



CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina Comunitaria

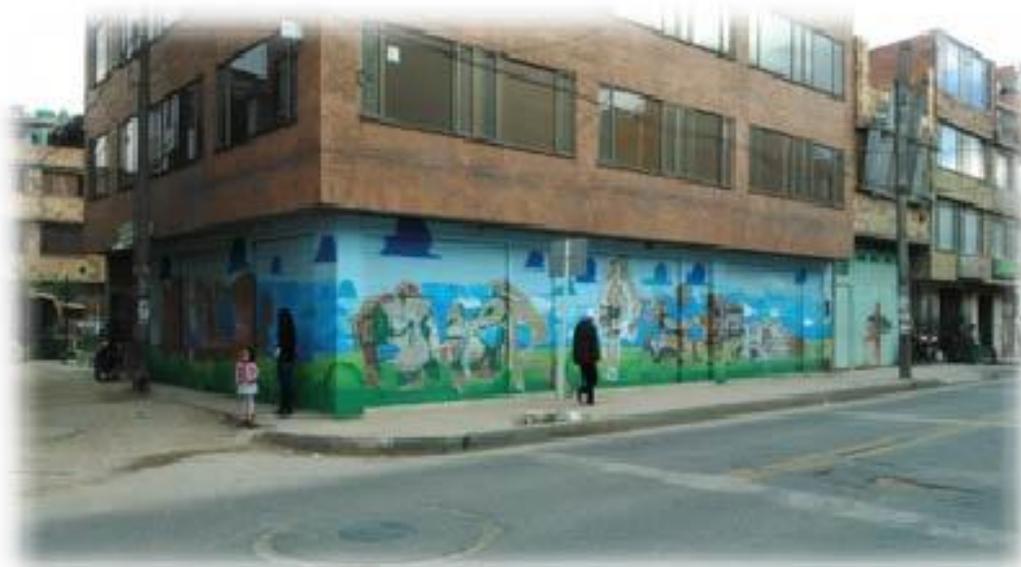


Pedagogía
Caso Clínico
Salud Mental Comunitaria
Nuestro Invitado
Seguridad Social
Carta de lectores



Salud Pública

Revisión de artículo



Investigación



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





TABLA DE CONTENIDO

Editorial

Hacia dónde debe ir el Departamento de Medicina Comunitaria de la Fundación Universitaria Juan N Corpas

Juan Carlos González Q.

Investigación

¿Qué está ocurriendo con el estado de salud en cuanto a morbilidad de 380 adultos mayores de 60 años de la localidad de Suba de la ciudad de Bogotá desde el 2014 al 2015?

N Gómez, R Castro

Atención Primaria en Salud

“Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la promoción de la salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano”

Juan Carlos González Q.

Seguridad social

A propósito de una respuesta

Juan Carlos González Q.

Revisión de artículo

“Relaciones entre los puntajes obtenidos en las escalas de Jefferson para la empatía médica y las percepciones del paciente y el enfoque humanista en la atención”

Jenny Paola Salamanca P.

Sobre medicamentos

Breves comentarios que nos alertan sobre el uso de algunos medicamentos

Juan Carlos González Q.

El peregrino que toca

La Medicina: ¿un camino a la santidad?

Gabriel Sáenz

NotiComunitaria

Falleció el doctor David Sackett, padre de la Medicina Basada en la Evidencia

Juan Carlos González Q.



EDITORIAL

HACIA DÓNDE DEBE IR EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA COMUNITARIA DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N CORPAS

Juan Carlos González Q. ‡

El mundo está viviendo algo muy particular. El anhelo "humano" de la globalización, tan promovida al comienzo de siglo, no ha traído los beneficios que se postulaban.



<http://www.otromundoesposible.net/wp-content/uploads/2013/01/globalizacion-economica.jpg>

Las desigualdades económicas y sociales están más presentes y son más profundas (1). El daño al medio ambiente producto del consumismo excesivo ya no es cuestionable... Existe, ha existido y sigue avanzando a pasos alarmantes, a pesar de saber que el modelo económico que la humanidad ha impuesto es el principal responsable y el daño ya es innegable (2).



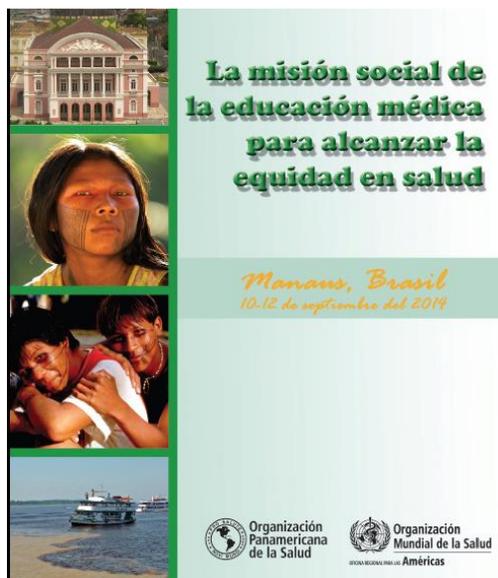
http://fichef-1.bbci.co.uk/news/ws/660/amz/worldservice/live/assets/images/2015/06/18/150618115620_laudato_si_624x351_reuters.jpg

Hoy como nunca, la humanidad necesita un nuevo modelo de desarrollo. El papa Francisco en su encíclica Laudato Si' (3) hace un extraordinario llamado. Es de esperar que otros líderes mundiales hagan lo propio. Resulta muy evidente que debemos reencausar el modelo de desarrollo.

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

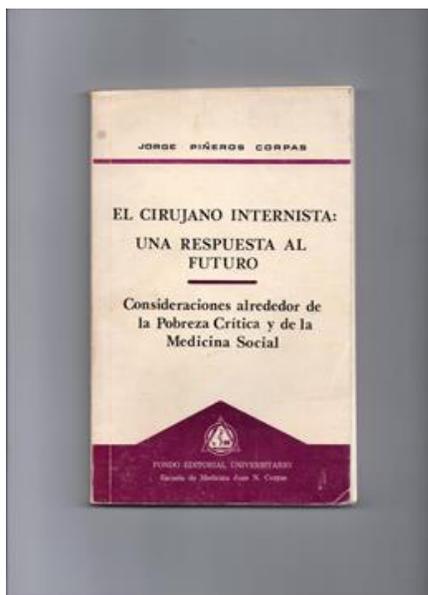


La educación se debe modificar. De formar bajo una visión competitiva volcada al proyecto de la ganancia individual, debe pasar a formar en torno a los valores sociales que promuevan y permitan entender que todos somos responsables de todos y del mundo que habitamos. Esa formación, donde el éxito se mide por la capacidad de generar ganancias, de promover el consumo, ha sido responsable en algún grado de las consecuencias y situaciones con las que hoy convivimos. Debe, por sobre todo, mostrarnos que todos tenemos responsabilidad con los demás y que solo con una política mundial que asuma tal pensamiento con sus consecuencias en el actuar, recuperaremos el camino hacia el cual la humanidad debe dirigirse.



La salud no ha sido ajena a todo lo que está sucediendo. Los sistemas de salud basados en la visión individual de la salud y de la enfermedad (denominada modelo biomédico) han mostrado que no responden a las necesidades de la población (4). Una forma distinta, más social, con enfoque más integral, se hace necesaria y hoy se reconoce como la Atención Primaria en Salud (5). Esto implica una forma distinta de enseñar la medicina (6), donde el ambiente comunitario cobre la importancia que le corresponde y se convierta en el punto de encuentro para la aplicación de la integralidad en torno al actuar en salud, pero por sobre todo, donde distintos sectores sociales se unan para responder por las necesidades de la población y convertir a los profesionales en verdaderos impulsores del cambio social.

La FUJNC desde su origen declaró su misión social. El fundador concibió originalmente la formación de un médico general como respuesta a las necesidades del país, siendo esta coincidente con la propuesta del seminario de ASCOFAME (7), que planteó lo mismo como camino para las facultades de medicina. Sin embargo, y es mi opinión, las facultades, tanto las existentes del momento (públicas predominantemente) y las que vinieron surgiendo en la década de los años 1970, profundizaron en el modelo Flexneriano y en la tendencia a la medicina biomédica. Se impulsó más la visión especialista que la integral. Algunas, la Corpas entre ellas, no incurrieron en ello.



La Corpas pretendió formar ese necesario médico general, dando un primer paso, formando un grupo de médicos integrales, que el doctor Piñeros Corpas denominó Cirujanos Internistas (8) y que deberían aprender a ejercer integralmente y a enseñar. Él sostenía que el ejemplo de los docentes es la mayor influencia en los estudiantes. Por ello quiso formar un docente diferente. Lo cierto es que, con esa concepción (integral entre la asistencia y la docencia) unos años después surge el posgrado de Medicina Familiar Integral que hoy tenemos.

Universidad + Comunidad

Hacia 1988 el fundador de la Corpas encargó a un grupo de estos médicos integrales en formación que se referenciaran en proyectos, donde la universidad trabajase unida a la comunidad en Bogotá. Partiendo de lo que estaba haciendo la Secretaria de Salud de Bogotá a través de los COPACOS (Comités de Participación Comunitaria), el doctor Alonso Olarte mostró la experiencia que se venía adquiriendo en la unión de la salud con la comunidad organizada. Luego se conocieron valiosas experiencias de la Universidad Javeriana con el Departamento de Medicina Preventiva, de la Universidad del Rosario en el barrio Gran Britalia, un proyecto cofinanciado con aportes externos. Se supo, además, lo que hacía la facultad de enfermería de la Universidad Nacional; se vio el programa de la Fundación Santa Fe con comunidades en los cerros de Usaquén; pero, por sobre todo, se visitó al Departamento de Medicina Comunitaria de la Universidad del Bosque, con sus proyectos, en los cerros orientales de San Cristóbal, donde y desde entonces, ya vinculaban facultades de las áreas de salud y de las ciencias sociales.



Historia...



Servicio de Medicina Comunitaria
1988-1991



Asociación Comunitaria la G
1991 a 2001



Creación del departamento
Enero del 2003

Experiencia...

De aquella experiencia surgen los primeros proyectos comunitarios que la Corpas desarrolló en primera instancia con los recién creados Hogares Comunitarios de Bienestar, específicamente con *las madres comunitarias*, agentes educativos de dicha entidad, en lo que se conoce como la UPZ 71 de la localidad de Suba. Se iniciaron esas prácticas donde profesores y estudiantes evaluaban a la población, procurando resolver hasta donde se podía la problemática encontrada (1988 a 1993). De allí se pasaron a crear, con las Juntas de Acción Comunal, centros comunitarios de salud y con ellos se abrió la rotación por el servicio de medicina comunitaria de forma oficial (1994 a 2001). En el 2003 se crea el Departamento de Medicina Comunitaria, donde se consolida la docencia en la comunidad y donde se desarrollan cerca del 30 % de las prácticas y clases de los estudiantes de pregrado y acuden, según solicitud, electivas de pregrado y estudiantes del posgrado de Medicina Familiar.



En el 2013 la facultad fue acreditada y una de las tres razones por las que el Consejo Nacional de Acreditación nos reconoció como sobresalientes, es la forma como se enseña la medicina en ambientes comunitarios. Esto, junto con el posicionamiento que tiene la Medicina Familiar y las posibilidades de investigar en farmacología vegetal nos afianzan como una facultad con compromiso social.



La facultad pretende formar médicos impregnados en lo social, encontrando en la Atención Primaria en Salud un referente de hacia dónde ir. ¿Qué se pretende? Enseñar el ejercicio de la medicina en ambientes comunitarios (9), por ser en ellos, donde se puede traspasar la atención de los enfermos (enfoque dominante de la medicina hasta el momento) y hacer real la prevención, la promoción y la rehabilitación (visión integral de la salud) (10). Además, allí mismo se puede conocer la realidad en la que vivimos y comprender que para lograr la salud y el bienestar, existen factores que deben modificarse que van más allá de la medicina (11) y de las demás profesiones de la salud, por lo que se necesita de otros conocimientos o profesionales y que, para modificar la realidad actual, esta deberá ser abordada uniendo el esfuerzo de los distintos sectores. Por otro lado, debemos entender que si la persona, su familia y la comunidad, no toman conciencia de sus condiciones, de lo que deben hacer para enfrentar la enfermedad, de cómo deben participar para que los servicios sean mejores (12), entonces todo lo que se haga por la salud, por el bienestar, quedará incompleto.



Nosotros hemos tenido un interesante programa académico con escenarios de práctica (13) en los últimos 13 años. Allí los estudiantes aprendían semiología, bases de medicina interna, de pediatría, rotación que combinaban con la hospitalaria. Pero así mismo, han podido apreciar esa realidad de cómo vive buena parte de la población (los centros de salud estaban ubicados en barrios de estratos bajos). Allí la clave, son y han sido los docentes, médicos que enseñan con el ejemplo. Médicos que no dudan en hacer una práctica llevando a los estudiantes donde los adultos mayores se reúnen para evitar, aunque sea un poco, la soledad que nuestra sociedad incita. O de llevarlos a los hogares comunitarios, a evaluar niños que son cuidados por madres sustitutas en tanto sus padres trabajan. O de evaluar a familias que los párrocos o los pastores nos piden ayudar, ya sea a través de la consulta en los centros médicos o a través de la remisión. Los docentes, con su actitud son los que hacen que dichas prácticas tengan un valor más allá del estrictamente esperado para las competencias médicas. Materias como Salud Familiar o Seguridad Social, prácticas de Medicina Interna o de Pediatría, abordajes comunitarios en Investigación Social, actividades en promoción y prevención, son realizadas en comunión con la comunidad del área de influencia de aquellos centros comunitarios. Ellos (los docentes), allí enseñan no solo competencias médicas, enseñan humanidad, solidaridad... les enseñan a los estudiantes cómo podemos sentir bondad a través de ofrecernos a los demás. Y eso, nos acerca a Dios... al menos a mí y me hace creer que puedo aportar, así sea poco, pero aportar.

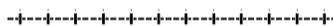


A raíz del nuevo decreto de habilitación (14), los centros comunitarios, que antaño fueron administrados por la Fundación Salud Familia y Comunidad, tuvieron que ser cerrados (incapacidad para cumplir con la nueva reglamentación) y la facultad decidió construir un solo centro comunitario en el barrio Lisboa. El reto que tiene ante sí es suplir a los tres de antaño. Los docentes que tanto nos han dado, deberán ahora sostener ese trabajo con comunidad y

construir con ellos la forma de cumplir con esos requisitos que la ley promueve (15), donde sabemos que nosotros hemos venido adquiriendo experiencia. No dudo que los estudiantes aprenden en comunidad habilidades específicas para su profesión, pero reitero que mi esperanza es que allí aprendan a ser más humanos, que allí a través de lo que ven, puedan concebir la necesidad de la Atención Primaria en Salud, que al fin de cuentas es el camino, que sostengo, hemos de seguir para cumplir con nuestra misión y a través de esta, ser reacreditados.

REFERENCIAS

- (1) Bolle P. Desigualdades y globalización financiera en un informe que llega justo a tiempo. Revista Internacional del trabajo. Consultado en http://www.ilo.org/public/spanish/revue/download/pdf/s7_bolle.pdf.
- (2) http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R19-sp.pdf?ua=1.
- (3) <https://www.aciprensa.com/noticias/texto-completo-la-enciclica-laudato-si-del-papa-francisco-en-pdf-y-version-web-64718/>.
- (4) Pinzón CE. Paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. Acta Médica Colombiana. 2008; 33(1): 33-41. Consultado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v33n1/v33n1a7>.
- (5) Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Informe sobre la salud del mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca [citado 2014 Diciembre]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/es/>.
- (6) http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10006%3Areunion-sobre-la-mision-social-de-la-educacion-medica-para-alcanzar-la-equidad-en-salud&catid=526%3Ahuman-resources-health&Itemid=2054&lang=es
- (7) Asociación Colombiana de Facultades de Medicina – ASCOFAME. Seminario El médico general una respuesta al futuro. Bogotá junio 7 al 10 de 1978. Bogotá. Editorial Andes mayo de 1979.
- (8) Piñeros J. El cirujano internista: una respuesta al futuro. Fondo Editorial Universitario Escuela de Medicina Juan N Corpas. Bogotá 1988.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. La Formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2.
- (10) Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Ministerio, OPS y Universidades por la APS. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1462:ministerio-ops-y-universidades-por-la-aps&catid=767&Itemid=554.
- (11) Halfon N, Larson K, Russ S. El porqué de los determinantes sociales Healthcare Quaterly. Vol. 14. Spetial Edition October 2010.
- (12) Gofin J, Gofin R. Atención Primaria Orientada a la Comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health. 2007; 21(2/3):177-185.
- (13) Campos F et al. Caminos para acercar la formación de profesionales de salud a las necesidades de la atención primaria. Revista brasileira de educação médica. 2001; (25):2.
- (14) Resolución Número 1441 de 2013.
- (15) Decreto Número 2376. Julio, 2008.





Investigación...

Qué está ocurriendo con el estado de salud en cuanto a morbilidad de 380 adultos mayores de 60 años de la localidad de Suba de la ciudad de Bogotá desde el 2014 al 2015

Natalia Gómez Ardila[§], Rosa Isabel Castro Castro^{**}.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil de morbilidad y el estado de salud biopsicosocial de una muestra de pacientes mayores de 60 años de la localidad de Suba (Bogotá) de junio de 2014 hasta febrero de 2015.

Tipo de estudio y población: Estudio descriptivo de corte transversal realizado en 380 pacientes mayores de 60 años ubicados en la localidad de Suba que asistieron a consulta médica en el Centro Médico Villa Elisa Corpas.

Metodología: Se realizaron encuestas personales y se revisaron historias clínicas del Centro Médico Villa Elisa, IPS de la localidad de Suba, como soporte de la atención médica que han recibido los pacientes. Para el análisis de los datos se utilizó un porcentaje de error del 5 %.

Resultados: Las patologías encontradas en la población son, en su mayoría, las relacionadas con síndrome metabólico, principalmente la dislipidemia y la diabetes mellitus tipo 2, presentes en más del 20 % de la población estudiada. El evento cerebrovascular se encontró en el 7 % de los pacientes adultos mayores estudiados.

Conclusión: Las políticas en salud dirigidas al adulto mayor no tienen todavía impacto, al menos en lo atinente al grupo focal estudiado en esta investigación. Se espera que, una vez se implemente la estrategia de la Atención Primaria en Salud, situaciones como estas cambien en pro del bienestar de la población.

