

los resultados coinciden con el análisis A. T. Kearney, por la falta de estandarización del proceso; en programación de la demanda, el cálculo de los requerimientos de medicamentos se realiza en un solo pedido, sobre un histórico del año inmediato anterior. En Adquisiciones son contrarios al mismo análisis: los procesos licitatorios se apegaron a la Legislación estatal vigente y el porcentaje de claves desiertas fue bajo. El análisis coincide en la inadecuada selección de proveedores. En distribución y administración de inventarios, el suministro de medicamentos de nivel estatal a almacenes jurisdiccionales es calendarizado y mensual; los almacenes jurisdiccionales los distribuyen a unidades médicas con retraso de dos meses o más. Datos no coincidentes con el diagnóstico A. T. Kearney, que ubicaban a Veracruz con un surtimiento a unidades cada quince días.

Para el surtimiento de medicamentos, se evaluaron claves, piezas surtidas y prescripción fuera del cuadro básico, considerando sólo aquellas prescritas en el mes y no el total de claves del cuadro básico vigente; los resultados obtenidos comparados con los reportados por Calidad durante el 2005 para el estado, muestran aumento en el surtimiento completo de las recetas prescritas; sin embargo, esto tiene su fundamento en que el médico se ajusta a sus existencias en piezas y claves para la prescripción, además de la falta de disponibilidad de las recetas médicas prescritas. La prescripción fuera del cuadro básico, coincide con la investigación de 1999, realizada por Durán, Becerra y Frenk, ya que gran parte de los medicamentos prescritos no aparecen en el cuadro básico vigente. La percepción de los prestadores de servicio con respecto al abasto durante el 2006 y de la cadena de abasto en general, corresponde con lo encontrado en este estudio.

Discusión

Las cifras obtenidas en la Nueva Política Farmacéutica Integral difieren de las de esta investigación, colocando a Veracruz por debajo de ellas. El eslabón de la planeación representa el área de oportunidad más importante, seguida de adquisiciones, esta última debido a la gran diferencia entre la cantidad de claves que son requisitadas contra las que se licitan. La

distribución y administración de medicamentos está sujeta al criterio y existencias en los almacenes. Por su parte, la distribución a las unidades médicas depende de la disponibilidad de los recursos jurisdiccionales. La prescripción fuera del cuadro básico es justificada por los prestadores de servicio en el insuficiente abasto de medicamentos y en un cuadro básico limitado. Al conjugarse el abasto insuficiente a las unidades médicas con la alta prescripción fuera de cuadro básico, el efecto en los gastos de bolsillo continúa presente en la población y se siguen generando gastos catastróficos. Los datos aportados por la presente investigación, son identificados por los trabajadores operativos, siendo evidente la presencia de contradicciones en relación directa con la responsabilidad adquirida.

Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad Veracruzana zona Xalapa

Autor: Otilio Reducindo Maldonado*

Marco Teórico

El mundo presenció durante el siglo XX una transición epidemiológica (la declinación de las enfermedades infectocontagiosas y el predominio de las enfermedades crónico degenerativas); México no fue la excepción. La transición epidemiológica en México fue, y en cierto modo aún lo es, un proceso en evolución, prolongado, retrasado para muchos, aunque al término del siglo XX las únicas enfermedades infecciosas aparecidas entre las primeras diez causas de muerte fueron la influenza/neumonías que ocuparon el octavo lugar después de haber permanecido más de medio siglo en el primero ó segundo lugares. Ahora las primeras causas de muerte son las cardiopatías, el cáncer, la diabetes, los accidentes, la apoplejía, la patología perinatal, las cirrosis, la enfermedad obstructiva pulmonar crónica, la violencia y la insuficiencia renal. Los adultos jóvenes (quince-59 años de edad) comparten con los adultos mayores (60 y más) el "privilegio" de morir y enfermar

*Estudiante de Maestría. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. nachtygall@hotmail.com

más de enfermedades no transmisibles (ENT) que de otras causas. Es cierto que la mayor proporción de casos y defunciones por ENT se concentra en adultos mayores; sin embargo, en el grupo de adultos jóvenes la probabilidad de morir por una causa no transmisible es mayor que la de fallecer por causas transmisibles y maternas combinadas, en todas y cada una de las regiones del mundo. Así, en el grupo de edad en que las defunciones se consideran prematuras (quince a 59 años), el conjunto dominante de causas de muerte es el de las no transmisibles, tanto en América Latina como en el resto de los países menos desarrollados.

