



Asociación Nacional de Hospitales Privados



Nuestro Mundo Hospitalario



Comprendiendo la
Discapacidad;
Primera parte

Trastornos
relacionados con
sustancias y trastornos
adictivos.

Mensaje de Presidencia
Mtro. Héctor Flores

Depresión, Qué es y cómo tratarla.

Hospitales privados en México:
¿Por qué un ranking?

Promoción de Salud
Ambiental y Residuos
Sólidos Urbanos;
Última parte



Descarga
versión
digital

Descubra la nueva solución de Mindray en Rayos X

Hasta hace poco, **¡lo más criticado!** el manejo de la energía de acción corta era limitada en los dispositivos móviles de radiología e ineficaz, que trae mucha inconveniencia durante el diagnóstico clínico. Mindray ha invertido en su nueva e innovadora tecnología de gestión de energía de modo dual, circuito de megacondensadores y batería de capacidad superior, especialmente en el MobiEye 700 para resolver este problema fundamentalmente difícil.

Con la introducción de mejoras en la resolución de problemas, MobiEye 700 demuestra una vez más ser la mejor opción.

Batería de Capacidad Superior

- Una sola carga de batería completa es capaz del concepto '7,70,700

Gestión de energía de Modo-Dual

- Extracción de energía de la batería de larga duración
- Corriente de pared para todas las funciones

Función de Carga Rápida

- 2 horas de carga proporcionan hasta un 80% de la capacidad de la batería
- 5 minutos de carga para 20 exposiciones

Tecnología de Megacapacitores

- Mantener el equilibrio de la fuerza de corriente
- Reducir la sobrecarga de la batería
- Mejora la duración de la batería

MobiEye 700



DIRECTORIO

Asociación Nacional de Hospitales Privados

Presidente

Mtro. Héctor M. Flores Hidalgo
Hospital Español

Vicepresidente

Lic. Álvaro López Aldana
Centro Médico ABC

Tesorero

Lic. Gerardo Ramón Ríos Zamudio
Grupo Dalinde / San Ángel Inn

Secretario

Dr. Víctor Ramírez González
Grupo Hospitalario Ángeles

Vocal

C.P. Nora Leticia Ramírez García
Sanatorio Florencia

Mtra. Mónica Rendón Bonilla
Corporativo Hospital Satélite

Dr. Carlos Dueñas García
Hospital San Javier

Dr. Horacio Garza Ghio
Grupo Christus Muguerza

Maf. Pedro Medina Chaix
Grupo Hospitalario Star Médica

Nuestro Mundo Hospitalario

Comité Editorial

Lic. Arturo Álvarez Aguirre
Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz

Dr. Fredy Chablé Montero
Hospital San Ángel Inn Universidad

Lic. Mónica Pamela Espinoza Velázquez
Grupo Hospitalario Christus Muguerza

Lic. María Rosalina León López
Hospital San Javier

Dra. Irene Emmita Maulén Radován
Hospital Ángeles Lomas

Ing. Arq. Juan Armando Monroy López
Beneficencia Española (Tampico)

Dr. Marco Antonio Ponce Camacho
Doctors Hospital

Lic. Gerardo Ramón Ríos Zamudio
Grupo Hospitalario San Ángel Inn

Act. Miguel Ángel Hernández Rodríguez
Director del Comité Editorial

Diseño y Formación Editorial

Brunnen. Brand Consulting

Diseño Digital

Meredith Marketing

CONTENIDO

Promoción de Salud Ambiental y Residuos Sólidos Urbanos – Última parte

05



Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

09



Depresión, qué es y cómo tratarla

14



Comprendiendo la discapacidad – Primera parte

19



Hospitales privados de México: ¿Por qué un ranking?

25



Se firmó convenio de colaboración entre el INSP y la ANHP para mejorar la salud de México

30



MENSAJE DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS



Mtro. Héctor Flores.

Estimados asociados:

El 2022 podría nombrarse el año de la recuperación. Desde el 2020 hemos enfrentado numerosas dificultades dentro del ámbito sanitario, personal, económico e incluso social y este año que terminó nos ha permitido identificar lo aprendido y considerar cómo incorporarlo en nuestros procesos actuales.

Durante este momento de pausa y reflexión, hemos trabajado arduamente en aplicar la mejora continua y mantenernos a la vanguardia mediante diversos proyectos, como el sistema de indicadores que nos ha permitido analizar lo que aún podemos convertir en su mejor versión y estar preparados para los retos que puedan estar por venir, un programa que se ha desarrollado desde hace varios años.

Hemos realizado alianzas valiosas que contribuyen en la preparación a todos los niveles de nuestro sistema de salud como el área administrativa, clínica, médica y en general los profesionales de la salud de nuestros hospitales asociados. Algunas de estas alianzas fueron con el ITESM y el instituto nacional de Salud Pública e incluso participando con la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

Gracias a ti por participar, por ser parte de nuestros hospitales asociados que conforman esta red nacional; de los profesionales que, mediante comités, colaboran en estos grandes proyectos como la revista trimestral Nuestro Mundo Hospitalario, Indicadores, Educación y el próximo Congreso Nacional de la ANHP; a las autoridades con las que hemos trabajado de manera coordinada; a las áreas administrativas que nos han apoyado sobremanera; y a ti, nuevo asociado que ha puesto su confianza en nuestra labor y estamos seguros de que encontrarás grandes aprendizajes y una calurosa bienvenida dentro de esta comunidad.

Hay muchos más planes y proyectos que no tenemos duda de que alcanzaremos en este 2023, sobre todo de la mano de tu colaboración y dedicación que nos ayudará a seguir desarrollándonos y fortaleciéndonos un paso a la vez. Espero verte en nuestras actividades.

Te deseo prosperidad, bendiciones y felicidad todos los días del 2023 y todos los días de tu vida, tanto a ti como a tus seres queridos.

Feliz Año Nuevo.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA - ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

Promoción de Salud Ambiental y Residuos Sólidos Urbanos – Última parte

Autoras:

MSP-SA Mildred Amar López Ramírez

Licenciatura en Química Industrial (UAEMor)

Maestría en Salud Pública con área de concentración en Salud Ambiental (INSP)

Mtra. Giovanna Stephanie Mercado Prado

Apoyo operativo del Programa de Gestión Ambiental EcoINSP

Instituto Nacional de Salud Pública

MSP. Urinda Álamo Hernández

Investigador en Ciencias Médicas B en Instituto Nacional de Salud Pública

Adjunta del programa Maestría en Salud Pública con área de concentración en Salud Ambiental



Instituto Nacional
de Salud Pública



FIESP
México, desde la salud pública

Resumen

El manejo inadecuado de los residuos sólidos urbanos se asocia a más de cuarenta enfermedades y lesiones. Esta problemática trae consigo riesgos de salud pública e impactos negativos al ambiente⁽¹⁾. El presente estudio tuvo como objetivo promover la Salud Ambiental en Tetela del Monte a través de una iniciativa participativa de manejo adecuado de residuos sólidos mediante un enfoque de Promoción de la Salud Ambiental (PSA).

La intervención constó de tres fases: diagnóstico participativo con actores clave, diseño de la iniciativa en conjunto con actores clave e implementación y evaluación de actividades prioritarias para culminar con recomendaciones y acciones de continuidad.

El enfoque de PSA permitió dialogar con los participantes desde una perspectiva positiva y favorecer la propuesta de estrategias para mejorar el manejo de residuos en el poblado, se generaron vínculos entre activistas y actores clave, la elaboración de un diagnóstico sirvió de base para proyectos actuales y futuros. Se lograron cambios en hábitos por difusión entre familias y vecinos, se inició comunicación entre comerciantes para generar estrategias de reducción de residuos y hubo acercamiento con recicladores para conocer rutas y materiales.

Métodos

Bajo el propósito de realizar esta investigación se consideraron las siguientes categorías de análisis, tanto en la fase de diagnóstico como en la de evaluación: conocimientos, percepciones, prácticas, contexto y actividades de promoción.

Las tres fases del proyecto fueron: diagnóstico, diseño de la iniciativa e implementación piloto y evaluación.

Estas se muestran en la Figura 1, presentada a continuación.



Figura 1. Fases del proyecto

Resultados

El diagnóstico identificó elementos a reforzar en el manejo adecuado de RSU establecidos como conocimientos sobre su clasificación, y sobre las enfermedades, sus rutas y las vías de exposición vinculadas con los residuos, además de establecer las acciones para impulsar hábitos en el hogar, impactar en la cultura y crear conciencia sobre el tema. Asimismo, se identificaron en el Ecomapa de Tetela los sitios de acumulación de RSU e inclusive de residuos de agroquímicos, focos de infección, lugares en donde se queman los RSU y los potenciales lugares de acopio.

La iniciativa propuesta de manera participativa durante la segunda fase incluyó las siguientes actividades: talleres

educativos para generar conciencia en salud ambiental y mejorar el manejo de RSU (composta, separación); estrategias para reforzar la colaboración o el trabajo colectivo y la organización comunitaria, estrategias de difusión y campañas sobre el manejo adecuado de RSU, y estrategias de gestión integral de RSU, como la implementación de centros de acopio.

Las actividades que se pudieron realizar fueron: un taller de concientización ambiental y separación de residuos; la implementación de carteles personalizados con 19 comerciantes con mensajes como: “Te invitamos a cuidar el planeta”.

“Cuando vayas por tus tacos di no a la bolsa de plástico y al unicel”; además de definir rutas y materiales para un reciclador de la comunidad, así como la apertura para difundir esta ruta y las de otros recicladores del poblado.

La evaluación resaltó que hubo un agrado de las actividades propuestas en los participantes; los actores clave tuvieron ánimo por la realización del proyecto en su comunidad y los adolescentes aprendieron sobre la reutilización y el reciclaje en el taller de las 5 erres, por tanto, se generó un análisis ambiental reflexivo, con objetos comunes que estimularon sus sentidos, y algunos comerciantes notaron la utilización de materiales reutilizables en las compras de algunos clientes y en la poca participación del resto.

