



Evaluación de la calidad de la entrega de medicamentos en droguerías de Bogotá

Contenido

Evaluación de la calidad de la entrega de medicamentos
en droguerías de Bogotá

1

La promoción y la prevención en el sistema de salud en Colombia

9

Hechos de interés en salud pública

14

Reporte semanal del segundo periodo epidemiológico

16

Claudia P. Vacca, química farmacéutica,
Universidad Nacional de Colombia,
farmacoepidemióloga UAB. cvaquis@hotmail.com;
José Orozco, Universidad Nacional de Colombia,
departamento de farmacología;
Sandra Torres, química farmacéutica;
Bárbara Gerena, química farmacéutica,
Secretaría Distrital de Salud.

Presentación

Cuesta pensar que los medicamentos, siendo productos desarrollados para aliviar dolencias del ser humano, puedan causar daño o lesiones a quien los consume. Sin embargo, debe considerarse de manera permanente que este tipo de productos poseen riesgos intrínsecos evitables mediante la monitorización y la vigilancia de su uso.

Tanto las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), como los errores de medicación son eventos que se presentan inevitablemente pero que pueden disminuirse si se vigilan los desenlaces no deseados de las terapias farmacológicas, en el caso de las primeras, y si se garantiza y controla la calidad de los procesos asociados al manejo de los medicamentos en los establecimientos que manejan este tipo de productos, en el caso de los segundos.

Ahora bien, dado que la prescripción es la intervención médica de uso más extendido, su monitorización (consumo, costo, indicación, etcétera) puede convertirse en una fuente de información epidemiológica importante y un mecanismo de evaluación y alerta frente al comportamiento de las enfermedades en determinados ámbitos y poblaciones.

En muchos países, incluyendo algunos latinoamericanos, la entrega de medicamentos la realiza un profesional certificado, que está obligado a cumplir con los requerimientos legales de funcionamiento del establecimiento y a seguir las orientaciones que garanticen un servicio de calidad que disminuya los riesgos asociados al consumo.

En Colombia, aunque de manera explícita se faculta al químico farmacéutico y al médico a dirigir establecimientos de

esta naturaleza, las farmacias o droguerías no obligan a tener un farmacéutico como director. Existe el denominado expendedor de drogas, previamente acreditado por el Ministerio de Salud o su autoridad sanitaria delegada, para ejercer la dirección de una droguería en todo el territorio nacional.

Entre los requisitos que la ley establece como condición para la certificación de expendedor está la declaración jurada de dos químicos farmacéuticos o médicos graduados debidamente registrados ante el Ministerio de Salud, rendidas ante juez con intervención del agente del ministerio público, en donde conste que el peticionario se ha desempeñado como empleado vendedor en droguería, con honorabilidad, competencia y consagración durante un periodo no menor de diez años. Los declarantes deberán tener, mínimo, diez años de graduados a la fecha de su declaración.

Además de los requisitos señalados, los interesados deberán acreditar haber cumplido veinticinco años de edad como mínimo y no haber sido sancionados por comercio ilegal de medicamentos de control especial, ni por infracción a las disposiciones sobre medicina, mediante certificación expedida por las autoridades competentes.

Estas consideraciones determinaron que a finales de los años 1990 el Ministerio de Salud, por medio de la entonces existente subdirección de servicios farmacéuticos y laboratorios, estableciera la necesidad de realizar estudios de la forma y la calidad como se entregan o dispensan medicamentos por parte del personal vinculado a las droguerías y establecer estrategias para reducir los riesgos asociados al mal manejo de los mismos. Con los recursos destinados para este efecto y con aportes adicionales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se realizó el presente estudio.

Objetivo

Evaluar la calidad de la entrega de medicamentos en las droguerías que funcionan en las veinte localidades de Bogotá, desde la perspectiva de la idoneidad del dependiente, la información que brinda en el momento de la entrega del medicamento y las condiciones infraestructurales de la droguería.

BED Boletín Epidemiológico Distrital

Secretario Distrital de Salud
José Fernando Cardona Uribe

Subsecretario
Elkin Hernán Otálvaro Cifuentes

Directora de salud pública
Gilma Constanza Mantilla Caycedo

Área de acciones en salud pública
Stella Vargas Higuera

Área de vigilancia en salud pública
Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Área de análisis y políticas de salud pública
Consuelo Peña Aponte

Laboratorio de salud pública
Elkin Osorio Saldarriaga

Comité editorial

María Teresa Buitrago
Gladys Espinosa García
Luis Jorge Hernández

Elkin Osorio Saldarriaga
Sonia Esperanza Rebollo Sastoque
Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinación editorial
Oficina de comunicaciones en salud

Diseño e impresión
Giro P&M

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
Dirección de salud pública

Área de vigilancia en salud pública

Calle 13 n° 32-69, cuarto piso, Bogotá - Colombia
Teléfono 364 90 90, extensiones 9629 y 9673
Correo electrónico: serebollo@saludcapital.gov.co
Página web saludcapital.gov.co

En Colombia existen aproximadamente 36 mil médicos y 15 mil droguerías (1), con un director técnico natural llamado expendedor, que logra serlo sin requisito de formación académica (2). Si existe un promedio de 2 a 3 dependientes por droguería, podría hablarse de un número de personas proporcional al número de médicos, sin la formación y el criterio, recomendando el uso de medicamentos.

De otro lado, gracias a la existencia de programas de farmacovigilancia en el mundo, se establecen restricciones a la comercialización de medicamentos debido a los hallazgos de reacciones adversas graves. ¿Los expendedores en su práctica habitual consideran la existencia de las siguientes restricciones expedidas recientemente en Colombia para la dipirona, la fenilpropanolamina y el misoprostol? (3 y 4):

1. Restricción del uso de la dipirona inyectable al ámbito hospitalario y estricta venta, de cualquier forma farmacéutica, con fórmula médica, dado el riesgo de agranulocitos y reacciones alérgicas severas.
2. Retención obligatoria de la fórmula médica en el establecimiento debido a la posibilidad de usar el misoprostol como inductor de aborto.
3. Reformulación de todos los preparados con fenilpropalaminamina en un plazo perentorio debido a los hallazgos de riesgos de accidente cerebrovascular (16-21).

A la vez, resulta importante pensar en la incidencia de los droguistas en la determinación de los datos de consumo de algunos medicamentos dado el volumen del mercado privado¹.

En países en los que está profesionalizada la atención, los errores en la dispensación son un indicador de la calidad de las labores del farmacéutico. Un estudio realizado en New Jersey en cien farmacias² aleatorizadas, estimó 24% de errores, de los cuales 4% eran clínicamente significativos. Las prescripciones analizadas incluían medicamentos seleccionados por la frecuencia de su uso y su disponibilidad (5).

En Brasil se demostró que de 436 establecimientos sólo en 50% el profesional farmacéutico realizaba de una a cuatro visitas al mes, aunque la ley establece su presencia en el horario de funcionamiento de la droguería (6). Por simulación de cuadros clínicos, se encontró que los expendedores prescribieron medicamentos en 71,6% de los casos y sólo en 28,3% recomendaron la consulta a un médico.

Un estudio realizado en Colombia evaluó a expendedores, aconsejando y prescribiendo medicamentos en niños con infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA). El estudio se realizó en 106 droguerías aleatorizadas de Bogotá. Los principales resultados demos-

traron que en la mayoría de los casos se prescribieron uno o más medicamentos (88,7% para IRA y 72,2% para EDA). Los medicamentos más usados en IRA fueron descongestionantes y antihistamínicos (44,8%), antipiréticos (34,4%), antibióticos (34%) y antitusivos (19,3%). En el caso de la EDA, los medicamentos más prescritos fueron las sales de rehidratación oral (60,3%), seguidas por los antibióticos (56,9%), antieméticos, antidiarreicos y antipiréticos (7).

Esta condición de riesgo y la evolución en la conciencia de ser parte activa de la atención médica ha hecho que sea cada vez más frecuente que los pacientes soliciten información sobre los medicamentos que les son prescritos. Así, una buena práctica en la dispensación o entrega de medicamentos supone el conocimiento de información mínima por parte del dispensador o expendedor para entregar el producto, sobre todo en casos de riesgo evidente o de medicamentos de uso frecuente (4).

En Estados Unidos, la Omnibus Budget Reconciliation Act de 1990 establece los requerimientos de información para el paciente (8). Esta información debe orientarse no sólo a los medicamentos prescritos sino a los de venta libre, puesto que se ha estimado que entre 60 y 95% de las enfermedades son tratadas inicialmente en alguna forma de autocuidado (9). De manera que, frente a esta realidad, aún si el acto de la entrega del producto no lo realiza un profesional existe una información básica necesaria para asegurar que el medicamento sea usado de la mejor manera, minimizando los riesgos de la terapia y maximizando la eficacia del medicamento.

Dado que la mayoría de los estudios sugieren que el personal de la droguería da información inapropiada sobre los medicamentos, resulta importante contar con información que evalúe el riesgo de las prácticas inadecuadas de los dependientes de droguería con el fin de diseñar estrategias de intervención.

Metodología

Estudio descriptivo de corte transversal utilizando la técnica de simulación directa y telefónica y la aplicación de encuesta.

Se utilizó la técnica de simulación de cuadros clínicos de forma presencial y telefónica para determinar aspectos críticos en la información (contraindicaciones, interacciones y reacciones adversas), sustitución crítica y venta sin fórmula.

La simulación de cuadros clínicos es una técnica usada con frecuencia en estudios de estas características (3)(4), dado que garantiza la mayor cercanía a las condiciones habituales de funcionamiento de las droguerías y a la forma de entrega y venta de medicamentos. Así mismo, la vía telefónica es una técnica de venta cada vez más usada.