Palabras clave: Salud, adulto mayor, morbilidad, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Objective: To describe the morbidity profile and biopsychosocial health status of a sample of patients over 60 years old and up, inhabitants of Suba (Bogotá), from June 2014 to February 2015.

Study type and population: A cross-sectional descriptive study was carried out on 380 patients over 60 years and up who live in Suba (Bogotá) and who attended to Villa Elisa Corpas Medical Center.

Methodology: Personal surveys were administered. Also patient records were checked from Villa Elisa Corpas Medical Center located in Suba, Bogotá. A rate of 5 % error was kept in mind for the data analysis.

Results: The pathologies found in the population are mainly those ones associated to metabolic syndrome, mainly dyslipidemia and diabetes mellitus type 2 (more than 20 % of). The cerebrovascular event was found in 7 % of the elderly patients studied.

Conclusion: The health policies focused on the elderly haven't yet had an impact on their health condition, at least on the studied population. It is expected once the Primary Health Care strategy be implemented, this situation can change for the community welfare.

Keywords: Health, aged, morbidity, primary health care.

[§] Bióloga. Universidad Javeriana Bogotá.

^{**} Médico Cirujano. Fundación Universitaria Juan N. Corpas, rosa-castro@juanncorpas.edu.co



<http://www.ejenoticiasperiodico.com/abuelos-de-la-tebaida-con-mejor-atencion/>

INTRODUCCIÓN

La población mayor de 65 años se calcula en más de 290 millones de personas con un aumento creciente en las últimas décadas. Se estima que, en los próximos 50 años, la proporción de este grupo de edad aumentará del 6,8 % de la población mundial al 15,1 %. Así en el año 2050 habrán muchos más ancianos (superarán los 1400 millones). En los países en desarrollo el problema radica en que no cuentan con los medios para atender las necesidades de los ancianos.

Los estudios de morbilidad y mortalidad ayudan a medir y valorar indirectamente el nivel de salud alcanzado por la población, lo cual permite optimizar la planificación de la prestación de servicios médicos. En los países en desarrollo se estima que, para el año 2020, las muertes a causa de las enfermedades cardiovasculares aumentarán del 15 % al 20 % y, en el año 2030, las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles mencionadas anteriormente serán responsables del 75 % de las muertes en el mundo. Es decir, se calcula que en el año 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por enfermedades cardiovasculares y se pronostica que seguirán siendo la principal causa de muerte a nivel global.



<http://www.colombia.com/vida-sana/salud/sdi/35230/la-mayoria-de-los-infartos-se-pueden-prevenir>

En Colombia, igualmente, las causas de mortalidad están encabezadas por las enfermedades cardiovasculares, que corresponden al 28,7 % de todas las defunciones. La hipertensión arterial, la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia cardiaca constituyen problemas importantes de salud pública en el país. Las principales causas del envejecimiento poblacional en Colombia son el aumento



de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de la fecundidad y los procesos de migración.

La localidad, de Suba de la ciudad de Bogotá (Colombia), está clasificada entre las localidades con población expansiva. El crecimiento poblacional proyectado por el DANE entre los años 2010 y 2011, calcula en 2,3 % el correspondiente a dicha localidad. Por otro lado, la tasa de dependencia muestra la carga demográfica de las personas jóvenes (0 a 14 años) y las personas adultas (mayores de 65 años). De acuerdo con la Encuesta Distrital de Demografía y Salud de Bogotá, el 9 % de las personas de Suba son mayores de 59 años. Por género, este porcentaje es del 8 % entre los hombres y llega al 10 % entre las mujeres. Al 49 % de los adultos mayores de Suba se les ha diagnosticado hipertensión, al 23 % artritis, al 22 % alergias, al 16 % enfermedad coronaria y al 11 % diabetes mellitus tipo 2.

METODOLOGÍA

Diseño metodológico: Estudio descriptivo de corte transversal que mide la prevalencia de situaciones que impactan la salud de una muestra poblacional, así como las comorbilidades y el efecto de la exposición a algunas variables que pueden favorecer o disminuir la salud del adulto mayor.

Definición del universo: Corresponde al total de la población de adultos mayores de la localidad objeto (Suba), es decir, 100 479 adultos mayores.

Población y muestra del estudio: 380 pacientes mayores de 60 años ubicados en la localidad de Suba, cuyos datos fueron tomados desde junio de 2014 hasta febrero de 2015. La muestra se tomó de los pacientes que asistieron al Centro Médico Villa Elisa IPS de la localidad de Suba, a quienes se les aplicó una encuesta. Además, se efectuó una revisión de las historias clínicas de estos pacientes, como soporte de la atención médica que han recibido y para la obtención de los datos del estudio.

Criterios de inclusión: únicamente se incluyó la población que diligenció el consentimiento informado, asegurándoles la total confidencialidad de su identidad.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión del estudio

Criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 60 años (mujer/hombre).
2. Residentes en la localidad de Suba (Bogotá).
3. Deseo de participar en el estudio.
4. Tener alguna morbilidad asociada.

Criterios de exclusión:

1. Menores de 60 años.
2. No ser residentes de la localidad de Suba (Bogotá).
3. No desear participar en el estudio.
4. Cursar alguna enfermedad terminal.
5. No tener consentimiento informado.
6. Vivir en un hogar geriátrico.

Cálculo del tamaño muestral: El cálculo del tamaño muestral se realizó con un software disponible en la web: <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>, aplicando un nivel de confianza del 95 % y teniendo en cuenta que el tamaño de la población de adultos mayores de la localidad objeto es de 100 479, obteniendo de esta manera un total de 380 individuos como mínimo.



Variables y nivel de medición:

Tabla 2. Variables y nivel de medición

Nombre de la variable	Definición	Dimensiones	Fuente	Escala de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Adultos con 60 o más años de edad.	Información suministrada por el paciente.	Naturaleza: cuantitativa. Valor: discreto. Escala de medición: razón.
Riesgo cardiovascular	Probabilidad que tiene una persona de sufrir una enfermedad cardiovascular en el corazón o en el cerebro en un determinado período de tiempo.	Porcentaje de riesgo cardiovascular a 10 años (1 % - 9 %), (10 % - 19 %), >20 %.	Historia clínica.	Naturaleza: cuantitativa. Valor: discreto. Escala de medición: razón
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Femenino o masculino	Información suministrada por el paciente.	Naturaleza: cualitativa. Valor: discreto. Escala de medición: nominal.
Estrato socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	Estrato: 1, 2, 3, 4, 5, 6.	Información suministrada por el paciente.	Naturaleza: cualitativa. Valor: Discreto. Escala de medición: ordinal
Cobertura de acceso al servicio de salud	Es la cobertura que debe tener cada individuo para su seguridad en salud.	Cuenta con servicio de salud: Sí, No. Oportunidad en el acceso de servicio de salud: Sí, No.	Información suministrada por el paciente.	Naturaleza: cualitativa, dicotómica. Valor: discreto. Escala de medición: ordinal.
Tipo de patología	Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.	Presencia de patologías que indiquen morbilidad de mayores de 60 años: hipertensión arterial, dislipidemia, evento cerebrovascular, diabetes mellitus tipo 2.	Historia clínica.	Naturaleza: cualitativa. Valor: discreto. Escala de medición: nominal.
Estado de salud adulto mayor	Estado en que una persona, en nuestro caso adulto mayor, no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones.	Estado: bueno, regular o malo.	Historia clínica.	Naturaleza: cualitativa. Valor: discreto. Escala de medición: ordinal.
Red de apoyo	Las redes sociales de apoyo se refieren a un conjunto flexible de personas con las que mantenemos un contacto frecuente y un vínculo social cercano.	Disponibilidad de apoyo: Apgar Familiar: Buena función, disfunción familiar leve, disfunción familiar moderada, disfunción familiar severa.	Encuesta Apgar Familiar.	Naturaleza: cualitativa. Valor: discreto. Escala de medición: ordinal
Percepción del ánimo	Estado psicológico que refleja las vivencias afectivas y emocionales que se están teniendo.	Satisfacción con su vida, satisfacción con su lugar de residencia, satisfacción con su situación económica.	Encuesta de la percepción del ánimo.	Naturaleza: cualitativa. Valor: discreto. Escala de medición: ordinal.

Método de recolección de datos: La recolección de los datos se realizó desde junio de 2014 hasta febrero de 2015 a través de la aplicación de instrumentos, con su respectiva prueba piloto, y la entrevista semiestructurada, con preguntas iguales para todos los participantes.

Manejo de la información: Para la tabulación se utilizó el programa Microsoft Excel 2013, en el cual se registraron las siguientes variables: 1. Edad, 2. Peso y Talla (para el cálculo el índice de masa corporal - IMC), 3. Sexo, 4. Estrato socioeconómico, 5. Facilidad del acceso al servicio de salud, 6. Antecedentes patológicos, 7. Estado de salud (Bueno, Regular, Malo), 8. Red de apoyo, 9. Percepción del ánimo, 10. Tipo de afiliación para servicio de salud y 11. Riesgo cardiovascular. Así mismo, para el análisis de la información, de acuerdo al método elegido, se usó Excel 2013 junto con EpiData.



RESULTADOS

Características sociodemográficas

Tabla 3. Porcentaje de distribución por sexo de una muestra de pacientes mayores de 60 años que asistieron al Centro Médico Villa Elisa entre junio de 2014 y febrero de 2015

SEXO	N°	%
Femenino	336	88
Masculino	44	12
TOTAL	380	100

Más del 80 % de la población que participó en el estudio son mujeres. El dato estadístico obtenido coincide con la distribución de población mayor de 60 años descrita en el boletín estadístico por localidades de la ciudad de Bogotá, año 2013, el cual menciona que la población de la localidad de Suba está liderada por el sexo femenino (12).

Tabla 4. Distribución por edad de una muestra de pacientes mayores de 60 años que asistieron al Centro Médico Villa Elisa entre junio de 2014 y febrero de 2015

Variable	N=380	Sum	Mean (95% cfi)	Min	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max		
Edad	380	25783.0	67.85	67.23	68.47	60.00	60.00	60.00	62.00	68.00	70.00	77.00	80.00	84.00

. TABLES Edad

Podemos identificar que la distribución por edad de la población se concentra en una media de 67 años, un mínimo de 60 años, cumpliendo de esa forma con los criterios de inclusión descritos anteriormente, y un máximo de 84 años. La gran mayoría de la población estudiada tiene la edad dentro de los límites de la esperanza de vida proyectada para Bogotá y para la localidad de Suba, como se muestra en la figura 1.

DETALLE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SUBA	75,6	80,7	78,1
BOGOTÁ	75,9	80,2	78

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006 – 2015 (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 12, Pág. 21)

Figura 1. Proyección esperanza de vida al nacer según sexo, localidad de Suba, años 2010-2015.

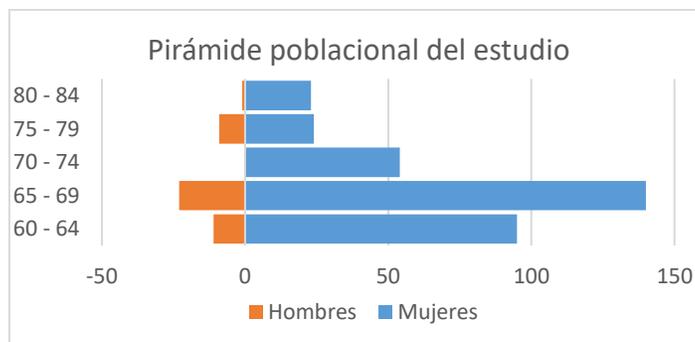
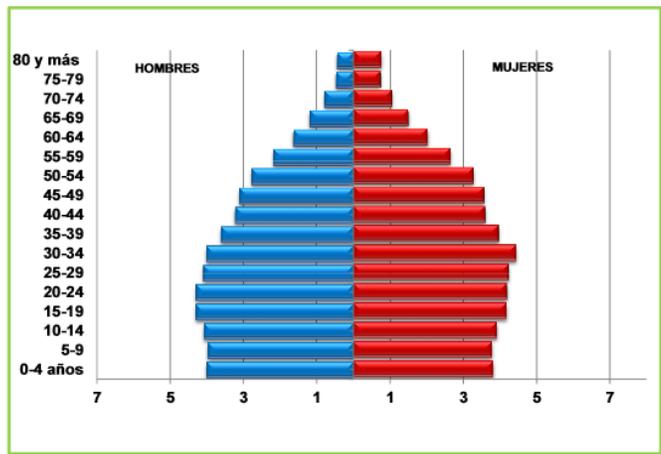


Gráfico 1. Pirámide poblacional del estudio.



El gráfico 1 plasma la pirámide poblacional del estudio que muestra cómo la gran mayoría de la población se encuentra en la base de 60 a 69 años, corroborando que la media es de 67 años, con una mayor distribución en el sexo femenino. Se identifica que es similar en cuanto a la distribución por sexos y la edad proporcionalmente a la pirámide poblacional de la ciudad de Bogotá para estas edades, como se ve a continuación:



Fuente: Proyecciones de Población DANE – SDP.
Elaboración y cálculos: Oficina Asesora de Planeación – Grupo de Análisis y Estadística

Figura 2. Pirámide poblacional ciudad de Bogotá, año 2013.

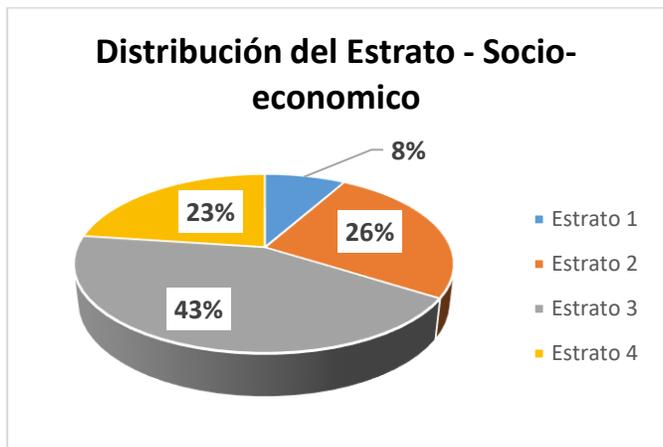


Gráfico 2. Distribución del estrato socioeconómico en porcentaje.

La población estudiada se encuentra distribuida en los estratos 1 al 4, teniendo presente que en Bogotá la estratificación va hasta el nivel socioeconómico 6. Gran parte de la población pertenece al estrato 3, correspondiendo este dato con el sector donde se realizó el estudio, ya que en la localidad de Suba de la ciudad de Bogotá este es el nivel socioeconómico con mayor porcentaje, con una distribución del 36 %.



Riesgo cardiovascular a 10 años

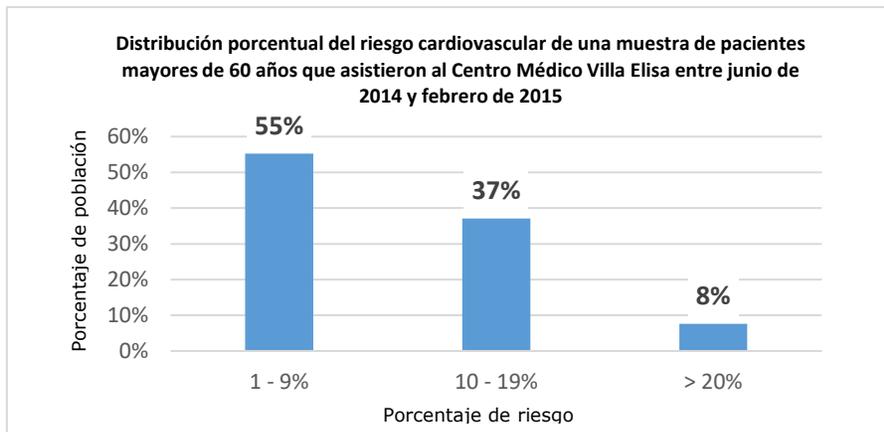


Gráfico 3. Porcentaje de la distribución de riesgo cardiovascular.

Se identifica que en la población estudiada más de la mitad presenta, a los 10 años un riesgo de sufrir un evento cardiovascular del 1% al 9 %; sin embargo, la proporción que sigue, que está entre el 10 y el 19 %, se presenta en un 37 % de la muestra, casi correspondiente a la mitad faltante; esto indica que las enfermedades crónicas están avanzando cada vez más rápido. Es importante tener en cuenta que la probabilidad mayor al 20 % de presentar un evento cardiovascular a 10 años está cercana a 10 % de la población estudiada. Indicando esto que en el 44 % de la población se deben implementar medidas urgentes de prevención secundaria, sobre todo a nivel de políticas de salud pública, ya que casi la mitad de un grupo focal estudiado tiene una alta probabilidad de presentar un evento cardiaco a 10 años.

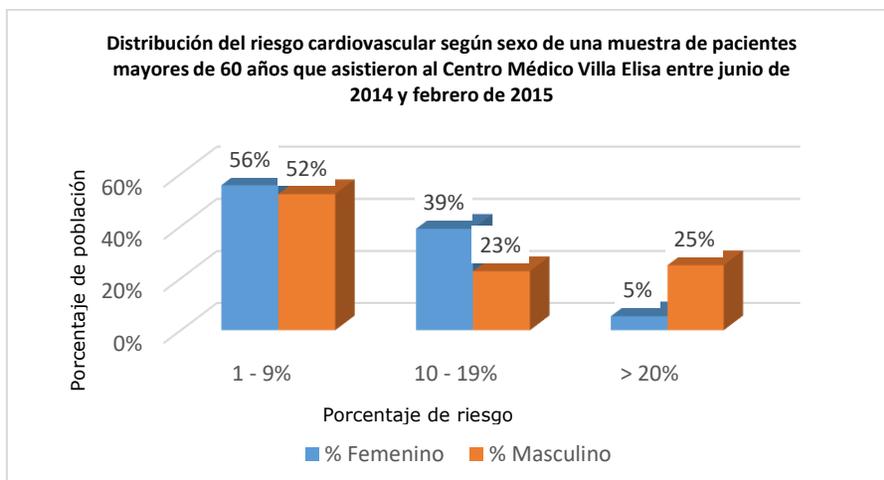


Gráfico 4. Porcentaje de riesgo Cardiovascular según sexo.

El sexo femenino tiene mayor riesgo de sufrir un evento cardiovascular a 10 años hasta en un 19 %; sin embargo, cuando se trata de riesgo alto, es decir, un riesgo de evento cardiovascular a 10 años mayor al 20 %, el sexo masculino aumenta cinco veces el riesgo con respecto a las mujeres en la población estudiada.