Así, se efectuó un cambio paulatino en los hábitos de familias y vecinos, y se pudo encontrar una cultura de clasificación y separación de residuos por algunos vecinos que apoyan al sector de recicladores. En suma, los participantes identificaron los residuos generados en su poblado y ahora tienen la percepción de que el manejo inadecuado provoca daños a la salud y al ambiente. Por otra parte, en cuanto a la eficacia de las actividades implementadas, la percepción ante su aplicación es mínima o nula, pues comentan la falta de participación y cultura por las acciones, sin embargo, rescatan que el proceso ayudó positivamente dentro del núcleo familiar y a algunos vecinos.

Discusión

La presente iniciativa abordó la problemática latente de la gestión inadecuada de los RSU en el poblado de Tetela del Monte, así como los posibles daños a la salud humana y al medio ambiente, y sus implicaciones en la actualidad y para las generaciones futuras.

La construcción de un diagnóstico participativo permitió sondear las problemáticas de la población y las herramientas que se encuentran en su entorno, todo con base en las experiencias de los actores clave que participaron enriqueciendo el proyecto. De esta manera, se logró identificar las necesidades principales a abordar adaptando las actividades a las herramientas con las que cuenta el poblado, y permitiendo el acercamiento a los activistas de la comunidad.

Cabe mencionar que los proyectos dirigidos al manejo adecuado de residuos sólidos urbanos⁽⁸⁾, ⁽⁹⁾ coinciden con el presente proyecto en que se sentó un precedente y se dimensionó en las comunidades la complejidad de la gestión integral de los residuos, así como los daños a la salud. De igual forma, el acercamiento participativo de estas iniciativas permitió incidir en la concientización y en la valoración de los daños por parte de la población.

Otra similitud con estos proyectos fue la baja participación de la población, situación que puede deberse al tiempo que implica este tipo de iniciativas. Sin embargo, el interés y la coordinación de los participantes de la presente iniciativa pueden permitir la continuidad en las acciones propuestas por ellos mismos a mediano y a largo plazo, así como involucrar a más pobladores y hacerlos partícipes.

La importancia de la iniciativa participativa de promoción en salud ambiental, dirigida al manejo adecuado de los RSU y al involucramiento paulatino de la población y actores clave, dio pauta para el apoyo intrínseco que debe de existir con las dificultades que se desencadenan de una mala gestión de residuos sólidos.

Para llevar a cabo una gestión integral de residuos es necesaria la participación ciudadana, ya que esta se potenciará con información al alcance de la comunidad y con estrategias de concientización para el cambio de conocimientos y hábitos, entre las diferentes edades que comprende la comunidad. Esto a su vez permite seguir trabajando en el desarrollo de más estrategias que sirvan para identificar los derechos y las normatividades relacionadas a un ambiente limpio y sano que repercuta en la salud de las generaciones actuales y futuras.

Aún con las limitaciones presentadas a lo largo del proyecto, la iniciativa participativa permitió sembrar la semilla de la PSA en el poblado, generó nuevos vínculos y acercó datos importantes a la comunidad, mostró que Tetela es un pueblo con muchas fortalezas que permitirán continuar con la iniciativa después de finalizar el ejercicio académico del presente proyecto de titulación.

Finalmente, el desarrollo de habilidades que se gestó a partir del presente ejercicio académico permitió a la investigadora un crecimiento profesional y personal que la motiva a seguir trabajando en la comunidad y generando diferentes estrategias adaptadas a la población de estudio, fortaleciendo las técnicas para presentarse con una población, y redirigir actividades ante los contratiempos y desafíos que se presentan en los proyectos.

El manejo inadecuado de RSU es una problemática normalizada en el crecimiento demográfico urbano. La falta de información, la baja percepción de daños, los hábitos arraigados y la falta de comunicación entre los pobladores han generado que no se tomen en cuenta buenas prácticas en la gestión de estos residuos, originando impactos negativos en la salud humana y ambiental. La difusión de información y la PSA han integrado un sector de la población que permite replicar con su familia y vecinos las acciones que van generando impacto, esperando que los sectores educativos se involucren en los siguientes ciclos escolares.

Agradecimientos

A la población y a los actores clave del pueblo de Tetela del Monte, al cuerpo docente y a las asesoras del INSP, que contribuyeron con gran compromiso para la realización de este proyecto, así como a la retroalimentación y contribuciones por parte del comité evaluador: Dra. Luz Arenas Monreal y Mtra. Yadira Magdalena Solís Centeno.

Referencias

1. Carmona, A. R., Bolaños, R. R., Hernández, U. Á., Magaña, L. E. P., Siller, S. T., Serrano, M. M. Experience of community participation in management adequacy of municipal solid waste in Mexico. *Glob. Health Promot.* (2015 Feb 1); 22(2): 96–106.

2. De Diputados C., Congreso de D. H., Unión L. A., Ley N. Ley general para la prevención y gestión integral de los residuos.

3. Informe del Medio Ambiente, ((2022, Jan 30). Available from: <https://apps1.semarnat.gob.mx:8443/dgeia/informe15/tema/cap7.html>

4. Rodríguez-López, T., Guzmán-Ramírez, N. B. El manejo del agua e interacciones cooperantes de los usuarios de la Barranca Chalchihuapan en el norte de Cuernavaca, Morelos, México. *Agric. Soc. y Desarro.* (2022 Feb 2); 11(1):53–70. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-54722014000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-54722014000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

5. Renero, E. Capilla de los Reyes Magos: Artificios. Available from: <http://ec.aciprensa.com/c/constantino>.

6. Howze, E. H., Baldwin, G. T., Kegler, M. C. Environmental health promotion: bridging traditional environmental health and health promotion. *Health Educ. Behav.* (2022 Feb 7); 31(4):429–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15296627/>

7. Alamo-Hernández, U., Riojas-Rodríguez, H., Baltazar-Reyes, M. C., O'Neill, M. Promotion of environmental health: Close up of two fields. The case of Mexico. *Glob. Health Promot.* (2022 Feb 7); 21(3):80–8. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975914525481>

8. Domínguez, M. Separación de residuos sólidos urbanos susceptibles a ser valorizados, que contribuyan al mejoramiento del entorno en la colonia de Atlhuayan, municipio de Yautepec Morelos, bajo el enfoque ecosistémico. *Proyecto terminal profesional* (2022 Aug 22), p. 89. Available from: <https://catalogoinsp.mx/files/tes/052153.pdf>

9. Rojas, A. Manejo adecuado de residuos sólidos urbanos con participación comunitaria del paraje acatongo, de santa maría ahuacatitlán, cuernavaca, morelos. *proyecto terminal profesional.* (2022 Aug 22), p. 57. Available from: <https://catalogoinsp.mx/files/tes/051140.pdf>





Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Autora: Dra. Margarita Becerra Pino

Durante años, se han utilizado diversos términos para referirse al abuso de drogas y sustancias. Por ejemplo, el término dependencia se emplea de dos maneras distintas al hablar de trastornos por consumo de sustancias.

En la dependencia conductual se ponen de relieve las actividades de búsqueda de la sustancia y la evidencia relacionada con los patrones patológicos de consumo, en cambio, la dependencia física se refiere a los efectos fisiológicos de los múltiples episodios del consumo de la sustancia.

La dependencia psicológica, también denominada hábito, se caracteriza por la presencia de un anhelo o ansia, continuada o intermitente, que implica consumir la sustancia para evitar un estado disfórico. La dependencia conductual, física y psicológica son los tres pilares del trastorno por consumo de sustancias.⁽¹⁾

Los términos adicción y adicto se relacionan en cierto modo con la dependencia. La palabra adicto ha adquirido una connotación distinta, indecorosa y peyorativa, que ignora el concepto de abuso de sustancias como

un trastorno médico;⁽¹⁾ por lo que se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias, en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés).⁽²⁾

Lo que se sabe al respecto

El consumo de sustancias psicoactivas se ha monitoreado desde diversas fuentes, como el sistema de información en drogas y las encuestas poblacionales o en grupos específicos, entre otras. De modo que ninguna fuente por sí sola da una visión completa de la problemática, ya que cada una proporciona información vital, complementaria y específica.

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016–2017 presenta un panorama de los servicios de urgencias hospitalarias; durante el 2016, se reportaron 13 mil 405 eventos, en los cuales, el 57.1 % de ellos fueron mujeres. La media de edad fue de 37.5 años, con el 48.6 % como mayores de 35 años de edad. Además, en el grupo de edad de 15 a 29 años, se registraron ligeramente más mujeres que hombres.⁽³⁾

De los datos anteriores, el 3.9 % de los pacientes que se presentó al servicio de urgencias se encontraba bajo el efecto de alguna droga; entre ellos, en el 67.8 % de los casos, la sustancia consumida fue alcohol, seguida por marihuana con un 9.7 %.

¿Por qué sucede?

Toda sustancia tomada en exceso tiene en común la activación directa del sistema de recompensa del cerebro, como el área tegmental ventral, el locus cerúleo y el núcleo accumbens, que participan en el refuerzo de conducta y en la producción de recuerdos. No obstante, los mecanismos por los cuales las sustancias producen recompensa, son diferentes; por lo general, activan este sistema y producen placer.

