



# CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina Comunitaria



Caso  
Clínico

Pedagogía

Salud Mental  
Comunitaria

Nuestro  
Invitado

Seguridad Social

Carta de  
lectores



La Lección  
de Medicina

sobre  
Medicamentos

Medicina  
Familiar



Investigación

Revisión  
de  
artículo

El peregrino  
que toca



Medicinas  
Alternativas

Salud  
Pública

Noti Comunitaria

Bioética y  
Ecología





## TABLA DE CONTENIDO

### EDITORIAL

**Por la utopía de la formación de médicos generales integrales y de calidad en un sistema sanitario paradójico.**

Jairo Echeverry Raad

### INVESTIGACIÓN

**Influencia del inicio de relaciones sexuales en comportamientos violentos en adolescentes de colegios públicos de la localidad de Suba.**

Juan Carlos González Quiñones, Carolina M. Velasco, Angie S. Mojica y Ana F. Nicola

### ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

**Redes de apoyo... Influencia positiva en el estado de salud de los adultos mayores.**

Alejandra Cárdenas C., Yesica Katherine Botia.

Colaboración especial: Jenny Pinzón

### SEGURIDAD SOCIAL

**Artículos de la Constitución colombiana de 1991 relacionados con la participación política (P), social (S) y ciudadana (C).**

Enrique Sabogal

### SALUD MENTAL COMUNITARIA

**La Ley de Salud Mental Colombiana en el contexto latinoamericano: Una apuesta por el respeto a los derechos humanos.**

Jesús Andrés Sánchez S, Laura Carolina Castro B, John Pedraza P, Mariam Verbel R.

### CASO CLÍNICO

**Absceso epidural de columna.**

Mario Villegas N.

### SOBRE MEDICAMENTOS

**Comentario sobre el artículo: “La prescripción diferida de antibióticos puede ayudar a su uso más racional”.**

Juan Carlos González Quiñones

**Comentario sobre el artículo: “Características clínico-epidemiológicas de pacientes hospitalizados en tratamientos con antibióticos de uso restringido en un hospital de segundo nivel: Análisis de prescripción”.**

Juan Carlos González Quiñones

**Comentario sobre el artículo: “Por qué es tan difícil usar los inhaladores”.**

Juan Carlos González Quiñones

### EL PEREGRINO QUE TOCA

**Las vida, un camino...**

Gabriel Sáenz

### NOTICOMUNITARIA

**Curso de Atención Primaria en Salud**

Juan Carlos González Quiñones





EDITORIAL

# POR LA UTOPIA DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS GENERALES INTEGRALES Y DE CALIDAD EN UN SISTEMA SANITARIO PARADÓJICO

Jairo Echeverry Raad<sup>‡</sup>

### Resumen

Se hace una reflexión en relación con una publicación, en un periódico de circulación nacional, en la que se divulga la queja sobre la escasa capacidad resolutoria de los médicos generales del país, en un marco de sobrecarga laboral y pobre reconocimiento, donde simplemente se restringen la prescripción de medicamentos OTC (*Over The Counter*) y la remisión de un número significativo de pacientes a especialistas cuyas agendas atiborradas no dan abasto.

**Palabras clave:** Médicos generales, especialización, especializaciones médicas, educación médica de pregrado.

**For the utopia of training of quality and integral general practitioners, in a paradoxical health system.**

### Abstract

One reflection regarding a publication in a national newspaper which complains about the low capacity to resolve and the operative role of general practitioners in our country, within a framework of overloaded labor and poor recognition, where they simply restrict themselves to the prescription of "OTC" (Over the Counter) medicaments and to refer of a significant number of patients to specialists, to whose crowded agendas cannot cope.

**Key words:** General practitioners, specialization, medical specialties, education, medical, undergraduate.

### El origen

The screenshot shows the top of a news article on the EL TIEMPO website. The header includes the site name 'EL TIEMPO' and navigation links for 'VIDA', 'SALUD', 'EDUCACIÓN', 'CIENCIA', 'VIAJAR', and 'GENTE'. The article title is 'Médicos generales solo resuelven 3 de cada 10 consultas que atienden'. Below the title is a sub-headline: 'Gremio señala que limitaciones impuestas por el sistema es la principal causa.' The article is dated '8:31 a.m. | 17 de marzo de 2016'. To the right of the text is a photograph of a doctor examining a patient's ear with an otoscope. A caption below the photo reads: 'Foto: Archivo / EL TIEMPO. Cada año, 10.000 médicos se gradúan de universidades colombianas.'

<sup>‡</sup> Profesor Asociado, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. jecheverryr@unal.edu.co



Las siguientes líneas se escriben como reflexión frente la noticia del periódico El Tiempo bajo los titulares "Los médicos generales se sienten "simples operarios", página 1, y "Médicos generales no resuelven el 30 % de los casos", página 3, en la edición del 17 de marzo de 2016 (1), así como a la Editorial "Llegó la hora de corregir", del 26 del mismo mes en el mismo periódico.

La Medicina, ese arte de "curar" a los enfermos teñida de algo de ciencia, es tan bella como paradigma como imperfecta como disciplina o profesión, en un hecho poco controvertible en la actualidad (2).

Esta imperfección se hizo notoria a principios del siglo XX, pero muy especialmente tras la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, en la posguerra de la segunda contienda bélica europea de ese siglo.



## Organización Mundial de la Salud

[https://www.who.org/images/mg\\_csher/who\\_logo\\_s.jpg](https://www.who.org/images/mg_csher/who_logo_s.jpg)

Bajo esta nueva ONG, la Medicina, inicialmente concebida para la "atención" y "curación" de los enfermos, se la obliga a regañadientes a participar inmersa en un sistema sanitario que propende no solo por la atención de los enfermos, sino por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad desde una perspectiva holística biopsicosocial de los determinantes del complejo continuo de salud-enfermedad, entrando en un modelo de "socialización" de la Medicina (3).

### Pero...

Para algunos es poco probable que estos aspectos fuesen siquiera implícitamente contemplados en la mayoría de las condiciones nosológicas desde los principios hipocráticos del modelo médico moderno que era y es eminentemente biologista.