Patologías encontradas en el estudio

Tabla 5. Porcentaje por tipo de patología presentada en una muestra de 380 pacientes que asistieron al Centro Médico Villa Elisa entre junio de 2014 y febrero de 2015

TIPO DE PATOLOGÍA	SÍ	%	NO	%	TOTAL
Dislipidemia	102	27	278	73	380
Hipertensión arterial	246	65	134	35	380
Diabetes mellitus tipo 2	60	16	320	84	380
Evento cerebrovascular	26	7	354	93	380

Dentro de la prevalencia de las diferentes patologías crónicas encontradas en este estudio, la hipertensión arterial se presenta en el 65 % de la población, seguida de la dislipidemia con 27 %, lo que refleja la historia natural de la enfermedad, en donde existe una asociación importante entre la hipertensión arterial y la dislipidemia. El evento cerebrovascular es un desenlace grave que ya se ha presentado en el 7 % de la población. Por otro lado, la diabetes mellitus tipo 2 (prevalencia de 16 %), está creciendo cada vez más, debido a los estilos de vida y alimentación asumidos desde la niñez.

El IMC es otra variable importante a estudiar por ser el factor primario para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2.

El IMC frente a las patologías encontradas



http://www.endocrinologia.org.mx/smne/general/obesidad_seccion.php?id=ODcx

Tabla 6. Diagnóstico del peso por medio del Índice de Masa Corporal (IMC) de una muestra de pacientes mayores de 60 años que asistieron al Centro Médico Villa Elisa entre junio de 2014 y febrero de 2015

DIAGNÓSTICO DE PESO	Nº	%
Normal (IMC: 18-24,9)	154	41
Sobrepeso (IMC: 25-29,9)	147	39
Obesidad Tipo I (IMC: 30-34,9)	28	7
Obesidad Tipo II (IMC: 35-39,9)	38	10
Obesidad Tipo III (IMC: >40)	13	3
TOTAL	380	100

El 41 % de los pacientes tiene el IMC dentro de los límites considerados normales, lo que indica que el porcentaje restante (59 %) ya presenta problemas derivados del aumento del peso corporal que, como ya se ha descrito, es el inicio del síndrome metabólico. Se puede concluir que, en esta muestra, no hay un adecuado control en más de la mitad de las personas estudiadas, razón por la cual se decidió cruzar los resultados de cada patología con el peso mediante una tabla de contingencia (2 X 2).



- Probabilidad de que al tener dislipidemia se presente un IMC mayor a 25:

Tabla 7. Tabla de contingencia: IMC versus dislipidemia

Dislipidemia	ICM Mayor a 25		Total
	Condición +	Condición -	
Enfermedad +	62	40	102
Enfermedad -	164	114	278
Total	226	154	380
Sensibilidad	61%		
Especificiad	26%		

Se encuentra que el 61 % (sensibilidad) de los pacientes que tienen dislipidemia presentan un IMC mayor a 25.

- Probabilidad de que al tener hipertensión arterial, el paciente tenga un IMC mayor a 25:

Tabla 8. Tabla de contingencia IMC versus hipertensión arterial

Hipertensión Arterial	ICM Mayor a 25		Total
	Condición +	Condición -	
Enfermedad +	145	101	246
Enfermedad -	81	53	134
Total	226	154	380
Sensibilidad	59%		
Especificiad	66%		

Se encuentra que el 59 % (sensibilidad) de los pacientes que tienen hipertensión arterial presentan un IMC mayor a 25.

- Probabilidad de que al tener diabetes mellitus tipo 2, pueda tener un IMC mayor a 25:

Tabla 9. Tabla de contingencia IMC versus diabetes mellitus tipo 2

Diabetes Mellitus Tipo 2	ICM Mayor a 25		Total
	Condición +	Condición -	
Enfermedad +	46	14	60
Enfermedad -	180	140	320
Total	226	154	380
Sensibilidad	77%		
Especificiad	9%		

Se encuentra que el 77 % (sensibilidad) de los pacientes que tienen diabetes mellitus tipo 2 presentan un IMC mayor a 25.



Cobertura y acceso al servicio de salud



<http://www.cobahora.cu/tema-y-tecnologia/tube-salud-2015-idea-hacia-una-cobertura-universal>

Tabla 10. Cobertura del servicio de salud de una muestra de pacientes mayores de 60 años que asistieron al Centro Médico Villa Elisa entre junio de 2014 y febrero de 2015

Cuenta con servicio de salud	Nº	%
Sí	320	84
No	60	16
TOTAL	380	100

La tabla anterior muestra que más del 80 % de los pacientes cuentan con servicio de salud. Se esperaría que la cobertura y aseguramiento de los servicios de salud fuera del 100 % como lo estipula la ley 100 de 1993.

Tabla 11. Acceso al servicio de salud de una muestra de pacientes mayores de 60 años que asistieron al Centro Médico Villa Elisa entre junio de 2014 y febrero de 2015

Facilidad de acceso al servicio de salud	Nº	%
Sí	171	45
No	209	55
TOTAL	380	100

Se evidencia que, aunque existe un 84 % de pacientes que cuentan con servicio de salud, de estos, solamente el 45 % refiere facilidad de acceso a dicho servicio, lo que incluye citas médicas periódicas.

Percepción del estado de salud del adulto mayor

Tabla 12. Percepción del estado de salud de una muestra de pacientes mayores de 60 años que asistieron al Centro Médico Villa Elisa entre junio de 2014 y febrero de 2015

Facilidad de acceso al servicio de salud	Nº	%
Bueno	31	8
Regular	130	34
Malo	219	58
TOTAL	380	100

Se preguntó a los pacientes la percepción personal que tenían sobre su estado de salud, encontrando que un pequeño porcentaje refirió tener buena salud (8 %) y el 92 % respondió entre regular y malo.



APGAR Familiar

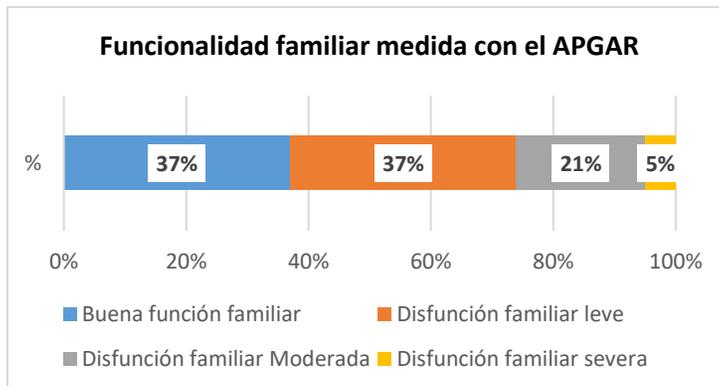


Gráfico 5. Porcentaje de distribución del APGAR familiar

Se indagó la funcionalidad familiar como parte integral del estado de salud del individuo, y se encontró que el 37 % de los encuestados refiere una buena función familiar mientras que el 63 % restante refiere disfuncionalidad familiar.

- Percepción del ánimo:

Tabla 14. Percepción del ánimo de una muestra de pacientes mayores de 60 años que asistieron al Centro Médico Villa Elisa entre junio de 2014 y febrero de 2015

PERCEPCIÓN DEL ÁNIMO	SÍ	%	NO	%	TOTAL
Satisfacción con su vida	262	69	118	31	380
Satisfacción con el lugar de residencia	247	65	133	35	380
Satisfacción con su situación económica	209	55	171	45	380

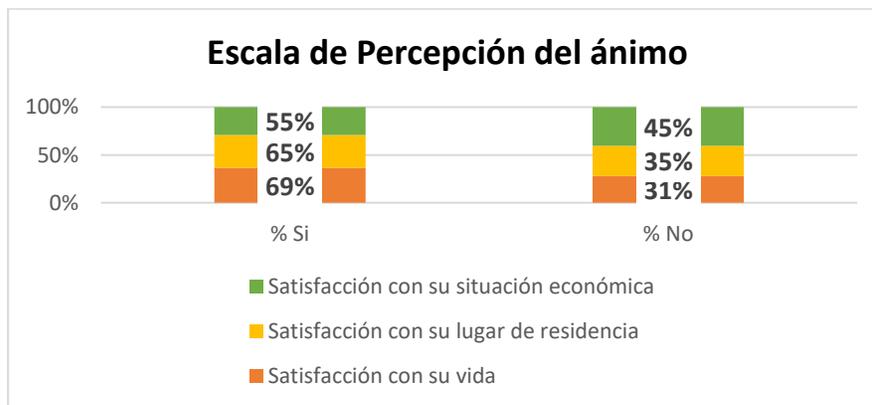


Gráfico No 8. Porcentaje de distribución de percepción del ánimo.

Se aplicó la escala de percepción del ánimo, en donde se encontró que más de la mitad de la población que participó en el estudio, se siente satisfecha con su vida, con su situación económica y con su lugar de residencia. Donde hay menos satisfacción es en la situación económica.



DISCUSIÓN

El estado de salud del adulto mayor es el reflejo de las políticas de salud pública que parten de los estudios epidemiológicos realizados. Actualmente uno de los objetivos de la ley 1438 es enfocar la atención en salud hacia la Atención Primaria, definida como la capacidad de prevenir la enfermedad, poder realizar un diagnóstico temprano, realizar un tratamiento oportuno y brindar la rehabilitación correspondiente. Esto cobra importancia dado que la pirámide poblacional revela cómo la esperanza de vida es cada vez más alta en países en desarrollo.

Lo ideal es que los pacientes de la tercera edad, no solo tengan una esperanza de vida mayor sino una calidad de vida que les permita ser lo más funcionales hasta donde sea posible. En el estudio realizado se obtuvo la descripción de 380 adultos mayores de 60 años de la localidad de Suba de la ciudad de Bogotá, durante un período entre los años 2014 y 2015, el cual refleja a través de este grupo focal lo que puede estar sucediendo con el estado de salud de los pacientes mayores en general.

La gran mayoría de los pacientes que participaron en el estudio pertenecen al sexo femenino, esto no obedece a una mayor escogencia hacia un sexo determinado, sino que refleja que la distribución de la población mayor de 60 años en la localidad de Suba, para el año 2013 está liderada por el sexo femenino (12).

La edad media del estudio y la pirámide poblacional más gruesa se encuentra alrededor de los 67 años. Comparando lo anterior con la esperanza de vida al nacimiento proyectada para la ciudad de Bogotá (en hombres 75,9) y para la localidad de Suba (en hombres 75,6) y para mujeres 80 años para la ciudad y la localidad respectivamente, se concluye que es importante controlar inmediatamente las patologías de la población estudiada ya que corresponderían, en el caso de los hombres, a un deterioro de la calidad de vida cuantificado en 8 años, y para las mujeres en 13 años.



<http://www.drlopezheras.com/2015/02/riesgo-cardiovascular-colesterol-SCORE-REGICOR.html>

La principal causa de muerte en Colombia son los eventos cardiovasculares, es por esto que las políticas de salud deben estar enfocadas en prevenir este tipo de patologías y, mucho más importante, en generar acciones preventivas desde temprano, para evitar eventos primarios que impliquen realizar prevención secundaria o terciaria.

Vemos que en el estudio realizado más de la mitad de los adultos mayores de 60 años presenta un riesgo a 10 años de presentar un evento cardiovascular del 1 % al 9 %; sin embargo, la proporción de riesgo que sigue (10 % al 19 %) se presenta es del 37 %, un alto porcentaje que muestra cómo



las enfermedades crónicas están avanzando cada vez más rápido. Es importante, además, tener en cuenta que la probabilidad mayor al 20 % de presentar un evento cardiovascular a 10 años está cercana al 10 % de la población estudiada. Esto nos lleva a pensar que aún falta, por parte de los equipos integrales de salud, tomar medidas para bajar al menos en el 80 % de la población el riesgo a menos del 10 %.

Cuando la variable "riesgo cardiovascular" se cruza con la de "sexo", existe un alto riesgo cardiovascular a 10 años, sobre todo en las mujeres, aunque este dato puede estar sesgado ya que el sexo femenino fue el que más participó en el estudio. Sin embargo, al ajustar el valor proporcional a la muestra del estudio por sexo encontramos que cuando se trata de riesgo alto, es decir, un riesgo de evento cardiovascular mayor del 20 % a 10 años, el sexo masculino aumenta cinco veces el riesgo con respecto a las mujeres. Las mujeres biológicamente siempre han tenido menos riesgo de eventos cardiovasculares que los hombres, aun así, ese riesgo puede variar dependiendo de los estilos de vida particulares que generan cambios epigenéticos que pueden alterar el metabolismo, cursando síndromes metabólicos con la misma probabilidad de riesgo en ambos sexos.

La patología con más prevalencia en la población es la hipertensión (65 %), llamada la "enfermedad silenciosa", dado que solo uno de cada ocho hipertensos tiene un adecuado control, pudiéndose generar desenlaces mortales. Por otro lado, la dislipidemia y la diabetes mellitus tipo 2, son patologías que más del 20 % de la población estudiada presentan. El evento cerebrovascular fue encontrado en el 7 % de los pacientes adultos mayores estudiados, lo que puede indicar una deficiencia en la aplicación de las medidas de prevención primaria, lo que se traduce en una calidad de vida que no será la más adecuada.



<http://apostandoporlavida.blogspot.com/2014/03/diabetes-e-hipertension.html>

La diabetes mellitus tipo 2 (16 % en la población aquí estudiada) está aumentando debido a los estilos de vida y alimentación que se siguen desde la niñez. En relación con esto, un informe de la Organización Mundial de la Salud concluyó que la obesidad alcanzó proporciones de epidemia a nivel mundial -cada año mueren al menos 2,6 millones de personas a causa de esa enfermedad- (13). Esto corrobora la importancia de controlar el riesgo asociado con el IMC como factor primario del desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2. En el presente estudio solo el 41 % tiene un IMC normal, lo que indica que en esta muestra no hay un adecuado control en más de la mitad de las personas estudiadas.

Además, se encontró en los resultados que la dislipidemia, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2, tienen una estrecha relación con el IMC mayor a 25. Esto ratifica los resultados de los estudios de riesgo cardiovascular que afirman que tener grasa visceral libera factores de inflamación que alteran el metabolismo y que esto se puede prevenir con la enseñanza de estilos de vida saludables que promuevan el ejercicio y los buenos hábitos de alimentación.



Otro aspecto estudiado fue el acceso al servicio de salud, el cual, de acuerdo a la ley 100 de 1993, debería tener un 100 % de cobertura. En el grupo focal estudiado, este aspecto se encontró por encima del 80 %. No obstante, es importante tener en cuenta que la cobertura no significa necesariamente una atención totalmente adecuada, razón por la cual también se indagó qué tan fácil es el acceso (atenciones, y citas médicas), en el tiempo invertido para poder asistir a una cita. Con lo anterior, el panorama cambió, ya que solo el 45 %, es decir, menos de la mitad refiere tener facilidad de acceso al servicio de salud. Esto hace que las patologías se vuelvan cada vez más crónicas, poco adherentes a la medicación y se pierda la relación médico-paciente mediante la cual se pueden enseñar los estilos de vida adecuados. Esto lleva a que el estado de salud del paciente sea percibido, por parte de este, en forma mala o regular. Como ejemplo, en este estudio solo el 8 % se siente con un buen estado de salud mientras que la percepción de salud como regular y mala lo refiere el 92 % de la población.



<http://es.slideshare.net/jborjasantos/tema-2-lei-100-13384160>

Lo anterior va en contravía de todo lo que se ha plasmado en los documentos, normatividad y leyes que velan por el bienestar de los individuos.

La función familiar y otros aspectos psicosociales son factores que se deben tener en cuenta como parte integral del bienestar del ser humano; sin embargo, muchas veces se dejan de lado por solamente indagar en lo orgánico y sintomático. Se utilizó la escala del APGAR para evaluar en este grupo focal la funcionalidad familiar y se encontró que solo el 37 % de los encuestados refiere una buena función familiar mientras que el 63 % percibe disfuncionalidad familiar. Se propone que el personal de salud debe atender este aspecto con la misma prioridad que una solicitud de paraclínicos o el planteamiento de un plan terapéutico, pues la funcionalidad familiar se considera un determinante social importante para la salud.

La percepción del ánimo también fue evaluada y se encontró que un importante porcentaje no está satisfecho con su situación económica (45 %). Esto, por supuesto, genera otra serie de situaciones sociales que se deberían tener en cuenta para brindar un adecuado cuidado al adulto mayor garantizado por el Estado. Frente a esto se puede observar que no todos los adultos mayores gozan del mecanismo actual de pensiones, generando así dificultad para tener un estilo de vida saludable y, por ende, una buena salud.



CONCLUSIÓN



<http://www.neeerd.com/imagenes/albumes/a7046-up-imagenes--gifs>

Las políticas en salud enfocadas al adulto mayor no han tenido un gran impacto medible en grupos focales como en el estudio que se plantea en este documento. Aunque, en la normatividad y en la teoría, el gran camino para mejorar la calidad de vida es la Atención Primaria, aún no se logra generar una plataforma estable que genere oportunidad y cobertura en la población que la necesita, con el adecuado control esperado de las patologías crónicas que presentan o con la disminución de las mismas.

Día a día se ve cómo la esperanza de vida aumenta, lo que indica que rápidamente se deben gestionar acciones que permitan ver a un paciente de forma holística e integral, permitiendo que sea abordado desde las esferas orgánicas y psicosociales. Ya nos dimos cuenta, con el estudio planteado, que existe un círculo en el que el medio económico y la funcionalidad familiar afectan directamente la salud de un individuo y, sobre todo, cuando pasa la barrera en edad de los 60 años, en donde es más vulnerable.

A pesar de que existen cantidades de artículos en los que se describen las mismas condiciones encontradas en este grupo focal, se deben aumentar los estudios de intervención, en donde se pueda ver una cohorte, donde se implementen las acciones integrales para cada individuo generando los resultados que se esperan en cuanto a salud de la población mayor de 60 años.

Otro aspecto importante a concluir es la situación actual del sistema de salud en Colombia, en donde aparece una alta cobertura de salud pero con un difícil acceso a los servicios que no permite una atención con seguimiento juicioso por parte de los profesionales de la salud. Esta dificultad de acceso a los servicios de salud, genera que la comunidad no asista al médico periódicamente y tenga desconocimiento de sus patologías. Actualmente la atención se encuentra orientada al tratamiento de la enfermedad, dejando de lado la prevención y los resultados son muy precarios, ya que la salud se fragmenta y el paciente desconoce aspectos fundamentales del autocuidado y estilos de vida saludables.