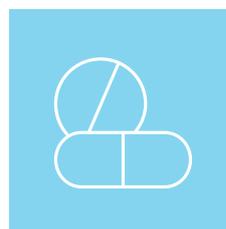
En el DSM-5,⁽²⁾ los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos aditivos engloban diez clases diferentes de drogas:



1) Alcohol

2) Cafeína

3) Cannabis



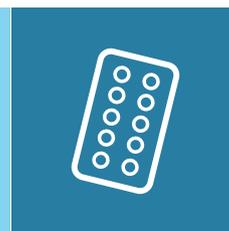
4) Alucinógenos con categorías independientes para la fenciclidina (o las arilciclohexilaminas con acción similar) y otros alucinógenos



5) Inhalantes



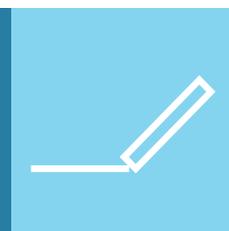
6) Opiáceos



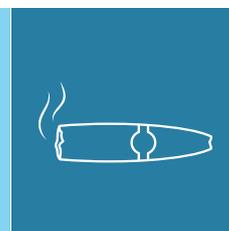
7) Sedantes



8) Hipnóticos y ansiolíticos



9) Estimulantes (sustancias tipo anfetaminas, cocaína y otros estimulantes)



10) Tabaco y otras sustancias

Asimismo, estos trastornos se dividen en dos grupos: Trastorno por consumo de sustancias y trastorno inducido por su consumo.

Cuadro clínico:

El trastorno por consumo de sustancias es el término diagnóstico que se aplica a la sustancia específica de la que se abusa, por ejemplo, el trastorno por consumo de alcohol, y que ocurre como resultado del consumo prolongado. A la hora de establecer el diagnóstico, se deberían de tener en cuenta los siguientes puntos que se describen a continuación, considerando que tales criterios son extensivos a todas las sustancias de las que se abuse.⁽¹⁾

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, que provoca alteraciones significativas y sensación de angustia, como se muestra en dos (o más) de los siguientes criterios, y que se desarrolle durante un período de doce meses:

1. Consumo recurrente de sustancias que resulte en la incapacidad de realizar las obligaciones y las labores más importantes en el trabajo, en el centro escolar o en el hogar.
2. Consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que se pone en peligro la integridad física.
3. Consumo continuado de sustancias a pesar de problemas interpersonales o sociales, reiterados o recurrentes, provocados o agravados por los efectos de las sustancias.
4. Tolerancia, de acuerdo con alguna de las siguientes definiciones:
 - a) Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia, para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) Disminución notable del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
5. Abstinencia, de acuerdo con alguna de las siguientes manifestaciones:
 - a) Síndrome de abstinencia característico de la sustancia.
 - b) Consumo de la misma sustancia (o de otra similar) con el fin de aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.
6. Consumo frecuente de la sustancia en cantidades mayores o durante períodos más largos de los que se pretendía.
7. Deseo constante y esfuerzos infructuosos de reducir o controlar el consumo de la sustancia.
8. Dedicación de mucho tiempo a actividades necesarias para la obtención de la sustancia, su consumo o la recuperación de sus efectos.
9. Abandono o reducción de actividades sociales, laborales o recreativas importantes, debido al consumo de la sustancia.
10. Continuación del consumo de la sustancia aun siendo consciente del padecimiento de un problema físico o psicológico, reiterado o recurrente, que probablemente ha sido causado o agravado por la sustancia.
11. Anhelo, fuerte deseo o necesidad imperiosa de consumir una sustancia específica.

Los trastornos por consumo de sustancias aparecen en un amplio rango de gravedad (desde leve a grave), misma que se basa en el número de criterios sintomáticos que se cumplen. Como estimador general de gravedad, se considera que un trastorno es leve si se presentan 2 o 3 síntomas, moderado si tiene entre 4 y 5 síntomas, y grave a partir de 6 o más síntomas.⁽²⁾

El trastorno inducido por su consumo considera a la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos, por ejemplo, el trastorno psicótico o el trastorno depresivo, ambos inducidos por sustancias.⁽²⁾

La intoxicación por una sustancia es el diagnóstico utilizado para describir un síndrome caracterizado por signos y síntomas específicos, como resultado de la ingestión o la exposición reciente a la sustancia. Una descripción general de la intoxicación incluye:⁽¹⁾

- El desarrollo de un síndrome reversible y específico, debido a la ingestión (o exposición) reciente de una sustancia, aunque distintas sustancias pueden provocar síndromes similares o idénticos.
- Cambios conductuales o psicológicos desadaptativos clínicamente significativos, que se deben al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central, por ejemplo, agresividad, estado de ánimo lábil, disfunción cognoscitiva y alteraciones en el juicio o alteraciones del funcionamiento social u ocupacional, y que aparecen durante o poco después del consumo de la sustancia.
- Los síntomas no se deben a una afección general y no son consecuencia de otro trastorno mental.

La abstinencia de una sustancia es el diagnóstico que describe un síndrome específico, debido a la interrupción repentina del consumo intensivo o prolongado de una sustancia. Una descripción general de la abstinencia de una sustancia requiere el cumplimiento de lo siguiente:⁽¹⁾

- El desarrollo de un síndrome específico de la sustancia, por la interrupción o la disminución del consumo, que ha sido intensivo y prolongado.
- El síndrome específico de la sustancia provoca sensación de angustia y alteraciones clínicamente significativas en el funcionamiento social, laboral y de otras áreas importantes.
- Los síntomas no se deben a una enfermedad general y no son consecuencia de otro trastorno mental.

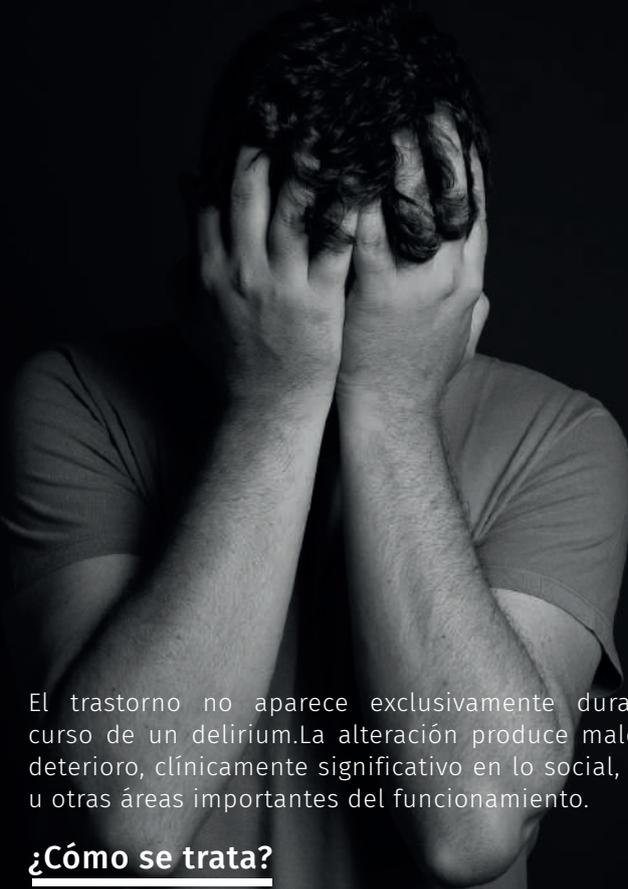
Los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos son síndromes potencialmente graves

son persistentes y se desarrollan como consecuencia de los efectos del abuso de sustancias, de medicamentos o de algunas toxinas. Estos trastornos comparten las siguientes características:⁽²⁾

- La alteración se presenta en forma de síntomas clínicamente significativos, asociados a un trastorno mental relevante.
- Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio de estos dos aspectos:
 1. Los síntomas se han desarrollado durante o en el primer mes tras la intoxicación o abstinencia de la sustancia o la administración del medicamento.
 2. La sustancia o medicamento implicado puede producir ese trastorno mental.
- La alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente (un trastorno que no sea inducido por sustancias o medicamentos). La evidencia de que existe un trastorno mental independiente puede conllevar lo siguiente:
 1. La alteración antecede al inicio de la intoxicación o abstinencia agudas o la exposición al medicamento.
- El trastorno mental completo persiste durante un tiempo considerable (por ejemplo, al menos un mes) tras el cese de la intoxicación o la abstinencia agudas o de la administración de los medicamentos. Cabe señalar que este criterio no se aplica a los trastornos neurocognitivos inducidos o a los trastornos perceptivos por alucinógenos, que persisten más allá del cese de la intoxicación o la abstinencia agudas.

Consideraciones especiales:

En la persona adulta mayor (PAM) es difícil apreciar la dimensión cualitativa y cuantitativa del uso y abuso de alcohol, porque este sector de la población procura beber aisladamente en sus hogares, a diferencia de las conductas gregarias que los jóvenes suelen promover. Las políticas de salud pública no contemplan a las PAM, más bien suelen ocuparse de las conductas lesivas relacionadas con los jóvenes. Por otra parte, las PAM no acuden a los servicios de salud por consumo de sustancias, sino por otras enfermedades como síndrome de caídas, hipoglicemia, fallas mnésicas, etcétera; de ahí, la importancia de una buena labor de anamnesis.⁽⁴⁾



El trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirium. La alteración produce malestar o deterioro, clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

¿Cómo se trata?

Debido a la alta prevalencia del trastorno por consumo de alcohol, es importante aplicar la Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés), la cual, fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un método simple de tamizaje para detectar el consumo excesivo de alcohol, y como un apoyo en la evaluación breve, rápida y flexible.

El AUDIT permite que el clínico identifique si la persona presenta consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia al alcohol; además, identifica a las personas que podrían beneficiarse de la reducción o del abandono del consumo, posee una alta consistencia interna, puesto que la fiabilidad test-retest ha indicado una alta fiabilidad ($r = 0.86$),⁽⁵⁾ y su especificidad en varios países, entre los diversos criterios, se situó como media en valores superiores de 0.80.