[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/4/46/Anatomische\\_les\\_door\\_Dokter\\_van\\_der\\_Meer\\_van\\_Michiel\\_en\\_Pieter\\_van\\_Mierevelt.jpg/400px-Anatomische\\_les\\_door\\_Dokter\\_van\\_der\\_Meer\\_van\\_Michiel\\_en\\_Pieter\\_van\\_Mierevelt.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/4/46/Anatomische_les_door_Dokter_van_der_Meer_van_Michiel_en_Pieter_van_Mierevelt.jpg/400px-Anatomische_les_door_Dokter_van_der_Meer_van_Michiel_en_Pieter_van_Mierevelt.jpg)



Es apenas entendible la gran frustración que representó para los médicos graduados en aquellas épocas de transición, y aún en los actuales, cuando fueron conminados a trabajar en un sistema para el cual no habían sido preparados, con la obligación del dominio integral y exhaustivo de una gran materia médica.

### Desbordados...



<http://clnicasanpedromancora.com/wp-content/uploads/2014/05/especialidades-medicas.jpg>

La imperfección de la disciplina, este nuevo modelo disonante y avasallante de práctica, la tranquilidad de controlar una parte de dicha materia y, hay que decirlo, la economía de mercado, encontraron una fácil válvula de escape a la tensión existente, con la creación artificial de programas académicos de posgrado en Medicina, las llamadas especializaciones o especialidades médico-quirúrgicas.

### Las especialidades

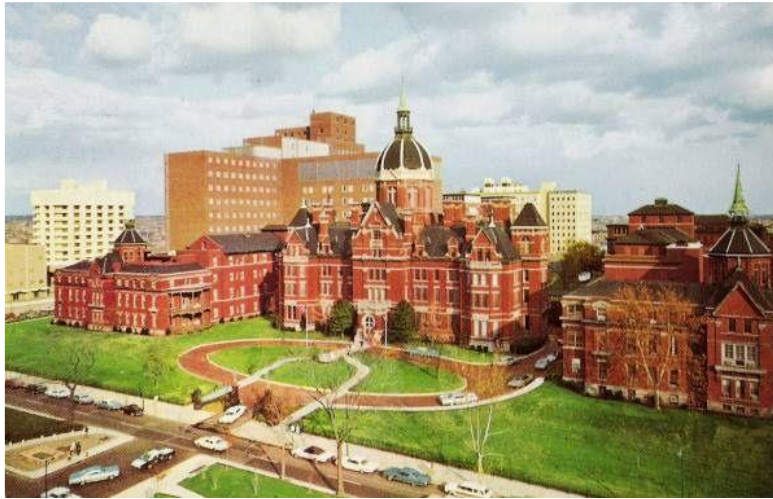
Estas llegan a Colombia después de cerca de 50 años de origen, a principios de los años sesenta del siglo pasado, cuando un número significativo de médicos generales, que se formaron en esa nueva corriente en países anglosajones, posteriormente las implantan en estas latitudes. Creo que debo declarar aquí que sucumbí ante esto. *Mea culpa*.

Hasta antes de esa época, la decisión de profundizar en una de las diferentes ramas de la Medicina las hacían los médicos por vocación y porque tomaban la decisión, muchas veces filantrópica, de dedicarle un tiempo adicional de su formación en los *hospitales* donde se volvían expertos, al punto de convertirse en "Jefes de Clínica".

### Una visión

Se remarca la palabra *hospitales* por cuanto, como una distorsión adicional del modelo Flexneriano y apuntalado por el naciente Hospital Johns Hopkins con su "*Big Four*" (4) en USA en los albores del siglo XX, la formación médica de especialistas fue centralizada en escenarios hospitalarios de referencia cada vez más complejos, donde no se enseña ni se aprende Medicina general, y es, desde ese momento hasta la fecha, transferida a los estudiantes de pregrado en la mayor parte del mundo, quienes durante su formación en los hospitales no ven otro modelo a seguir que el de especializarse. En mis 25 años de vida educativa no he visto ningún estudiante de Medicina que idealice o tenga como modelo a seguir a un médico general.





<https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/736x/b7/46/e2/b746e25ccb2f52d6b4e96ba64b76ac82.jpg>

La especialización médico-quirúrgica, al menos en Colombia, es concebida como el proceso de formación posgraduada para la atención de pacientes especiales que requieren de esa especialidad, en el que el médico adquiere una serie de competencias, conocimientos, habilidades y destrezas que le permiten dar solución a esos problemas concretos en diferentes etapas del ciclo vital (5,6). Se supone que para ello debe haber una buena dosis de entrenamiento, prácticas asistenciales y un número adecuado de casos (enfermos) para asegurar el logro de las competencias (6). En esa formación no vemos acogida a la inmensa mayoría de miembros de la sociedad, a los saludables o los sanos, pero en riesgo, a quienes irían las estrategias costo-efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

### Las promesas que no se cumplieron

Muy pronto, como las especialidades son incapaces de resarcir la imperfección de la Medicina misma, esta "solución" prometida a los problemas pasa a un nuevo estado cuando se considera que no importan los resultados de la práctica especializada sino que es suficiente el mayor y mejor esfuerzo y toda la mejor evidencia disponible para ello, pasando de un tradicional e insostenible modelo de "resultados" por el eufemístico de "medios", con lo cual se disipa un tanto la tensión y la presión social (y un buen número de demandas médico-legales).



[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/en/d/d4/Marcus\\_Welby\\_Intro\\_Screen.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/en/d/d4/Marcus_Welby_Intro_Screen.jpg)

Vs.



<http://jeffrona.com/wp-content/uploads/2010/03/chicagohope.jpg>



En este sentido, aunque suene un argumento excesivo, a los especialistas como es obvio les va relativamente mejor con sus pacientes cuando solo se dedican a un aspecto concreto de su especialidad, cuando lo hacen entre semana (7), en escenarios altamente especializados que tienen toda la infraestructura, la tecnología y experiencia acumulada para soportar y atenuar la variabilidad humana del ejercicio (8). Las técnicas abiertas de revascularización o endovasculares de recanalización, en centros especializados (solo en esta área), son un claro ejemplo entre otros (9).

De esta manera, el paso seguido de esta escalada progresiva de especializaciones, en un marco de práctica cada vez más defensivo, es la creación de programas de segundas o terceras especialidades (microespecialidades) de la especialidad madre.