Los estilos de vida y la alimentación que se llevan en el día de hoy, están generando desórdenes metabólicos que se desenlazan cuando se pasa la barrera de los 50 años, favoreciendo la historia natural de la enfermedad cardiovascular.

Es importante gestionar los clubes de la salud, los encuentros, talleres y demás actividades que permiten que los adultos mayores de 60 años tengan un contacto social en donde además aprendan de sus patologías, se les enseñen talleres de estilos de vida saludables, se explique sobre nutrición, cuidados personales y los signos de alarma.

Se debe empezar a cumplir con todas las normatividades sobre la atención de la salud del individuo; ya están escritas, pero se debe pasar de la teoría que plantea la gran solución a estos problemas tangibles, pues aún no se ha diseñado el camino para hacer una excelente ejecución de los planes estratégicos.

Es importante abordar la salud tal cual la define la Organización Mundial de la Salud: es el completo estado de bienestar físico, mental y social, no solamente en ausencia de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

La gran recomendación de esta investigación descriptiva es que se debe encontrar el camino de excelencia en la implementación y ejecución de todas las propuestas de atención integral y de atención primaria y en cualquier nivel de atención.



© Can Stock Photo - csp8746890

Todas las estrategias, el Plan Decenal, la ley estatutaria y la ley 1438, deben comenzar a ser tangibles para ver cambios en el estado de salud de los pacientes mayores de 60 años.

Las políticas de salud pública deben estar enfocadas en el control o la disminución de las enfermedades crónicas, y muy importante, en el control del peso, dada la impactante relación que existe entre el peso o el IMC de un individuo y el desarrollo de patologías crónicas y de difícil control metabólico.



Se identifica que el aspecto psicosocial es un factor que influye de manera significativa en el bienestar del individuo, por eso se propone que se permita un espacio durante la consulta médica para abordar esta esfera del psiquismo, ya que esto puede cambiar y mejorar la percepción del estado de salud del paciente, además permite una relación médico-paciente efectiva donde hay mayor confianza y, por tanto, es más probable la asertividad diagnóstica y terapéutica.

Se debe desarrollar un estudio que no sea solamente descriptivo, sino que también permita intervenir, para establecer cuál será el mecanismo para obtener los mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización mundial de la salud. Envejecer bien, una prioridad mundial. [Libro electrónico]. 2014, [Fecha de consulta: 16-12-2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>
- (2) Ministerio de Salud de Colombia. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. [Libro electrónico]. [Fecha de consulta: 16-12-2014].
- (3) Vigilancia epidemiológica Hospital de Suba. Análisis situación local. [Libro electrónico]. Julio 2012, [Fecha de consulta: 16-12-2014]. Disponible en: http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/images/stories/Documentos/Salud_Publica/diagnostico%202011%20version%2030%20de%20julio%202012.pdf
- (4) Manuel C, Andrés Q, Nakari R et al. Enfermedades del adulto e hipertensión arterial en un servicio de medicina interna. Revista Latinoamericana de hipertensión. 2008; 3(2). Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1856-45502008000200005&lng=es&nrm=is
- (5) Luis G. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Revista Biomédica. 2011; 31(4). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572011000400001&lng=pt&nrm=is&tIng=es
- (6) Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet. 2007; 370:1929-38. Disponible en: <http://www.who.int/management/programme/ncd/TheBurdenCostsChronicDiseaseLICs.pdf>
- (7) Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas [libro electrónico]. 2013. [Fecha de consulta: 16-12-2014]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=30&option=com_content
- (8) Descripción calculadora de riesgo cardiovascular. Laboratorio Pfizer. [Fecha de consulta: 25-01-2015]. Disponible en: https://www.pfizer.es/salud/servicios/calculadoras/descripcion_calculadora_riesgo_cardiovascular.html
- (9) Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Revista Médica de Lima 2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
- (10) Cardona JA, Álvarez MI, Pastrana S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732014000200002
- (11) Ministerio de Protección Social de Colombia. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. [Libro electrónico]. 2006 [Fecha de consulta: 15-12-2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>
- (12) Secretaría de Educación del Distrito Bogotá. Grupo de análisis y estadística. [Internet]. Consultado [02/08/2015]. 2013. Disponible en: http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/SECTOR_EDUCATIVO/ESTADISTICAS_EDUCATIVAS/2013/BoletinEstadisticoAnual2013.pdf
- (13) Docsalud.com. [Internet]. Argentina: 2009 [actualizado 03-08-2015] Consultado [03-08-2015]. Disponible en: <http://www.docsalud.com/articulo/203/oms-asegura-que-la-obesidad-ya-es-epidemia-a-nivel-mundial>



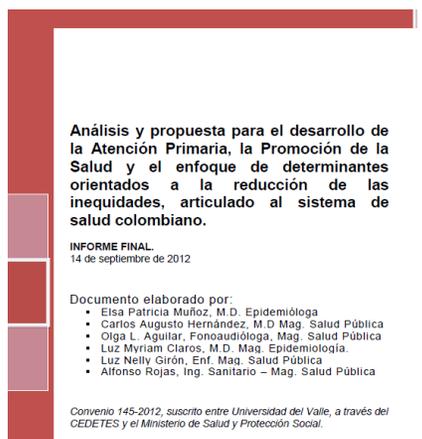
Atención Primaria en Salud...

“Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la promoción de la salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano”

Resumen efectuado por Juan Carlos González^{††}

Resumen del documento tomado de:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20y%20Propuesta%20para%20Atenci%C3%B3n%20Primaria,articulado%20al%20sistema%20de%20Salud%20Colombiano.pdf>



¡Qué documento tan interesante! Los autores han hecho a través del mismo una muy interesante revisión del marco jurídico acerca de la Atención Primaria en Salud (APS) y, sin duda, lo más interesante es la propuesta que hacen para implementarla. Hacen una revisión de los cuatro aspectos fundamentales, a saber, participación social, intersectorialidad, desarrollo tecnológico y desarrollo administrativo. Su aplicación, según mi entender, es hacia los municipios.

A continuación se efectuará un resumen del valioso documento en el cual se incluirán imágenes (por tener la certeza que esto facilita el entendimiento), haciendo una interpretación de quien hace este resumen y recomendando ir al original a través de la dirección electrónica.

Como siempre y esperando cumplir con el deber que nos hemos impuesto, pretendemos estimular el desarrollo de la APS en nuestro medio. Bienvenidos y feliz aprendizaje.

^{†† ††} MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



CONTEXTO

De qué parten

Los autores exponen su convicción de que la ley 100 impulsó, a través de la competencia regulada de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), un excesivo desarrollo del modelo biomédico, relegando por completo a la salud pública. Se impuso una visión de competencia de mercado, donde la salud como derecho queda así mismo relegada.

Fragmentación y descoordinación

LAS CINCO DEFICIENCIAS (OMS 2008)

- 1. ATENCIÓN INVERSA**
 - a. ESTRATOS SOCIO ECONÓMICOS (ESE) ALTOS. MAYOR CONSUMO
 - b. ESE BAJOS. MENOR CONSUMO
 - c. GASTO PÚBLICO EN SALUD. MAYOR BENEFICIOS PARA ESES ALTOS
- 2. ATENCIÓN EMPOBRECEDORA**
 - a. CARENCIA DE PROTECCIÓN SOCIAL. GASTO DE BOLSILLO
 - b. MÁS DE 100 MILLONES DE NUEVOS POBRES POR AÑO. GASTO EN SALUD
- 3. ATENCIÓN FRAGMENTADA Y SIN CONTINUIDAD**
 - a. EXCESIVA ESPECIALIZACIÓN DE LOS PROVEEDORES.
 - b. EXCESIVA FOCALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS.
 - c. CARENCIA DE ENFOQUE HOLÍSTICO HACIA LAS PERSONAS Y LAS FAMILIAS.
 - d. FALTA DE RECURSOS + FALLAS EN LA EDUCACIÓN (PACIENTE Y PROVEEDOR).
 - e. FALTA DE CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN.
- 4. ATENCIÓN PELIGROSA**
 - a. SISTEMAS MAL DISEÑADOS Y CARENTES DE RECURSOS.
 - b. CARENCIA DE SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD QUE PARTAN DESDE EL PROCESO Y CONTINÚEN HASTA EL RESULTADO.
- 5. ORIENTACIÓN INADECUADA DE LA ATENCIÓN**
 - a. MAYOR ÉNFASIS EN LA CURACIÓN.
 - b. POBRE INVERSIÓN EN P Y P.
 - c. APS PUEDE REDUCIR HASTA EN UN 70 % LA MORBILIDAD PROYECTADA.

Esto determina la fragmentación de lo que debe ser integral. Se separa la atención de la prevención y rehabilitación, se separa el individuo de su familia y las familias de la comunidad. La enfermedad se ve como un producto para que la persona acuda como quien va a comprar cualquier cosa. Entidades diferentes brindan atenciones que deberían estar unidas. Proliferan crecimientos sin planificación, dando como resultados incremento de IPS en sitios donde existe un "mercado" poblacional y ausencia de las mismas en sitios de baja densidad poblacional. Las IPS se fragmentan en los distintos niveles, proceso en el cual no se observa integración entre ellos. Se duplican IPS donde no se necesitan y están ausentes donde se requieren.

Ausencia de acompañamiento

Luego de un Ministerio "fuerte" en el Sistema Nacional de Salud, se pasa a una descentralización que pone a las direcciones municipales a cargo de la salud pública sin estar preparadas. Proyectos desarticulados se toman el panorama y empiezan a retroceder los indicadores de salud pública.



No se integran los servicios

A pesar de que el cambio del sistema proponía la atención a través de redes integradas, estas no se dan. En el año 2007 se trataron de modificar los problemas del sistema a través de la ley 1122, pero los cambios que se alcanzaron no respondieron a las necesidades. Sin embargo, empieza a vislumbrarse la posibilidad de la APS como uno de los modelos de atención.



<http://www.ecos1360.com/wp-content/uploads/2012/10/17084546-300x131.jpg>

Las EPS delegan en las IPS y en las Empresas Sociales del Estado (ESE) la responsabilidad de la salud colectiva. Las atenciones cada vez se ofrecen de forma más fragmentada. Las entidades se segmentan, una se encarga de vacunar, otra de hacer pruebas diagnósticas, otra de atender determinadas patologías, y así mismo, de atender por niveles de complejidad, donde ni siquiera se conoce a las entidades que trabajan entre sí. Solo, y para que se vea la magnitud de este problema, piensen nada más la

cantidad de trámites que se requieren para recibir la atención necesaria. La beneficiosa continuidad se hace una utopía. Los servicios si bien están, ya no responden a las necesidades de la población.

Los municipios quedan sin el acompañamiento técnico que necesitan. Se empiezan a sacar decretos y leyes tratando de poner orden, pero sin responder.

Salud pública resentida

De toda esta problemática la salud pública es una de las primeras víctimas. No existe coordinación, no existe integración, no existe participación. Es en ese panorama que la APS empieza a vislumbrarse como una alternativa. Se empieza a hablar en forma de la concepción de la salud como derecho.

La tutela



[http://www.ambitojuridico.com/BancoMedios/Imagenes/medi140311\(informe\).jpg](http://www.ambitojuridico.com/BancoMedios/Imagenes/medi140311(informe).jpg)

Como reflejo del alto nivel de inconformidad surgen las tutelas en salud (una de cuatro es de salud). De estas el 75 % son dirigidas contra las EPS. Tratamientos, acceso a citas médicas y cirugías son los principales motivos...



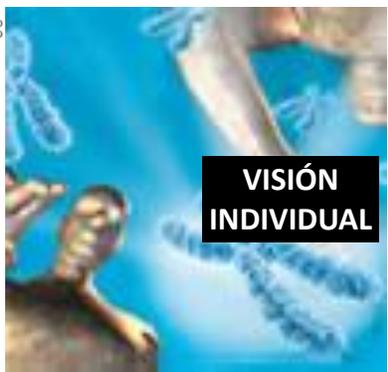
Ha llegado el momento de concebir a la salud como un derecho, de darnos cuenta de que existen unos factores determinantes de la salud que van mucho más allá de la prestación. Existen indicadores que con contundencia muestran que el modelo desarrollado por la Seguridad Social no está funcionando con la eficiencia prometida.

Una conclusión de los autores

Conclusiones:

GENÉTICA
BIOLOGÍA
EXPOSICIONES

LIMITACIONES
DEL MODELO
BIOMÉDICO



“Estas dos décadas han puesto de manifiesto que el aseguramiento con sus modelos biomédicos no ha sido un modelo suficiente y eficiente para el logro de la universalización de la cobertura, integralidad e integración de los servicios de salud, así como su implementación en el territorio nacional no se ha materializado en el mejoramiento de la efectividad y equidad de los resultados en salud. Los resultados alcanzados en salud y bienestar en la población colombiana a pesar de la gran disponibilidad de recursos económicos para el sector, han suscitado en los últimos años muchos debates desde diferentes sectores y cuestionamientos al modelo de aseguramiento vigente”.

La ley 1438

Una luz de esperanza... la ley 1438 de 2011 surge con la expectativa de impulsar la APS, la que por cierto y en el mundo, se ha convertido en la principal alternativa para responder a los similares problemas que vive el país. Su concepción: integrar servicios de salud, participación comunitaria y trabajo intersectorial.

En esencia, es retomar el mensaje de 1978 en Alma-Ata^{**}. El esfuerzo del Gobierno de 2010 a 2014 empieza a crear condiciones de integración, al menos política. Se hace énfasis en reconocer las diferencias territoriales, en fin, se hace necesario empezar a diseñar modelos de implementación de la APS que sirvan de referentes.

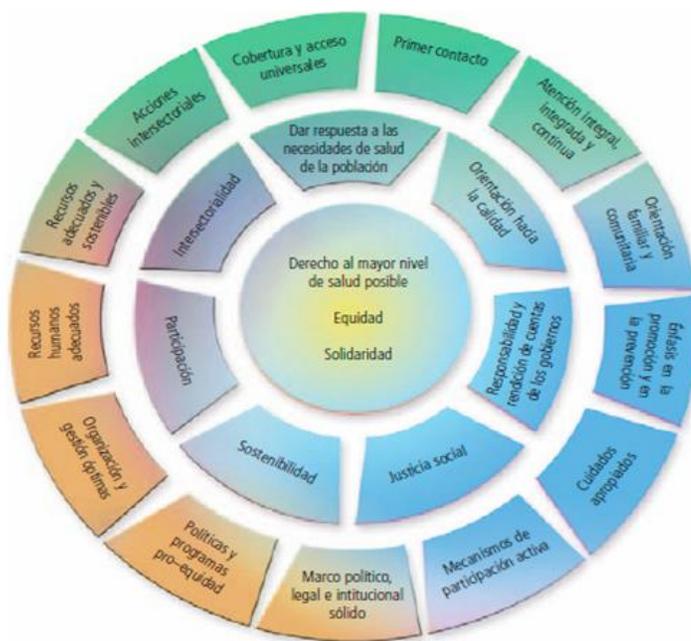
“En la Declaración de Alma-Ata de 1978 la APS fue definida como: “El cuidado sanitario esencial basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (OMS, 1978). Igualmente, la Declaración señaló que la Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad; y representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando la atención de salud lo más cerca posible del lugar de residencia y trabajo de la población”.



^{**} <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>



La salud para la APS



Es un derecho fundamental, el Estado es el responsable y para alcanzar el máximo de salud posible en la población, otros sectores son tan importantes como los servicios de salud (y ellos son influidos directamente por los determinantes sociales de la salud y la enfermedad).

Reconocer que tenemos experiencias



Colombia ha tenido experiencias en torno a investigaciones e implementaciones de procesos de APS. A estos hemos de referirnos para obtener beneficios: "En Colombia bajo la operación del Sistema Nacional de Salud la estrategia de Atención Primaria fue implementada en los planes de salud como una de las estrategias para solucionar los problemas de salud en los grupos prioritarios de la población



en los inicios de los años 1980 del siglo XX. En las diferentes áreas del país en las cuales se materializó la EAP, esta fue concebida de múltiples maneras y prestada desde una amplia modalidad: desde la atención básica prestada por promotoras de salud y líderes comunitarios, hasta una concepción más estructurada brindada bajo el contexto de participación comunitaria con el apoyo de equipos multiprofesionales. En el país no se dispone de evaluación de la EAP, los documentos disponibles se circunscriben a la sistematización de las experiencias con reseñas aisladas y puntuales de orden operativo, algunas de estas de mayor impacto y permanencia pero sin que se lograra la continuidad de los procesos posteriores a la implementación del SGSSS (Fundación FES, 1989; Restrepo, 2002; Chicaiza, 2008; Suarez R, 2012)".

¡Ojo!: una visión hacia los costos

Dicen los autores que una deformidad hacia la APS que también se ha desarrollado, es esa visión selectiva donde impera la "contención de costos y como puerta de entrada a servicios de atención de predominio biomédico y curativo, estrategias para la inducción de la demanda que generan expectativas en la población y brindan bajas respuestas a la problemática en salud aunado a bajos índices de resolutivez, generando aun mayor insatisfacción en los usuarios (Defensoría del Pueblo 2003 y 2005). Esos resultados son la consecuencia de querer afrontar la problemática de salud de las comunidades desde la visión biologista y fragmentada desde el sector salud bajo la visión del aseguramiento, desconociendo los factores sociales determinantes de la inequidad en salud, la participación social y el trabajo intersectorial".

La OPS: impulsora

No existe duda de que la OPS (Organización Panamericana de la Salud) se ha convertido en una de las impulsoras más importantes de que el mensaje de la APS llegue a todo el continente americano.



Impulsa concepciones como: "énfasis en que un sistema de salud pro-equidad es aquel que confronta adecuadamente los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud y en sí mismo es un determinante social de la salud. Los sistemas de salud pro-equidad se fundamentan en dos valores centrales: la salud como un derecho social fundamental de todos los ciudadanos, y la equidad social en salud".

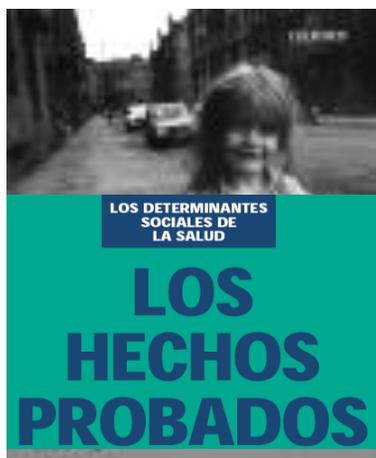


Afirman los autores: "Para que los sistemas de salud promuevan la equidad en salud deben ser fortalecidos en la dirección de lograr que trabajen con un enfoque no convencional de la salud pública, trascendiendo el énfasis individual y centrándose en la enfermedad del enfoque biomédico tradicional. Trabajar con un enfoque no convencional de salud pública significa enfrentar las inequidades en salud entre grupos de la población y entre regiones, atacando los mecanismos que explican tales inequidades, es decir, los determinantes sociales de las inequidades en salud (OMS - CDSS, 2008)^{§§}".