Aplicación y calificación: El AUDIT se puede utilizar como una entrevista oral o como un cuestionario escrito. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Todas las puntuaciones de las respuestas deben sumarse y así se obtiene un total. Se ha sugerido la siguiente interpretación a la puntuación total obtenida:

- Entre 8 y 15 puntos son los más apropiados para aconsejar la simple reducción del consumo de riesgo.
- Entre 16 y 19, sugieren terapia breve y un abordaje continuado.

- Puntuaciones iguales o mayores a 20, requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia al alcohol.

Tratamiento

El tratamiento del trastorno por consumo de sustancias comprende, por un lado, el del propio consumo y, por el otro, el de los trastornos psiquiátricos y físicos que se producen por el consumo.

Ante un cuadro de intoxicación aguda debe realizarse, en primer lugar y con urgencia, una rápida valoración de los signos vitales y, si es preciso, proceder a estabilizarlos y comenzar maniobras de RCP en caso necesario. Los objetivos fundamentales del tratamiento incluyen: mantener los signos vitales, impedir que prosiga la absorción del tóxico, favorecer su eliminación, administrar antídotos específicos y evitar una nueva exposición. Una vez valorada la situación y estabilizado el paciente, debemos realizar una historia clínica directa y/o indirecta, lo más completa posible, donde se integre la historia psiquiátrica: antecedentes autolesivos o intentos de suicidios, trastornos de ansiedad, depresión, cuadros psicóticos, entre otros.

Una vez resuelta la fase de intoxicación y si se sospecha un trastorno por abuso de sustancias, es importante señalarlo. Esta confrontación tiene como objetivos: la aceptación del consumo como un problema de salud y el reconocimiento de consecuencias adversas. La meta es

que la persona comprenda su patología y la necesidad de seguir un proceso para su recuperación. El tratamiento deberá personalizarse de acuerdo con el acceso que se tiene a la sustancia, la edad del consumidor, los aspectos psicosociales y familiares, y los antecedentes de tratamientos previos, ya sea ambulatorios o dentro de una unidad especializada. La deshabituación consiste en lograr la permanencia de aquellas conductas que no permiten consumir sustancias. Para lograrlo, es importante la estimulación y el mantenimiento de la motivación hacia la abstinencia y la modificación del estilo de vida.

Referencias:

1. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias del comportamiento/psiquiatría clínica. Decimoprimer edición, Wolters Kluwer. 2015; 20: 616-693.*
2. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición (DSM-5). Ed. Médica Panamericana. 2014: 481-585.*
3. *Reporte de Alcohol, Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.*
4. Becerra, P. M. y Arteaga, J. J. *Adicciones en la Vejez –enfoque psicopatológico–. Ed. APM. 2019.*
5. Fleming, M. F, Barry, K. L. y MacDonald, R. *The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. International Journal of the Addictions. 1991; 26: 1173-1185.*



 B. Braun Group
   BBraunMx



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

30 AÑOS
EN MÉXICO
1992-2022

PROTEGEMOS Y MEJORAMOS LA SALUD DE LAS PERSONAS EN TODO EL MUNDO.

B. Braun México | Av. Revolución 756, Piso 6 y 7 | Col. Nonoalco | Benito Juárez | C.P. 03700 | CDMX
 Tel.: +52 (55) 5089 7800 | comunicacion.mx@bbraun.com | www.bbraun.mx



Asociación Nacional de Hospitales Privados



2do Congreso
Asociación Nacional
de Hospitales Privados
Ciudad de México, 2023

presentan:

EL FUTURO DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Buscando soluciones
juntos

Dirigido a quienes hacen
posible que un hospital
opere óptimamente

22 y 23 de junio 2023

Sede: Centro de Convenciones
"Cinia González Diez";
Hospital Español, CDMX.



Costos Asociados:
Enfermeras \$500
Inscripción general \$3,500



Costos No Asociados:
Enfermeras \$600
Inscripción general \$4,500



**CUPO LIMITADO
ASEGURA TU LUGAR**



Avalado por:



TecSalud
Escuela de Medicina
y Ciencias de la Salud

Informes e inscripciones:



55 5545 3501 y 55 1560 7112



congreso@anhp.mx
www.anhp.mx

Depresión, qué es y cómo tratarla.

Autora:

Dra. María Sandra Yadeum Ángulo

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una patología del estado de ánimo con altos costos sociales y económicos cuando su tratamiento se realiza de manera no sistematizada, además, la de depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. (OMS /OPS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que hay más de 300 millones de personas que viven con depresión, número que se incrementó un 18% entre 2005 y 2015.

En el programa de Salud Mental 2013-2018 se menciona un estudio realizado con la población mexicana donde se encontró que la depresión y la ansiedad generan una condición

de discapacidad mayor y días de trabajo perdidos comparado con algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas, considerando la discapacidad como el deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto en el trabajo, en su vida social, en su hogar y en sus relaciones cercanas. Los pacientes con depresión tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes, otros trastornos psiquiátricos y ser consumidores de drogas. La depresión también es un factor de riesgo importante para el suicidio.

¿Qué es la depresión?

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía, pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas.

En el caso de la población infantil, la clínica es dependiente de la etapa de desarrollo y sus expresiones particulares son: trastornos de conducta, deterioro escolar, quejas somáticas y ánimo disfórico.

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida)

aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas del tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Epidemiología

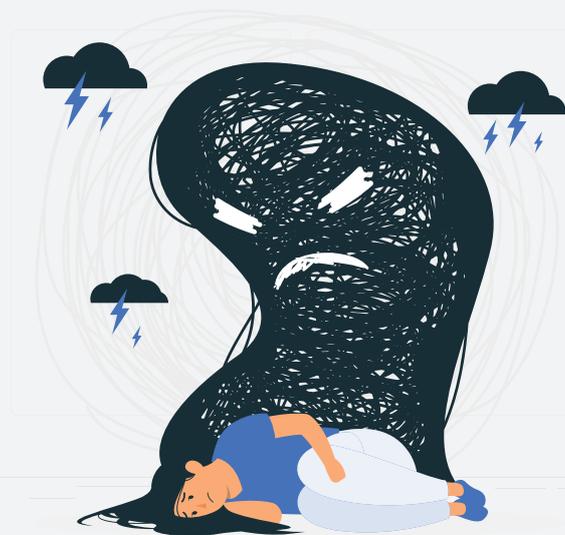
El TDM se ha vuelto un padecimiento con una alta prevalencia en el mundo, ya que la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas que se asocia a condiciones de vulnerabilidad social.

En términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales

y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres.

Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio.

En México, de acuerdo con la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica, el 9.2% de la población sufrirá un trastorno depresivo en algún momento de su vida; el primer episodio se presentará a los 17 años y el segundo a los 32. Se estima que la edad de inicio es a los 30 años.



En general, la edad de inicio es difícil de establecer, ya que el primer episodio usualmente es leve y no es tratado, muchas veces se reconoce en retrospectiva muchos años después.

Una de las enfermedades mentales más frecuentes es la Depresión y, según la Organización Mundial de la Salud, el 4% de la población mundial vive con depresión. Se calcula que de cada cuatro personas que nacen una pasará por un periodo depresivo a lo largo de su vida.

Las personas con depresión mayor tienen una probabilidad de muerte prematura un 40 a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física que a menudo no son atendidos. Por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH, así como mayor tendencia al suicidio, segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes.

Evaluación inicial

Se debe realizar una historia clínica completa, explorar ánimo, sueño, apetito, agitación, energía, enlentecimiento, ansiedad, voluntad, síntomas físicos, ideas suicidas, sentimientos de minusvalía y culpa, entre otros.

En el momento actual, no existe prueba de laboratorio o gabinete que corrobore el diagnóstico. Se pueden utilizar como herramientas auxiliares: La escala de Beck y la escala PHQ-9; los cuestionarios de evaluación y el método de puntuación para el diagnóstico.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V, menciona que los Trastornos depresivos son: Trastorno de disregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo resistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

Una detección positiva, incluso unida a factores de riesgo (como sexo femenino, historia familiar de depresión, desempleo o enfermedades crónicas) no equivale a diagnóstico. Para ello hay que utilizar otros criterios. Siempre se debe realizar una exploración física completa.

Exclusión del Trastorno Bipolar

Hay algunas interrogantes sobre sus antecedentes que pueden ayudar a descartar este padecimiento y corroborar si se está tratando con el trastorno bipolar. Algunas de ellas están relacionadas con el exceso de energía, sensación de no requerir dormir u otras comorbilidades (demencias, trastorno de la alimentación, etc.) o interurrencia con otras enfermedades no psiquiátricas (diabetes mellitus descompensada, lupus eritematoso sistémico, artritis, hipotiroidismo, esclerosis múltiple, etc.).

También es importante descartar otras causas no psiquiátricas de depresión, valorar riesgo alto para suicidio y la presencia de síntomas psicóticos.

Se han de realizar exploraciones que ayuden a detectar patologías que influyan en la aparición de estos episodios, algunos son: biometría, química, electrolitos (sodio, potasio, calcio, fósforo, glicemia, creatinina, función hepática (GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina) función tiroidea (T4 libre, TSH) serología (VDRL, VIH), B12 y folatos.

Algunos lineamientos útiles

Para llegar al diagnóstico de Episodio depresivo o distimia será necesario entrevistar al paciente y comprobar que cumple los criterios CIE-10 o del DSM IV.

Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, duelo, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso. Estos pueden simular un episodio depresivo, aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Hay que considerar si el episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía (esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica). Otro aspecto por considerar es explorar si se trata de un trastorno depresivo como una enfermedad crónica, pues existen dos tipos de historia natural de la enfermedad.

Una en la que los síntomas son continuos y en la que no existe remisión de la sintomatología y otra en la que los síntomas son esporádicos y existe remisión interepisódica. Las formas crónicas de depresión constituyen el 30% de los trastornos depresivos unipolares.