Por ello no es infrecuente encontrar ortopedistas que solo operan rodillas (es posible que algunos solo la derecha), cardiólogos que solo hacen hemodinamia, radiólogos que solo leen tomografías, oncólogos que no "tratan" linfomas pero si leucemias, o especialistas en pediatría general cuyo único trabajo se restringe a la remisión de los niños que atienden a uno de tantos microespecialistas de igual número de sistemas u órganos en los cuales es factible especializarse formalmente. Paradójicamente esta fragmentación está pasando de manera creciente en las cuatro grandes especialidades tradicionales ("fundadas" por el Johns Hopkins) de la misma manera como le ha venido sucediendo a la Medicina general desde el advenimiento de la Ley 100.

### Especializarse es restringirse



<http://tusbuenosmomentos.com/wp-content/uploads/2012/02/lente.jpg>

El mismo diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define a la especialización como limitar algo a un uso o fin determinado. Por otro lado, epidemiológica y epistemológicamente la *especificidad* y, por extensión, la *especialidad*, es la capacidad de una prueba para detectar los verdaderamente sanos y, por tanto, la de no cometer "falsos positivos", o sea, no sobre-diagnosticar erróneamente y no prescribir tratamientos innecesarios. Pero los especialistas médicos, tal vez más en terrenos quirúrgicos, tienen enormes dificultades técnicas para trabajar con los individuos "sanos" o en riesgo de enfermedad y se les va la vida haciendo cosas en los enfermos. Suelen trabajar con el espectro más avanzado y complejo de la misma. Es apenas lógico que si alguien se especializa, simultáneamente se "desensibiliza" porque ambos atributos son muy difíciles de ostentar al mismo tiempo. A este respecto, ¿no le parece conspicuo que existan movimientos renovados de "sensibilización" y humanización de la Medicina tal vez como antítesis de la "especialización" y deshumanización reinantes?



## Lo malo de esa visión especialista

Haciendo a un lado esta disquisición semántica, lo cierto del asunto es que, con honrosas excepciones menos frecuentes que lo deseable, hay cierta superficialidad y desintegración en la aproximación a los problemas de los pacientes por parte de algunos especialistas, aspecto que lo llevaría a uno a pensar en la necesidad de un nuevo paradigma de la formación avanzada del talento humano en salud hacia la "profundización integral" más que la especialización médica.

Posiblemente (y es una teoría) las especialidades médicas, y más las quirúrgicas, desagregan, desarticulan la doctrina médica, generan unas fronteras invisibles e infranqueables del conocimiento y de la práctica, no crean puentes o ventanas de comunicación, y ponen en causas prietas a los sistemas de salud quienes están bajo su merced y su orden.



[http://1.bp.blogspot.com/\\_mtrrlnkL2Q/7IwNIDIS4H/AAAAAAAAAKw/MKpME4\\_ly9c/s1600/laparoscopia.png](http://1.bp.blogspot.com/_mtrrlnkL2Q/7IwNIDIS4H/AAAAAAAAAKw/MKpME4_ly9c/s1600/laparoscopia.png)

Las especialidades han logrado doblar el principio de socialización de la Medicina. Una muestra clara de esta realidad es que en el sistema de salud colombiano, se reconoce pecuniariamente por su trabajo, solo a aquel que "haga" (y facture) procedimientos invasivos y esos procedimientos solo pueden ser hechos por especialistas en esas "invasividades" (10).

Adicionalmente, en Colombia, las competencias generales, específicas, básicas, y transversales para la formación de los médicos generales, que se clama sean "integrales y holísticos", son formuladas por médicos especialistas quienes apuntan y transfieren su específica visión de la integralidad (otra paradoja) (11).

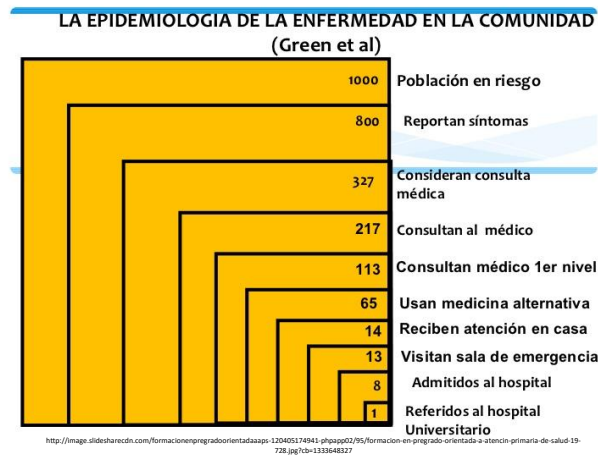
## El precio a pagar...

Posiblemente hemos equivocado el rumbo y buscamos la calentura en las sábanas. La situación deficitaria y la pobre calidad del sistema de atención de la enfermedad (paradójicamente que no de la salud), no se arreglan con una mayor formación de especialistas, mayores camas hospitalarias o más recursos para adquirir o administrar mayor tecnología médica (12, 13).

De los casi siete millones de eventos clínicos reportados en los Registros Individuales de Salud (RIP), público y privado, en menores de 18 años en Colombia durante el año 2013, por ejemplo, solo el 4 % ocurrieron en los hospitales, 10 % en los servicios de urgencias y 86 % en la consulta ambulatoria<sup>5</sup>. Estas cifras de la realidad del ejercicio profesional médico en Colombia, contrastan significativamente con la formación posgraduada en Medicina, que dedica contrariamente 85 % de los esfuerzos, desarrollos y tiempos del programa a los ambientes hospitalarios (14). Esto es lo que llamaríamos la gran paradoja formativa.

<sup>5</sup> Cálculos extraídos del documento: Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo ASIS. 2013.





El sistema de salud crecientemente “recalentado” que estamos presenciando (15), y no es retórico, solo se podría aliviar en la medida en que el modelo gire a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y que el talento humano se redirija hacia el mantenimiento de la salud como su variable de desenlace fundamental (16).