"Bajo los anteriores preceptos, la implementación de la EAP en Colombia, tiene gran complejidad e implica superar varios retos debido a las características actuales del sistema de aseguramiento. En primer lugar, los aseguradores y prestadores no responden por un territorio determinado ni por toda la población residente en un área determinada, además los niveles de atención I, II y III se encuentran separados y los servicios de atención están fragmentados por la inclusión en los paquetes de servicios, aunado a las restricciones en normas como la Ley 715 de 2001".

Hacia dónde el esfuerzo

Sostienen los autores que en, conclusión, para que un sistema de salud genere equidad en salud y reduzca las desigualdades sociales, debe centrar su actuar en:



Richard Wilkinson and Michael Marmot



1. Intervenciones con efectos sobre los determinantes sociales estructurales y/o los intermediarios de la salud. Sobre los primeros, a través de la acción intersectorial por la salud, el empoderamiento y la movilización social; y mediante acciones que promuevan el papel redistributivo del gasto público del sistema de atención de salud, la Atención Primaria, la protección financiera de los hogares y el trato respetuoso y digno de los usuarios, se actuará sobre los factores intermediarios.

§§ OMS, Organización Mundial de la Salud/CDSS, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2008). "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud". Ginebra, Suiza, resumen analítico del Informe Final. Recuperado en [www.who.int /social_determinants](http://www.who.int/social_determinants).



2. El sistema de atención en salud, que se diferencia de la noción más amplia de sistema de salud, es redistributivo cuando cumple con las siguientes características clave:
- Cobertura y acceso universal.
 - Financiamiento público, principalmente con impuestos generales progresivos y subsidios cruzados.
 - Ninguna carga para los pobres por la utilización de los servicios.
 - Beneficios y servicios integrales, atención integrada y de buena calidad, que garanticen acceso y protección financiera de los pobres.
 - Fortalecimiento de la provisión pública de servicios, porque es la más redistributiva.
 - Poner los valores y principios de la AP como fundamento organizador de la acción del sistema y de la prestación de los servicios.

Lo que debe hacerse y tal vez medirse

Y concluyen en este sentido: "Las evidencias científicas fundamentadas por la Red de Conocimientos de los Sistemas de Salud e investigaciones como Starfield, Shi & Macinko, 2005; HSKN, 2007; PAHO/WHO 2007; Beaglehole et ál., 2008; OMS, 2008, sugieren la Atención Primaria como elemento fundamental para la transformación de los sistemas de salud pro-equidad por las siguientes razones:

- Promueve y facilita la acción intersectorial por la salud a nivel local y comunitario.
- Potencia el empoderamiento y la acción social.
- Sirve como vehículo para conocer las necesidades de la población y establecer prioridades de intervención con participación comunitaria.
- Posibilita la inclusión de los sistemas de salud de las comunidades de pertenencia étnica.
- Propicia el mejoramiento de la inversión y asignación equitativa de recursos, la descentralización del poder y la participación comunitaria a nivel de sistemas locales y distritales de salud.
- Articula la atención clínica individual con la acción colectiva y sirve de orientadora y coordinadora del acceso a los demás niveles de atención en salud y a otros servicios sociales.
- Ayuda a la integración de los servicios de promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades y la rehabilitación.
- Mejora la prevención y manejo de todas las enfermedades, particularmente de las enfermedades crónicas, las consecuencias de los cambios climáticos y ayuda a la seguridad alimentaria y nutricional.
- Mejora la equidad en el acceso y la utilización de los servicios sociales y de salud".



Lineamientos para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en los Entes Territoriales

La propuesta que hace el grupo está basada en el desarrollo de cuatro ejes.

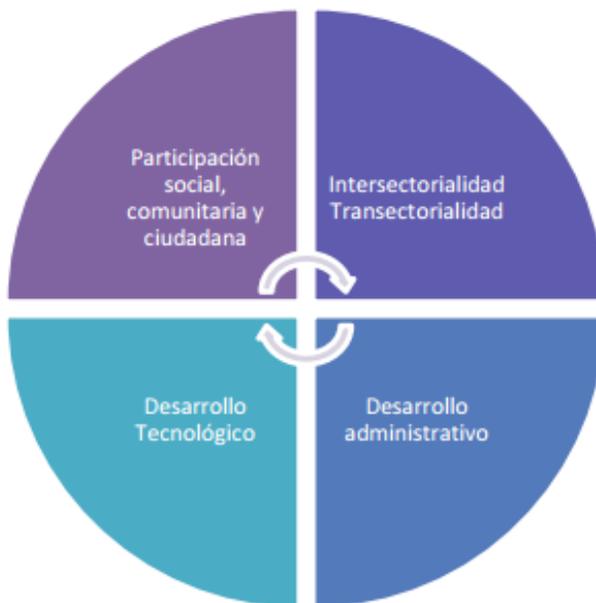


Figura 1. Componentes de la estrategia de Atención Primaria

- 1) La participación social, comunitaria y ciudadana.
- 2) La acción intersectorial y transectorial.
- 3) El desarrollo tecnológico.
- 4) El desarrollo administrativo.

Los dos primeros, son los componentes verticales que actúan como pilares y soportes fundamentales para alcanzar el desarrollo territorial y, los dos últimos, los componentes transversales que proporcionan todo el soporte de infraestructura de servicios y bienes, donde la unidad de implementación es el ente territorial en su totalidad, orientado al desarrollo integral del mismo.

El desarrollo integral del territorio se construye sobre la base o los cimientos de los determinantes estructurales del mismo; la participación social, comunitaria y ciudadana y la acción intersectorial y transectorial son las columnas sobre las cuales se soporta el bienestar de los individuos, las familias y la comunidad en general; el desarrollo tecnológico y el desarrollo administrativo son las vigas que amarran y le dan firmeza a las columnas y la estructura general del desarrollo territorial. (Figura 2).



Figura 2.

La aplicación e implementación de los cuatro componentes de la estrategia permiten que las instituciones y organizaciones de los sectores sociales, económicos, ambientales, políticos, culturales y comunitarios se interrelacionen e interactúen sobre el ente territorial con los programas y proyectos priorizados y concertados en el Plan de Desarrollo Territorial.

Desarrollo territorial

Es posible alcanzar el desarrollo territorial si se tiene:

- 1) Una participación permanente, continua, consciente y decisoria de las organizaciones sociales y comunitarias.
- 2) Si se tiene una coordinación efectiva de las instituciones y sectores.
- 3) Si se tienen unas redes integradas de servicios, con un sistema de información unificado, con producción de conocimiento y avance tecnológico, con el recurso humano necesario y capacitado.
- 4) Y si se tienen, finalmente, unos procesos institucionales y comunitarios que permitan una planeación, ejecución y evaluación de los planes, programas y proyectos concertados.



Necesidad de fortalecer los Consejos Territoriales de Planeación

Sostienen que el ente territorial es el espacio ideal para implementar la APS, y que, allí se pueden dar las condiciones, reconociendo que si bien hoy no existen (2012) es factible desarrollarlas. Al respecto afirman que, producto de su investigación, los Consejos Territoriales de Planeación por el seguimiento y evaluación de los Planes de Desarrollo Territorial. "Una vez aprobado el Plan de Desarrollo Territorial, por el legislativo territorial (Concejo Municipal o Asamblea Departamental), las diferentes instituciones del ente territorial, los sectores tanto público como privado y las organizaciones sociales y comunitarias son las encargadas de ejecutar y evaluar el plan de desarrollo territorial de acuerdo con los compromisos adquiridos por cada una de ellas" (Figura3).

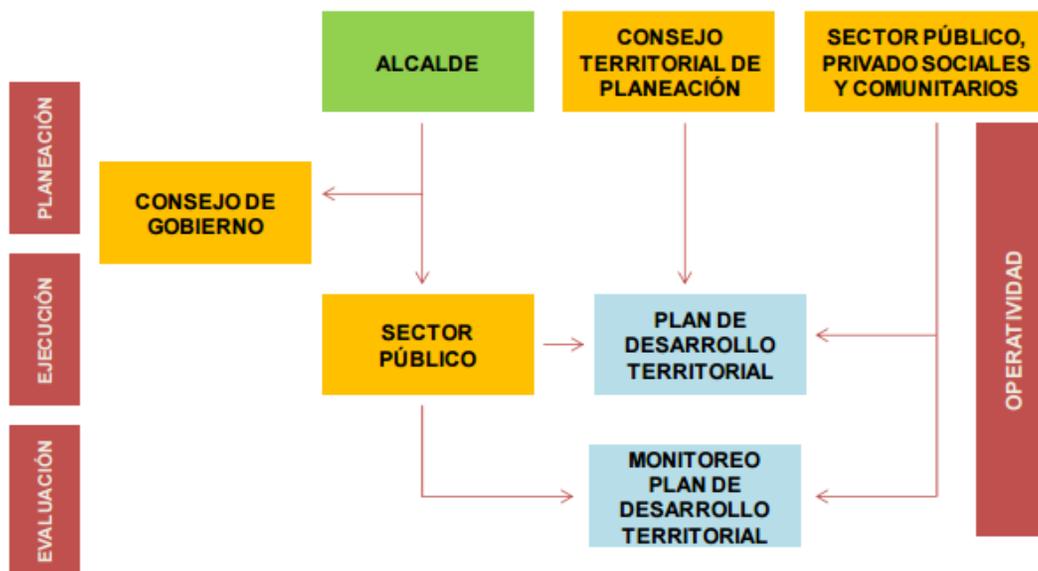


Figura 3. Gobernanza del proceso de Atención Primaria

El mensaje: Involucrar el sector político: es clave o es la clave. Proponen que cada una de las fases de implementación (participación social y comunitaria, acción intersectorial, desarrollo administrativo y desarrollo tecnológico administración y gestión) cumpla con:

- Primera fase o fase previa - de iniciativa.
- Segunda fase o de movilización.
- Tercera fase o fase de participación.
- Cuarta fase o fase de efectos y resultados.

Si bien se reconocen las limitaciones existentes para el momento, proponen un fuerte fortalecimiento del Ministerio de Salud, quien según ellos, debe asumir el liderazgo de la implementación.



Lineamientos para la implementación del componente de participación social, comunitaria y ciudadana en el sector salud



http://repositorio.sena.edu.co/sitios/capactacion_organizacion_participacion_comunitaria/organizaciones_comunidad_10/magenes/magenes_contenido/fig_3.png

Cómo conciben la participación comunitaria

Textualmente: “La participación ciudadana incluye todas las actividades que los ciudadanos realizan voluntariamente y autónomamente –ya sea a modo individual o a través de sus colectivos y asociaciones– con la intención de influir directa o indirectamente en las políticas públicas y en las decisiones de los distintos niveles del sistema político y administrativo (Font et al. 2006; Kaase 1992)”.

Formas de participación

- La participación administrativa (o auspiciada).
- La participación autónoma (o informal).

Participación administrativa

“La primera comprende aquellos casos en los que son los poderes públicos quienes permiten o incluso propician que los ciudadanos y sus colectivos influyan en el diseño y la ejecución de las políticas públicas. Es esta una participación promovida “desde arriba”, pues acontece casi siempre por iniciativa de las instituciones de gobierno, y dentro de los márgenes y procedimientos que dichas instituciones establecen por medio de leyes y de reglamentos. Es por ello que la mayor limitación de este tipo de participación proviene precisamente de su habitual subordinación a los intereses electorales, políticos y gremiales de los dirigentes políticos y administrativos, que sin esfuerzo pueden suspender o volver inoperantes los mecanismos de participación administrativa” (Prieto-Martín, P. 2010).

La participación administrativa presenta un carácter orgánico cuando los participantes han de integrarse en organismos públicos especiales, como consejos o comisiones. Estos organismos participativos tienen la función de orientar las políticas públicas y poseen atribuciones de tipo decisorio, consultivo o de control.

La participación administrativa tiene, por contra, un carácter procedimental cuando lo que se habilita son mecanismos y procedimientos que permiten a los ciudadanos elevar sus opiniones y que estas sean consideradas de cara a alguna decisión, sin que sea precisa su integración en un organismo público (Prieto-Martín, P. 2010).



Participación autónoma

Por el contrario, la participación autónoma se refiere a una participación que surge "desde abajo": es la ciudadanía la que, ya sea a título personal o a través de sus asociaciones, y sin que medie una convocatoria o autorización desde las instituciones públicas, plantea a las autoridades sus demandas y propuestas. El mayor problema de este tipo de participación proviene de su carácter informal y de la escasez de recursos financieros y humanos que caracterizan a sus impulsores y que la hacen poco sustentable: se activa normalmente como reacción ante un problema grave y raras veces consigue mantenerse activa hasta su resolución.

Historia

Figura 12. Rueda de la participación.



Fuente: Davidson, S. Spinning the wheel of empowerment. Planning, 1998; 1262: 14-15.

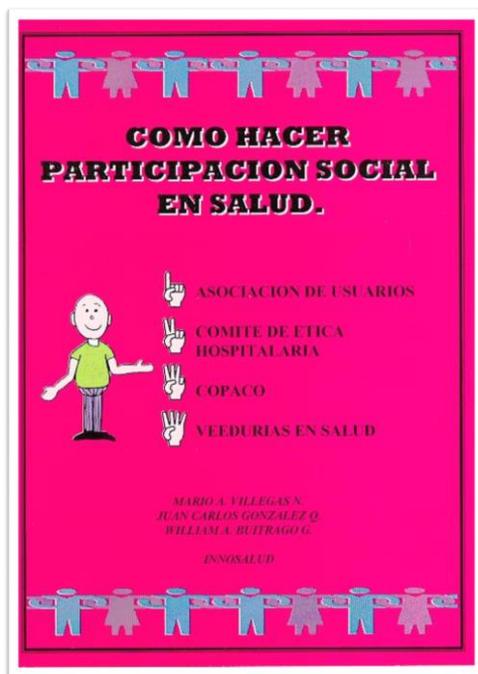
Un interesante recuento histórico que ofrecen es el siguiente:

- 1) Sistema Nacional de Salud con la expedición de los Decretos 056 y 350 del año 1975 y en los que se contempló la creación de Comités Comunitarios de Salud, para participar en la toma de decisiones relacionadas con programas de control epidemiológico y problemas locales de salud (plantas físicas y dotación).
- 2) Con la promulgación de la Estrategia de Atención Primaria a finales de la década de los setenta y comienzos de la década de los años 1980, los Comités Comunitarios de Salud amplían su



participación hacia los procesos de planeación y ejecución de las acciones de atención primaria de barrio y vereda; lo cual permitió establecer vínculos entre los equipos de salud y la comunidad obteniéndose logros reconocidos en los procesos de promoción del autocuidado de la salud y aumento en las coberturas de vacunación.

- 3) El Decreto 1216 de 1989 creó los Comités de Participación Comunitaria (Copacos o CPC), ampliando la esfera de participación como un actor más del Sistema, dando a la comunidad el espacio para participar en las juntas directivas de los organismos de salud conformados como establecimientos públicos.
- 4) El Decreto 1416 de 1990 incorporó en la conformación de los COPACOS de los organismos o entidades de prestación de servicios de salud, de niveles primero y segundo de atención en salud, a las Direcciones Territoriales de Salud, jefe de la dirección de salud municipal o departamental; a los Concejos Municipales y Asambleas Departamentales, a las Juntas Administradoras Locales, al sector educativo y a otros sectores.
- 5) El Decreto 1757 de 1994, estableció y definió las formas de participación en salud: "Las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud..." (Superintendencia Nacional de Salud. Enero 2008, p. 15). El Decreto además menciona que:



5.1. **“La participación social**, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad



y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

- 5.1.1. Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud contarán con la participación de las Asociaciones o Alianzas de Usuarios.
- 5.1.2. Veedurías en Salud. El control social podrá ser realizado a través de la veeduría en salud, que deberá ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del sistema.
- 5.2. **La participación ciudadana**, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.
 - 5.2.1. Servicios de Atención a los Usuarios. Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al sistema.
 - 5.2.2. Servicios de Atención a la Comunidad. Los niveles de Dirección territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán un servicio de atención a la comunidad.
 - 5.2.3. Sistema de Atención e Información de Usuarios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben tener un sistema de información y atención de usuarios como atención personalizada.
- 5.3. **La participación comunitaria**, es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.
 - 5.3.1. Los Comités de Participación Comunitaria. COPACOS. En todos los municipios se conformarán los Comités de Participación Comunitaria en Salud como espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado.
 - 5.3.2. Las Asociaciones o Alianzas de Usuarios. Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, que velará por la calidad del servicio y la defensa del usuario ante las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud y ante las Empresas Promotoras de Salud.
 - 5.3.3. Los Comités de Ética Hospitalaria. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán conformar los Comités de Ética Hospitalaria en los cuales deben tener representación las Asociaciones o Alianzas de Usuarios y los Comités de Participación Comunitaria.
- 5.4. **La participación en las instituciones** del sistema general de seguridad social en salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud”.



Obstáculos y facilitadores de la participación social en salud

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN



USUARIOS

FALTA COHESIÓN COMUNITARIA
FALTA CONOCIMIENTO
FÁCILMENTE MANIPULABLE

PREVALENCIA DE DERECHOS
INDIVIDUALES: TUTELAS Y PETICIONES

AUSENCIA DE VISIÓN POLÍTICA

DIFERENCIACIÓN ENTRE USUARIOS
PÚBLICOS Y PRIVADOS

1) Describen como obstáculos para la participación atribuidos a la población:

- Factores que se ubican en ellos mismos y que se relacionan con los conocimientos, las actitudes y su grado de organización y cohesión. Así refieren, por ejemplo, el limitado conocimiento de la legislación y de los mecanismos de participación existentes.
- Muchos usuarios de estratos medios y bajos, perciben como obstáculo, el temor a represalias por parte de las instituciones de salud: "Por miedo a represalias, uno no dice lo que verdaderamente está fallando".
- Además, los usuarios del régimen contributivo y en edades económicamente productivas perciben la falta de tiempo como un obstáculo.
- Otro factor considerado con mucha frecuencia como obstáculo para la participación, es la falta de cohesión de la población, la carencia de organizaciones propias y de líderes que los orienten.
- También la mayoría de los líderes de ambos municipios (Tuluá, Palmira), refieren la falta de cohesión social y sentido de pertenencia, como obstáculos.
- Además algunos líderes atribuyen la falta de participación a la politización que de esa actividad hacen algunas personas.