La encuesta se hizo a droguerías para evaluar aspectos locativos, de idoneidad y sobre información crítica relevante.

1 En Colombia el mercado farmacéutico privado en 2000 fue cercano a los 910 millones de dólares. International Marketing Service (IMS) 2001.

2 En Colombia, el establecimiento privado de venta de medicamentos al público se denomina *droguería*, dado que no es atendido de forma directa por un farmacéutico. En otros países se denomina *farmacia*, por ser atendido por un profesional farmacéutico.

Criterios de inclusión y exclusión

Se realizó la encuesta a uno de los dependientes o expendedores que estuvieran presentes en el momento de la llegada del encuestador, sin importar el género ni la edad. Las simulaciones se realizaron con los mismos criterios.

Control de sesgos

Se establecieron estrategias para manejar al personal dispensador que manifestara curiosidad. Se entrenó a los encuestadores sobre las precauciones de la ubicación de la grabadora en el momento de iniciar la grabación. Se tomaron las medidas administrativas para evitar la divulgación del estudio y su conocimiento por parte de los droguitas. Para evitar errores en el registro de las respuestas, errores de codificación o procesamiento, los investigadores realizaron controles de calidad periódicos a los formularios diligenciados y a las bases de datos sobre las que se realizó el análisis.

Muestra

La muestra se calculó a partir del registro de droguerías del área de vigilancia y control de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, con un nivel de confiabilidad de 95%. Las bases de datos se codificaron para mantener la confidencialidad y reserva de identidad de los encuestados.

Se construyeron estratos por localidad, por autorización de expendio de medicamentos de control especial y droguerías de cadena. Se realizó una aleatorización simple. Los datos se analizaron en el programa EPI INFO versión 6.0 para pruebas de significación estadística y los respectivos intervalos de confianza, considerando que en todos los casos se evaluaban diferencias de proporciones.

Definiciones

- **Despacho:** entrega responsable de medicamentos, no profesionalizada, con información mínima requerida para prevenir o evitar ciertos riesgos de consumo de interés en salud pública.
- **Información a paciente:** comunicación oral relacionada con el medicamento por dispensar, dada al paciente por el dispensador, vendedor o expendedor.
- **Calidad de la dispensación:** la calidad de la dispensación se midió mediante la proporción de requerimientos básicos cumplidos (adecuados) por el establecimiento.
- **Relevancia clínica:** importancia de las simulaciones elegidas desde dos puntos de vista, la gravedad del evento

evaluado y la frecuencia en la que se presenta para el escenario específico evaluado (en este caso la entrega responsable del producto). La relevancia clínica se determinó de acuerdo con el riesgo en condiciones clínicas específicas, interacciones críticas, sustitución crítica e inducción al consumo.

Requerimientos básicos para el despacho adecuado

Locativos	Recursos humanos e idoneidad	De despacho o entrega adecuada
Organización Almacenamiento	Formación Experiencia y actualización	Información crítica (contraindicaciones, interacciones y reacciones adversas críticas). Sustitución crítica. Dispensación sin fórmula. No inducción a consumo

Nota: definidos por el equipo de investigación.

Simulaciones elegidas

Para la selección de las simulaciones se tuvieron en cuenta criterios legales (restricciones establecidas por la comisión revisora de medicamentos del Invima), económicos (datos de consumo en unidades y pesos del IMS) y criterios de relevancia clínica.

Las simulaciones elegidas según la variable por evaluar fueron las siguientes:

Variable	Medicamento o situación clínica	Justificación (10-12, 17-20)
Información crítica	Contraindicación: Metronidazol durante el embarazo	Claramente contraindicado para uso en el embarazo por el riesgo de malformaciones
Información crítica	Contraindicación: consumo de antiepilépticos en anciano con hipertensión	Los adultos mayores tienen un riesgo elevado de interacciones farmacológicas, contraindicaciones y reacciones adversas. El uso de antiepilépticos en pacientes hipertensos está contraindicado
Sustitución crítica	Carbamazepina	Por la variación en la biodisponibilidad entre productos comercializados de carbamazepina y su estrecho margen terapéutico, la sustitución del medicamento con respecto al producto prescrito por el médico resulta crítica. La principal consecuencia de una sustitución no monitorizada por el prescriptor es la manifestación de pérdida del control de cuadro convulsivo, crisis convulsivas e incluso estatus epiléptico
Dispensación sin fórmula	Misoprostol	Uso aprobado en el tratamiento de gastropatía por AINE y en algunos países para la inducción del trabajo de parto. En Colombia sólo la primera indicación está aprobada, pero existe un uso empírico frecuente para la inducción de aborto. Está establecida la retención de fórmula en la venta de este producto.

Variable	Medicamento o situación clínica	Justificación (10-12, 17-20)
Dispensación sin fórmula	Dipirona	Riesgos de reacciones adversas asociadas al manejo de la dipirona (alergias fatales y agranulocitosis), particularmente en su forma inyectable, se expidió una resolución que restringe su uso al ámbito hospitalario y la venta con fórmula médica.
Inducción al consumo	Uso de antibióticos en infección respiratoria aguda	Los antibióticos, en general, no se recomiendan para esta indicación. La inducción de su consumo sin prescripción aumenta el riesgo de resistencia bacteriana.

Resultados y discusión

En la tabla 1 se presentan los datos de la muestra final luego de las pérdidas según la fuente de información.

TABLA 1. Muestra final, pérdidas según fuente de información

Fuente de información	Total	Pérdidas	% Pérdidas
Muestra inicial	371	-	-
Simulaciones presenciales	358	13	3,5
Encuestas	351	20	5,4
Simulaciones telefónicas	278	93	25,1

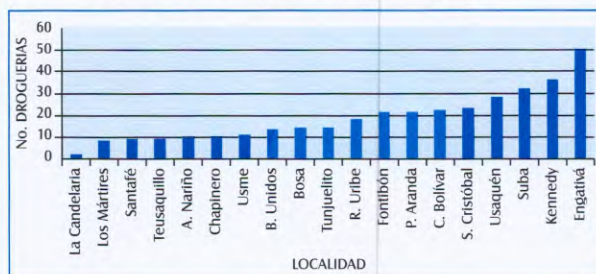
Nota: primero se realizaron las encuestas para tomar el número telefónico. En el estudio se estableció que cada droguería tuviera una encuesta, una simulación presencial y una telefónica.

En la simulación presencial las pérdidas fueron de 3,5%, en las encuestas de 5,4% y en las simulaciones telefónicas de 25,1%. Las simulaciones telefónicas presentan el mayor porcentaje de pérdidas pues los encuestados dieron un número errado o no tenían teléfono.

La distribución de las droguerías según localidad (véase el gráfico 1) y la autorización o no para la venta de medicamentos de control (15%) mantiene la estructura de la muestra, ya que estos criterios se usaron para estratificar la muestra desde su selección. El 72,08% (IC de 95% 67.21-76.59) corresponde a droguerías independientes; las de cadena representan 27,92 (IC de 95% 23.41-32.79), y pueden ser un soporte organizativo para actividades de intervención; además, en un estudio de consumo puede ser interesante cruzar la información del volumen de ventas frente a la proporción de los estratos.

El 52,42 % (IC 95% 47.19-57.62) de las droguerías no presta servicio a domicilio. El 72,36% (IC 95% 67.51-76.85) presta servicio de inyectología. Lo que resulta crítico es la idoneidad del personal para desarrollar esta actividad, dado que involucra factores de riesgo mayor (anafilaxia, infecciones, lesión de nervio, vía de administración errada y reacciones adversas graves) y la ausencia de normas al respecto.

GRÁFICO 1. Distribución de droguerías por localidad



Quienes contestaron las encuestas fueron las personas que se encontraban al frente de la droguería. Aunque legalmente quien debe estar es el expendedor, este sólo se encontró en 25,07% (IC 95% 20.75-29.81) de las oportunidades³.

Los encuestados manifiestan en 45,30% (IC 95% 44.14-50.54) de los casos que el propietario no tiene formación técnica o profesional en salud, lo que sugiere que la formación empírica prevalece sobre la académica. Ocho droguerías de las 351 encuestadas (2,3%) contaba con un químico farmacéutico como director técnico.

De las personas encuestadas, 8,5% (IC 95% 5.9 - 11.8) tenía formación primaria, 66,7% (IC 95% 61.6 - 71.4) contaba con un nivel medio de formación (secundaria); ahora bien, dado que son quienes se encuentran a cargo de la droguería (al menos en el momento de la encuesta) cualquier intervención educativa deberá contemplar este nivel de formación (véase la tabla 2).

TABLA 2. Distribución según nivel de formación de quien responde la encuesta

Escolaridad	No.	Porcentaje	IC 95%
Primaria	30	8,5	5,9482-11,8276
Secundaria	234	66,7	61,6061-71,4534
Técnico	53	15,1	11,6369-19,1362
Universitario	32	9,1	6,4281-12,4779
No responde	2	0,6	0,0957-11,8696

La edad también deberá considerarse, pues 39,6% (IC 95% 34.58-44.79) de los encuestados tenía menos de 35 años y 91,45% (IC 95% 88.17-94.05) menos de 54. El 32,48% (IC 95% 27.73-37.51) tenía menos de diez años de experiencia. El perfil de edades y experiencia puede significar que la modificación de costumbres erradas requeriría mayor esfuerzo.