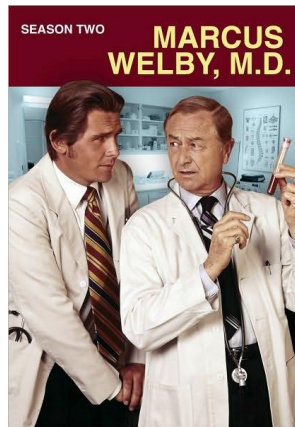
En otras palabras al personal de salud se le deberían reconocer con creces, además de un salario digno, por cada caso de neumonía, infarto cardíaco, suicidio o cáncer evitado, o por cada caso adecuadamente referido o escalado en el sistema de salud, con un mayor reconocimiento, incluso pecuniario, que aquellos casos que fueron remitidos y tratados. Estos serían el centro del sistema sanitario. Naturalmente esto pisa callos, lesiona aspiraciones muy poderosas que están interesadas en el *status quo* (léase el negocio de la "salud").

Nadie niega la potencial importancia de las especialidades, pero el sistema sanitario no debería descansar sobre ellas. Las especialidades deberían hacer su trabajo operativo concreto para lo cual se han preparado de manera esmerada e intensa y a continuación devolver a estos pacientes a su escenario natural, donde se encuentren con un médico general integral, que le atienda en el seno de su familia, donde se trascienda de lo biológico, se le escuche, se le aconseje y se le ayude a tomar las mejores decisiones posibles, en un marco de libertad, autonomía y humanismo, pero adecuadamente reconocido por su importante trabajo.

### Lo que debería ser

Este debería ser el modelo formativo fundamental de nuestras facultades de Medicina en el pregrado, un sólido médico general integralista, si queremos hacer un verdadero impacto social de nuestra doctrina y de nuestro sistema teórico de pensamiento, porque la sociedad ya se ha dado cuenta de la imperfección del actual sistema.

Es posible que estas palabras suenen desatinadas para alguien que es especialista, pero debo confesar que las nociones y argumentos expuestos previamente no solo se derivan de los varios años de práctica profesional en Medicina, en pediatría, en educación y en investigación en salud, sino además por la amarga experiencia que han experimentado varios allegados con la “atención” por especialistas en este sistema descuadrado y paradójico. También porque afortunadamente hay una gran cantidad de médicos generales muy competentes, integrales e integrados a la sociedad, comprometidos con los problemas de sus pacientes, proveyendo alivio y consuelo a una vasta franja de compatriotas, quienes ven en estos a unos verdaderos héroes. Quiero decir aquí con mucho orgullo, que mi hermano es uno de ellos.



<http://fmhatterman.com/wp-content/uploads/2010/10/marcus-welby-2.jpg>



[http://www.salusips.com/web2/images/stories/medicina\\_general.png](http://www.salusips.com/web2/images/stories/medicina_general.png)

Como otra muestra de las muchas paradojas, vemos hoy en día muchos colegas, incluso con segundas especialidades, que han dejado a un lado las mismas y han retornado a la base del ejercicio de la Medicina general, pero ahora desde prácticas más holísticas.

El único interés que me afecta en la redacción de esta reflexión es la visión de contar en un próximo futuro con la utopía de médicos generales integrales que escuchen y atiendan mis problemas en el seno de mi familia.

Una última pregunta al lector de estas ideas: ¿a quién preferiría recurrir o asistir para sus problemas a este respecto, a un médico especialista muy competente que cuide su enfermedad o a un bien estructurado y responsable médico general integral que cuide su salud?

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

**Financiación:** Ninguna.

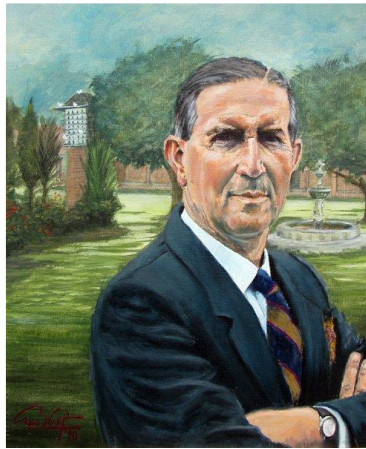
### Referencias

- (1) <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/debate-por-el-trabajo-desempenado-por-los-medicos-generales/16538922>
- (2) Clinicians for the Restoration of Autonomous Practice (CRAP) Writing Group. EBM: unmasking the ugly truth. *BMJ* 2002; 325:1496-8.
- (3) Agualimpia C. Demographic data in the national study of morbidity in Colombia. 1969; 66(2):160-70.
- (4) <http://www.hopkinsmedicine.org/about/history/>. Accedido en marzo 17 de 2016.
- (5) Reyes G, Ortiz LC. Sistema de Residencias Médicas en Colombia: Marco conceptual para una propuesta de regulación. Ministerio de Salud. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Bogotá D.C., enero de 2013.
- (6) Ministerio de Educación Nacional. Decreto presidencial 1295, del 2º de abril de 2010. Por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior.
- (7) Glance LG, Osler T, Li Y, Lustik SJ, Eaton MP, Dutton RP, et al. Outcomes are Worse in US Patients Undergoing Surgery on Weekends Compared With Weekdays. *Med Care*. 2016 Apr 22. [Epub ahead of print].
- (8) Khan MS, Zhang W, Taylor RA, Dean McKenzie E, Mallory GB, Schecter MG, et al. Survival in pediatric lung transplantation: The effect of center volume and expertise. *J Heart Lung Transplant*. 2015; 34(8):1073-81.
- (9) Sgroi MD, Darby GC, Kabutey NK, Barleben AR, Lane JS, Fujitani RM. Experience matters more than specialty for carotid stenting outcomes. *J Vasc Surg*. 2015; 61(4):933-8.
- (10) Varios. Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Cendex, 2013. Ministerio de Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia 2013.



- (11) Varios. Perfil y competencias profesionales del médico en Colombia. Ministerio de Salud-Academia Colombiana de Medicina-Ministerio de Educación. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud Salud. Bogotá D. C., Noviembre de 2014.
- (12) McKeown T. The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis? 2nd edn. Blackwell. Oxford; 1979.
- (13) Marmot MG, Smith GD. Why are the Japanese living longer? Br Med J 1989; 299:1547-51.
- (14) Echeverry J. Autoevaluación del programa de Especialidad de Pediatría de la Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina. 2016. No publicado.
- (15) Informe Lalonde. Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses. Ministerio de Salud del Canadá 1974.
- (16) Lalonde M. Guest editorial: A more positive approach to health promotion. Can Nurse. 1974; 70:19-20.

