No es válido basarse en los ensayos clínicos para calcular las reacciones adversas: la razón es que en los ensayos se escogen los pacientes bajo unos criterios en los cuales se hace énfasis en que no reciban muchos medicamentos para poder acercarse más a la evaluación del medicamento en cuestión.

La tendencia actual

Basados en la evidencia, la aparición de reacciones adversas es tal, que la tendencia más beneficiosa para evitar las complicaciones de la polifarmacia es disminuir las medicaciones en particular en la población que más la padece, los adultos mayores.

⁺⁺⁺⁺ MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



¿Cómo disminuir los medicamentos?



<http://farmacia.org.ve/ve/la-que-se-convence-ajudado-2012/02/02/ve/comunitaria-medicamentos.jpg>

El artículo ofrece estas pautas:

1. Reevaluar los objetivos del tratamiento.

Muchos medicamentos propuestos en las guías, promueven vivir más, pero lo hacen provocando una serie de efectos indeseables en la vida del que los toma. En tal sentido se debe pensar si se debe o no prescribir. Un ejemplo es el uso de antipsicóticos en pacientes con demencia.

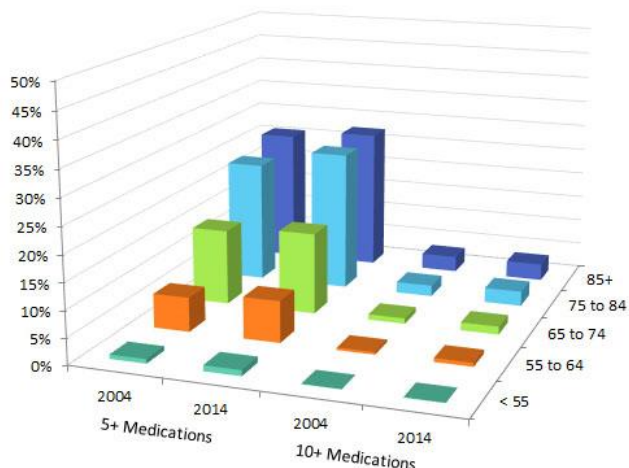
Otro ejemplo es poner en la balanza si el manejo de síntomas está por encima de los daños que puede provocar el fármaco.

Evaluar los tratamientos preventivos. Cuestionarse si el efecto indeseable que puede aparecer, es menos riesgoso que las reacciones adversas derivadas de su consumo.

2. Valorar las diferencias del riesgo absoluto, es decir, tener en cuenta la cantidad de pacientes necesarios para obtener el beneficio de un medicamento y compararlo con la cantidad de pacientes necesarios para provocar un daño. Por ejemplo, en medicamentos preventivos se necesitan muchos pacientes que lo tomen, durante mucho tiempo para obtener el beneficio, siendo más frecuente que aparezca el daño en menos tiempo.
3. En pacientes con medicación crónica, disminuir las dosis, llegando incluso hasta retirar el medicamento. Se refiere a que cuando se tienen personas que usan medicamentos permanentes (inhaladores, antihipertensivos, antidepresivos, por ejemplo), es válido proponer ir disminuyendo las dosis, evaluando si reaparecen o no las manifestaciones. La idea es dejarlos con las dosis más bajas que evitan la aparición de la manifestación.
4. Evitar el gasto innecesario por medicamentos. Con este argumento, y en particular cuando los costos son cubiertos por el paciente, se puede ayudar a que tomen conciencia y al mismo tiempo, a que ellos colaboren con la disminución. Igualmente se puede utilizar cuando los medicamentos son "gratis" haciéndoles ver que el buen uso de medicamentos es clave para que la salud llegue a todos.
5. Reevaluar la pertinencia de la medicación crónica. Se debe reconocer que aún no se tiene conocimiento acerca del seguimiento del uso de medicamentos por largo tiempo y que existe una tendencia a continuar las medicaciones crónicas, sin analizar si se pueden suspender. Por ejemplo, el uso de inhibidores de la bomba de protones tienden a no suspenderse.
6. Uso del sentido común. Hacen un llamado a que los médicos nos planteemos si nosotros usaríamos tal medicación, es decir, un llamado a ponernos en los zapatos de los pacientes. A manera de ejemplo, ¿vale la pena exponerse a los efectos adversos de las estatinas en un paciente con demencia?
7. Proponerse disminuir medicación: proponen que los médicos nos imponamos como actitud médica el promover la disminución de la polifarmacia en particular en los adultos mayores. ¿Cómo disminuir medicamentos en los pacientes con condiciones crónicas?