Generalidades del tratamiento farmacológico y no farmacológico

En el tratamiento de la depresión se utiliza una familia de psicofármacos, los antidepresivos, heterogénea en cuanto a su estructura química y efecto sobre la neurotransmisión cerebral

En función de su mecanismo de acción se pueden delimitar varios grupos de antidepresivos, los cuales a su vez se pueden clasificar en tres categorías según tengan una acción predominantemente serotoninérgica (ISRS e IRAS), predominantemente noradrenérgica (ACC e IRNA) o dual (IRSN, NASSA y ATC); sus dosis de uso en adultos sanos y su distribución en los diversos grupos farmacológicos. El objetivo del tratamiento es alcanzar la remisión de la sintomatología

La eficiencia entre diferentes antidepresivos es similar, tanto entre medicamentos del mismo tipo como entre medicamentos de tipos diferentes. La elección del medicamento se realiza con base en los efectos adversos, la comorbilidad y el análisis de costos. La indicación principal de los antidepresivos dentro del espectro depresivo es el

tratamiento del trastorno depresivo mayor (en sus fases aguda, de continuación y de mantenimiento). Otros síndromes depresivos de menor intensidad, como el trastorno distímico, también se benefician del tratamiento con antidepresivos. Han demostrado efectividad en TDM leve, moderado y severo. Los antidepresivos carecen de potencial adictivo y el efecto se alcanza después de 2 a 4 semanas de tratamiento, con tomas diarias del medicamento. Es importante recalcar no suspender el tratamiento, a pesar de percibir mejoría, ya que si se hace existe un mayor riesgo de recaída.

Los efectos adversos leves son frecuentes, pero usualmente temporales. Es importante mantener el tratamiento y vigilar la evolución en intervalos de 2 a 4 semanas durante los 3 primeros meses y después en intervalos más largos si la respuesta es buena. El tiempo recomendado de tratamiento sería de un mínimo de 9 a 12 meses en un primer episodio en pacientes con bajo riesgo de recaída. La elección entre un tratamiento ambulatorio o por internamiento hospitalario cuenta con trascendencia vital en la vida del paciente. El tratamiento de elección para un cuadro depresivo grave es la hospitalización. La prevalencia de suicidio consumado en pacientes depresivos hospitalizados ha sido determinada entre 9.2% y 15.2. En nuestro país, describieron un OR para pacientes deprimidos de presentar ideación suicida de 10.15, para la planeación de 11.97 y de intento suicida de 11.61. El uso mixto de psicoterapia y farmacoterapia ha demostrado mayor efectividad que la monoterapia en pacientes con depresión crónica, severa o con comorbilidad psiquiátrica, particularmente con los trastornos relacionados con el uso de sustancias con potencial adictivo. En el caso de que se prescriba un tratamiento psicoterapéutico, los tratamientos que han demostrado eficacia son: terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal y psicoterapia basada en solución de problemas.

Informar al familiar

En la medida que familiares y pacientes conozcan y se familiaricen con signos y síntomas de la depresión podrán ayudar en la toma de decisiones médicas y en la buena evolución del paciente. Se debe recordar al paciente que la recuperación es lenta y paulatina. El resultado óptimo se obtiene mediante el apego al plan de tratamiento. El pesimismo tácito a la sintomatología depresiva dificulta que él mismo se percate de los avances. Hay que detectarlos y señalarlos de manera empática, así como estar atento a la identificación del riesgo suicida en cada cita, valorar el nivel de funcionalidad y la calidad de las redes de apoyo, así como sugerir la psicoeducación enfocada a la familia.

Otros factores

El abuso de alcohol o el consumo de otras drogas pueden hacer que la depresión empeore y generar otros problemas. Siempre



debe explorarse el riesgo suicida y los síntomas psicóticos. El trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad. Con estas consideraciones podemos atender mejor la depresión y reducir las preocupantes estadísticas incrementales.

Bibliografía

Asociación Psiquiátrica Americana: *Trastornos del estado de ánimo, en Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 8ta edición, Panamericana, 2014*

Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R: *Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México 2005;*

Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Saldívar G: *Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Mental 1999;*

Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivas-Santos R, Reyes-Morales H, Tapia-García M, García-González J, Doubova S: *Clinical guideline for diagnosis and treatment of depression in elderly. Salud Mental, 2007.*

Medina-Mora ME, Borghes G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar S: *Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003; 26(4):1-16*

Organización Panamericana de la salud: *Plan de acción sobre Salud Mental 2015- 2020, Organización Mundial de la salud*

Secretaría de Salud: *Programa de Acción Específico, Salud Mental 2013-2018. Programa sectorial de salud, México, Secretaría de Salud.*

Üstün T, Sartorius N: *Mental Illness in General Health Care: An International Study. England, Chichester, Wiley, 1995*



1^{ER} CONGRESO:

INNOVACIÓN ADMINISTRATIVA
Y TECNOLOGÍA POSTPANDEMIA

23,24 Y 25 DE FEBRERO 2023
LA PAZ, B.C.S

Más Información
aquí



administracion@hcpromedical.com

(442) 643 7040

(442) 318 2571

HC

PROMEDICAL

¿Necesitas de una opción rentable, segura y que te genere ahorro en tu suministro de oxígeno?

Ventajas:

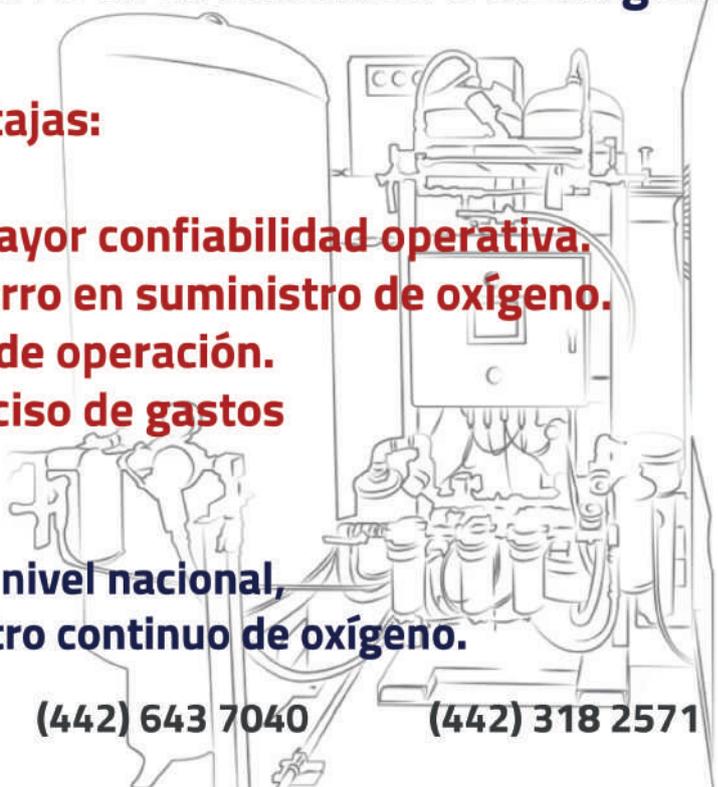
- **Producción autónoma y mayor confiabilidad operativa.**
- **Aproximadamente 70% Ahorro en suministro de oxígeno.**
 - **Bajo costo de operación.**
 - **Control preciso de gastos**

Trabajamos a nivel nacional,
cuenta con un suministro continuo de oxígeno.

administracion@hcpromedical.com

(442) 643 7040

(442) 318 2571





Comprendiendo la discapacidad – Primera parte

Por:

Lic. Rafael Martín del Campo Contreras

Lic. Arturo Álvarez Aguirre

La discapacidad ha acompañado al ser humano desde su aparición. Es un fenómeno al que se le han dado diferentes significados, según la época y la cultura prevaleciente.

En tiempos remotos, se tenía una visión muy arcaica de la discapacidad, ya que se consideraba como “un castigo de los dioses” el nacer con alguna limitación. En algunas culturas, se aplicaba la eutanasia a los pocos días de nacer, a criaturas que “nada aportarían a la sociedad” por su limitación genética.

Sin embargo, en otras culturas, como las mesoamericanas, la discapacidad tuvo una concepción diferente, tal como lo señalan Viesca y Ramos R. de Viesca (2018), en su artículo denominado “La discapacidad en el pensamiento y la medicina náhuatl”: En el mundo prehispánico, se consideraba que había individuos que por edad, alteraciones congénitas o defectos adquiridos, pobreza y condición social, no gozaban de las posibilidades de vivir en buenas condiciones de las cuales disponían otros miembros del grupo social.

A través de diversas leyendas y mitos, los autores encontraron una distinción entre alteraciones o defectos, y limitaciones propias de la edad o la condición social, y que la cosmogonía en estas culturas, plasmada a través de leyendas como la Leyenda de los soles, consideraba diversas etapas de creación y reconocía la necesidad de que algunas de éstas fueran destruidas para ser nuevamente construidas, lo que da lugar a concebir la certeza de que existen errores y que éstos caben dentro del orden de la creación de la naturaleza. De tal manera habrá dioses, animales y seres humanos con defectos.

Al comprender que la creación y la evolución de los seres humanos es un proceso con posibilidad de fallos, observamos un claro criterio de aceptación y, al reconocer la carencia de condiciones homogéneas al resto del grupo social, podemos considerar que había un criterio de inclusión social. Si bien en estos pueblos existía la idea de que las deformidades y las enfermedades podían ser castigos divinos, también se sabe que la discapacidad llegó a considerarse como un distintivo:

En este complejo orden del universo, el ser diferente, y la discapacidad juega en esto un papel primordial, trae consigo la interpretación de que los individuos que las presentaban eran favorecidos por los dioses, para cumplir alguna misión especial en esta vida. Por lo regular, su función consistía en estar cerca de los señores y gobernantes, y servirles de vehículo de comunicación con los dioses.