## Un comentario



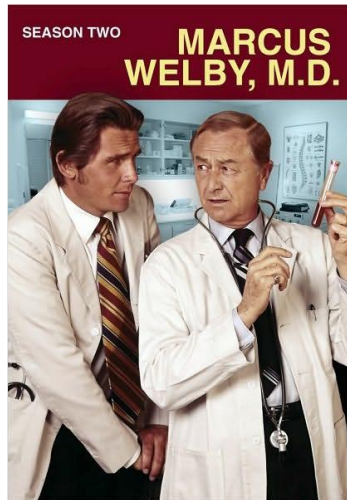
[http://www.juanncorpas.edu.co/uploads/pics/DR\\_JORGE\\_PIÑEROS\\_CORPAS-WEB.jpg](http://www.juanncorpas.edu.co/uploads/pics/DR_JORGE_PIÑEROS_CORPAS-WEB.jpg)

¡Cómo me ha gustado este artículo del profesor Echeverry! Creo que su planteamiento coincide con esa idea original que tuvo el doctor Jorge Piñeros Corpas y que luego modificó por la del cirujano internista (Medicina Familiar Integral) (1). Pero voy a suponer e ir más allá. El concibió al cirujano internista como un profesor que se debería hacerse cargo de formar a esos médicos generales que el país necesitaba y hoy evidentemente necesita. Lo escuché ayer y hoy estoy de acuerdo con la vigencia de tal planteamiento. Esa fue la razón fundamental de nuestra preparación (Médicos Familiares Integrales de la FUJNC) por cinco años... Convertirnos en docentes de esos médicos generales que debería promover nuestra facultad. Hoy lo somos... ¿Habremos logrado hacer realidad ese anhelo del fundador?

¿Será posible formar en seis años a un médico general altamente resolutivo? Lo creo sin duda (hipotéticamente) y creo que es necesario hacerlo (2, 3). Creo que ese médico general debe ser educado de forma proporcionada justo en los ambientes donde va ejercer, pues la Medicina tiene esa enorme ventaja, que se aprende haciendo y qué mejor que prepararse en lo que se va hacer toda la vida (2, 4). Por supuesto que para hacerlo deberemos romper paradigmas. La realidad es que aún prevalece el modelo hospitalario en la formación médica en Colombia, modelo dedicado a atender enfermos pero que olvida la prevención, la promoción, olvida a la comunidad (si es que alguna vez la recordó) (5). Reconociendo que formar en pregrado hacia la comunidad está todavía lejos de ser una realidad -nosotros hemos adquirido alguna experiencia (6)-, puede ser más fácil promover la formación en comunidad de los médicos generales ya egresados. ¿Por qué? Muchos de ellos ahí ejercen hoy por hoy.



Ciertamente se deben crear unas condiciones laborales dignas (7) pues de lo contrario, quedarse a ejercer la Medicina general será solo el reflejo de la frustración o de la imposibilidad para pagarse una residencia. El ejercicio del médico general ha de ser digno (8), un acto voluntario, debe tener un proceso continuo de capacitación y en lo posible debe ser muy estable, para que la continuidad entre prestadores y pacientes (o comunidad) sea la norma. Ello es la clave del compromiso y la calidad del ejercicio médico (9).



<http://mhaherman.com/wp-content/uploads/2010/10/marcus-welby-2.jpg>

Ese era el mensaje de la película de Marcus Welby (10): un médico comprometido con su comunidad... y con gusto. Su mensaje fue impulsado con fuerza en la década de los setenta.

La historia va y viene...

### Referencias

- (1) Piñeros J. El cirujano internista: una respuesta al futuro. Fondo Editorial Universitario Escuela de Medicina Juan N Corpas. Bogotá 1988.
- (2) Campos F et al. Caminos para acercar la formación de profesionales de salud a las necesidades de la atención primaria. Revista brasileira de educação médica. 2001; (25):2.
- (3) Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Informe sobre la salud del mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca [citado 2014 Diciembre]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/es/>
- (4) Borrell RM. La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos, en: Proceso de transformación curricular: otro paradigma es posible. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. UNR Editora. Argentina, 2005.
- (5) Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2.
- (6) González JC. El Departamento de Medicina Comunitaria y su compromiso con la Atención Primaria en Salud. Carta Comunitaria. Agosto septiembre del 2012. Vol. XX (116):3-21.
- (7) Una cara oculta de la crisis de la salud: los bajos salarios de los médicos en Cali. <http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/estos-son-salarios-enferman-medicos-cali>.
- (8) Organización Panamericana de la Salud "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS" Washington, D.C.: OPS, © 2008.
- (9) Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Organización Panamericana de la Salud 2008.
- (10) [https://en.wikipedia.org/wiki/Marcus\\_Welby,\\_M.D.](https://en.wikipedia.org/wiki/Marcus_Welby,_M.D.)







## INFLUENCIA DEL INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS EN ADOLESCENTES DE COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA

Carolina M. Velasco, Angie S. Mojica y Ana F. Nicola\*\*  
Tutor de la investigación: Juan Carlos González††

### RESUMEN

**Objetivo:** Establecer relaciones entre conductas sexuales y comportamientos violentos de adolescentes escolarizados en colegios públicos de la localidad de Suba.

**Metodología:** Estudio observacional de corte transversal en 5 871 adolescentes de 9 a 19 años de edad que estudiaban en colegios públicos ubicados en la localidad de Suba en el año 2010. Se realizó una encuesta en la que se indagó sobre varias conductas de riesgo para los adolescentes. Este artículo se enfoca solo en las variables sobre sexualidad y las relaciona con las de violencia.

**Resultados:** La prevalencia de relaciones sexuales es de 24 %. Se obtuvieron resultados significativos al comparar las variables "haber golpeado y haber sido golpeado" y "llevar algún tipo de arma para defenderse" con "haber tenido relaciones sexuales" (OR 2,73 IC 95 % 2,41-3,09 y OR 4,04 IC 95 % 3,44-4,76, respectivamente), con "ha tenido relaciones sexuales sin querer" (OR 2,40 IC 95 % de 1,98-2,92 y OR 3,39 IC 95 % 2,72-4,24, respectivamente) y con "ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en el último año" (OR 1,95 IC 95 % 1,52-2,50 y OR 2,13 IC 95 % 1,64-2,77, respectivamente).

**Conclusiones:** Los datos encontrados indican que hay una relación directa y significativa entre los comportamientos sexuales y la conducta violenta de la población estudiada.