El 52,14% (IC 95% 46.90-57.33) recibió al menos un curso en el último año, el 47,57% (IC 95% 41.62-53.57) de los cursos se refería a salud en el área de medicamentos.

Los laboratorios productores de medicamentos son los organizadores de un número importante de las actividades de capacitación, de manera directa en 32,21% de los casos (IC 95% 26.81-38.00) o por medio del distribuidor o agremiación en 25,47 (IC 95% 20.51-30.95). Esta situación resta independencia a la formación y no obedece a las necesidades de salud pública. El estado tiene una participa-

3 Es importante recordar que según la legislación colombiana el expendedor se asimila a director técnico.

ción mínima en la capacitación recibida por los droguistas (menos de 5%).

En la mayoría de droguerías (80,6%) la organización y el almacenamiento se hace por laboratorio productor (IC 95% 76.2-84.5). Se esperaría que dicha organización fuera realizada por nombre genérico, por ser el mecanismo técnicamente recomendado (facilita la oferta, permite brindar información de alternativas al paciente, mejora el manejo administrativo, entre otros beneficios).

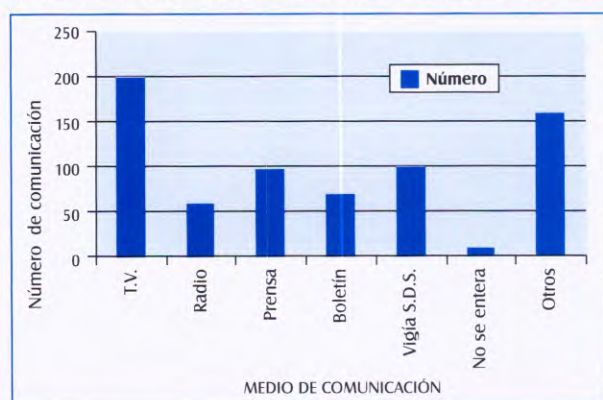
En 15,67% (IC 95% 12.15-19.76) de droguerías se encontró exposición inadecuada de medicamentos a condiciones ambientales. Este aspecto en la mayoría de los casos se resuelve evitando su almacenamiento en sitios de exposición a la luz solar o al calor (estantes y zonas altas cerca de claraboyas).

De la muestra, las droguerías que venden medicamentos que requieren refrigeración son 30,2% (IC 95% 25.576-35.16); de estas, 12,26% (IC 95% 6.9 - 19.6) no usa nevera. De las que usan nevera, 82,8% (IC 74.1-89.5) no tiene termómetro.

Solo 47,58% (IC 95% 42.38-52.81) manifiesta realizar devolución de los medicamentos vencidos al proveedor, lo que puede convertirse en la ventana para la adulteración de productos.

En las encuestas se refleja que los droguistas se enteran fundamentalmente de las restricciones del Invima (Dipirona, Misoprostol y Fenilpropanolamina) por los medios de comunicación masiva, vía de información que suele ser imprecisa y distorsionada. Los organismos de vigilancia son la fuente información en menos de 30% (la Secretaría Distrital de Salud representa 28,77% (IC 95% 24.22-33.68) (véase el gráfico 2).

GRAFICO 2. Medio por el cual se enteran de las restricciones del Invima



Once encuestados (3,13% IC 95% 1.66-5.38) manifestaron no conocer ninguna de las restricciones del Invima. En la encuesta se verificó el conocimiento exacto de la restricción: 84 dependientes (23,9% IC 95% 19.69-28.61) no acertaron en ningún caso y sólo 21 (5,98% IC 95% 3.84-8.85) conocía el contenido de las tres restricciones.

Considerando en su conjunto las simulaciones presenciales, la información dada por el vendedor fue adecuada en 59 de 358 encuestas (16,48%, IC 95% 12.9-20.6), inadecuada en 205 (57,26%, IC 95% 52.09-62.32) y no aplicó en 94 (26,26%, IC 95% 21.89-31).

Teniendo en cuenta simultáneamente la totalidad de simulaciones telefónicas, se encontró que la información dada fue adecuada en 104 casos de 278 (37,41%, IC 95% 31.87-43.22), inadecuada en 152 oportunidades (54,68%, IC 95% 48.79-60.46), en 22 (7,91%, IC 95% 5.15-11.55) no se dio recomendación telefónica y se invitaba a la persona a asistir personalmente a la droguería. Los datos ponen de manifiesto la situación crítica de la entrega de medicamentos en las droguerías de Bogotá (véanse las tablas 3 y 4).

TABLA 3. Resumen resultados generales simulaciones presenciales

	Carbama zepina	Dipirona	Miso prostol	Total	%
Entrega adecuada	7	19	33	59	16,48
Entrega inadecuada	82	85	38	205	57,26
No aplica	30	16	48	94	26,26
TOTAL	119	120	119	358	100

TABLA 4. Resumen resultados generales simulaciones telefónicas

	Imida Zólicos	ira Inducción A/B	HTA gripa en anciano	Total	%
Información adecuada	75	3	26	104	29,63
Información inadecuada	21	75	56	152	43,30
No recomienda por teléfono	5	10	7	22	27
TOTAL	101	88	89	278	100

En las simulaciones, la inducción al consumo de antibióticos es elevada, 85,23%(IC 95% 76,94-91,53). En las encuestas el medicamento seleccionado para las molestias de garganta y fiebre fue la Lincomicina, uno de los más vendidos en unidades y pesos en Colombia⁴. Es probable que su consumo esté determinado por inducción de los droguistas, pues en varios estudios de pertinencia de la prescripción de antibióticos en IRA(14 y 15), la Lincomicina es de elección reducida por los médicos, dada la existencia de alternativas más eficaces y por el riesgo de colitis pseudomembranosa, efecto adverso ampliamente descrito para este medicamento.

Entre las respuestas dadas en las encuestas y la práctica habitual se presentan diferencias, lo que reitera el carácter comercial del ejercicio de los dependientes y su compromiso reducido con los efectos en salud pública.

Por ejemplo, en el caso de la sustitución de carbamazepina, mientras en la encuesta 31% acertó en la respuesta, en la simulación no se sustituyó en 5,8% de los casos (p=0.000000). En 86,7% de los casos los encuestados acertaron en la contraindicación de los

4 Las ventas de Lincomicina superan los dos mil doscientos millones de pesos, ocupando el puesto 58 entre los 100 productos más vendidos. En unidades alcanza las 214.462 y ocupa el puesto 94(13).

antigripales en pacientes hipertensos, mientras sólo 29,2% acertó en la simulación ($p=0.00000$). La diferencia más marcada la presentaron los antibióticos recomendados en IRA, pues en la encuesta 32,7% respondió adecuadamente, pero en la simulación de compra sólo 3,4% lo hizo de forma adecuada ($p=0.00000$).

Los dependientes conocen el riesgo del metronidazol en el embarazo en 74,17% de los casos y en el mismo porcentaje no estarían dispuestos a venderlo para ser consumido por una mujer embarazada (74,26%) ($p=0.98$). El uso adecuado de la Dipirona, frente a la restricción, tuvo un porcentaje de aciertos del 24,17% en la encuesta, y 15% en la simulación directa ($p=0.11$). En el misoprostol cerca de 22% acertó en la pregunta directa y 28% en la práctica habitual ($p=0.29$).

Los resultados sobre las variables relacionadas con despacho/ entrega adecuada muestran, en general, pocas diferencias por estratos y si bien existe una cierta tendencia a una entrega más adecuada en las droguerías de cadena, como lo sugiere un estudio previo(7) y en las de expendio de medicamentos de control, esta se hace sobre la base general de una entrega críticamente inadecuada, independientemente del estrato.

Dentro de las diferencias encontradas se destaca que las condiciones infraestructurales (existencia de nevera en las droguerías que expenden medicamentos que requieren refrigeración), son mejores en las de cadena (93,33% IC 95% 84.70-97.85) que en las independientes (80,43% IC 95% 67.12-90.01) con un valor de $p=0.005019$. En las droguerías de cadena, 65 de 98 encuestados había recibido al menos un curso, mientras en las independientes 118 de 253. Esto, posiblemente, por la mayor disponibilidad de recursos.

Igual sucede con las droguerías autorizadas para vender medicamentos de control, que expenden medicamentos refrigerados: 97,4% (IC 95% 87.99-99.87) tenía nevera, mientras que de las no autorizadas tenía 82,08% (IC 95% 71.54-89.92) (valor de $p=0.002732$). Hubo mayor frecuencia de entrega adecuada de misoprostol en las droguerías que expenden medicamentos de control, 64,71% (IC 95% 40.49-84.27) con respecto a las que no, 21,78% (IC 95% 14.55-30.62) (valor de $p=0.000005$). Estos resultados pueden corresponder a una mayor exigencia en el cumplimiento de la normatividad para las droguerías que expenden medicamentos de control.

En las droguerías independientes se encontró mayor desconocimiento de las tres advertencias del Invima, 28,46% (IC 95% 13,15- 34,25), mientras en las de cadena este fue de 12,25% (IC 95% 6,81-19,89) ($p=0,001404$). Así mismo, las droguerías de cadena tienen un porcentaje mayor de ordenamiento de medicamentos por nombre genérico, que puede deberse a la existencia de convenios de entrega de medicamentos institucionales (EPS, ARS, IPS, etcétera).

Conclusiones

1. El estudio permitió desarrollar una metodología para realizar la vigilancia epidemiológica en medicamentos por medio del seguimiento de factores de riesgo específicos

derivados de los hallazgos mundiales o locales en farmacovigilancia y el monitoreo de la exposición a fármacos mediante datos de mercado o de consumo institucional.