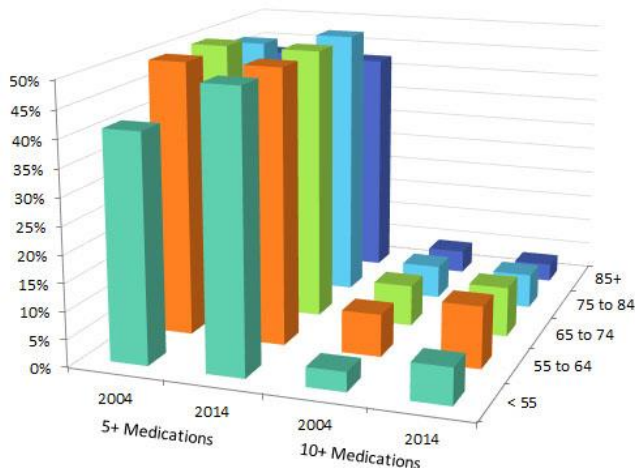


Polypharmacy in B.C. Outpatients



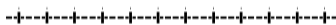
Tendencia de polifarmacia en pacientes ambulatorios

Polypharmacy in B.C. Long Term Care Facilities



Tendencia de polifarmacia en pacientes con enfermedades crónicas

Comentario: Probablemente no insistimos suficientemente, en las facultades, en los riesgos de los efectos adversos de la medicación. Es más, preparamos a nuestros estudiantes para prescribir medicamentos y no insistimos en las medidas lógicas y al alcance de todos, como son el manejo de una dieta apropiada o el ejercicio, como parte de estilo de vida, que sin duda, superan con creces los beneficios para nuestros pacientes más que la medicación. Sin duda, deberemos replantear lo que debemos enseñar...





El Peregrino que toca...

NUESTRO HIMNO CORPISTA

Gabriel Sáenz****

Esta vez el peregrino toca la puerta de nuestro propio corazón. Todos los que llevamos un sentido de pertenencia por nuestra querida institución, el Grupo Corpas, y a quienes conocimos personalmente al doctor Jorge Piñeros, nos estremece el legado de su amor por el paciente y la vida, plasmados en la letra de nuestro himno compuesto por él mismo. Cada vez que lo cantamos nos produce un sentimiento de ternura, emoción y dulzura casi hasta las lágrimas. Pienso yo que si Dios me regala la vida hasta una profunda ancianidad y ya no me encuentre laborando en este lugar, al escuchar de nuevo este himno, lloraré profundamente porque añoraré los años que Dios me regaló en esta, mi segunda familia, a la que amo profundamente.

Sin embargo, todo no se puede quedar en sentimientos. El doctor Jorge Piñeros quiso dejarnos un mensaje muy profundo en la letra del himno, mensaje en el cual he reflexionado, como creo que pocos lo hemos hecho. Pienso que es importante que este mensaje no se pierda y se quede tan solo en tres estrofas bonitas. Así pues, los invito a que reflexionemos sobre este tema para vivir profesional y humanamente el mensaje de nuestro fundador.

En la cátedra *Proyecto Personal de Vida*, que yo dicto a los estudiantes de premédico, revisamos un capítulo sobre el perdón y como ayuda visual utilizo el bello relato de la parábola del Hijo Pródigo (Lc. 15: 11) apoyado en el cuadro del pintor holandés Rembrandt, cuyo nombre de la obra se refiere a este relato evangélico. Aunque el cuadro posee muchos simbolismos, me referiré solo a las manos del padre impuestas sobre la espalda del hijo que regresa del país lejano.

La última vez que comenté con mis alumnos el valor de estas manos en el cuadro, me conecté inmediatamente con la frase de la última estrofa de nuestro himno, "si con tu mano puedes curar". En seguida le dije a mis alumnos: "¡Mírense las manos!", esas manos que te han sido dadas para que más adelante, como médicos, las extiendas a todo aquel que sufre, las apoyes sobre los hombros de todo aquel que se te acerque a pedir alivio y consuelo y entonces le preguntes: "¿Qué quieres que haga por ti?"