**Palabras claves:** Adolescente, sexualidad, violencia, violencia de pareja, familia, factores de riesgo.

### ABSTRACT

**Objective:** Establishing relations between sexual and violent behaviors of adolescents attending public schools from Suba locality.

**Methodology:** A cross-sectional observational study was carried out on a population of 5 871 adolescents ranging in age from 9 to 26 years attending public schools at the urban area of Suba (Bogota) in 2010. A survey was made to study about several risk conducts for young people. Notwithstanding that, this article is just focused on variables related to sexuality and their relation to violence.

**Results:** Sexual relations prevalence is 24 %. Significant results were obtained when the variables "you have beaten or have been beaten" and, "you carry some kind of weapon to defend yourself" were compared with variables related to sexuality. The OR with "you have had sexual relations" was 2,73 (IC 95 % 2,41-3,09) and, 4,04 (IC 95 % 3,44-4,76), respectively. Likewise the OR with "you have had sexual relations unintentionally" was 2,40 (IC 95 % de 1,98-2,92) and, 3,39 (IC 95 % 2,72-4,2), respectively. And the OR with "you have had sexual relations with more than one couple in the last year" was 1,95 (IC 95 % 1,52-2,50) and 2,13 (IC 95 % 1,64-2,77), respectively.

**Conclusions:** The results found indicate that there is a direct and significant relation between the sexual behavior and violence in the studied population.

**Key words:** Adolescent, sexuality, violence, intimate partner violence, family, risk factors.

\*\* Estudiantes VII semestre 2016 (Investigación Social 2). Facultad de Medicina, FUJNC.

†† MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria - [juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co)



## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es aceptada como una etapa del ciclo vital humano con personalidad propia, que se caracteriza por la magnitud y complejidad de las transformaciones que en esta se experimentan (1) por iniciarse la toma de decisiones (autonomía) y la búsqueda de pareja (aceptación de pares). Cronológicamente comienza alrededor de los 10 a 12 años y su final hacia los 19 a 20 años (2).

Debido al inicio abrupto de las experiencias dentro de las relaciones, se generan cambios en los comportamientos que pueden desencadenar conductas violentas para intentar resolver los problemas por sí mismos en busca del deseo de madurar y pasar a integrar el mundo adulto (3). Los adolescentes están comenzando sus primeras relaciones de pareja, probando y experimentando sentimientos encontrados y frustraciones nuevas, explorando emociones novedosas y agradables e intentando dar respuesta a miles de preguntas que tienen un nexo común: "¿es normal que...?" (4).

En esta etapa es difícil poder identificar conductas de riesgo, principalmente la violencia en las relaciones, ya que los adolescentes no perciben con claridad estas situaciones, puesto que se dan sus primeras experiencias afectivas y tienen un conocimiento irreal o idealizado sobre el amor (5).

Hoy los comportamientos agresivos en los adolescentes se han hecho mucho más visibles, se evidencian muy frecuentemente peleas, déficit en el control de impulsos, arranques de ira, amenazas, vandalismo, matoneo, crueldad y hasta muerte (6); en este sentido, el conocimiento de cómo surge y se modula el comportamiento agresivo es de vital importancia, debido a las consecuencias que la manifestación de dichas conductas tiene para los individuos y la sociedad. Estos comportamientos agresivos se empiezan a manifestar en la niñez temprana y adquieren su máxima expresión durante la adolescencia (7).

Aunque son variados los factores de riesgo que están detrás de los comportamientos agresivos fomentando su ocurrencia (7), la presente investigación pretende encontrar si existe relación directa entre las variables de los comportamientos sexuales y conductas violentas en adolescentes de colegios públicos de la localidad de Suba. Con esto se aspira aportar al entendimiento de los comportamientos violentos y que surjan posibilidades que permitan promover una mayor convivencia en nuestra sociedad.

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Tipo de estudio:** Se trata de un estudio analítico observacional, de corte o prevalencia.

**Población:** Se incluyeron adolescentes de 9 a 19 años de algunos colegios públicos de la localidad de Suba en Bogotá. Se solicitó permiso a los padres a través de las directivas del colegio.

**Criterios de inclusión:** Estar cursando algún año escolar, haber asistido el día de la aplicación de la encuesta y querer participar por elección propia.

**Variables:** Si bien se utilizó un cuestionario de 60 preguntas, para este estudio se tomaron variables sociodemográficas (edad, sexo y el estrato socioeconómico) y como variables referentes se preguntó si ha tenido o no relaciones sexuales, a qué edad las tuvo por primera vez y si usó algún método de protección en dicha situación (8). También se indagó si alguna vez ha tenido relaciones sexuales sin querer y si ha estado con más de una persona en el último año (9). Para las variables dependientes se realizaron las preguntas acerca de comportamientos de riesgo, en este caso, si golpeó o fue golpeado y si lleva algún tipo de arma para defenderse.

**Recolección de la información:** En el año 2010 se realizó esta encuesta en diferentes colegios públicos de la localidad de Suba a la población que cursa básica secundaria (10). La encuesta se llevó a cabo en las jornadas de la mañana y la tarde y se dispuso de 45 minutos para desarrollarla. Al iniciar se les aclaró a los estudiantes que la encuesta era con fines investigativos, que era anónima y que quien no quisiera participar estaba en todo su derecho de no hacerlo. Al cabo tres semanas se entregó el diagnóstico de riesgos a las directivas de cada colegio.



**Manejo estadístico:** Se tabularon las respuestas en el programa EXCEL. Se analizaron las preguntas relacionadas con las variables de comportamientos sexuales y comportamientos violentos empleando el programa EPI INFO a partir del cual se obtuvieron los OR con sus límites y el valor de la prueba P.

**RESULTADOS**

De los 5 871 adolescentes encuestados, el promedio de edad fue de 14 años, la edad mínima nueve años y máxima veintiséis años.