2. La entrega de medicamentos en las droguerías de Bogotá, para las situaciones críticas estudiadas, se hace de manera inadecuada en la mayoría de situaciones (para las simulaciones telefónicas en su conjunto 54,68% y en las presenciales 57,26%). Aunque se encontraron unas pocas diferencias estadísticamente significativas en la calidad de la entrega de medicamentos para los estratos construidos, pierden importancia frente a los hallazgos generales.
3. Por el evidente riesgo de salud pública, debe considerarse a la población de expendedores como actores críticos y dinámicos que pueden cumplir un papel fundamental en el seguimiento del uso de medicamentos.
4. Los medios de comunicación masiva son la fuente de conocimiento de las restricciones del Invima, y la evaluación de los conocimientos y prácticas de los droguistas asociadas a estas restricciones demuestra conocimientos deficientes, imprecisos e incompletos.
5. Dado que el estado tiene una participación mínima en la capacitación recibida por los droguistas (menos de 5%) y que las actividades de capacitación a los droguistas las organizan los laboratorios productores de medicamentos, la formación pierde imparcialidad y puede no obedecer a las necesidades de salud pública.

Recomendaciones

Actividades de vigilancia y control

- Es importante enfatizar sobre los aspectos funcionales, de importancia clínica y de interés de salud pública para Bogotá, lo que resalta aún más la oportunidad de que los profesionales de vigilancia y control orienten sus actividades a procesos de educación y asistencia técnica.
- Es necesario orientar a los droguistas sobre la organización de medicamentos con base en nombre genérico-alfabético, por razones de agilidad, disponibilidad y seguridad en la entrega.
- Deben controlarse las condiciones ambientales y verificar su registro para productos marcadores (insulina, toxoide tetánico, etcétera).
- Debe mantenerse la vigilancia y verificación de la presencia permanente del expendedor y el cumplimiento real de sus funciones, que no deben delegarse a personas no idóneas.
- Deben gestionarse los mecanismos legales que permitan una mayor exigencia de formación básica al expendedor, un mínimo de actividades de capacitación anuales y prestación adecuada del servicio de inyectología.

Capacitación e intervenciones educativas a droguistas

- Es notoria la necesidad de más participación del estado, de las instituciones académicas y, en general, de quienes puedan ofrecer información independiente y equilibrada acerca del uso de medicamentos, en particular sobre la importancia de la entrega responsable de los mismos.
- Debe elaborarse material orientado al uso adecuado de los medicamentos con énfasis en los riesgos en el uso de estos en embarazo, ancianos, múltiples medicamentos, reacciones adversas e interacciones relevantes.
- Deben editarse y divulgarse las restricciones del Invima.
- Deben adelantarse actividades educativas sobre la inducción al consumo de antibióticos en infección respiratoria alta aguda, en particular Lincomicina, resaltando las implicaciones y haciendo énfasis en la superación de esta práctica cultural errada.
- Es necesario reforzar el conocimiento de contraindicaciones, reacciones adversas e interacciones críticas de los medicamentos de venta libre más vendidos.

Realización de estudios de complemento y continuidad

- Establecer una estrategia integral farmacoepidemiológica, incluyendo estudios de utilización de medicamentos desde la perspectiva del droguista.
- Finalmente, reiterar que el uso adecuado de los medicamentos es producto de la interacción de los diversos actores en la cadena de los mismos y que su entrega es solo un eslabón, lo cual induce a la necesidad de miradas permanentes, evaluaciones e intervenciones sobre el papel y práctica de los actores relacionados con los demás eslabones (médico, profesionales de la salud, instituciones prestadoras y aseguradoras, laboratorios farmacéuticos y pacientes).

Bibliografía

1. IMS 1998-1999. Indicadores básicos de Colombia relacionados con la industria farmacéutica en 1998 y 1999. Cámara farmacéutica de la ANDI.
2. Decreto 1070 de 1990.
3. Allan Elizabeth, Barker Kenneth, Malloy Michael and Heller William. Dispensing errors and counseling in community practice. American Pharmacy. Vol NS35, No 12: December 1995.
4. Vacca, Claudia. Retirar del mercado la fenilpropanolamina: no solo una cuestión de riesgo. Periódico de la Universidad Nacional. Junio 2001.
5. Invima, Comisión revisora de medicamentos. Actas 16, 17, 22, 28 y 33 de 2000.
6. Barros José Augusto. A atuação dos balconistas de farmacia, ajudando a promover o uso racional dos medicamentos? JBM. Volumen 73. No 2. 1999.
7. Juan Manuel Lozano MD, MSc, Rodolfo J. Dennis MD, MSc, Juan Gabriel Ruiz MD. Assessment of pharmacists' advice regarding acute respiratory infection and acute diarrhoea in Bogota. Universidad Javeriana. 2001.
8. Portner Tracy, Fitzgerald Walter. OBRA' 90: Turning a Challenge into an Opportunity. American Pharmacy. Vol NS33, No 3: March 1993.
9. Srnka M. Quentin. Implementing a Self-Care-Consulting Practice. American Pharmacy. Vol NS 33 No 1. Pág. 62. 1993.
10. Litter Manuel. Compendio de farmacología. Librería El Ateneo Editorial. Cuarta edición. p: 622-625. 1988.
11. Flórez Jesús. Farmacología humana. Masson S.A. Tercera edición. p: 112-113, 772-773. 1998.
12. Goodman and Gilman. The Pharmacological Basis of Therapeutics. Ninth Edition. McGraw Hill. p: 995-998. 1996.
13. Latorre Torres María Cristina. Perfil farmacoterapéutico del mercado privado de medicamentos en Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Marzo 2001.
14. Vacca Claudia, Holguín Esperanza, Orozco José. Equidad en el acceso y al calidad de la terapia farmacológica en el marco de la ley 100. OPS. Febrero 2002.
15. Moya, Olga, Vacca, Claudia. Evaluación de la recomendación de antibióticos en IRA y EDA en menores de edad. Policopiado. 1995.
16. Instituto Catalán de Farmacología. Boletín Groc, Vol 11:4. 1998.
17. En Dipiro Joseph. Pharmacotherapy. Fourth Edition: United States of América. 1999.
18. Bauer TA, Brown DL. Vaginal misoprostol for term labor induction. Ann Pharmacother; 31: 1391-1393. 1997.
19. Anónimo: Misoprostol and pregnancy: reminder of dangers. WHO Drug Information 14, 163. 2000.
20. Lowenstein, S.R. and Parrino, T.A., Management of the Common Cold, Advances in Internal Medicine. Vol 32, 1987, pp. 207-34. Tomado de Medicamentos problema. AIS 1990.
21. Horwitz R., Hines H., Brass L., Kernan W, Viscoli C. Yale University Scholl of medicine. Phenylpropanolamine and risk of hemorrhagic stroke. FDA. May 2000.

La promoción y la prevención en el sistema de salud en Colombia

Por: **Juan Carlos Eslava C. MD.**

Instructor asociado, Universidad Nacional de Colombia, facultad de medicina, departamento de salud pública.

Resumen

Este texto discute acerca de la forma como hasta ahora se han entendido las acciones de promoción y prevención y señala que si bien estas han adquirido importancia y visibilidad, aun existe confusión y falta de claridad frente a la especificidad de cada una de ellas. Se elabora una comparación entre las lógicas que guían la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el fin de aclarar sus rasgos distintivos y proponer, desde su diferencia, la articulación de las acciones en una política de salud integral. Por último, se reflexiona sobre las dificultades que ha habido para asumir la especificidad de la promoción de la salud en el modelo de atención en Colombia.

Introducción

Hoy por hoy es muy fácil encontrar en los documentos oficiales, en los textos académicos y en los discursos de los profesionales del área de la salud la mención a la importante y necesaria acción en promoción y prevención. Tanto así que dichos términos, usados en conjunto como una frase ya elaborada, se han convertido en referentes generales para orientar las acciones del sector salud y en muletillas discursivas que se repiten una y otra vez para dar mayor realce a la labor que se realiza más allá del terreno asistencial.

Aunque con génesis y desarrollos diferentes, la promoción y la prevención han logrado un puesto específico en el discurso sanitario y una vitalidad descolante que las hace un campo en permanente movimiento y evolución¹. Sin embargo, en el camino preventivo y promocional siguen interponiéndose dos obstáculos: el primero tiene que ver con el gran peso que aun tiene en los sistemas de salud el componente asistencial curativo, que opaca en mucho la labor desarrollada desde los otros componentes; y el segundo se relaciona con una confusión y cierta sutil rivalidad que se ha generado entre promoción y prevención, lo que ha llevado a que se sobrepongan acciones, se generen suspicacias y, en últimas, se impida el despliegue de estas dos dimensiones del accionar en salud.

Esta situación ambivalente, en la que se reconoce un espacio importante a la promoción y la prevención pero, al mismo tiempo, se relegan a un segundo lugar y se confunden en su accionar se observa, de manera clara, a la hora de pensar en la política de salud y en la dinámica del sector. Es por ello que al sector y a las acciones en salud se les acusa todavía de estar orientadas desde una lógica asistencial dominante y matizadas con un sesgo preventivo.

Para superar esta manera de enfocar la política en salud es necesario, por un lado, superar la visión asistencial-curativa de la salud y, por otro, hacer explícita la distinción entre la lógica preventiva y la de la promoción de la salud, así como las formas en las que estas lógicas pueden acoplarse en un trabajo conjunto. Por tanto, aquí se intentará delimitar la diferencia de mirada que existe entre la promoción de la salud (PS) y la prevención de la enfermedad (PE) para, con base en esta distinción, articular estos componentes en una visión integral de política de salud que, al mismo tiempo que complejiza el campo sanitario, posibilita la construcción de lineamientos de política de salud en la doble dimensión que ofrecen la PS y la PE.