*Sí, esas manos que me sostuvieron desde que nací,
me dieron calor, me han protegido en el peligro,
me han consolado, me han dicho adiós muchas veces,
me han abrazado, son las manos de nuestros padres,
de nuestros profesores, de nuestros amigos,
de nuestros esposos o esposas,
de nuestros médicos.*

Entonces, desde aquel momento me di cuenta lo importante que sería revisar frase por frase y estrofa por estrofa del mensaje del doctor Jorge Piñeros en nuestro himno. He aquí el resultado:

**** Capellán CJNC. Consejero Pastoral FUJNC.



Comencemos con la primera estrofa: ¿Quién es ese hombre que llora su vida y entre la bruma busca su ser? ¿Quién es ese hombre que sufre y entre su angustia busca una respuesta a su enfermedad? Por obvias razones, es todo paciente que busca alivio y consuelo. Es ese Hijo Pródigo que antes, cuando gozaba de plena salud era una "roca" y nadie lo vencía porque era el mejor, el que todo lo podía, era el más poderoso, el más famoso, admirado por todos, envuelto en toda clase de fantasías sexuales, rumba y alcohol.

Ahora, ese gran hombre es un pobre hombre, solo, lleno de temores y miedos. Sus fantasías ahora son de espantos, llora y se esconde en la bruma de su ser. Se pregunta si realmente le importa a alguien. Su mundo se ha tornado oscuro, su vida o lo poco que queda de ella, ya no tiene sentido. Dentro, llora una

soledad que no puede aguantar. Ese es el hombre que "llora su vida y entre la bruma busca su ser" perdido en las tinieblas de la incertidumbre.

Revisemos la segunda estrofa: Esa "roca" está herida y es necesario abrirla como el cirujano que drena un absceso. Pero este procedimiento no se puede hacer de cualquier manera, son necesarios un conocimiento y una técnica especiales que solo el médico conoce. Esa técnica es la "senda" con la que comienza esta segunda estrofa. Sin embargo, una senda no es una carretera, es un caminito o una trocha que nos conduce al punto álgido o doloroso de la herida, de esa "roca" que duele y drena angustia.

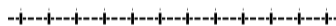
Una vez abierta la herida, es necesario lavarla con una solución salina estéril. En la botella el rótulo dice "agua viva". ¿Cuál es esa "agua viva" con la que debe lavarse la herida? En el capítulo cuatro, versículo nueve del evangelio de San Juan (Jn 4: 9), se narra el siguiente diálogo entre Jesús y la Samaritana junto al pozo de Jacob, cuando Jesús le dice a ella: "Dame de beber". La Samaritana le responde: "¿Cómo tú siendo judío me pides de beber a mí, que soy samaritana?" Jesús le contesta: "Si conocieras el don de Dios y quién es el que dice "dame de beber", le pedirías tú y él te daría agua viva". Mas adelante Jesús le dice: "El agua que te daré se convertirá dentro en un surtidor de agua que salta hasta la vida eterna".

Pienso que el doctor Piñeros estaba muy consciente de cuál era, y es, esa "agua viva" con la que se debe lavar la roca herida de quien sufre. Esa "agua viva" es el don de Dios, es decir, iel amor!

La tercera estrofa es como la conclusión de lo anterior. Es la consecuencia lógica de un procedimiento quirúrgico en el alma del paciente. Si has puesto tus manos sobre el dolor de quien sufre y has curado esa herida, toda la vida serás consuelo. Es decir, misericordioso. El concepto de misericordia, del prefijo miser y el sufijo cordia (miseria-corazón), significa poner el corazón en la miseria del enfermo. De esta manera te convertirás en un mar hondo, profundo donde puedas alojar todo el sufrimiento de tus pacientes, de quien acuda a ti pidiendo amor, consuelo o refugio y eternamente, ya en la trascendencia serás un ser de amor junto a Dios. Serás un surtidor de "agua viva" que salta hasta la vida eterna. En otras palabras, alcanzarás la plenitud de tu ser, en la plenitud de Dios, para que, sin dejar de ser lo que eres, seas lo que Dios es: iamor!

La pregunta final sería: ¿No fue eso lo que el doctor Piñeros hizo en su vida? Identificó al hombre que sufre, abrió su herida, la lavó con "agua viva", fue consuelo del paciente a través de sus manos y se convirtió en el mar hondo del sufrimiento del paciente y ahora, en su trascendencia, goza del amor de Dios.