**Tabla 1.** Frecuencia de las características sociodemográficas y comportamientos de riesgo de la población de los adolescentes encuestados de colegios públicos en la localidad de Suba en el año 2010

VARIABLE	Nº	%
<b>Edad (años)</b>		
De 10 a 12	1394	24
De 13 a 16	3855	66
De 17 a 19	615	10
<b>Estrato</b>		
Uno y dos	3303	58
Tres	2171	38
Cuatro o más	205	4
<b>Sexo</b>		
Masculino	2908	49
Femenino	3007	51
<b>Comportamientos sexuales</b>		
Ha tenido relaciones sexuales	1426	24
Tener relaciones sexuales sin "amor"	471	8
Ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en el último año	376	7
<b>Comportamientos de riesgos de violencia</b>		
Ha sido golpeado (o ha golpeado) en el último año	2165	38
Lleva un arma para defenderse	729	13

La edad promedio de inicio de vida sexual fue 13,6 años.

**Tabla 2.** Tabla de riesgo relativo de las variables de sexualidad en relación con los comportamientos violentos de adolescentes encuestados de colegios públicos en la localidad de Suba en el año 2010

COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD	Golpeó y fue golpeado								Lleva algún tipo de arma para defenderse							
	SÍ		No		OR	LI	LS	Valor P	SÍ		No		OR	LI	LS	Valor P
	Nº	%	Nº	%					Nº	%	Nº	%				
Sí ha tenido relaciones sexuales	819	59	572	41	2,73	2,41	3,09	0,000000	368	27	1015	73	4,04	3,44	4,76	0,000000
No ha tenido relaciones sexuales	1450	34	2766	66					346	25	3864	75				
Sí ha tenido relaciones sexuales sin querer	271	59	189	41	2,4	1,98	2,92	0,000000	132	29	326	71	3,39	2,72	4,24	0,000000
No ha tenido relaciones sexuales sin querer	1764	37	2953	63					501	11	4205	89				
Sí ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en el último año	244	67	122	33	1,95	1,52	2,5	0,000001	130	36	233	64	2,13	1,64	2,77	0,000000
No ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en el último año	548	51	534	49					222	21	850	79				

**DISCUSIÓN**

El sesgo más probable en esta investigación es el de información dado que los adolescentes podrían omitir o alterar los datos suministrados en las encuestas. Se intentó disminuir lo anterior aclarando que ellos podían participar de manera voluntaria, no estar obligados a responder todas las preguntas si así lo querían y la garantía de la confidencialidad de las respuestas dado que no tenían que ser marcadas con su nombre.



En este estudio se encontró que el inicio de las relaciones coitales es antes de los 14 años, dato similar al del estudio de Profamilia (12). Según los datos hallados en el presente estudio (tabla 2) se evidencia una relación entre los comportamientos violentos y las relaciones sexuales en los adolescentes, planteándose de esa manera que estas asociaciones se pudieran interpretar como actos de control y comportamientos agresivos que ocurren en una relación romántica entre parejas que no conviven, con el objeto de controlar o dominar a la persona física, sexual o psicológicamente (13). Aunque no se indagó sobre variables relacionadas con lo anterior (control o celos) es importante considerar el inicio de una relación de pareja como un factor influyente para las conductas violentas de los adolescentes, puesto que la característica principal de este tipo de violencia (de pareja) son las conductas de control que pueden incluir prohibir relaciones con amigos del sexo opuesto, llamadas y búsqueda frecuente para averiguar dónde se encuentra, con quién está, qué está haciendo, exigir que debe pasar el mayor tiempo con él o con ella o también imponer los criterios a la hora de vestir (14).

Este tipo de violencia puede ser acompañado por el abuso verbal y emocional, por ejemplo, las desvalorizaciones, burlas, insultos, menosprecios, amenazar con hacer daño a alguien de su familia o a la misma persona, si no hace lo que la otra persona quiere. Además, se puede presentar violencia física como empujar, morder, golpear, cachetear, patear, halar el pelo o estrangular, con el objetivo de hacer daño y someter a su pareja (15). La salud mental de una población puede determinar un aumento de conductas no saludables, en este caso los adolescentes (16).

Otra explicación de este tipo de asociación se puede presentar por parte del abuso sexual como contacto físico no deseado, obligar a tener relaciones sexuales, no permitir el uso de un método anticonceptivo, obligar hacer actos sexuales indeseados (17). Puede suceder que las personas que hayan sido víctimas de abuso sexual pueden repetir conductas agresivas en contra de otros con el fin de generar alivio y desahogo ante los sentimientos guardados de asco, rechazo, horror, afán de venganza, miedo e inseguridad, que en ocasiones pueden conllevar a un efecto de hipersexualidad que lo predisponen a convertirse en un futuro abusador (18).

Para los jóvenes, el inicio de una vida sexual activa implica, ante todo, el aprendizaje de habilidades sociales propias de su contexto. Por ejemplo, aprenden cuándo, cómo y con quién, pueden tener relaciones sexuales. Significa, asimismo, que mientras más habilidades sexuales se tengan, mayor será el prestigio y el poder que se adquiera entre sus compañeros (17) lo que genera un riesgo de tener relaciones sexuales solamente en busca de querer la aceptación social.

En cuanto a la conducta de tener más de una pareja sexual en el último año y el porte de armas se observa una mayor relación con un OR de 2,13 (IC95 % 1,64-2,77) frente al golpear y ser golpeado (OR 1,95 – IC95 % 1,52-2.5). En torno a la relación entre llevar armas y relaciones sexuales, surge la posibilidad de pertenecer a pandillas (violencia y criminalidad) y la presión de una cultura de consumo donde se promueve la posibilidad de acercamiento a las pandillas para cubrir dos o más de las necesidades del momento, a saber, identidad y protección (propia y para la familia), placer inmediato y ausencia de límites para la acción (19). Esto permite al adolescente ser aceptado como igual entre sus pares, ser protegido de las fuerzas externas que amenazan su integridad y tener cubiertas otras necesidades a través del estilo de vida de las pandillas (20).

En tal sentido el adolescente considera a la pandilla como un espacio propio, sin intervención adulta, con expresiones propias de esa etapa de la vida y sin límites (21). La "grupalidad" está al servicio de algunas de las conductas desviadas en las que se implican tales colectivos, en concreto la violencia, procurando que se mantengan en el margen de las consecuencias simbólicas esperadas y evite caer en el de las consecuencias reales temidas (22). La "grupalidad" permite la reconstrucción categorial de la realidad, señala las víctimas, elabora los argumentos que justifican la animadversión y el ataque contra las mismas, proporciona apoyo y protección materiales frente a la violencia de otros, soporta y valida el "ideal" que, a su vez, habilita estándares de autoevaluación y autorrealización (23).