Desde el planteamiento de estas diferencias se propone iniciar un análisis de la situación que se ha generado en el país frente a las acciones de promoción y prevención, en particular en relación con la reglamentación que ha entrado en vigencia.

La lógica de la prevención

El enfoque preventivo ha sido un motor fundamental para la construcción de una mirada más amplia de la labor del profesional sanitario y de los sistemas de salud a lo largo del siglo veinte. Claro está que la formulación y puesta en práctica de diversas estrategias y acciones preventivas ha sido una constante a lo largo de la historia (1); sin embargo, desde que se concibió, con fineza técnica y amplio soporte científico-tecnológico, la posibilidad de trabajar para evitar la aparición de enfermedades y controlar los factores de riesgo que favorecen el surgimiento de patologías, la prevención adquirió una importancia inédita en la formulación de políticas y en la orientación de las actividades sanitarias (2, 3).

Así, la medicina preventiva adquirió plena carta de ciudadanía ya entrado el siglo veinte y bajo el auspicio inicial del pensamiento bacteriológico y la epidemiología unicausal.

1 Para darse cuenta de esta vitalidad sólo hay que ver el auge que tienen actualmente la promoción y la prevención en las publicaciones oficiales y en los eventos nacionales e internacionales.

logró conformar un esquema de acción eficaz para la resolución de los problemas de la enfermedad humana. Su paradigma fue el ataque a las enfermedades infecciosas y carenciales, en particular las estrategias de prevención frente al cólera, la fiebre puerperal, la viruela, la pelagra, el escorbuto y el beriberi (4). Sin embargo, ante las realidades nuevas del enfermar de las poblaciones y los individuos y ante las limitaciones que empezó a tener este enfoque unicausal para enfrentar dichas realidades, surgieron enfoques multicausales que intentaron ofrecer un mayor poder analítico para entender la causalidad de los procesos patológicos así como para orientar de manera más idónea las estrategias terapéuticas y profilácticas (1, 5).

En esta construcción de modelos más complejos para entender la enfermedad se desarrollaron las ideas de las redes causales, los determinantes multifactoriales y, en últimas, la epidemiología de los factores de riesgo (1). Con base en estos esquemas, se estableció una lógica para abordar la acción de política en salud, que se centra en la enfermedad, en la medida en que intenta enfrentar las causas de la enfermedad o las condiciones de posibilidad de los procesos patológicos².

En este sentido, la lógica que se concibe para orientar la acción en salud tiene como primer escalón la identificación del problema, definido como la enfermedad (o discapacidad) que se busca controlar; en segundo lugar se busca establecer la causa de dicha enfermedad, asumida como una combinatoria de factores de riesgo asociados a la enfermedad; en tercer lugar se piensa en las intervenciones por efectuar para controlar la enfermedad y, por último, se diseña

la manera de implementar estas acciones (6, 7). El diagrama 1 sintetiza la lógica del abordaje.

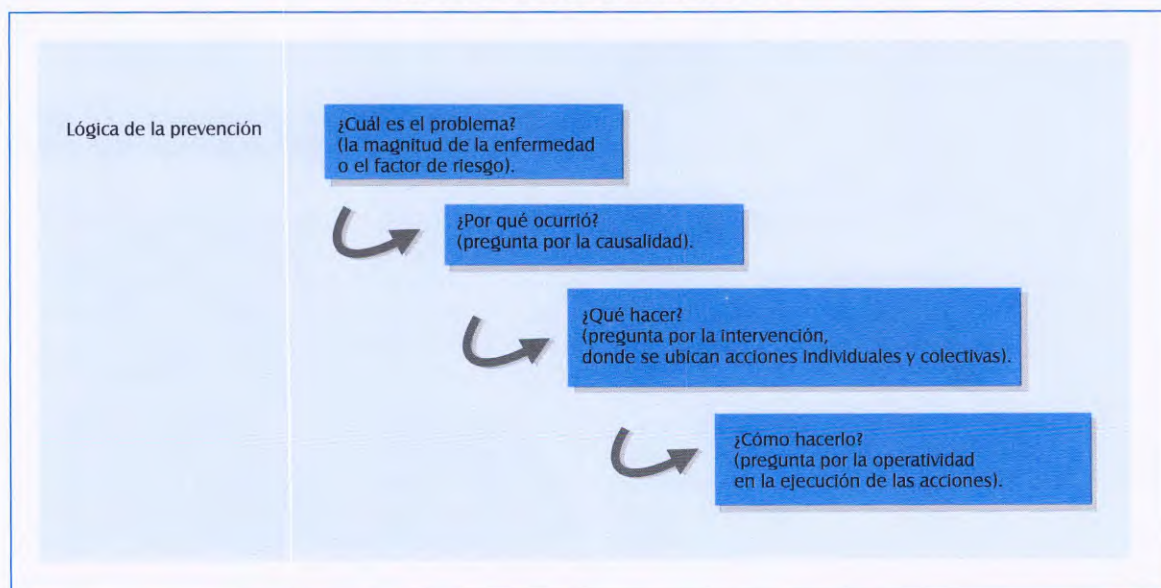
Como puede apreciarse, la base de las acciones está definida por la identificación de la enfermedad y la política en salud que se desprende de aquí; por tanto, se orienta a la resolución del problema de la enfermedad (o las enfermedades). Aunque, por supuesto, ha habido una fuerte tensión dentro del campo de la salud para implementar este enfoque y aún se reconoce que la prevención ha tenido un lugar secundario, este esquema de abordaje subyace a la mayoría de los procesos de construcción de lineamientos de política de salud.

La lógica de la promoción de la salud

Por su parte, la actual PS se configuró como una alternativa para la acción en salud a partir de la segunda mitad del siglo veinte, en un contexto de grandes transformaciones sociales. El escenario inicial donde se constituyó como propuesta fue Canadá, pero rápidamente adquirió presencia en los países europeos y en Estados Unidos y, con el apoyo e impulso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adquirió la categoría de política de salud pública en el ámbito internacional³ (9-12).

En su desarrollo, la PS ha ido construyendo una nueva manera de entender la salud, que intenta superar la imagen negativa que la asume como lo opuesto a la enfermedad. Para

DIAGRAMA 1. La lógica de la acción preventiva



- 2 Es claro que la política de salud no se construye como un resultado directo y exclusivo de las teorías epidemiológicas, puesto que en el proceso de elaboración de las políticas entran en juego diversos intereses y saberes. Sin embargo, lo que quiere resaltarse es que las transformaciones en el conocimiento epidemiológico sí afectaron el campo de la política y generaron un marco lógico que sirve para orientar la política de salud.
- 3 La PS tiene desarrollos anteriores y es importante recordar que a mediados del siglo veinte Henry Sigerist, el afamado historiador de la medicina y la salud pública, la ubicó como una de las tareas fundamentales de la medicina (8). Sin embargo, para efectos de esta exposición interesa señalar que el sentido en que hoy entendemos la PS deriva más directamente de los desarrollos conceptuales y prácticos de los años 1970 y 1980.

ello, la PS aprovechó el horizonte de trabajo propiciado por la definición clásica de salud de la OMS y desde allí ha buscado nuevas maneras de abordarla como realidad propia, como vivencia de bienestar y como resultante de una compleja interacción de determinantes biológicos y sociales.

Claro está que el debate dentro del campo de la PS es muy intenso y, por tanto, no deja de ser difícil brindar una imagen global de los alcances que tiene esta dimensión del accionar sanitario. Por un lado, ha existido un cuestionamiento reiterativo frente a las posibilidades que tiene el trabajo en PS y, más aún, sobre la conveniencia de plantear la PS como una labor por desarrollar por los profesionales de salud (12). Por otro, dentro de la misma PS existe un fuerte debate entre las posiciones que enfatizan la acción dirigida a la transformación de los estilos de vida y las que privilegian las acciones dirigidas a la transformación social y la lucha política (9, 13).

En todo caso, pese a las tensiones y las disputas existentes es claro que la PS ha propiciado el giro de la acción sanitaria de la enfermedad a la salud y ha intentado darle coherencia y materialidad a esta última. En este esfuerzo, no concluido por cierto, lo que ha quedado claro es que la salud, en sentido positivo, se torna eje y referente de trabajo (12, 14).