Hacia 2008, los Estados que son parte de la Organización de las Naciones Unidas (como México) observaron con preocupación que, a pesar de los esfuerzos realizados y los instrumentos creados hasta entonces para que las personas con discapacidad participaran en igualdad de condiciones con las demás en la vida social, se seguían vulnerando sus derechos humanos en todo el mundo.

Derivado de ello, emitieron la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual estuvo en vigor a partir del 3 de mayo 2008, y reafirmaron la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad ejerzan plenamente y sin discriminación sus derechos humanos y libertades fundamentales.

En dicho instrumento reconocieron, entre otras cosas, que:

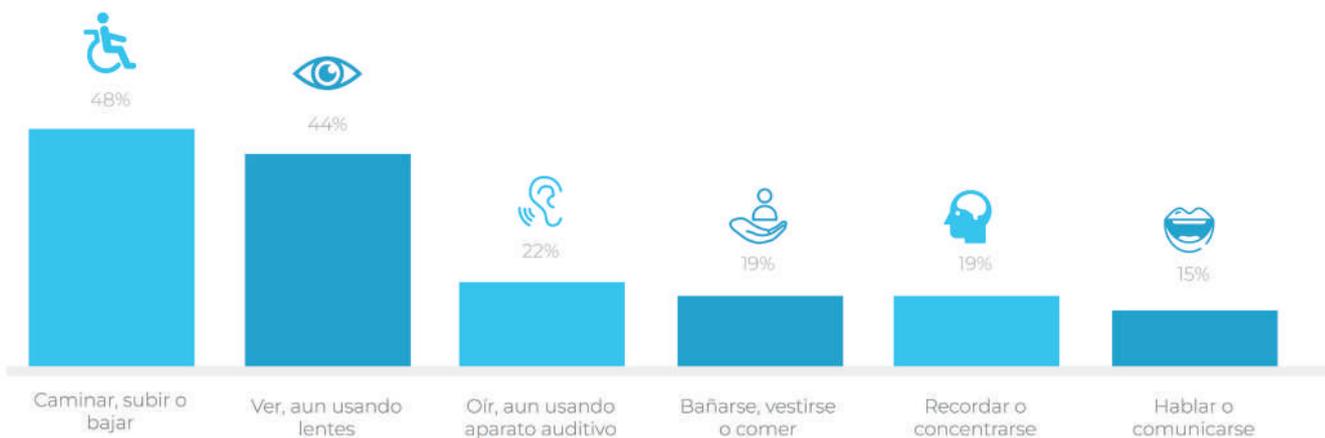
- a. La discapacidad es un concepto que deriva directamente de la interacción de personas con deficiencias y de las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad.

- b. Existe la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación, y a la información y las comunicaciones.
- c. La discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y del valor, inherentes del ser humano.

Por ello, bajo diversos principios como el respeto a la dignidad, la autonomía individual, la no discriminación, la participación e inclusión plenas, la igualdad y la accesibilidad, los Estados se comprometieron a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, sin discriminación alguna por motivos de una capacidad diferente a los demás. En su sitio de internet, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) refiere que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que, para 2020 en el mundo, existían más de 1,000 millones de personas con algún tipo de discapacidad, lo que equivale al 15 % de la población mundial. En nuestro país, el INEGI reportó que para 2020 había poco más de 6 millones de personas con algún tipo de discapacidad, cifra equivalente al 4.9 % de la población total, identificando que el 53 % son mujeres y el 47 %, hombres.

Dentro de la categoría de discapacidad se consideran a las personas con dificultad o limitación para caminar, subir, bajar, ver, oír, hablar o comunicarse; recordar o concentrarse, y realizar su cuidado personal, como bañarse, vestirse o comer.

Porcentaje de la población con discapacidad según dificultad en la actividad 2020



Nota: La suma de porcentajes es mayor a 100 por la población que presenta más de una dificultad.
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.



Conozca todo lo que la precisión y la calidad suiza de SCHILLER pueden hacer por usted y por sus pacientes.

Invierta en un equipo que usará muchos años. Invierta en un **ECG SCHILLER**

Diagnostique mejor • Simplifique las labores de su equipo de trabajo • Ahorre tiempo



CARDIOVIT FT-1



CARDIOVIT AT-1 G2



CARDIOVIT AT-102 G2

Solicite información y/o una demostración sin compromiso.

¡Contáctenos!

Escríbanos a: schiller.latam@schilleramericas.com
O escanee el código QR

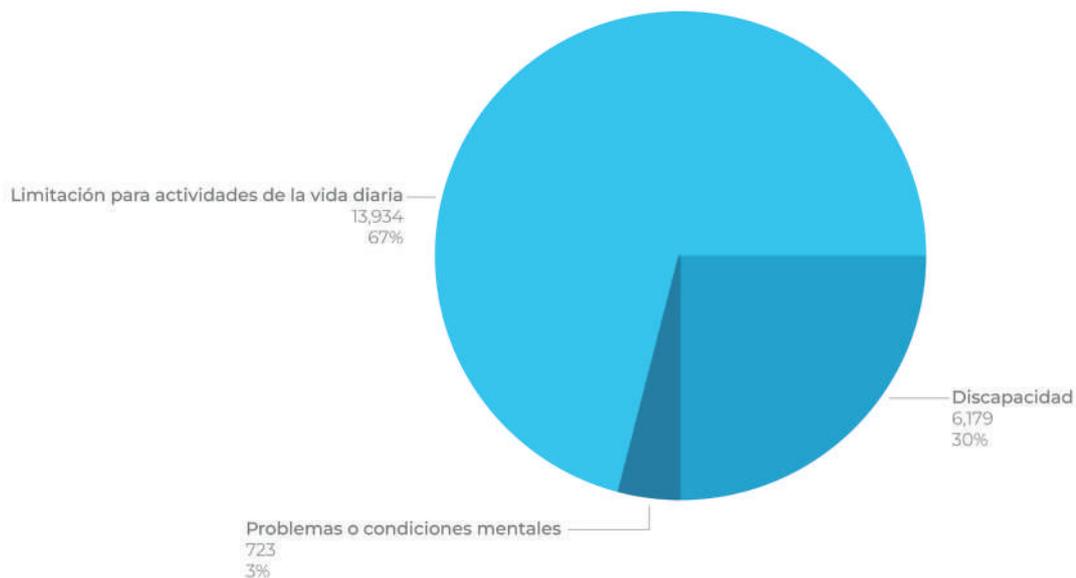


Entre a schillerlatam.com para conocer nuestras avanzadas soluciones.

Es importante apuntar aquí que las culturas mesoamericanas ya distinguían entre la discapacidad derivada de alteraciones o malformaciones congénitas, de las derivadas por enfermedades o accidentes, y de las limitaciones que se presentaban por el deterioro normal del cuerpo al paso del tiempo:

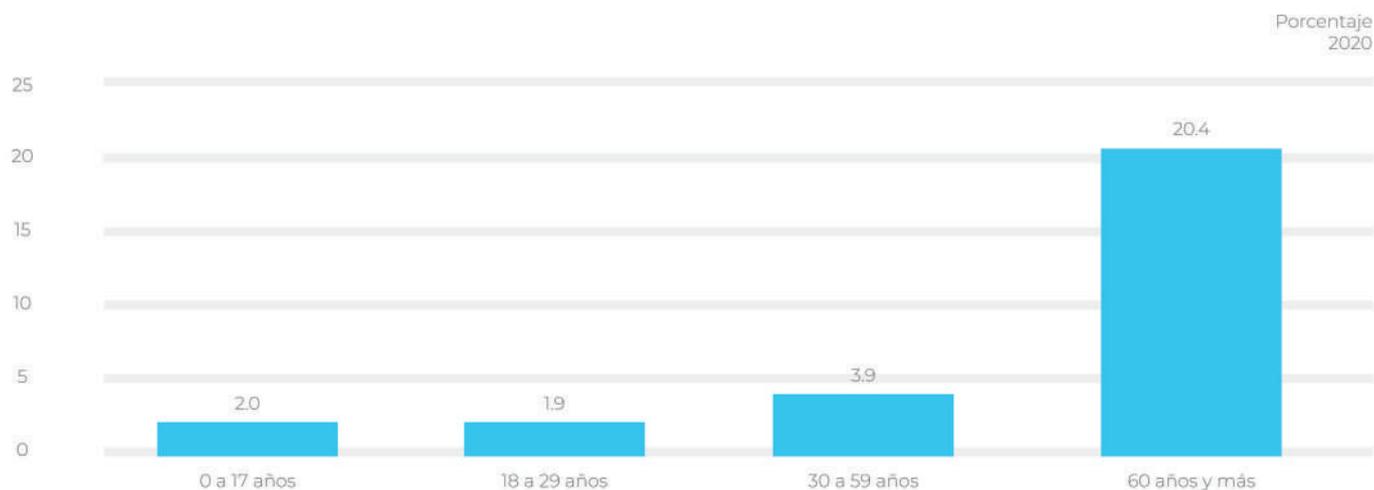
En el mundo prehispánico, se consideraba que había individuos que por edad, alteraciones congénitas o defectos adquiridos, pobreza y condición social, no gozaban de las posibilidades de vivir en buenas condiciones de las cuales disponían otros miembros del grupo social.

Distribución de la discapacidad por tipo en México en 2020



En entrevista para Forbes México, el director del INEGI, Julio Santaella, comentó que ahora el 50 % de la población tiene menos de 30 años y el 12 % más de 60 años. Mientras que hace dos décadas el 61 % de los mexicanos eran menores de 30 y sólo 7 %, mayores de 60. Lo que esto significa es que, como producto del envejecimiento que está ocurriendo en el país, ahora hay proporcionalmente menos personas jóvenes y proporcionalmente más personas de edades mayores [...].