2) Obstáculos para la participación atribuidos a las instituciones:

- Refiriéndose principalmente a la falta de credibilidad de los procedimientos y mecanismos institucionales porque no perciben ni claridad, ni respuestas oportunas y satisfactorias.
- Otros atribuyen la falta de participación a las actitudes del personal médico y administrativo: "... las actitudes de los médicos y de los funcionarios de las instituciones porque ponen una barrera al paciente; el médico ve al paciente como una cosa chiquita..."



- La falta de claridad en los procesos participativos, también aparece en las respuestas de los líderes, quienes además identifican una carencia de espacios para la participación en salud de la comunidad.
 - Algunos mencionan la falta de voluntad y cultura de las instituciones para promover ese comportamiento en los usuarios.
 - Además, también se refirieron a la falta de comunicación con los usuarios y las actitudes del personal de salud y administrativo, como barreras para la participación social.
 - Algunos funcionarios de instituciones públicas atribuyeron la falta de participación a la dificultad en implementación de la normatividad, por su complejidad, o la escasez de recursos.
- 3) Los formuladores de políticas entrevistados atribuyen la falta de participación, sobre todo a:
- Factores relacionados con las instituciones, como son: el temor del personal, tanto público como privado, a responder a las críticas de la comunidad.
 - La limitada capacitación e información que las instituciones proporcionan a los usuarios.
 - La ausencia de voluntad para abrir espacios participativos, especialmente, en la toma de decisiones.

Facilitadores

Factores facilitadores de la participación atribuidos:

- 1) A la población:
- La presencia de mayor y mejor conocimiento e información para participar consciente y eficazmente. "... es que el nivel de participación va de acuerdo al nivel de conocimiento que tiene la gente, de los derechos que tiene, yo participo en la medida en que conozco, si yo no conozco, especulo y digo una cantidad de bobadas, no lo importante" (*cita textual del documento base de este artículo*).
 - También consideran que constituir sus asociaciones y colaborar en las actividades relacionadas con salud, serían factores facilitadores.
- 2) Por su parte, los formuladores de políticas consideran que lo deseable es que la población se mantenga informada para defender sus derechos.
- 3) Factores facilitadores de la participación atribuidos a las instituciones:
- Los usuarios y líderes consideran la necesidad de recibir de las instituciones la capacitación e información pertinente para participar: "que las mismas entidades, saquen información y promuevan la capacitación".
 - También consideran que facilitaría la participación el recibir respuestas oportunas a las quejas.
 - Algunos mencionan como factor facilitador, la existencia de mecanismos de participación en las empresas donde están afiliados o los servicios de salud; mientras otros señalan el acceso directo al personal de salud.
- 4) El personal de salud considera como factores facilitadores:



- La existencia de una legislación y de los mecanismos para la participación.
- Sus propias acciones de comunicación directa con los usuarios.
- El capital humano de sus instituciones y las relaciones cordiales con la comunidad.

5) Los formuladores de políticas:

- Atribuyen el peso principal a factores institucionales. Señalan que primero sería el compromiso de parte de los entes estatales y de las empresas a prestar cada día un servicio mejor y más humanizado.
- Por otra parte consideran que es necesario que las instituciones concienticen a la comunidad, la capaciten y establezcan mejores formas de comunicación.

Para implementarla proponen:

- 1) Primera fase, fase previa o de iniciativa. Es la del compromiso de la comunidad y del sector político.
- 2) En segundo lugar, el acuerdo ha de establecerse a nivel administrativo, garantizando así un enfoque transversal e integrado dentro del sistema participativo municipal, que implique y aúne los esfuerzos de todas las áreas involucradas del ayuntamiento, y así reduzca las resistencias de cara a la implementación de los resultados.
- 3) Finalmente, será también preciso el acuerdo a nivel social, de manera que todos los grupos sociales involucrados en el proceso tomen parte activa en él desde su planteamiento. En conjunto, deberá garantizarse la debida planificación del proceso así como los recursos necesarios para su desarrollo.

Por desgracia, esta fase de iniciativa es la que más suele descuidarse en los procesos participativos reales, quedando así desde un inicio comprometidas todas las fases subsiguientes del proceso (Prieto-Martín, P. 2010).

Ganar credibilidad



https://ciertosenmovimiento.files.wordpress.com/2013/02/particip_ciudadana.jpg?w=348&h=211

Se debe tener o alcanzar:

- La neutralidad organizativa y la apertura.



- En segundo lugar, la visibilidad y la transparencia.
- Asimismo, es importante que desde el comienzo se comuniquen con extrema claridad y realismo los objetivos del proceso y sus limitaciones, para facilitar la tarea tanto de los gestores del proceso como de los participantes, para evitar que se creen expectativas desmesuradas que más adelante causen frustración en la ciudadanía, algo que repercutiría negativamente en el proceso y, consecuentemente, en la percepción pública del funcionamiento de la participación ciudadana en general (Prieto-Martín, P. 2010).

Método

Proponen sensibilizar muy bien a la comunidad sobre las realidades que tienen. Luego, la misma comunidad debe caracterizar los problemas. Ulteriormente viene la movilización de esfuerzos para enfrenar los problemas, haciendo sentir la fuerza y el poder que se obtienen de la unión. Luego vienen las intervenciones, donde se muestra cómo transformar realidades, y se hacen efectivas. Para ello plantean la ejecución y por supuesto la evaluación de lo alcanzado, con la continuidad del proceso de forma cíclica.

Estrategias de viabilidad y factibilidad

Consideran que en los municipios se debe fortalecer a la población en su sentido de pertinencia y capacidad de decisión (diálogo social). Que han de buscarse alianzas entre distintos sectores sociales (salud, educación, seguridad). Deben fortalecerse los procesos de comunicación y promover aquellos que acercan y unen a la comunidad. Buscar recursos para mantener y sostener los programas.

La medida de éxito serán la creación y funcionamiento de organizaciones comunitarias y la forma como participen en lo concerniente a la salud.

Comentario

¡Carambas!, no existe duda de que acá está una de las claves de la salud; es más, del país: es conseguir la participación de la comunidad. Implica muchísimo compromiso de aquellos que la quieren impulsar, pues solo con hechos, la comunidad se empieza a comprometer y a participar.



<http://www.democracialocal.org/wp-content/uploads/2009/03/mota9bis2.jpg>



Lineamientos para la implementación del componente intersectorialidad/ transectorialidad en el sector salud

Las grandes modificaciones en salud, trascienden el actuar del sector e implican y comprometen otros. Esto es más que palpable al entender los determinantes de la salud y la enfermedad y saber que sobre ellos solo acciones integradas y desde distintos sectores, son las que lo pueden modificar.

Definición



<http://scielo.sld.cu/img/revistas/san/v13n5/f1219509.gif>

“La intersectorialidad conceptualizada como **la intervención coordinada** de instituciones representativas **de más de un sector social**, en acciones destinadas total o parcialmente a **tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida**, forma parte importante de esa respuesta social organizada” (cita textual del documento base de este artículo).

Parte de tres factores a analizar: los determinantes, los condicionantes y los facilitadores:

Factores determinantes de la intersectorialidad. Problemas de salud, bienestar y calidad de vida cuya naturaleza demanda una solución que **va más allá de las posibilidades del sector salud**, lo que implica la planeación y organización consciente de procesos de integración con otros sectores, para enfrentarlos.

Factores condicionantes de la intersectorialidad. Punto intermedio entre los problemas de salud, bienestar y calidad de vida (factores determinantes) y los procesos gerenciales que se aplican para resolverlos de forma intersectorial (factores desencadenantes). Se refiere a las premisas, políticas, aptitudes y actitudes cuya presencia crea el escenario adecuado para que la intersectorialidad se produzca.

Factores desencadenantes de la intersectorialidad. Enfoques, técnicas, habilidades, estilos, métodos de trabajo y tecnologías gerenciales, cuya utilización y presencia es fundamental para asegurar una acción adecuadamente coherente y coordinada de los diferentes sectores de la sociedad ante los problemas de la salud, el bienestar y la calidad de vida.



La integración de diversos sectores con vistas a la solución de problemas sociales. Implica la certeza que para resolver problemas sociales se deben buscar soluciones integrales. Por supuesto que el actuar político (entendido como organización social) cobra una relevancia inmensa.

Valores

Parte de la inclusividad, entendiendo que lo que se hace en un sector repercute en otros. Asimismo, de la mancomunidad que supone compartir responsabilidades entre los sectores y ahí la solidaridad cobra valor al darse como un resultado. Lo cierto es que para la intersectorialidad la voluntad política es su génesis y el gobierno asume un papel protagónico para impulsarla. Por supuesto que está íntimamente unida con la participación comunitaria.

¿Que facilita la intersectorialidad?

- La voluntad política.
- Un sistema nacional de salud único.
- La comisión de salud del pueblo.
- Reestructuración de los órganos de administración local.
- Descentralización del sector de la salud.
- El modelo de medicina en la comunidad.
- El movimiento de municipios por la salud.
- El programa de salud y calidad de vida.
- Los proyectos de desarrollo municipal y provincial.
- Base legal y programática.



“El documento de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (WcSDH) realizado en Río de Janeiro en octubre de 2011 por la Organización Mundial de la Salud, presenta las bases del éxito del enfoque de “Salud en todas las Políticas” en Australia Meridional realizado con sólidas relaciones intersectoriales, las cuales se identificaron como:

- Un sólido interés intergubernamental.
- El mandato y la coordinación de un gobierno central.
- Métodos flexibles y adaptables de investigación, usando el análisis desde el ángulo de la salud.
- Beneficios y colaboración mutuos.
- Recursos de salud dedicados al proceso.
- Toma de decisiones y responsabilidades conjuntas”.

Cómo implementarla

Ahora... ¿con quién?



Una vez más se debe comenzar por una sensibilización del recurso humano, siendo clave que el Gobierno emita políticas que la impulsen. La preparación del recurso humano es clave.

Luego ha de venir una fase de movilización, tendiente a llegar a todos los sectores y comprometerlos. La siguiente etapa es la de la participación de los sectores. Ahí, identificar sobre lo que se va actuar y el papel de cada sector, es justo lo necesario para poder medirla en torno a los resultados al ejecutar esos planes que integran los sectores.



Propuesta Canadiense

Describen la propuesta canadiense (Agencia de Salud Pública de Canadá, año 2007), que afirma que para que la implementación de acciones intersectoriales sea exitosa se necesita:

- Enfocarse en objetivos concretos y resultados visibles.
- Asegurar que el liderazgo, la responsabilidad y las recompensas sean compartidos entre los socios.
- Construir equipos estables de personas que trabajen bien de manera conjunta, con sistemas de respaldo apropiados.
- Desarrollar modelos prácticos, herramientas y mecanismos destinados a respaldar la implementación de la acción intersectorial.
- Garantizar la participación pública, educar al público y generar conciencia sobre los determinantes de la salud y la acción intersectorial.

En el documento original los autores describen, herramientas y mecanismos, dándole a los planes de salud pública un inmenso papel en la ejecución.

Resulta, a juicio de quien escribe este resumen,

Lineamientos para la implementación del componente desarrollo tecnológico en el sector salud

¿En qué consiste?

Afirman los autores: "El desarrollo tecnológico es la **transformación productiva** a través de la **incorporación** de valor en el desarrollo de procesos, bienes, productos y servicios, generados **a partir del uso y la aplicación del conocimiento en la solución y mejoramiento** del quehacer empresarial y el **fortalecimiento del capital humano** entre los diferentes actores" (Colciencias, 2012).

Concepción de APS

Continúan: "se puede concebir el Desarrollo Tecnológico como la necesaria **instrumentación e innovación de tecnologías** para **responder a los problemas de desarrollo territorial** en escenarios socio económicos caracterizados por inequidad, pobreza, exclusión, las cuales deben permitir la ampliación de coberturas en los programas sociales, con oportunidad, continuidad y calidad, tomando en cuenta los principios científicos, la realidad económica y la aceptación comunitaria".

Lo que busca es responder a la problemática del desarrollo. Con tal visión, los autores incluyen:

- 1) Las redes de servicios integradas e integrales.
- 2) Sistema unificado de información.
- 3) La gestión del conocimiento y de tecnologías.



Redes de servicios integradas e integrales

Qué son

Red de Servicios



“La Ley 1438 de 2011 en el artículo 60 definió las redes integradas de servicios de salud (RISS) como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda”.

Esencialmente este concepto se basa en unir las IPS bajo el objetivo de mejorar la atención de la población, conseguir el acceso cuando se necesita, disminuir la fragmentación actual de los servicios, evitar la duplicación, mejorar la integración entre prestadores y población (usuarios) y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

El sueño de la continuidad

Parten de la firme convicción de que un equipo de salud puede hacerse cargo de la salud de la persona, su familia y la comunidad donde vive y ello solo se traduce en beneficios. De hecho, no existe duda de que la continuidad genera compromisos tanto de los prestadores como de los usuarios y esto es clave para potencializar el actuar en pos de alcanzar el máximo de salud posible.

Implican

Los autores describen de forma certera los beneficios de las RISS. Afirman:

- 1) **Población y territorio a cargo definido** y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
- 2) **Una extensa red de establecimientos** de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública (OPS 2007).



- 3) **Las RISS disponen de todos los niveles de atención**, proveen servicios electivos y de urgencia, y proporcionan cuidados agudos, de largo plazo y paliativos.
- 4) Dado que su enfoque principal es mantener a la población sana, las RISS se preocupan de enfatizar la entrega de **servicios de salud pública y de promoción de la salud**. Las RISS procuran asegurar una distribución equitativa de sus unidades operativas y la proximidad geográfica a la población servida.
- 5) **Las RISS se preocupan de integrar entre sí los programas focalizados** en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas; los servicios de salud personales; y los servicios de salud pública.
- 6) **Las RISS son integradoras y coordinan** las intervenciones en la prestación de servicios para satisfacer las necesidades de la población.
- 7) **Las RISS facilitan el flujo de información** a través de toda la red de servicios, sin importar donde se ubica el sitio de atención.

LO FUNDAMENTAL

Relación que establezcan



Equipo primario



Primer Nivel

Parten de que el denominado primer nivel es la clave operativa y ha de estar conformado por grupos multidisciplinarios para ofrecer la atención en el seno de la misma comunidad. La coordinación que desde acá se haga con los otros niveles debe responder para ofrecer una atención centrada en la persona, partiendo de ese conocimiento mutuo y su respectivo compromiso.

Si bien se reconoce que los grandes cambios en la salud solo serán alcanzados por acciones intersectoriales, no cabe duda de que las RISS resultan claves en torno a la respuesta inmediata de muchos de los problemas de la población.

Preparar a las personas

Una vez más se insiste en la imperiosa necesidad de formar el recurso humano bajo esta visión. Condiciones laborales adecuadas, transformaciones de la preparación en las universidades, son situaciones en las que se debe insistir. Cabe mencionar que en tal sentido el Ministerio hoy (2015) está promoviendo esa preparación del recurso humano con las universidades a través de la visión de la Salud y Medicina familiar.



¿Lo que se espera?

ELEMENTOS PARA IMPLEMENTAR EL MODELO



La **continuidad en la atención donde existe un médico permanente y de confianza** así como un equipo de más profesionales y técnicos de la salud, que asuman **la responsabilidad de responder por una población determinada**, que puede ser por comuna y así ofrecerle servicios preventivos, programas de apoyo, de atención integral y de servicios paliativos, evitando demanda espontánea de los servicios que congestionan los servicios logrando que se atienda a los más necesitados.

Ellos deberán fomentar los **servicios extramurales**, que facilitan las actividades sobre problemas específicos con otros sectores para llegar a la población marginal.

Sistema unificado de información



<http://www.cotrasur.com/site/images/content/sistema-de-informacion.jpg>

Definiciones

Es un conjunto de elementos interrelacionados para prestar atención de las demandas de información de una organización, para elevar el nivel de conocimiento que permita el mejor apoyo a la toma de decisiones y al desarrollo de acciones (Peña, 2006).



Es el estudio que trata la inserción y el uso de la tecnología de la información en las organizaciones, instituciones y la sociedad en general (Ciborra, 2002).

La OMS en 1973 lo definió como un "mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia".

Compuesto por...

El Sistema de Información se desarrolla a través de las siguientes etapas:

- 1) Recolección.
- 2) Procesamiento.
- 3) Análisis.
- 4) Uso para la toma de decisiones.
- 5) Divulgación y socialización de la información.

El resultado ha de ser "favorecer la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia" (OMS, 2008).

Tipos de información

La información necesaria se puede clasificar en tres tipos, clínica, epidemiológica y administrativa.



http://publiaroticias.com.mx/system/ffile/magnete/articulo/25207_1.jpg

Información clínica. Para que la información permita identificar grupos de riesgos y facilite la toma de decisiones clínicas. Incluye la historia clínica, el registro de morbilidad y las hojas de consulta, remisiones, atención domiciliaria, utilización de pruebas diagnósticas, entre otras (PAHO/WHO 2007).

Información epidemiológica. Existen cuatro aplicaciones fundamentales de la Epidemiología en Atención Primaria en Salud:

- Analizar la situación de salud de la comunidad.
- Investigar los factores de riesgo de una enfermedad.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias.
- Evaluar la utilidad de las pruebas diagnósticas (Gillies, et al, 1993).



Información administrativa. La información administrativa está relacionada con la planificación, el suministro de los servicios de salud, la evaluación de los servicios respecto a las poblaciones a los que van dirigidos y el conocimiento básico en que descansa la mejora de la provisión sanitaria. Las funciones administrativas tradicionales requieren de la obtención y transferencia de información para seguir la evolución de los procesos de prestación de los servicios de salud.

Utilidad de la información en la estrategia de atención primaria en salud

El sistema unificado de información debe permitir y apoyar:

- 1) Atención individual y de grupos.
- 2) Planificación de servicios.
- 3) Gestión institucional y de servicios.
- 4) Evaluación y control de la calidad.
- 5) Formación del recurso humano.
- 6) Investigación e innovación.
- 7) Cumplimiento de requerimientos legales.

Gestión del conocimiento y de tecnologías

Dicen los autores: La consigna asumida por el Programa de Recursos Humanos de la OPS fue el definir el médico que cada país necesita, "buscando la reorientación de la formación para atender a la comunidad y en particular mejorar la comprensión de los determinantes sociales y económicos que influyen la formación y la práctica profesional" (16 Ferreira JR. 2007).