Esto ha implicado una transformación de la lógica de acción y, por tanto, de la lógica que debe orientar una política en salud. Aunque no compartido de manera unánime, puede decirse que el planteamiento que empieza a cobrar fuerza dentro de la PS exige realizar un desplazamiento funda-

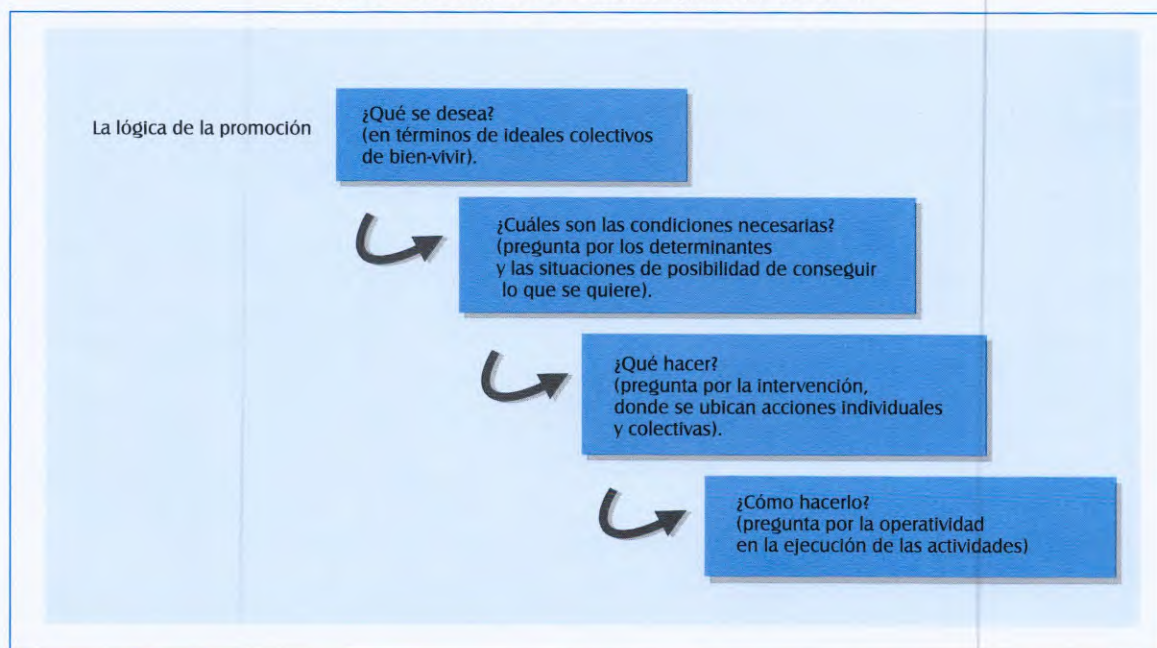
mental: de plantearse la identificación de un problema en salud, definido como enfermedad, el discurso de la PS procura formular metas de satisfacción por alcanzar; más que la identificación de factores de riesgo la PS busca identificar las condiciones necesarias para alcanzar estas metas (o satisfactores) y al establecer esto la PS se pregunta por el qué hacer para lograr estas metas y cómo hacerlo. El diagrama 2 intenta ilustrar este cambio.

Como queda de manifiesto, la base de las acciones ya no es la identificación de un problema sino la identificación de metas por lograr o satisfactores⁴ necesarios para llevar una vida adecuada con las máximas posibilidades del momento. Por ello, la operativización de la PS no se hace desde los problemas, ya sean estos concebidos como problemas de morbi-mortalidad, de daños ambientales, de estilos de vida inadecuados, etcétera, aunque estos se refieran a dinámicas sociales y a grupos poblacionales más que a individuos. Aunque no ha sido contundentemente desarrollada, debido a dificultades conceptuales y prácticas, la PS transforma el abordaje y, en ese sentido, construye una nueva mirada y una aproximación diagnóstica y de intervención diferente.

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en el diseño de la política de salud

Ahora bien, esta diferencia que se establece entre la PE y la PS tiene una repercusión importante al pensar en la

DIAGRAMA 2. La lógica de las acciones en promoción de la salud



⁴ La noción de satisfactor se utiliza pensando en condiciones que posibilitan un disfrute de la vida satisfactorio o, en otras palabras, en "lograr satisfacción" con la vida. Sin embargo, puesto que el término ha sido aplicado, en la tradición del trabajo de Max Neef, para significar "una situación que nos permite resolver completa o parcialmente una necesidad", el uso que se hace aquí es provisional y merece mayor reflexión.

construcción de la política de salud y en la planificación de las acciones en salud, en la medida en que su diseño e implementación tendrán que tomar en cuenta, simultáneamente, tanto la dimensión y la lógica de la PE como la dimensión y la lógica de la PS. En este sentido, el accionar en salud debe preocuparse por la identificación y caracterización de los problemas sanitarios (enfermedades, lesiones, discapacidades o factores de riesgo) por enfrentar y por las metas sanitarias y satisfactores por conseguir. E, igualmente, debe procurar incidir en los factores causales de los problemas así como en las condiciones de posibilidad del logro de los satisfactores.

La política en salud, por tanto, debe pensar simultáneamente en la frecuencia de la PS al colocar su eje en la salud y en la frecuencia de la PE trabajando en términos de los factores de riesgo y las condiciones generales que propician los problemas del enfermar de la población. De esta manera podrá avanzarse en la construcción de una política integral de salud que, sin desconocer la importancia que tiene enfrentarse a la enfermedad, asuma los retos que le plantea la PS⁵.

Estos retos van desde la misma conceptualización de la PS, como realidad discursiva y escenario de práctica específica, hasta el despliegue de un trabajo interdisciplinario efectivo que posibilite la construcción de ambientes y estilos de vida saludables a la vez que acompañe procesos de organización social y lucha política (13, 14).

Pensada así la política de salud, su formulación exige una gran amplitud de mirada y una sutil combinación de enfoques. Más aún cuando se tiene claro que la política de salud está orientada a conseguir los que podrían definirse como "los tres grandes objetivos de la salud", esto es, añadir años a la vida, añadir salud a la vida y añadir bienestar a la vida (15). Para lograr estos objetivos la política debe procurar, simultáneamente, reducir la morbi-mortalidad y las incapacidades debidas a enfermedades y lesiones, actuando sobre los diversos factores de riesgo y promover las capacidades y potencialidades vitales, tanto de los individuos como de las colectividades, para buscar su autorrealización y su autonomía.

No son tareas fáciles, así como no es fácil imaginar lineamientos generales que guíen acciones conjuntas desde enfoques preventivos y promocionales. Sin embargo, dados los desarrollos teóricos en el campo de la salud, es imprescindible afrontar, con todas sus consecuencias, la complejidad que ofrece la realidad sanitaria y los ideales sanitarios que se han venido forjando a lo largo de la historia.

La pregunta que surge, de cara al interés profesado por los organizadores de este evento, es cómo se relaciona este esquema conceptual con el modelo de atención que se ha venido construyendo en el país. O, en otras palabras, ¿cómo

se han desarrollado la PE y la PS en el contexto del modelo de salud colombiano?

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el modelo de atención de Colombia

A partir de las transformaciones que se han suscitado en el sector sanitario en los últimos años, la PS y la PE, como se mencionó, han cobrado mayor importancia y visibilidad aunque aún existen grandes obstáculos para su pleno desarrollo. La articulación de estas dimensiones no ha sido fácil y, por momentos, ha estado imposibilitada por la misma concepción del modelo.

En particular, la profunda separación entre las acciones individuales y colectivas, organizadas en la lógica de paquetes de beneficios; el gran peso asistencial-curativo que aún tiene el sistema sanitario; la confusión generada por el nombre y el papel de las entidades promotoras de salud (EPS) y la concepción eminentemente preventiva de las acciones desarrolladas tanto en el plan obligatorio de salud (POS) como en el plan de atención básica (PAB), han impedido que se desarrolle una política de salud integral en la que se asuma, de manera complementaria, la especificidad de la PS y la PE.

Con la puesta en marcha de la ley 100 de 1993 se transformó profundamente la configuración del sistema de salud, estableciéndose el aseguramiento como esquema fundamental, dejando de lado los subsidios a la oferta (o al menos intentándolo) y desplazándolos a la demanda, y concentrándose en garantizar una competencia de mercado entre prestadores de servicios (instituciones prestadoras de servicios, IPS) y administradoras (16-18).

Dentro de esta nueva lógica los servicios sanitarios se separaron en dos grandes categorías: los servicios de salud pública y los de beneficio individual, y con base en esta separación se organizaron dos paquetes de beneficios conocidos como PAB y POS. El primero asumido como el plan de atención básica, que organiza acciones de promoción, prevención, vigilancia de la salud pública y control de factores de riesgo dirigidas a la colectividad. Como asunto público, dichas acciones deben ajustarse a las particularidades de cada territorialidad y se adelantan con carácter gratuito, obligatorio, de cobertura universal y complementarias a las acciones que adelantan los otros planes de salud y otros sectores (19). El segundo, organizado como un conjunto de servicios que la persona que cotiza, o que es beneficiario del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), tiene el derecho a recibir como usuario del sistema.

Aunque teóricamente estos dos paquetes iban a reforzarse y, en su interacción, procuran una atención integral y

5 Por supuesto que una política de salud tiene que asumir también la dimensión de la atención de la enfermedad (AE). Sin embargo, como lo que me interesa es darle realce a la PS y la PE, y precisar sus límites, he dejado un poco de lado la AE, la cual, por cierto, ha sido un eje fundamental en el desarrollo real de las políticas de salud.

complementaria a las personas, la realidad que se ha visto es que las dos lógicas no han podido articularse adecuadamente y, más bien, lo que ha pasado es que funcionan totalmente independientes y, en algunos momentos, con fuertes tensiones⁶. En últimas, parece que con la separación entre paquetes de beneficio se desarticula la integralidad de la acción sanitaria en la medida en que se fragmenta a la población y se rompe la base territorial y comunitaria que posibilitaría hacer más eficaz la labor en salud pública, al mismo tiempo que se relega la acción de PS en el PAB, y el POS se desentiende de este componente.

Además, aunque la filosofía de la reforma sanitaria tiene un gran componente de PS y PE, lo que se ha visto es que el gran interés de atención sigue estando en el componente curativo-asistencial, que sigue tomando la parte del león de los recursos (20). Los dineros del sistema han sido utilizados, aparte de engordar las arcas de unos cuantos negociantes, para desarrollar infraestructura asistencial, fortalecer la demanda de servicios asistenciales y pagar los altos costos que mantiene el mercado farmacéutico. Y en la obsesiva dinámica de la facturación, las actividades asistenciales siguen siendo más rentables y, por eso mismo, más añoradas que las actividades de promoción y prevención.