Antecedentes

En el estudio realizado por Palomo y colaboradores evaluaron los factores de riesgo cardiovascular, en estudiantes universitarios de la Universidad de Talca. Se encontró que el 45.5 por ciento de los varones y el 24.3 por ciento de las mujeres presentaron sobrepeso u obesidad. El antecedente familiar de HAS se encontró en el 46 por ciento de los estudiantes, la diabetes mellitus en 38.5 por ciento, el tabaquismo en 39.8 por ciento y la obesidad en 18.2 por ciento, la hipercolesterolemia se presentó en 20.2 por ciento de los estudiantes, sin diferencias entre ambos sexos (20.2 por ciento en los hombres y 20.3 por ciento en las mujeres). Giroto y colaboradores investigaron la prevalencia de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares (ECV) y su relación con antecedentes familiares de enfermedad. Las prevalencias de antecedentes familiares fueron las siguientes: hipercolesterolemia 27.5 por ciento, hipertensión (HAS) 42.1 por ciento, diabetes mellitus 26.9 por ciento, obesidad 27.2 por ciento, enfermedad cardiovascular (ECV) fue de 42.1 por ciento respectivamente. Además, las prevalencias no relacionadas con antecedentes familiares de HAS e hipercolesterolemia fueron de siete por ciento y 14.4 por ciento respectivamente; el tabaquismo se presentó en 27.1 por ciento de los alumnos, sin diferencia entre ambos sexos.

Hipótesis

No se maneja hipótesis en este trabajo, pero si fuera sería: los estudiantes que presentan

el o los factores de riesgo tienen una mayor probabilidad de sufrir complicaciones cardiovasculares que aquellos que no los presentan.

Objetivo General

Cuantificar y evaluar la prevalencia de hiperglucemia, hipertensión arterial e hipercolesterolemia como factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios, que ingresaron a la Universidad Veracruzana, Zona Xalapa, en el año 2003.

Metodología

Tipo de estudio: estudio transversal retrospectivo. Universo: estudiantes universitarios de nuevo ingreso registrados en la base de datos ESI 2003 (Examen de Salud Integral) de la Universidad Veracruzana, Zona Xalapa. En el estudio se analizaron 15 variables de riesgo cardiovascular, con un total de 3 135 registros en cada una de ellas 1. Antecedente familiar de obesidad, 2. Antecedente familiar de diabetes mellitus 2, 3. Antecedente familiar de arteriopatía, 4. Presión arterial, 5. Glucemia, 6. Colesterolemia, 7. Índice de Masa Corporal, 8. Determinación de presencia de obesidad o sobrepeso por medio de evaluación de antropométrica, 9. Circunferencia de cintura, 10. Índice o relación cintura-cadera, 11. Presencia de factores de riesgo para diabetes mellitus, 12. Presencia de factores de riesgo para hipertensión arterial, 13. Presencia de factores de riesgo para aterosclerosis, 14. Consumo de tabaco y 15. Consumo de alcohol.