Porcentaje de la población con algún tipo de discapacidad por grupo de edad



Además de lo anterior, las personas con discapacidad enfrentan diferentes tipos de barreras para el ejercicio pleno de sus derechos y libertades. Particularmente, en el acceso a servicios de salud, la OMS las clasifica y agrupa de la siguiente manera:

Actitudinales	Físicas	Comunicación	Económicas
Prejuicios, estigmas y discriminación	Servicios de salud lejanos o en zonas sin soluciones de transporte adecuadas	Mucho material audiovisual y poco material escrito o sin lenguaje de señas	Precios altos en la atención médica
Falta de empatía y desconocimiento de sus derechos y necesidades	Falta de rampas de acceso	Información y recetas con letra pequeña o sin sistema braille	Precios altos de medicamentos
Personal con deficiente formación en la atención a personas con discapacidad	Instalaciones inaccesibles para sillas de ruedas o para personas con problemas de movilidad	Uso de abundante jerga médica o información presentada de modo complejo	Costos elevados de transportación
Menosprecio a su capacidad de decisión sobre su salud	Mobiliario de altura fija como camillas, mesas de exploración o sillas		
	Mala iluminación, señalización deficiente o distribución confusa		

Como vemos, uno de los principales obstáculos a los que se enfrenta la gente con alguna discapacidad tiene su origen en la forma en que nos expresamos. La expresión de “persona discapacitada” es errónea, porque coloca una etiqueta vitalicia que sugiere que las limitaciones orgánicas son permanentes, y la perspectiva del futuro es triste.

Ahora las ciencias curativas, rehabilitadoras y las nuevas tecnologías han demostrado que la discapacidad puede ser superada y el paciente puede conseguir su inserción en el ámbito laboral, social y familiar.

El término correcto es “persona con discapacidad” (que no tiene por qué ser permanente). Por lo tanto, hay que evitar las expresiones como “mudito, sordito, invidente o tullido”, en lugar de las correctas: persona con discapacidad auditiva, visual o física.

Esta es la perspectiva actual con la que contamos, pero en la segunda parte de este artículo detallaremos las soluciones que existen tanto gracias al marco jurídico mexicano, como al desarrollar empatía en las necesidades que deben resolverse de forma cotidiana.

Bibliografía

Viesca, C. & Ramos R. de Viesca, M. (2018). La discapacidad en el pensamiento y la medicina náhuatl. *Cuicuilco Revista De Ciencias Antropológicas*, 24 (70), 171-193. Recuperado a partir de <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/12003>

Viesca, C. & Ramos R. de Viesca, M. op. cit, p. 173.

INEGI, (2020). *Discapacidad en México*: <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx>

Viesca, C. & Ramos R. de Viesca, M. op. cit. p. 172.

Forbes Staff. (25 de enero, 2021). *Censo 2020: avanza envejecimiento y retrocede religión en la población*: <https://www.forbes.com.mx/noticias-poblacion-mexico-126-millones-habitantes-11-pais-mas-poblado/>



Hospitales privados de México: ¿Por qué un ranking?

Por:

Dr. Eduardo González Pier
Socio Fundador de Blutitude Consultores

Mtro. Ángel Campos Hernández
Consultor de Blutitude Consultores



Entendemos por ranking la labor de ordenar elementos con base en algún criterio con el objetivo de orientar al público sobre sus opciones de decisión. Existen algunos sectores en donde la información necesaria para evaluar un servicio es fácil de obtener e interpretar. En otros sectores, la información no está disponible al público o se obtiene de fuentes diversas y por lo tanto requerimos de un experto que nos auxilie a compilar, procesar e interpretar todos los datos para así tomar una mejor decisión. Los rankings sirven este propósito y son más relevantes en sectores que ofrecen servicios heterogéneos y complejos que se consumen de forma esporádica, donde no es fácil comparar ni evaluar la calidad de forma directa. El sector hospitalario ofrece uno de los ejemplos más claros del valor de un buen ranking.

Como paciente, no siempre sabemos lo suficiente para decidir sobre el hospital en el que más nos conviene atendernos. En muchas ocasiones decidimos con base en la recomendación del experto en el que confiamos, tradicionalmente el médico tratante, o por otras referencias. Esto no garantiza que será la mejor opción para atender nuestro padecimiento. Suele ser difícil saber si el hospital cuenta con los especialistas necesarios, el equipo óptimo o los mejores resultados, o si brinda los procedimientos adecuados para controlar las infecciones nosocomiales.

Con el fin de promover la transparencia del sector hospitalario en México, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), a través de su Consejo Promotor de la Calidad de la Salud, impulsó la generación anual del “Ranking de los mejores hospitales privados de México”, el cual atiende un doble propósito por vía de la transparencia: primero, auxiliar al paciente en la elección del hospital facilitándole los elementos sobre los que debe comparar; y segundo, proveer a los hospitales con una evaluación objetiva, bajo un criterio técnico, realizada por un tercero calificado.

La generación de rankings hospitalarios no es tema nuevo a nivel internacional. Por ejemplo, existe el “Best Hospitals”, publicado por U. S. News & World Report en Estados Unidos, y “Hospitales Top 20” de España, publicado por IQVIA. También hay algunos otros rankings con participación de hospitales mexicanos, con la particularidad que integran a los hospitales públicos con los privados, junto con los de otros países y sus metodologías se basan en encuestas, opiniones de expertos y, en algunos casos, datos de equipamiento.

El sistema hospitalario en México es el componente más importante del sector salud en cuanto a los recursos humanos, físicos y financieros que se requieren para operarlo. Suma a más de 4 mil 360 establecimientos públicos y privados, que



emplean a más de 656 mil personas y representan el 1.3 % del PIB. Aproximadamente 1 de cada 5 pesos que se gastan en salud corresponde a servicios de hospitalización. En las más de 137 mil camas hospitalarias con las que cuenta el país, cada año se atiende a cerca de 6.7 millones de pacientes. El sector hospitalario es la suma de dos subsectores muy distintos: el sector público con mil 474 unidades, que suman el 65 % de la capacidad de hospitalización del país, y el sector no gubernamental, que suma 2 mil 886 unidades, casi el doble que los hospitales públicos, y que concentra alrededor del 35 % de la capacidad instalada del sistema hospitalario, medido en número de camas. Al año, se generan 2.2 millones de hospitalizaciones en los hospitales privados, con más de 91 mil médicos que están en contacto directo con los pacientes, los cuales también cuentan con el apoyo de 52 mil personas que conforman el personal de enfermería en sus diversas categorías. No obstante, el sector hospitalario mexicano es de tal dimensión y complejidad que requiere una evaluación particular. El ranking de “Los mejores hospitales privados de México” se publica desde 2020. La edición 2022, la tercera entrega después de los ejercicios 2020 y 2021, evalúa nuevamente a los 500 hospitales más importantes del país, que representan el 17.5 % del total de los hospitales privados en México. Con un total de 17 mil 821 camas, estos 500 hospitales representan poco menos del 40% de la capacidad instalada de camas censables en el sector privado. Además, se conforma por una familia de 23 rankings: uno nacional, seis regionales, quince de las especialidades médicas que generan

más egresos hospitalarios, y otro para hospitales pequeños y medianos, es decir, aquellos con menos de 40 camas.

En la edición 2022 se fortalecen algunos aspectos metodológicos y se recoge la opinión de los actores relacionados con los servicios hospitalarios. También se fortalecen las dimensiones de talento humano, con un nuevo proceso de verificación de los médicos certificados, y de equipamiento, a través de una mayor integración de equipos tecnológicos. Esta edición incluye un análisis inédito en el sector, a partir de la información de egresos hospitalarios y los hallazgos confirman la importancia de evolucionar hacia un análisis basado en la actividad hospitalaria, esto es, en el estándar de oro de la evaluación del desempeño hospitalario. Además, este año se conformó una experiencia de consolidación, al contar con una participación muy abierta y activa de más de 100 hospitales, incluyendo grandes grupos hospitalarios. La participaron en este ejercicio detallado de aportación y validación de información refrendó con hechos el compromiso por la transparencia, como una señal de que el sector hospitalario ha generado confianza en el proceso y en los resultados. Asimismo, quedó al descubierto que se ha entendido su utilidad para promoción, tanto a nivel del sector en conjunto como en lo particular, para posicionarse en muchos casos a nivel regional y en sus ciudades.

El ranking ha permitido a los hospitales enviar señales de transparencia y eficiencia hacia otros participantes en el

mercado, por ejemplo, a la industria aseguradora. También facilita que al gobierno evalúe servicios en su rol de comprador de servicios hospitalarios, como sucedió en la reciente experiencia, durante la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 en el año 2020, en la que el Gobierno Federal firmó un convenio de colaboración con la Asociación Nacional de Hospitales Privados, con el fin de transferir los casos “no-Covid” del sector público que requerían atención hospitalaria.

Por otro lado, el ranking se construye a través de dos fuentes: información pública de instituciones de gobierno y privadas, y a través de los datos compartidos voluntariamente por los hospitales participantes. Este cúmulo de información se procesa a través de indicadores que generan puntajes, lo que nos lleva a contar con una evaluación estructurada. A través de estos indicadores indirectos inferimos el desempeño. El egreso hospitalario es un concepto importante a considerar, porque cubre desde la admisión al hospital hasta el momento del alta y se convierte en la mejor medida resumen de los servicios que da el hospital. Por ello, el análisis basado en el egreso hospitalario es la forma más común de valorar la producción hospitalaria, ya sea como medida del volumen de operación o para el análisis de la morbilidad que atiende un hospital. La evaluación del desempeño hospitalario requiere desarrollar métricas más directas con base en los resultados que genera la operación del hospital. En próximos ejercicios, se iniciará un proceso de inclusión paulatina de estas métricas más novedosas.