Unirse con educación



La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa

Septiembre, 2009



Una propuesta que cobró relevancia en el continente a partir de 1976 para acercar la formación de los médicos hacia la comunidad, es la relacionada con la **"integración-docente-asistencial"**. Con estos procesos y a la vez estrategia educativa, se intentó buscar aproximaciones sucesivas entre la formación, el servicio y la investigación, fundamentalmente a nivel local.

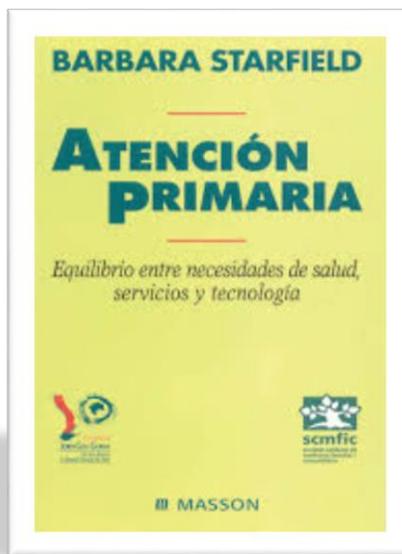
No existe duda de que para esto debemos reenfocar la forma como se enseña hoy la Medicina en el país. El dominio es hospitalario y el camino que debemos buscar es hacerlo más en comunidad, pues es allí donde están los mejores escenarios reales del futuro ejercicio de los médicos que se necesitan.

Concluyen los autores este aparte describiendo cómo creen que se pueden medir los resultados de las RISS.



Lineamientos para la implementación del componente desarrollo administrativo en el sector salud

Definición



“Este componente es definido como **“el desarrollo organizacional según niveles de complejidad y el fomento de la capacidad gerencial y operativa** de los agentes de atención primaria” (Claros LM, Grigoriu RC, 1994), definición que continua vigente en el entendido del fortalecimiento y mejoramiento continuo del desarrollo territorial”.

Parten de que se deben tener las habilidades de hacer diagnósticos situacionales, de planear y organizar los recursos, de construir programas, de involucrar la calidad en el diario quehacer, de fortalecer el clima organizacional.

Sus componentes

El componente administrativo para la Atención Primaria está compuesto por cuatro procesos:

a) Planeación, b) Organización, c) Dirección y d) Evaluación.

En torno a la planeación, ya desde entonces (2012) proponían como clave la presencia de la APS en todo el Plan Decenal de Salud Pública, donde efectivamente está involucrada. Recordemos que los autores han hecho este documento para los municipios, por eso su insistencia en tal mecanismo. Describen una surtida variedad de metodologías para impulsar la planeación.

En torno a la organización y dirección, proponen al Gobierno Central como el impulsor y a los Consejos territoriales de Seguridad Social como los responsables de la implementación. Y para la evaluación proponen la existencia de un Plan de Desarrollo Territorial que incluye la APS.



Desafíos y retos en el corto plazo para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud

¿Qué se necesita para que se implemente la APS en los municipios?



Afirman que es necesario:

- 1) **La decisión política** del Gobierno nacional para la implementación de la Atención Primaria como estrategia para el desarrollo social.
- 2) Establecer un **período de transición** para la aplicación y desarrollo de la estrategia.
- 3) **Definir y establecer metodologías** para la aplicación de la APS como estrategia del desarrollo territorial, y en particular del sector salud.
- 4) **Generar cultura** en todos los actores del ente territorial para que los Equipos de Atención Primaria (EAP) sean la columna vertebral de los planes de desarrollo territorial y de los planes decenales de salud.
- 5) Definir metodología e instrumento de **evaluación** de la EAP.
- 6) Establecer la **línea de base** del grado de desarrollo de los cuatro (4) componentes de la EAP en el país.
- 7) Establecer como política pública la AP como estrategia del **desarrollo territorial** para los sectores sociales.



Para los componentes participación social, comunitaria y ciudadana y la acción intersectorial/transectorial:

- 1) **Fortalecer la participación** de segmentos sociales secularmente excluidos de las decisiones públicas en el país, lo que significa colocar en primer plano la necesidad de defender y fortalecer las instituciones democráticas en el país.
- 2) **Garantizar a nivel territorial** la realización de las cuatro (4) fases (previa, movilización, participación y resultados) para la implementación de la participación social, comunitaria y ciudadana y la acción intersectorial/transectorial.
- 3) **Proponer y/o establecer** metodologías, herramientas e instrumentos participativos para el desarrollo del proceso.
- 4) **Ajustar las funciones del Consejo Territorial** de seguridad Social en Salud para garantizar la participación de todos los actores en la promoción, deliberación y concertación del Plan Decenal de Salud y su posterior seguimiento y evaluación (Acuerdos 025 de 1995 y 057 de 1997).
- 5) **Establecer** un sistema de evaluación unificado con indicadores básicos para el monitoreo, verificación y control de la participación de los diferentes actores en la planeación, ejecución y evaluación del Plan Decenal de Salud

Para el componente desarrollo tecnológico:



REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Retos para su implementación



- 1) Reglamentar el funcionamiento y la coordinación de las **redes de servicios integradas** e integrales a nivel territorial donde se establezca la operación, integración y gobernanza de las mismas.
- 2) Establecer y reglamentar un **sistema unificado de información de cobertura en aspectos como atención individual/de grupos, planificación de servicios, gestión** institucional y de servicios, evaluación y control de la calidad, formación del recurso humano, investigación e innovación, cumplimiento de requerimientos legales.



- 3) Promover y fortalecer la **Gestión del conocimiento y de tecnologías** para desarrollar políticas y mecanismos que garanticen las condiciones adecuadas para formar el recurso humano y generar investigación participativa aplicada al ente territorial.
- 4) Establecer un **sistema de evaluación unificado** con indicadores básicos para el monitoreo, verificación y control del desarrollo tecnológico aplicado a la planeación, ejecución y evaluación del Plan Decenal de Salud.

Para el componente desarrollo administrativo:

- 1) Fortalecer las instituciones y los sectores sociales para la ejecución de los procesos de planeación, organización, dirección y evaluación aplicados a la formulación del Plan Decenal de Salud.
- 2) Apoyar las organizaciones sociales y comunitarias para la ejecución de los procesos de planeación, organización, dirección y evaluación aplicados a la formulación del Plan Decenal de Salud.
- 3) Establecer un sistema de evaluación unificado con indicadores básicos para el monitoreo, verificación y control del desarrollo administrativo aplicado a la planeación, ejecución y evaluación del Plan Decenal de Salud.
- 4) Ajustar la normatividad existente (artículo 42 de la Ley 1438) de tal manera que los recursos para financiar las acciones de salud pública, atención primaria en salud, promoción y prevención, deban destinarse exclusivamente al financiamiento del Plan Decenal de Salud Pública territorial con objetivos, metas y resultados concertados en el Concejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

Este resumen, a pesar de su ambición de ser completo, ha dejado por fuera interesantes propuestas y desarrollos que los autores hicieron, razón por la cual recomendamos leer el texto original.



Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.



A PROPÓSITO DE UNA RESPUESTA

He tenido la oportunidad de leer el excelente blog del profesor Juan Eduardo Guerrero y me gustó particularmente esta apreciación que el profesor hace a propósito de unos comentarios del Ministro Alejandro Gaviria, que, por cierto, de la misma manera me han parecido muy interesantes. Por creer que en lo escrito existen importante reflexiones, pongo a consideración de ustedes estas dos apreciaciones.

Juan Carlos González Q.***

Contra la extrapolación amarillista

<http://agaviria.blogspot.com/2015/02/contra-la-extrapolacion-amarillista.html>

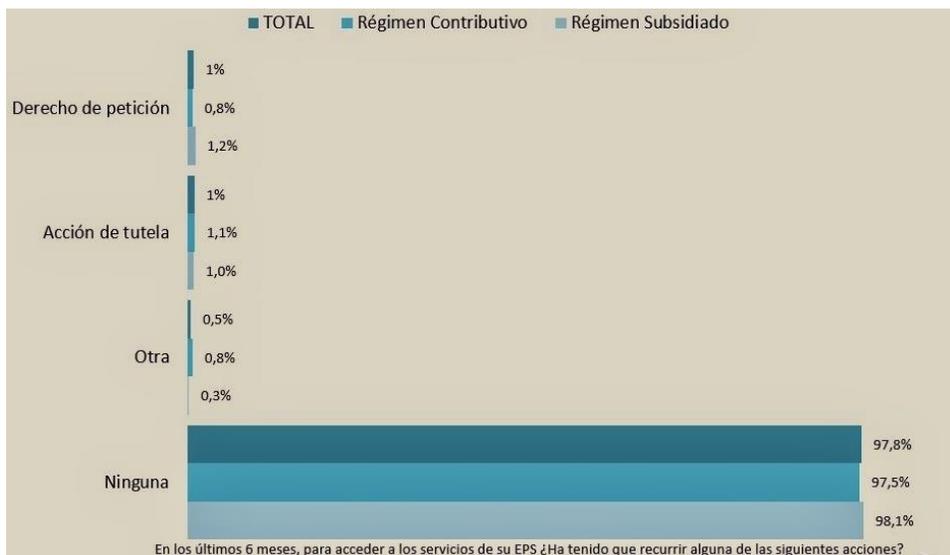


<http://www.minsalud.gov.co/Imagenes%20AdmContenido/Imagenes/Ministerio/foto-alejandro-gaviria-.jpg>

Afirma el ministro que la evaluación de los logros sociales requiere de una mirada cualitativa (etnográfica) y otra cuantitativa (estadísticas, por ejemplo). Acusa a los medios de información de preferir, cuando describen, hacerlo de manera casuística de lo malo, ocasionado una generalización interpretativa de quienes leen: lo denomina extrapolación amarillista.

Sostiene que es fácil incurrir en el denominado sesgo de disponibilidad, donde, y por ejemplo, cuando se presta más de un millón de actividades diarias, el que ocurran casos problemáticos (porque ocurren) no significa que las actividades se presten mal... incluso con esos casos malos, el modelo de prestación puede estar mejorando, solo que existen esos casos problemáticos o malos.

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



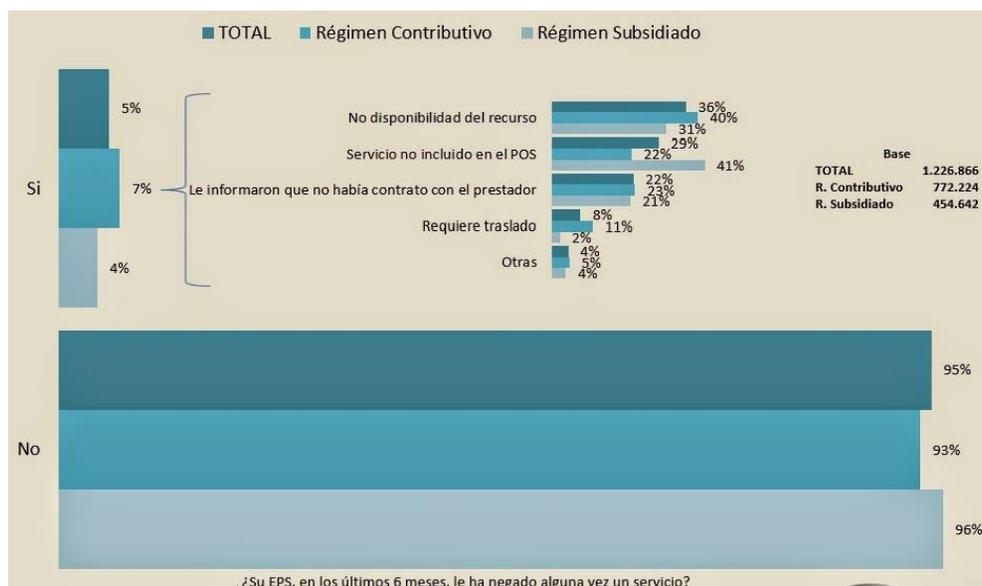
Gráfica 1. Representación del acceso en los últimos seis meses a los servicios de las EPS, donde se preguntó: "¿Ha tenido que recurrir a alguna de las siguientes acciones?".

Afirma el ministro que en Colombia se está encuestando permanente a la población. Pone esta gráfica en torno a reclamos del Sistema como ejemplo para mostrar que la necesidad de la tutela es la excepción. Afirma: "La etnografía del desastre conduce con frecuencia a conclusiones equivocadas".



Gráfica 2. Representación de la calificación perceptiva acerca de las EPS.

Expone esta gráfica para mostrar la evidencia que el Ministerio ha recogido en torno a la apreciación de las EPS, que representan en el Sistema del ejemplo, según el ministro, del acusado "fracaso del sistema".



Gráfica 3. Negación de servicios por parte de la EPS.

Con estos resultados en torno a negación de servicios y reconociendo de que se debe mejorar, su argumentación es que el sistema solo excepcionalmente niega los servicios.

Por eso invita a que los análisis de opinión se basen también en la estadística con el fin de expresar de mejor manera lo que sucede.

El manejo de las estadísticas en el sector salud. Una visión diferenciada.

http://www.jeguerrero.com/?page_id=11

El profesor Guerrero analiza lo siguiente:

Reconoce que las noticias se nutren más de las tragedias que de los hechos positivos. Sin embargo, plantea que es deber de los informes mostrar lo malo a intervenir, máxime en aspectos como la salud de las personas. Por ejemplo, y usando el gráfico de reclamos del sistema en esa encuesta, son cerca de 480 000 personas las que lo han hecho.

Afirma el profesor Guerrero que en salud, Colombia ha avanzado, pero insiste en que queda mucho camino por recorrer, donde existen arbitrariedades, por ejemplo de las EPS, que no deben suceder.

Plantea el profesor que en torno a la salud, no pueden ni deben existir mínimas proporciones, pues se trata de vidas humanas. Que la calidad en salud es más exigente que la de cualquier producto, por lo mismo... son vidas humanas. Negar un servicio puede conducir a la muerte.

Compara metafóricamente a la salud con la industria aeronáutica, donde no se puede aceptar que un avión falle en un 1 %, pues el resultado final puede ser mortal.



https://media.licdn.com/mpr/mpr/shrinknp_400_400/p/1/000/25b/072/21f77a9.jpg

Plantea que es inaceptable el hecho de que se viole el derecho fundamental de la salud, así sea en un mínimo 1 %. Expone que asimismo es errado creer que estamos bien porque solo un 1 % de los ciudadanos muere como causa del conflicto armado o que solo un 12 % de familias son desplazadas. Expresar eso no es amarillismo. Es denunciar algo que se debe modificar.

Agrega que esos datos que el Ministro expone en su interpretación, han de ser sometidos a las comparaciones de nuestro entorno y afirma: que nuestra mortalidad infantil está estancada 11,2 por 1000 nacidos vivos, siendo alta al compararse con países en condiciones similares. Expone cómo el Sistema General de Seguridad Social en Salud es comparativamente mal apreciado con el de otros países en condiciones más o menos parecidas al nuestro. De esto expone el debido referente.

Finaliza el profesor Guerrero haciendo las siguientes afirmaciones:

- El Gobierno (nacional y municipal) ha de ser el defensor de la ley estatutaria.
- Deben comprometerse a hacer que las EPS se conviertan en garantes de la salud de sus afiliados y no en negociantes en busca de la utilidad.
- Debemos promover más acciones de salud pública pues ellas llegan a todos.
- Acercar más los servicios de salud a la comunidad, donde la prevención se resalte con miras a disminuir la agotadora atención de los enfermos con el deplorable consumo de la "industria de la enfermedad".

Sostiene el profesor Guerrero que eso solo será posible con una profunda reforma al sistema de salud.

Comentario: ¡Qué interesantes apreciaciones...! ambas. Ahora cada cual (lector) deberá adoptar una posición. Mi interpretación es que el ministro cree en las bondades del actual sistema, aun con sus errores, y el profesor Guerrero, no. La estadística presentada les sirve a ambos en sus contrarios argumentos.





Revisión de artículo...

“RELACIONES ENTRE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LAS ESCALAS DE JEFFERSON PARA LA EMPATÍA MÉDICA Y LAS PERCEPCIONES DEL PACIENTE Y EL ENFOQUE HUMANISTA EN LA ATENCIÓN” Estudio de validez

Traducción por Jenny Salamanca⁺⁺⁺

© Med Sci Monit, 2007; 13(7): CR291-294
PMID: 17599021

WWW.MEDSCIMONIT.COM
Clinical Research

Received: 2007.03.09
Accepted: 2007.05.05
Published: 2007.07.01

Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: A validity study

Authors' Contribution:
Study Design
Data Collection

Karen M. Glaser^{1,2,3,4,5,6}, Fred W. Markham^{1,3,4,5,6}, Herbert M. Adler^{1,2,3,4,5}, R. Patrick McManus^{1,3,4,5,6}, Mohammadreza Hojat^{2,3,4,5,6,7,8}

La relación médico-paciente es un complejo engranaje que permite lograr una atención en salud exitosa. A su vez, la empatía, es uno de los pilares de la profesionalidad en Medicina.

¿Qué es empatía... empatía médica?

La empatía en el contexto de la atención al paciente se define como “un atributo primeramente cognitivo (en lugar de emocional) que implica el comprender (comprensión, en lugar de sentir) las experiencias, preocupaciones y perspectivas del paciente, combinados con la capacidad para comunicar esta comprensión”⁺⁺⁺.

⁺⁺⁺ MD. Docente FUJNC, jenny-salamanca@juanncorpas.edu.co.

^{***} http://www.nationalelfservice.net/cms/wp-content/uploads/2015/02/empathetic_doctor.jpg



http://www.nationalservice.net/cms/wp-content/uploads/2015/02/empathetic_doctor.jpg

¿Y sus implicaciones?

Se han descrito como beneficios de la empatía médica o clínica: la capacidad de llegar a diagnósticos, más precisión, mayor satisfacción con el equipo de salud referida por los pacientes, mejor adherencia al tratamiento y afrontamiento más eficaz del estrés propio de la enfermedad.



<http://i2.cdn.turner.com/cnnnext/dam/assets/150326100828-patient-comfort-graphic-exlarge-169.jpg>

Evaluar la capacidad empática de los médicos y la percepción de los pacientes hacia dicha empatía no ha sido fácil, en parte dada la falta de disponibilidad de un instrumento psicométrico adecuado que incluya ambos aspectos.