Resultados

Los factores de riesgo cardiovascular de mayor prevalencia en los estudiantes fueron: antecedentes familiares de diabetes con 51 por ciento, los factores de riesgo para diabetes mellitus con 30 por ciento, Índice de Masa Corporal con 21 por ciento de alumnos con sobrepeso y siete por ciento con obesidad, hiperglucemia 27 por ciento del total de los alumnos, hipercolesterolemia 23 por ciento (21 por ciento en hombres y 25 por ciento en mujeres, p: 00096), los factores de riesgo para hipertensión arterial con 26 por ciento, tabaquismo 31 por ciento, (41 por ciento en hombres, 25 por ciento en mujeres, p: 0.0000) y alcoholismo con 43 por

ciento (54 por ciento en hombres y 37 por ciento en mujeres, p: 0.0000). En el análisis estadístico algunos de los OR (IC 95 por ciento) de mayor significancia fueron HAS e Índice de Masa Corporal 2.23 (1.44, 3.46), HAS y Valoración antropométrica 2.25 (1.44, 3.53), HAS y Circunferencia de cintura: 3.28 (2.07, 5.19), HAS y Relación cintura-cadera 3.13 (2.02, 4.87). Además se realizaron pruebas por sexo y el ponderado de Mantel-Haenszel.

Discusión

Hipertensión arterial. En este estudio de toda la población evaluada sólo tres por ciento (seis por ciento en hombres y uno por ciento en mujeres, p: 0.0000) presentó hipertensión; es de suma importancia mencionar que según los criterios del *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (2003), el 30 por ciento (sistólica) y 32 por ciento (diastólica) del total de alumnos reportaron cifras en los rangos de prehipertensión arterial. Por otro lado, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 ENSANUT, la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 20 años o más resultó de 30.8 por ciento. En las mujeres, el porcentaje obtenido por diagnóstico médico previo fue mayor (18.7 por ciento) que el mismo tipo de diagnóstico realizado en los hombres (11.4 por ciento) (18); en el estudio realizado por Sánchez *et al.* en 2005 con base en la ENSA 2000, la prevalencia de HAS fue de 33.3 por ciento en hombres y 25.6 por ciento en mujeres (38).

Hipercolesterolemia. En el estudio la prevalencia de hipercolesterolemia fue de 23 por ciento (21 por ciento en hombres y 25 por ciento en mujeres, p: 00096), en la ENSANUT, la prevalencia general de hipercolesterolemia fue de 26.5 por ciento, con 28.8 por ciento correspondiente a mujeres y 22.7 por ciento a hombres (18).

Procesos de comunicación en el abasto de medicamentos para el Seguro Popular

Autor: Guadalupe Berenice Santos Adolfo*

Coautor: Perla Madahí Calderón Rodríguez

Marco Teórico

Los referentes teóricos y empíricos que apoyaron los conceptos centrales de este trabajo están relacionados con la comunicación en salud. De ello se desprenden los conceptos de comunicación interna y externa de las organizaciones y la cultura organizacional, girando en torno al abasto de medicamentos como parte de una problemática de Salud Pública. La argumentación teórica giró en torno a diagnósticos organizacionales en salud, programas de comunicación interna así como conceptualización de la terciarización. La argumentación empírica se basó principalmente en la investigación realizada por Bernal Aguilera y colaboradoras, "Análisis del proceso de abasto del cuadro básico de medicamentos por medio de la estrategia de terciarización para el SP" realizado en Martínez de la Torre en 2006. Otros trabajos consultados fueron diagnósticos comunicacionales realizados en diversas organizaciones.

Antecedentes

La comunicación representa un amplio campo de posibilidades de interacción social, a través de ella los seres humanos se coordinan para lograr el crecimiento y desarrollo de una organización. Respecto lo anterior se entiende la comunicación organizacional como el intercambio de mensajes entre los miembros de una organización, así como entre ésta y su medio externo. Se conceptualiza como "conjunto de técnicas y actividades encaminadas a facilitar y agilizar el flujo de mensajes que se dan entre los miembros de la organización, entre la organización y su medio; o bien influir en las opiniones, aptitudes y conductas de los públicos internos y externos de la organización, todo ello con el fin de que ésta última cumpla mejor sus objetivos". En este trabajo, la organización es representada por los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER)

* Estudiante de Maestría. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. gbsa_24@hotmail.com