Otras perspectivas en desarrollo es la incorporación de hospitales públicos al ranking. De un inicio no será factible una comparación directa con los hospitales privados, pues se trata de organizaciones distintas y con objetivos de otra naturaleza. Sin embargo, se podrá realizar la comparación público-privada a nivel de los servicios clínicos. Finalmente, también resulta relevante la perspectiva de generar rankings de servicios específicos de hospitales, los cuales podrían ser sobre farmacia, laboratorio, imagen, hemodiálisis o cuidados de largo plazo.

Conclusiones

Con la publicación de la tercera edición, el ranking se consolida como un referente obligado para orientar a los pacientes y a sus familias a través de la sana comparación entre los proveedores de servicios hospitalarios. También, genera una visión objetiva para el desarrollo de planes de mejora de los hospitales; provee elementos unificadores que promueven un sentido de pertenencia al sector; crea confianza en los usuarios y envía señales de transparencia a las empresas aseguradoras como terceras pagadoras, y al gobierno en su rol de regulador y comprador de servicios hospitalarios. La realización anual de este ranking esperamos sea una motivación para prepararse para los cambios futuros y motivar la cultura de la mejora continua del sector hospitalario.

MEDglas™

Sistema de construcción prefabricado para su bloque quirúrgico



Paredes bonitas, fuertes y muy duraderas.



Vienen con vidrio de seguridad especialmente templado que proporciona la base de un quirófano (OR).



Personalizable y adaptable en el tiempo.

 **STERIS®**

STERIS Solutions Mexico
Isabel la Católica 24 Piso 3, Of. 304
Col. Centro, CP 06000, CDMX, México
Teléfono: +52 (81) 8333-9019

Una apuesta por soluciones personalizadas e innovación para la salud: Vitalmex



Centro Vitalmex

Una historia de visión y compromiso con los pacientes

Vitalmex es una empresa mexicana, líder en el desarrollo de soluciones personalizadas de salud, que ha logrado su crecimiento gracias a su visión de paciente al centro.

En los últimos años, la población ha incrementado su esperanza de vida tanto en México como en el mundo y, con ello, también ha aumentado el reto de proporcionar servicios médicos que otorguen esa calidad de vida y sean capaces de responder con agilidad a padecimientos complejos relativamente recientes en la historia de la medicina. Además, la pandemia por COVID-19 ha puesto en perspectiva las necesidades de los sistemas de salud públicos y privados.

"Mejorar el ecosistema de salud es una tarea fundamental para garantizar el desarrollo sostenible de las sociedades y, sobre todo, de las familias."

En este contexto, Vitalmex desarrolla e integra elementos de forma innovadora para contribuir a resolver las grandes demandas de salud en nuestro país. Las soluciones personalizadas en cirugía de mínima invasión, alta especialidad, abierta convencional y endoscópica, así como el control de infecciones y esterilización, soporte técnico y logística médica, es decir el producto, son las capacidades de esta compañía liderada por Luisa Suárez, empresaria mexicana que desde hace 20 años ha visto cómo el proyecto crece y se institucionaliza.

Hoy Vitalmex es aliada de los sistemas de salud tanto públicos como privados en México y está presente en más de 60 países y filiales en Estados Unidos y Alemania. Desde su fundación, la compañía tiene el propósito de apoyar a los profesionales de la salud en el uso de dispositivos médicos de vanguardia; con este objetivo, construye alianzas estratégicas que aportan tecnología y entrenamiento a médicos e ingenieros, y así refuerzan el nivel de atención que reciben los pacientes en México.



Luisa Suárez , CEO Vitalmex

Solución personalizada: Una visión de negocio clave para el ahorro y la eficacia del sistema.

Vitalmex busca satisfacer los requerimientos particulares de cada uno de sus clientes y ofrecer de forma prioritaria una solución enfocada 100 % en el paciente proporcionando los equipos, el instrumental médico y los elementos necesarios para que los profesionales de la salud cuenten con todo lo indispensable para poder concentrar su talento y su esfuerzo en realizar las mejores prácticas médicas y quirúrgicas. Además, el acompañamiento a los profesionales de la salud de distintas áreas de especialidad ha sido fundamental en la personalización de cada una de las capacidades de la empresa.

Ofrecemos soluciones personalizadas en el ramo de la salud

- 
Cirugía de mínima invasión y endoscópica
- 
Cirugía de alta especialidad
- 
Solución itinerante de mínima invasión
- 
Solución itinerante de alta especialidad
- 
Soporte técnico
- 
Logística médica
- 
Desinfección y esterilización
- 
Dispositivos y equipamiento
- 
Cirugía abierta convencional

Con las soluciones personalizadas que ofrece Vitalmex se implementa una colaboración sin interrupciones que proporcionan servicio y respaldo al sector público y a las instituciones de salud privadas, lo cual ayuda a incrementar la calidad de vida de los pacientes del país.

Vitalmex, un vistazo hacia el FUTURO

Concretamente, el servicio de Vitalmex contribuye a mejorar la salud de más de 200 mil pacientes al año en 200 hospitales de México, proporcionando una cobertura de servicios de salud que abarca 30 estados de la República Mexicana y, junto a Surgical Solutions, ofrece soluciones personalizadas en 35 hospitales de la Unión Americana. Asimismo.

Vitalmex adquirió una compañía alemana hace algunos años, especializada en instrumental quirúrgico y en torres de laparoscopia, llamada GIMMI, misma que permite ampliar su presencia en más de 60 países del mundo.

Vitalmex en Números



Vitalmex inició un proceso de diversificación al sector privado de México y al internacional, pues una de las responsabilidades más importantes que tiene como empresa es ser sustentable y esta diversificación de mercados es un elemento muy importante para esta sostenibilidad que puede darse de distintas maneras, como la financiera, relacionada a los procesos de gobierno corporativo.

Las soluciones personalizadas de Vitalmex son una muestra de la evolución y de la capacidad de adaptación que ha desarrollado la compañía, pensando en las necesidades del país y, por supuesto, en la salud de los pacientes, quienes son siempre el centro de sus operaciones.



Se firmó convenio de colaboración entre el INSP y la ANHP para mejorar la salud de México

En el marco de los retos a los cuales nos enfrentamos como comunidad sanitaria, lo más valioso es realizar alianzas que nos ayuden a unir esfuerzos y así conseguir servicios cada vez mejores para la población mexicana.

Considerando esto y tras mucha planificación y colaboración del Patronato del Instituto Nacional De Salud Pública y la Fundación para la Investigación y Educación en Salud Pública, esta última cómo promotora, se firmó un acuerdo entre el Instituto Nacional De Salud Pública y la Asociación Nacional de Hospitales Privados para realizar un gran número de actividades académicas pensando en el bienestar sanitario y el lema de salud que rige actualmente nuestras actividades: “Más vida, más sana para todos”.

Los participantes de este relevante convenio general fueron el Maestro Héctor Flores Hidalgo, representante de la Asociación Nacional de Hospitales Privados; el Dr. Eduardo César Lazcano Ponce, director general del Instituto Nacional de Salud Pública; el Dr. José Armando Vieyra Ávila, director del Centro de Información para Decisiones en Salud Pública; y la Dra. María Minerva Nava Amaya, subdirectora de Calidad Académica, adscrita a la Escuela de Salud Pública de México, quienes

firmaron este compromiso el 28 de noviembre en el hospital Ángeles Universidad. Se gestionarán de manera colaborativa, mediante este acuerdo, el desarrollo de programas de atención a la comunidad que permitirán la mejora del bienestar público y privado; publicaciones periódicas que comuniquen este tipo de actividades para todos los interesados; proyectos de capacitación y actualización de Recursos Humanos en todos los niveles, desde el técnico hasta el posgrado, asegurando así una formación de vanguardia y adecuada para nuestro país; así como la organización de eventos tanto académicos como de difusión y culturales, ayudando al crecimiento conjunto, entre la sociedad y las instituciones, de la conciencia de salud que nos ayudará a mejorar hábitos y acudir puntualmente al tratamiento de diversos malestares o padecimientos.

Uniendo así los recursos que poseen ambos organismos y acordando realizar estos de buena voluntad con un mismo objetivo: mejorar la salud de la población mexicana de la manera más efectiva y colaborativa posible. Estos objetivos ayudarán a crear un país más saludable y con mayor bienestar de lo que hemos logrado hasta el momento. Con esta y otras nuevas alianzas, la Asociación Nacional de Hospitales Privados sigue adelante creciendo su comunidad y comenzando el 2023 con importantes aliados.



Asociación Nacional de Hospitales Privados

DAMOS LA BIENVENIDA A NUESTROS NUEVOS ASOCIADOS



Hospital Santa Rosa
Iztacalco, CDMX

Lic. Gisela Ramírez Arteaga
Directora General



Sanatorio Muñoa
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Dr. Rafael Zepeda Ramos
Director General



Ya somos 144 asociados. Tu también forma parte de ANHP.

 55 5545 3501 y 55 1560 7112

 hospitales@anhp.mx



Esto es lo que nos inspira:
**Mejorar los
 Cuidados Críticos
 en la UCIN**



Lámpara de fototerapia
 Dräger® Bililux



Bilirrubinómetro
 Dräger® JM-105



Ventilador neonatal
 Dräger® Babylog VN800



Monitor de ruido
 Dräger® SoundEar®



Unidad de suministro
 Dräger® Ambia



Sistema de monitorización
 Dräger® Infinity Acute Care System



Cuna de calor radiante e incubadora
 Dräger® Babyco TH500



El entorno perfecto para crecer y desarrollarse

Como su especialista en Cuidados Críticos, puede confiar en nosotros para que proporcionemos un entorno seguro y tranquilo para proteger los pulmones, el cerebro, los ojos y los oídos en desarrollo de los bebés. Nuestras innovadoras soluciones le permiten adaptar los flujos de trabajo de su hospital de manera flexible, creando el mejor entorno de trabajo posible para la atención a los pacientes más pequeños.

OBTENGA MÁS INFORMACIÓN EN WWW.DRAEGER.MX