También ha surgido una paradoja en relación con las administradoras. Puesto que el nombre que se les formuló por ley fue el de entidades promotoras de salud, la noción de promoción empezó a asociarse a la de administración, afiliación y remisión a la entidad prestadora de servicios con lo cual, evidentemente, se desfiguró la noción misma de PS.

Por otra parte, la PS no ha podido ser desarrollada realmente dentro de la lógica del POS y con las últimas reglamentaciones prácticamente desaparece de este plan de beneficios. La relación de la PS con el PAB ha sido diferente, en la medida en que allí se ha intentado ser más osado y dinámico, aunque tampoco los resultados han sido afortunados del todo.

Si se tiene en mente lo que se dijo al comienzo frente al sentido diferente que tienen las acciones de PS y PE, puede descubrirse fácilmente que la resolución 412 de 2000, por la que se establecen de manera explícita las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, así como las guías y normas técnicas para el desarrollo de acciones de protección específica y detección temprana, está restringida al enfoque preventivo (21).

El mismo nombre de la resolución lleva plasmado su énfasis. Lo que se intenta es reforzar el trabajo en protección es-

pecífica y detección temprana, es decir, reforzar la típica acción preventiva (tanto primaria como secundaria). Es la enfermedad la que organiza la lógica de la acción de protección y detección y, por tanto, la lógica de la PE arriba mencionada está implícita en toda la reglamentación. La salud, en sentido positivo, no aparece por ningún lado, ni siquiera en la atención al recién nacido, en la medida en que su finalidad está signada por el propósito de disminuir el riesgo de enfermar o de morir.

Siguiendo los planteamientos esbozados, puede señalarse que las acciones contempladas en la resolución 412 están inscritas en las dimensiones de la prevención y la atención; por tanto, la PS desaparece del POS en la medida en que la resolución en mención establece, en últimas, lo que se incluye en este paquete de beneficios y tanto las IPS como las EPS terminarían acogiendo estos referentes como los máximos por cumplir⁷.

Frente al PAB la discusión es distinta. Es cierto que allí se han dado pasos fundamentales para organizar acciones que trasciendan lo preventivo y lo curativo y es así como se proponen proyectos y estrategias como municipios saludables, escuelas saludables, promoción de la convivencia pacífica y promoción de la alimentación sana (19). Sin embargo, quien ha tenido la oportunidad de ver cómo se construye el PAB y se implementan dichos proyectos y estrategias tiene que reconocer que el esquema diagnóstico sigue estando centrado en la identificación de problemas y la búsqueda de soluciones más que en la identificación de los ideales colectivos de buen vivir a los cuales se ha hecho referencia. Es decir, la dinámica de las escuelas saludables se inscribe en la lógica de la detección temprana de alteraciones en los niños y no logra articular la lógica de la PS; los municipios saludables siguen proponiendo diagnósticos encaminados a la identificación de los problemas (tasas de morbi-mortalidad y presencia de factores de riesgo); la promoción de la convivencia pacífica, aunque se presta mucho más para enfoques innovadores, ha seguido pegada a un esquema que la asume como instrumento para la prevención de la violencia; y la alimentación sana aún destila el aroma de la acción para prevenir la desnutrición o las demás alteraciones que se presentan en el proceso alimenticio.

Por todo esto, puede decirse que aun estamos lejos de ese ideal de construcción de una política integral de salud que en su seno incluya articuladamente las dimensiones de la PS, la PE y la AE. Y por ello es necesario insistir en la necesidad de trabajar en esta dirección, ampliando los enfoques y permitiendo la incorporación de nuevos saberes, recursos y actores. Sólo así podrá generarse el equilibrio necesario entre PS, PE y AE y mejorar nuestra situación sanitaria, utilizando de manera fecunda los aportes que, desde muchos lados, han venido enriqueciendo la comprensión de la salud de nuestros pueblos.

6 Recuérdense los problemas que ha habido en relación con las vacunaciones. La articulación entre las funciones y los recursos de las instancias gubernamentales locales y las EPS no han sido adecuadas y han generado un gran problema frente a la cobertura de vacunación.

7 Estas consideraciones en ningún momento intentan poner en cuestión la importancia de adelantar las acciones de protección específica y detección temprana. De hecho, si se logra desarrollar la PE sería un logro estupendo. Lo lamentable es que, por un lado, no se ha logrado desarrollarla como se debiera esta dimensión y, por otro, se está utilizando inadecuadamente la noción de PS y esto ha impedido que se produzcan procesos más dinámicos e innovadores frente a la acción para favorecer la salud de la población.

Bibliografía

- (1). Susser M, Susser E. "Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms". *Am J Public Health* 86(5); 1996: 668-673.
- (2). Hilleboe H, Larimore G. *Medicina preventiva*. Editorial Interamericana S.A., México, 1962.
- (3). Leavell HD, Clark, G. *Preventive Medicine for the Doctor and his Community*. McGraw Hill Book Company, New York, 1958.
- (4). OPS. *El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas*. Publicación científica No. 505, Washington, 1994.
- (5). Martínez-Navarro JF, Marset P. "Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: las explicaciones causales". *Salud pública*. Martínez-Navarro, Antó et al. McGraw Hill-Interamericana, Madrid, 1998: 55-79.
- (6). Rosemberg ML, Mercy JA, Annest JL. "The Problem of Violence in the United States and Globally". *Public Health & Preventive Medicine*. Wallace RB (editor). 14th edition. Appleton & Lange, Stanford, Connecticut, 1998: 1223-1231.
- (7). Torio-Durántez J, García-Tirado CA. "Causalidad y estrategias de prevención". *Salud pública y educación para la salud*. Masson, Barcelona, 2000: 203-215.
- (8). Sigerist H. "Los modelos cambiantes de la atención médica". *Hitos en la historia de la salud pública*. Siglo XXI Editores, México, 1984: 85-98.
- (9). Green L. "Health education's contributions to public health in the twentieth century: A glimpse through health promotion's rear-view mirror". *Annu Rev Public Health* 20; 1999: 67-88.
- (10). Breslow L. "From Disease Prevention to Health Promotion". *JAMA* 281(11);1999: 1030-1033.
- (11). Kickbusch I. "Promoción de la salud: una perspectiva mundial". *Promoción de la salud: una antología*. OPS, Publicación científica No. 557, Washington, 1996: 15-24.
- (12). Restrepo HE, Málaga H. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Editorial Médica Panamericana, Bogotá, 2001.
- (13). Rúten A. "The implementation of health promotion: a new structural perspective". *Soc. Sci. Med.* 41 (12); 1995: 1627-1637.
- (14). Eslava JC. "Los retos de la promoción de la salud". *Rev Fac Med UN Col* 46(4); 1998: 222-225.
- (15). Wolfson MC. "Propiocepción social: medición, datos e información desde una perspectiva de salud poblacional". ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Editorial Díaz de Santos, Madrid, 1996: 313-345.
- (16). Jaramillo I. *El futuro de la salud en Colombia*. La puesta en marcha de la ley 100. Fescol/FES/FRB/FC. Bogotá, 1997.
- (17). Eslava JC. "El sistema de seguridad social en salud". *Rev Fac Med UN Col* 49(1); 2001: 283-287.
- (18). Restrepo M. "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada". Cepal. Serie financiamiento del desarrollo. Santiago de Chile, 1997.
- (19). Ministerio de Salud. *Lineamientos para el desarrollo del plan de atención básica en el año 2000*. Bogotá, enero 2000 (material en disquete).
- (20). Cardona A, Nieto E, Arbeláez MP et al. *Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia*. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, 1999.
- (21). Ministerio de Salud. Resolución número 00412 de 2000. "Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública". *Diario Oficial*. Año CXXXV, No. 49956, viernes 31 marzo de 2000.

Hechos de interés en salud pública

La meningitis meningocócica: comparativo del protocolo de vigilancia de la OPS y el de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá*

Por **Luis Jorge Hernández**

Este comparativo se efectúa a partir de la información Boletín Epidemiológico, volumen 22, n° 4, diciembre 2001 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Pro-

tolos de vigilancia de la salud pública editados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en 2001.

La OPS ha establecido que las enfermedades meningocócicas ocurren esporádicamente o en forma de epide-

* Artículo publicado en el *Boletín semanal de salud pública*, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

mias de meningitis meningocócica. La mayoría de los casos sucede a en niños menores de 5 años de edad. La meningitis meningocócica es la única forma de meningitis que causa epidemias y la letalidad se sitúa entre 5% y 15%.

Aunque la región del sub Sahara en África es la zona más afectada, epidemias de enfermedades meningocócicas pueden ocurrir en cualquier país. Están disponibles vacunas bivalentes, con los serogrupos A y C, y tetravalentes, con los serogrupos A, C, W135 e Y. Debería considerarse la vacunación de la población entera para contener epidemias debidas a meningococos serogrupos A o C. En algunos países se utiliza la vacunación de los contactos próximos a los pacientes con enfermedad meningocócica debidas a los serogrupos A, C, W135 e Y para prevenir los casos secundarios. Se recomienda también la vacunación de personas que viajan a zonas endémicas.

La política de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consiste en el control y la contención de epidemias, la detección anticipada de signos y la respuesta apropiada a los brotes. La vigilancia es necesaria para medir y detectar epidemias y determinar el efecto de las enfermedades epidémicas y no epidémicas.