Propuesta: Cuando cantes nuestro himno piensa en estas reflexiones. De esta manera no perderemos el mensaje de nuestro fundador en este bello himno.





NOTICOMUNITARIA

FINALIZA LA PRIMERA INTERVENCIÓN DEL PIPSA

Juan Carlos González Q^{§§§§}, Ángela María Hernández P.^{****}



El pasado 30 de noviembre culminó la primera intervención del Programa Integral de Promoción de Salud del Adolescente (PIPSA), un inmenso esfuerzo durante cinco años de seguimiento a 360 jóvenes de tres colegios públicos de la localidad.



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

**** MD, Magíster Educación. Especialista en Salud Familiar. Profesor Agregado FUJNC angela.hernandez@juanncorpas.edu.co



Dentro de los resultados cualitativos de impacto está el descenso de los factores de riesgo, aspecto que se tendrá que constatar con las mediciones cuantitativas que se hagan posteriormente.



Millones de gracias a todos los estudiantes de los semestres 9° y 10° de la Práctica de Psicología Comunitaria de la Corporación Universitaria Iberoamericana y la Universidad Manuela Beltrán por su constante acompañamiento y colaboración en el desarrollo de los talleres lúdico-educativos.



Gracias a la enfermera jefe Ruth Marina Quiroz, a las doctoras Jenny Salamanca y Ángela María Hernández, y a Diana González, secretaria de la Red de Apoyo al Adolescente de Suba (RAAS), por su colaboración incondicional en este hermoso proyecto.

Un agradecimiento especial al director del Departamento de Medicina Comunitaria de la FUJNC, doctor Juan Carlos González, creador de este hermoso programa.



JORNADA DE PEDICULOSIS EN LA FUNDACIÓN JORGE OTERO Y MARÍA LIÉVANO DE OTERO

Jenny Salamanca⁺⁺⁺⁺⁺

El viernes 4 de diciembre, el grupo de Pediatría Comunitaria, a cargo de las doctoras Jenny Salamanca, Karol Guzmán y Beselink Quesada, llevó a cabo una jornada de revisión e intervención de pediculosis en la Fundación Otero Liévano.



El grupo de estudiantes de 9º semestre se comprometió con la comunidad de niñas en estado de vulnerabilidad que se encuentra en la Fundación. Cada estudiante ayudó con los materiales que incluían: champú (permetrina 1 %), peine, así como con la elaboración de actividades lúdicas de entretenimiento para las niñas durante la actividad.



Se trabajó con 30 niñas cuyos acudientes dieron la autorización correspondiente, quienes a su vez se comprometieron con continuar con las recomendaciones en casa.

⁺⁺⁺⁺⁺ MD. Docente Departamento de Medicina Comunitaria – FUJNC * jenny-salamanca@juanncorpas.edu.co



Un agradecimiento a todos los que ayudaron con esta causa.



Corpas comprometida con la comunidad!!!



PARTIDA DE LA JEFE RUTH MARINA QUIROZ

Juan Carlos González Q****

Con profundo pesar para nosotros, nos deja la enfermera jefe Ruth Marina Quiroz Rivera, docente del Departamento de Medicina Comunitaria, Especialista en Salud Familiar y Magíster en Educación Sexual.



La jefe se ha pensionado y nuevos y diferentes planes reclaman su presencia en campos por completo diferentes a la academia. Durante estos 13 años nos ha dado un ejemplo de compromiso académico y asistencial inalcanzable. Diseñó, construyó y ejecutó un ambicioso proyecto de educación sexual para los adolescentes dejándonos el reto de continuarlo, lo que reconocemos, va a ser bien difícil.



Todos sus compañeros la vamos a extrañar, pero nos alegra el corazón saber que todo lo que le espera está enmarcado en un bellissimo plan familiar.



¡Dios quiera que tanto ella como nosotros descubramos formas donde aprovechemos toda la sapiencia que ella ha acumulado y que nuestros jóvenes tanto necesitan!

**** MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



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.
José Gabriel Bustillo P.
Carlo Rizzi
Guillermo Restrepo Ch.
Mario Villegas N.
Juan Carlos Velásquez
Gabriel Sáenz
Docentes Departamento Medicina Comunitaria