Por esto, y teniendo en cuenta las tendencias mercantiles actuales de los sistemas de salud en las que los costos tienen prioridad sobre la óptima relación médico-paciente, este estudio decidió que era oportuno e importante examinar cómo la empatía permite identificar factores que contribuyen a mejores resultados clínicos.



Para esto se recurrió a los siguientes instrumentos:

- 1. La Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ):** Escala de 20 ítems que mide la empatía del médico, reportada por ellos mismos. Cada pregunta es contestada en una escala tipo Likert de 7 puntos (donde 1 significa "totalmente en desacuerdo" y 7 "totalmente de acuerdo"). Contiene preguntas como: "Yo trato de entender lo que está pasando en la mente de mis pacientes, prestando atención a sus señales no verbales y lenguaje corporal".



http://s3.amazonaws.com/assets.assetspin.com/media/attachments/000/002/213/large/SP_13_needforcompassion_spot_630x420.jpg?1415224281

- 2. Escala de las Percepciones del Paciente sobre Empatía Médica de Jefferson (EPPEMJ):** Esta es una breve encuesta (5 ítems) recientemente desarrollada para medir las percepciones de los pacientes hacia la empatía de su médico. Los pacientes respondieron a cada elemento de la encuesta en una escala tipo Likert de 7 puntos (1 es "totalmente en desacuerdo" y 7 es "totalmente de acuerdo").
- 3. Encuesta sobre los Enfoques Humanistas de los Médicos en Atención al Paciente:** Esta encuesta fue completada por los pacientes y contenía cinco preguntas destinadas a medir los enfoques humanistas del médico al cuidado del paciente que se utilizaron en el estudio como un criterio adicional. Estas preguntas también fueron respondidas en una escala tipo Likert de 7 puntos.

ENCUESTA – ENFOQUES HUMANISTAS DE LOS MÉDICOS EN ATENCIÓN AL PACIENTE	
[Mi médico] me pregunta cómo me siento acerca de mis problemas.	
[Mi médico] tiene en cuenta mis deseos al tomar decisiones.	
[Mi médico] está siempre de afán.	
[Mi médico] muestra interés por mis sentimientos y necesidades, no solo por mi estado físico.	
[Mi médico] busca la privacidad adecuada al examinarme o al hablar conmigo.	

¿Cómo se hizo?

La EEMJ se distribuyó a los residentes (36) del programa de Medicina Interna de la universidad de Jefferson y se les pidió que voluntariamente contestaran y devolvieran la escala con fines de investigación. Todos los residentes entregaron la escala (tasa de respuesta del 100 %).



<http://www.betterpatientengagement.com/wp-content/uploads/2013/07/Forms.jpg>

Los pacientes de estos residentes fueron abordados en la sala de espera por parte de un asistente de investigación quien les solicitó completar la EPPMJ y la encuesta de enfoques humanistas. El nombre del residente se encontraba impreso en cada instrumento. Se recordó a los pacientes que sus respuestas se mantendrían bajo los parámetros de confidencialidad y que su participación o el rechazo de ninguna manera influenciarían la atención que recibirían de sus médicos.



https://img.washingtonpost.com/rw/2010-2019/WashingtonPost/2015/03/09/Interactivity/Images/crop_358Final2_Empathy.jpg

90 pacientes regresaron los formularios correspondientes a los 36 residentes; sin embargo, solo se obtuvieron datos completos (todas las respuestas contestadas) para 23 residentes.

Para efectos de los análisis estadísticos, se calculó una puntuación media para el EPPMJ e igualmente para cada pregunta de la encuesta sobre enfoque humanista para aquellos residentes con múltiples formularios a su nombre por parte de los pacientes.

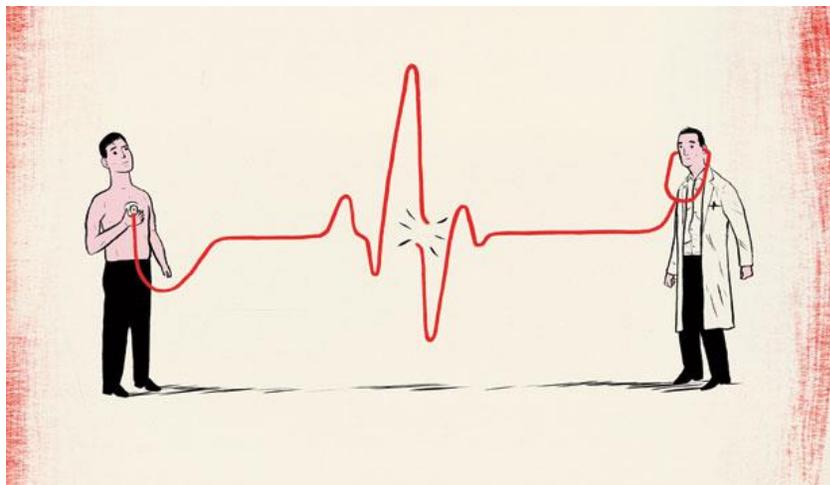


Y, ¿qué se encontró?

Dentro de los hallazgos que apoyan la validez de la EEMJ se encontró el hecho de que las puntuaciones de esta, correlacionadas con aquellas de la EPEMJ, fueron significativamente estadísticas, lo que indica que sí hay una superposición entre la empatía médica autoreportada y aquella percibida por los pacientes.

La magnitud de la correlación obtenida indica que aproximadamente una cuarta parte de la variación en la percepción subjetiva del médico podía predecirse por las percepciones de los pacientes ($r = 0,48$, $r^2 = 0,482 = 23 \%$).

El cuidado de un paciente es una tarea mucho más compleja que un simple tratamiento de la fisiopatología de una enfermedad. Con respecto a esto, la frase **"es tan importante saber qué tipo de hombre tiene la enfermedad, como lo es saber qué tipo de enfermedad tiene el hombre"** (atribuida a Sir William Osler), apunta a la importancia del **compromiso empático** en la atención al paciente.



http://archive.protomag.com/statics/SP13_empathy_opener_a_h.jpg

En la medida en la que los médicos puedan estar más "sintonizados" y comprometidos empáticamente con sus pacientes, los autores dicen: "podemos conjeturar que sus pacientes pueden tener mejores resultados clínicos y afrontar mejor su enfermedad".

Esto revela que no solo la capacidad empática de los médicos desempeña un papel significativo en la obtención de resultados clínicos positivos, sino también lo hace la percepción de esta por parte de los pacientes.





Sobre medicamentos...

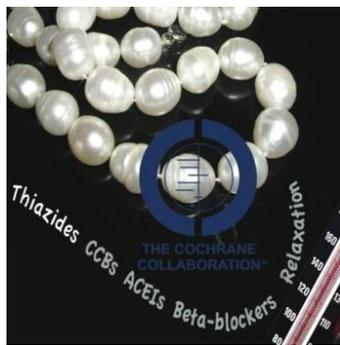
BREVES COMENTARIOS QUE NOS ALERTAN SOBRE EL USO DE ALGUNOS MEDICAMENTOS

Juan Carlos González Q. ^{§§§}

Perlas de la biblioteca Cochrane sobre hipertensión clínica

Therapeutics Letter Issue 82 / Julio - Agosto 2011

<http://www.ti.ubc.ca/es/newsletter/perlas-de-la-biblioteca-cochrane-sobre-hipertensi%C3%B3n-cl%C3%ADnica>



Fármacos de primera línea para la hipertensión

A pesar del momento de su publicación (2011), he creído valioso aportar esta información para los equipos de Atención Primaria en Salud en torno a la farmacoterapia de la hipertensión y, en particular, en torno al manejo inicial. Entonces:

1. Las tiazidas en dosis bajas resultaron ser más útiles en torno a morbilidad que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas del calcio, betabloqueadores y las mismas tiazidas pero con dosis altas.
2. No se recomienda usar betabloqueadores en primera línea, pues pueden aumentar riesgos.
3. Los antagonistas del calcio de primera línea, son superados por las tiazidas en la protección de insuficiencia cardiaca. Se recomiendan de segunda línea.
4. El control de la tensión arterial en cifras "más bajas" no es más beneficioso en mortalidad ni en morbilidad. Implica que los equipos de Atención Primaria en Salud han de fijarse en otras "medidas".
5. Las terapias de relajación como intervenciones para el control de la hipertensión no tienen estudios sólidos.

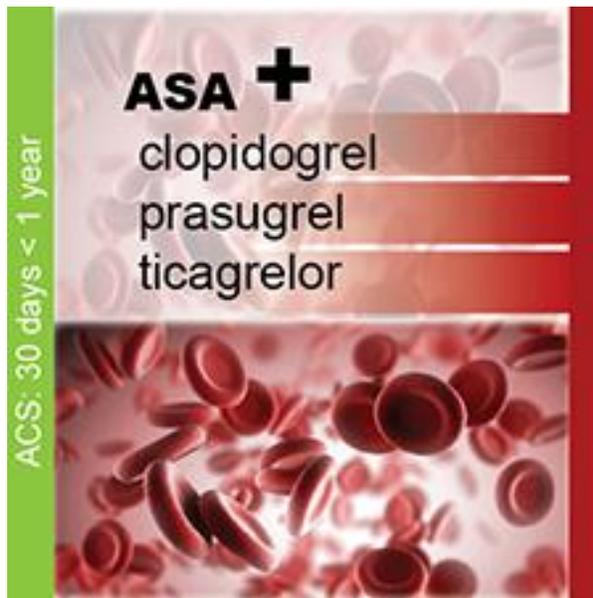
Comentario: Probablemente más importante que creer que en el control de las cifras tensionales está la meta para los pacientes, es estimular la modificación en torno a estilos de vida, tales como dejar de fumar, estimular el ejercicio e intervenir en la dieta, controlar el peso. De hecho, es promoviendo esos aspectos al alcance de todos, que podremos ofrecerle la mejor salud a las familias a nuestro cargo... pero, y es mi impresión, es en ello en lo que estamos menos preparados.

^{§§§} MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co.



La terapia antiplaquetaria dual: ¿beneficio neto para la salud o daño?

Terapéutica Carta Edición 94/03-JUNIO, 2015
<http://ti.ubc.ca/es/letter94>



<http://ti.ubc.ca/images/94.png>

Dada la alta incidencia de las enfermedades cardiovasculares, en particular de la enfermedad coronaria, el uso de terapia antiplaquetaria está siendo constantemente investigado. En este caso, esta publicación revisó la combinación a largo plazo de Ácido Acetil Salicílico (ASA) y de otros antiplaquetarios (Clopidogrel y Ticlopidina).

Conclusiones de la revisión

1. Se parte de que existe información de que la terapia de ASA más otro antiplaquetario, a largo plazo puede tener más riesgos que beneficios (presentar más sangrado que prevención de oclusión coronaria).
2. Se confirma (por ahora) que la terapia dual está indicada para ser administrada **durante el primer año** (más tiempo empieza a causar más daño que beneficio) en casos de síndrome coronario agudo.
 - 2.1. Los análisis efectuados confirman beneficio de la terapia dual (casi el 50 % del total de beneficio) en particular en las primeras 24 horas de ocurrido el evento coronario y hasta en los 30 primeros días.



El Peregrino que toca...

LA MEDICINA: ¿UN CAMINO A LA SANTIDAD?

Gabriel Sáenz****



En el Antiguo Testamento ser santo (kadosch), para el pueblo hebreo significaba ser separado de lo profano y estar dedicado al servicio de Dios. Por eso, el pueblo de Israel se conocía como santo por ser el pueblo separado para Dios. En el contexto moderno realmente ser santo es la presencia de Dios en el corazón de quien cree en Él. Sin embargo, Dios no se impone a la fuerza; requiere la respuesta libre de la persona.

Esta vez, el peregrino nos propone reflexionar a través del libro del Apocalipsis: "Mira, estoy de pie a la puerta y llamo. Si alguien escucha mi voz y abre la puerta, entraré en su casa y cenaré con él y él conmigo" (Ap. 3, 20). En este texto se ve claramente que lo único que Dios no toca del ser humano es la libertad. ¿Quién tiene pues, la opción a la santidad? Todo ser humano, en cualquier estado de vida, condición social, grado de inteligencia, en cualquier oficio o profesión.

Algunos padres de niños que fallecen prematuramente sin el bautismo se angustian porque su hijo no "se fue" para el cielo. Yo les respondo que todo niño es una criatura de Dios, quien ha salido de las manos de Dios y si fallece retorna a las manos de Dios y Él Lo ama con o sin bautismo.

Si estamos hechos a imagen y semejanza de Dios (Génesis 1:27), quiere decir que lo que Dios nos ofrece como "cielo" es poder alcanzar la plenitud del ser en la plenitud de Dios, por participación de lo que Dios es, para que, sin dejar de ser nosotros, seamos lo que Dios es. Esto se llama ¡¡SANTIDAD!! Dios está en cada uno de nosotros, en nuestro ser, pues por Él nos movemos y existimos, pero Dios es Trinidad, es decir Padre, Hijo y Espíritu Santo.

¿Somos conscientes de tener la imagen de Dios Padre quien es vida, creación y fecundidad? Si eres consciente de este concepto debes ser fecundidad de nuevas vidas, debes ser, como médico, creador de nuevos procedimientos y tratamientos para dar vida a tus pacientes.

¿Somos conscientes de tener la imagen de Dios Hijo (Cristo), quien es la imagen de Dios para el mundo? Si eres consciente de este concepto, no puedes contentarte con ser solo un "buen cristiano". Debes ser "otro Cristo". Que tus manos de médico sean las de Jesús, tu corazón sea el de Jesús, es decir la misericordia de Dios en tu paciente.

¿Somos conscientes de tener la imagen de Dios Espíritu Santo quien es el amor en nuestras vidas? Si eres consciente de este concepto debes obrar, como médico, con el amor de Dios. Actúa como el "buen samaritano":

- * No pases de largo ante tu paciente.
- * No des rodeos para atenderlo.
- * En vez de decirle: "a la orden" saludalo mirándolo a los ojos: ¿qué quieres que haga hoy por ti?

**** Capellán CJNC. Consejero Estudiantil FUJNC.



Recuerda que tú eres importante para Dios, te hizo médico para servirte de ti. Tú perteneces a Él. Te amó antes de que existiera el tiempo. ¡Él es tu padre!

¿Cuándo pido ser santo? ¡Ya! Desde ahora, Su gracia te basta.

¿Cómo puedo ser santo? Como padre o madre de tus hijos, como cónyuge de tu pareja, como médico para tus pacientes.

La santidad es un proceso para toda la vida, día a día, paciente por paciente, enfermo por enfermo, (*step by step*). San Pablo le dice a los Filipenses: "No es que ya lo haya conseguido (la santidad), o que ya sea perfecto: yo lo persigo a ver si lo alcanzo como yo he sido alcanzado por Cristo. Hermanos, yo no pienso haber conseguido el premio. Solo busco una cosa: olvidándome de lo que queda atrás y lanzándome hacia lo que está por delante, corro hacia la meta, hacia el premio, al cual me llama Dios desde arriba en Cristo Jesús" (Filipenses 3: 12-14).

Querido médico, Dios te llamó a su gracia a través de la Medicina, porque la vocación la llevamos, en gran parte, en la carga genética. Por eso está bien decir que no es el individuo quien escoge la profesión sino ella quien lo escoge a uno. Dios te llamó para servirle a tu hermano. Así pues, hay muchos médicos que han llegado a la santidad sirviendo al paciente por amor.

En la edición No. 14 de nuestra Carta Comunitaria, les comenté la historia del médico italiano San José Moscatti del siglo XIX. Esta vez les traigo una nueva historia reciente aparecida en Brasil, acerca de un médico brasileño, fallecido a los 35 años de edad y quien hoy aspira a la beatificación. Es esta su reseña histórica:

Su nombre: Guido Schaffer, surfista, médico y seminarista. Nació el 29 de mayo de 1974 en Río, Brasil y murió accidentalmente, mientras practicaba ese deporte el 1º de mayo de 2009 a los 35 años de edad, faltándole un año para ordenarse como sacerdote. Había obtenido el título de médico general a los 24 años de edad. Sus amigos lo describían como un chico de crucifijo, fonendoscopio y tabla de surf. Era un joven normal, pero pasaba todo el tiempo hablándoles a la gente y a sus pacientes de Dios y de la fe. Su madre le compraba la ropa y él llegaba a su casa sin camisa y descalzo porque se los regalaba a los pobres. Después de diez años de ejercer como médico, sintió el llamado al sacerdocio porque quería ser médico de cuerpos y de almas. Como Jesús, que subía al monte para orar solitario a su Padre, Guido se retiraba para estar en silencio y a solas con Dios, oír Su voz y unirse a Él más íntimamente. Entre los muchos dones y virtudes que Dios le concedió también el don de la palabra. Como seminarista, en sus predicaciones hablaba con autoridad inflamado por el don del Espíritu. Decía lo que vivía y vivía lo que hacía. También Dios le concedió el don de la sanación. Mientras predicaba o rezaba por alguien se produjeron muchas sanaciones y conversiones a la fe.

Propuestas

- * Busca a Jesús, que Él en algún momento te encontrará, pasará por tu vida, te tocará y te llamará.
- * No te contentes con ser solo un "buen cristiano", únete a Cristo para que al final puedas decir como San Pablo: "no soy yo quien vivo, es Cristo quien vive en mi".
- * ¿Te apuntas a ser un médico santo?



NOTICOMUNITARIA

FALLECIÓ EL DOCTOR DAVID SACKETT, PADRE DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

<http://es.cochrane.org/es/fallece-david-sackett>
<http://www.nytimes.com/2015/05/20/us/dr-david-sackett-who-proved-aspirin-helps-prevent-heart-attacks-dies-at-80.html>

Juan Carlos González Q.⁺⁺⁺⁺



El 13 de mayo falleció el Doctor David Sackett, uno de los innovadores del siglo XX en la forma de entender la Medicina. Él fue uno de los pioneros de la Medicina Basada en la Evidencia, modelo racional que propone ejercer la Medicina verificando la experiencia y constatando su actuar a través de los estudios que permanentemente se deben hacer. Enseñó cómo usar las investigaciones para que de ellas surgiera una forma más segura de ejercer la Medicina.

Su sitio de trabajo por 26 años fue la Universidad de McMaster donde estuvo dedicado a enseñar Medicina de la forma más segura posible. Escribió maravillosos textos, por su sencillez acerca de la epidemiología clínica y de la evaluación de la práctica médica.

Presidió e impulsó la Colaboración Cochrane, así como la construcción de centros para promover la Medicina Basada en la Evidencia. Sin duda, impulsó y transformó la forma de entender y ejercer la Medicina...

Paz en su tumba...

++++ MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – 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 A. Pinzón R.
William Buitrago

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