En el Protocolo de vigilancia en salud pública de la Secretaría de Salud de Bogotá se considera que la medida más efectiva para el control de brotes es la quimioprofilaxis, porque reduce la tasa de portadores. El antibiótico de elección es la Rifampicina. En Colombia se dispone y se encuentran autorizadas vacunas contra los serogrupos A, B, y C del meningococo, pero sólo se considera su empleo previa tipificación del serogrupo circulante en la zona geográfica respectiva y en grupos poblacionales de alto riesgo.

La OPS establece también la definición de caso sospechoso (clínico) y caso probable. Como definición de caso clínico define la enfermedad con aparición súbita de fiebre ($>38,5^{\circ}\text{C}$ rectal o $>38,0^{\circ}\text{C}$ axilar) y uno o más de los siguientes síntomas y signos: rigidez del cuello, alteración de la conciencia, otro signo meníngeo o erupción cutánea petequeal o purpúrica

En los menores de 1 año de edad se sospecha meningitis cuando la fiebre está acompañada de abombamiento de la fontanela.

Como criterios de laboratorio para el diagnóstico se especifica la detección de antígenos en el líquido cefalorraquídeo (LCR) o cultivo positivo.

Así mismo como caso probable: caso sospechoso como se define anteriormente y LCR turbio (con o sin resultado positivo de la tinción de Gram) o nexo epidemiológico a un caso confirmado durante una epidemia. El caso confirmado es el caso sospechoso o probable con confirmación en laboratorio.

En el protocolo de la Secretaría se considera el caso probable que incluye las definiciones de sospechoso y probable de la OPS y el confirmado que es igual en su definición es decir cultivo positivo para meningococo.

La OPS recomienda los siguientes tipos de vigilancia:

- A nivel periférico deben mantenerse registros individuales de pacientes (en particular para el seguimiento de contactos).
- Deben notificarse inmediatamente todos los casos sospechosos o probables del nivel periférico al nivel intermedio.
- Deben investigarse todos los casos. El nivel intermedio debe pedir datos de seguimiento sobre los microorganismos identificados y la evolución de los pacientes.
- Debe realizarse notificación regular, semanal/mensual, de datos agregados o de casos, del nivel intermedio al nivel central.
- Una vigilancia paralela que utiliza los laboratorios de referencia para las enfermedades meningocócicas puede proporcionar datos microbiológicos detallados sobre serogrupos y serotipos de forma centralizada, que son muy útiles para el análisis epidemiológico.

Así mismo establece los principales usos de los datos para la toma de decisiones:

- Detección y control de epidemias de enfermedades meningocócicas lo antes posible, especialmente en países en desarrollo donde la meningitis epidémica causa dificultades específicas.
- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta de urgencia a las epidemias de enfermedades meningocócicas.
- Movilización de actividades de vacunación.
- Vigilancia de la cobertura de vacunación por zona geográfica para vigilar el progreso e identificar las áreas con resultados deficientes.
- Vigilancia del impacto de la vacunación en la incidencia de enfermedad y de la eficacia de la vacuna durante las epidemias.

Se coincide con el Protocolo de vigilancia en salud pública de la Secretaría en los anteriores usos, los cuales son definidos por Bogotá como intervenciones individuales y colectivas. La OPS ha establecido los siguientes criterios para decidir cuándo está ocurriendo una epidemia o está por ocurrir (estableciendo el umbral):

En zonas hiperendémicas: 15 casos por 100 mil por semana promediados en dos semanas consecutivas. Una vez que se detecta una epidemia en una zona determinada se puede usar una tasa más baja (por ejemplo, 5 casos/100 mil por semana) como umbral en las zonas contiguas.

En otras situaciones: triplicación o cuadruplicación de los casos en comparación con un periodo similar en años anteriores, o duplicación de los casos de una semana a la otra durante un periodo de tres semanas.

En conclusión la guía de vigilancia de la OPS presenta una amplitud de intervenciones que deben ser adaptadas a la particularidad regional y local, lo cual se concreta en el protocolo utilizado en Bogotá por la Secretaria Distrital de Salud.

REPORTE SEMANAL SEGUNDO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semanas epidemiológicas: 5, 6, 7 y 8. Del 27 de enero al 23 de febrero de 2002

EVENTOS	Usaquén		Chapinero		Santafé		S. Cristóbal		Usme		Tunjuelito		Bosa		Kennedy		Fontibón		Engativá		Suba		El Tintal		Teusaquillo		Marítimas		A. Varadero		Paracaná		Candelaria		L. B. de		C. Bolívar		Sumapaz		Total	
	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu
EIA	8	10	16	28	1	1	6	1	3	4	1	2	4	1	2	4	1	2	14	22	15	22	10	15	8	13	1	2	1	2	7	9	2	3	4	5	2	6	96	158		
Hepatitis B	1	1	5	11	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	29	
Infección por VIH	4	8	26	42	5	6	2	4	2	2	1	2	2	9	5	8	1	4	9	5	6	7	7	8	9	3	4	2	2	2	2	1	1	3	4	7	9	87	133			
Meningitis meningocócica																			1	1	1	1																	2	3		
Meningitis Haemophilus influenzae																																										
Mortalidad materna	2	7	1	2	3	7	14	4	7	5	5	1	6	12	17	3	5	5	9	6	10	4	7	1	2	2	3	3	3	3	4	2	2	2	6	1	5	62	116			
Mortalidad por EDA 0-4 años	1																																								1	2
Mortalidad por neumonía 0-4 años																																									4	8
Mortalidad por malaria																																									1	1
Parálisis flácida aguda	1	1																																							1	1
Exposición abetal leve	2	7	3	6	2	4	5	12	1	3	1	6	7	17	28	70	14	25	6	17	36	82	1	1	8	1	4	1	3	8	25	2	4	2	10	1	1	2	5	121	305	
Exposición abetal grave																																									2	5
Reacción postvaccinal	1																																								1	7
Rubéola	2	1			3	3	2*	4	1*	2	1	2	1	7*	9	2*	2	2*	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1*	2	6*	6	5	5	10	12	25	37	
Sarampión																																										
Sífilis congénita	1	1	1	1	2	2	2	3	1	3	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	13	22	
Tuberculosis extrapulmonar	1																																								7	15
Tuberculosis pulmonar	2	5	3	3	2	1	4	1	4	1	1	1	4	2	7	1	4	3	6	6	10	2	3	1	4	1	1	1	1	1	2	7	1	1	1	2	5	8	33	77		
Hepatitis A	18	29	31	35	7	13	27	41	11	21	8	20	13	26	18	36	8	21	29	44	25	39	9	13	9	14	7	11	1	3	14	17	3	3	15	23	34	52	287	461		
Parotiditis	1	4	2	6	1	2	3	1	1	1	1	2	4	4	6	1	1	4	6	6	9	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28	57
Lepra																																									2	8
Tosferina	1*	3			1*	1	2	1*	2				2*	3	1*	1	1*	1	1	1	1	3					1*	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	20
Brote de varicela																																									4	9
Brote de EIA																																									3	8
Brote hepatitis A																																										
Otros brotes																																										
Total	41	81	88	136	17	34	60	112	26	55	23	50	30	77	86	169	31	63	76	126	106	191	34	52	33	59	16	33	7	13	38	70	9	10	36	60	66	112	1	1	824	1.504

> Brote rubéola
+ Sospechoso
D Descartado
C Confirmado clínicamente

EVENTOS ESPECIALES

Semana 5	Hepatitis C. (Chap. 1; Teusaquillo 4); d. hemorrágico (Tolima 2; C/marca. 6, Huila 1, Santander 1, Boyacá 1, Cesar 1, Valle 1); d. clásico (C/marca. 9, Meta 8, La Guajira 1); rubéola (C/marca. 1); exp. rubéola leve (C/marca. 1); m. vivax (C/marca. 1, Meta 4, Guaviare 6); m. falciparum (Meta 3); m. perinatal (Boyacá 1); m. EDA (C/marca. 1); TBC extrap. (Boyacá 1, Guaviare 1); tosferina (C/marca. 1).
Semana 6	Hepatitis C (Chap. 2); hepatitis A (C/marca. 1); d. hemorrágico (C/marca. 5); d. hemorrágico (C/marca. 5); m. IRA (C/marca. 1, Boyacá 1); m. perinatal (C/marca. 2); rubéola (C/marca. 1); m. mixta (Valle 1); tosferina (Meta 1); TBC extrap. (Meta 1).
Semana 7	Hepatitis C (Chap. 3); hepatitis B (C/marca. 1); leishmaniasis (Tunjaquillo 1); d. clásico (Tolima 1, C/marca. 10); d. hemorrágico (Tolima 1, C/marca. 7, Santander 1); VIH (C/marca. 1); ETA (C/marca. 1); m. IRA (C/marca. 1); m. perinatal (C/marca. 1); m. vivax (Meta 2, Guaviare 3, Antioquia 1, Chocó 2, Casanare 1, Neiva 1); m. falciparum (Guainía 1, Guaviare 1, Chocó 1, Bolívar 1); m. mixta (Valle 1); tosferina (Meta 1); TBC extrap. (Meta 1).
Semana 8	D. hemorrágico (Tolima 1, C/marca. 1); d. clásico (C/marca. 4, Meta 2); m. vivax (Tolima 2, C/marca. 1, Meta 4, Nariño 1, Guaviare 1, Vichada 1); m. falciparum (C/marca. 1); m. mixta (Guaviare 1); TBC extrap. (Tolima 1); TBC pulmonar (Caqueotá 2, Guainía 1); VIH (C/marca. 1, Guainía 1); hepatitis A (C/marca. 1, Casanare 1); m. perinatal (C/marca. 1).