El objetivo de las pandillas no es solo robar o especializarse en cometer actos ilícitos, también está el expandir el desenfreno sexual, el consumo de alcohol, drogas, tráfico de armas y matar (21). Según la tabla 2 se evidencia que por cada adolescente que no ha tenido relaciones sexuales y porta armas para defenderse hay 4,04 que sí han tenido relaciones sexuales y portan armas para defenderse, lo que evidencia que hay un riesgo 4 veces más de tener comportamientos violentos. El porte de armas podría estar relacionado con vinculación a pandillas o a grupos urbanos similares, que facilitan el acceso a armas y a conductas sexuales por aceptación de sus pares.

La adolescencia constituye una etapa de la vida diferenciable, con sus propias características y necesidades en salud. Las conductas tomadas por los adolescentes son su eje para desarrollar fortalezas (24). Esta investigación más exploratoria que otra cosa, ha abordado unas asociaciones que deberán indagarse más, máxime ante la cercanía del postconflicto, que implica acercarnos a entender para estar en capacidad de proponer.

## REFERENCIAS

- (1) Santiago M, López J, Navarro R. Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006; 22(1):9-11
- (2) González J, De la Hoz F. Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. Rev. Salud pública. 2011;(3):67-78.
- (3) Castaño E. "Te quiero... (solo para mi)" relaciones adolescentes de control. TABANQUE Revista pedagógica, Universidad de Valladolid 2010; 23: 45-68.
- (4) Copp J, Giordano P, Longmore M, Manning W. Stay-or-Leave decision making in nonviolent and violent dating relationships. Violence and Victims. 2010; 30(4): 581-599.
- (5) Stephenson K, Meston C. When are sexual difficulties distressing for women? The selective protective value of intimate relationships. J Sex Med. 2010; 7(11): 3683-3694.
- (6) Díaz JL, De la Peña F, Suárez JA, Palacios L. Perspectiva actual de la violencia juvenil. MedUNAB. 2004; 7:115-242.
- (7) Andreu J, Peña M. Agresividad reactiva y proactiva en adolescentes: efecto de los factores individuales y socio-contextuales. Universidad Complutense de Madrid facultad de psicología. 2012.
- (8) Correa E, Mancillas C, Pachecho W, Carreño C, Castañeda J, Iturbe M, et al. Psicología iberoamericana. 2006. 14(2): 1-63.
- (9) Matla E, Fuentes Y. Estado de salud y disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial en primer nivel de atención. México, 2011.
- (10) Alarcón R, Coello J, Cabrera J y Monier G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer. 2009. 25(1-29).
- (11) Ministerio de salud y protección social. Resolución 1841 de 2013.
- (12) ISS - Profamilia – Instituto Nacional de Cancerología, Encuesta sobre CAP en adolescentes, 1995.
- (13) Grover A. Risky lifestyles and dating violence: A theoretical test of violent victimization. Journal of Criminal Justice, 2004; 32: 171-180.
- (14) Omidi R, Heidari K, Davari H, Espanani M, Poursalehi M. The Relationships between Environmental Factors and Violent Behaviors in Adolescent Students of Isfahan, Iran. Int J Prev Med. 2014; 5 (2):S97-S101.
- (15) Martínez J. Violencia en el noviazgo: Un programa de intervención conductual en adolescentes escolarizados. Repositorio Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología. Maestría en Psicología Clínica, 2014.
- (16) Corona F, Peralta E. Prevención de conductas de riesgo. rev. med. clin. Condes. 2011; 22(1): 68-75.
- (17) Sánchez M. Entre la experiencia, el amor y el riesgo. Repositorio Universidad Nacional de Colombia. 2003; 99-111.
- (18) Jiménez S, Urbina C. Prevención de conductas delictivas en estudiantes de colegios públicos del municipio de Sopó. Repositorio Universidad de la Sabana, 2006.
- (19) Soria B. Informe de Consultoría sobre definición y categorización de pandillas – Ecuador. Quito, mayo de 2007.
- (20) Moncaleano G. Incidencia de la violencia de pandillas en la seguridad nacional de los países del hemisferio." Universidad del Salvador, mayo de 2006.
- (21) Domínguez N. De cuerpos urbanos violentados. Revista jóvenes México: Centro de Investigaciones y Estudios sobre Juventud, 2001.
- (22) Scandroglio B, López J, Martínez J, San José M, Martín M, Martín A. La conducta violenta en grupos juveniles: características descriptivas. Revista de estudios de juventud, 2003 62, 151-158.
- (23) San José M, Scandroglio B, López J, Martín M, Martínez J, Martín A. La teoría del comportamiento planificado: un modelo explicativo en el estudio de la violencia grupal juvenil. Encuentros en psicología social. 2003; 1(2): 134-140.
- (24) Frankowski BL, Leader IC, Duncan PM. Strength-Based Interviewing. Adolesc. Med. 2009; 20: 22-40.

---+---+---+---+---+---+---+---+---+---+---+---+---+---+---+---+---



## Atención Primaria en Salud...

# REDES DE APOYO... INFLUENCIA POSITIVA EN EL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES

- Revisión de tema adaptada por los editores -

Alejandra Cárdenas C., Yesica Katherine Botia L.<sup>++</sup>  
Colaboración especial: Jenny Pinzón R.<sup>§§</sup>



[http://static.iris.net.co/semana/upload/images/2013/10/1/359526\\_12212\\_1.jpg](http://static.iris.net.co/semana/upload/images/2013/10/1/359526_12212_1.jpg)

En Colombia, al igual que en buena parte del mundo, está incrementándose la población de adultos mayores. Estamos viviendo más, lo cual es reflejo de unas condiciones de vida más propicias. Tal situación presenta todo un reto para los sistemas de seguridad social pues la salud y la pensión de esta población, han de ser replanteadas (1). Igual de importante será saber cómo van a vivir desde el punto de vista de la convivencia. Esta es una revisión de tal aspecto, resaltando el papel de las redes de apoyo para esta población.

<sup>++</sup> Estudiantes de VII semestre 2016-FUJNC.

<sup>§§</sup> Coeditora Carta Comunitaria - FUJNC- [jenny.pinzon@juanncorpas.edu.co](mailto:jenny.pinzon@juanncorpas.edu.co)



## PERCEPCIONES DE LA VEJEZ



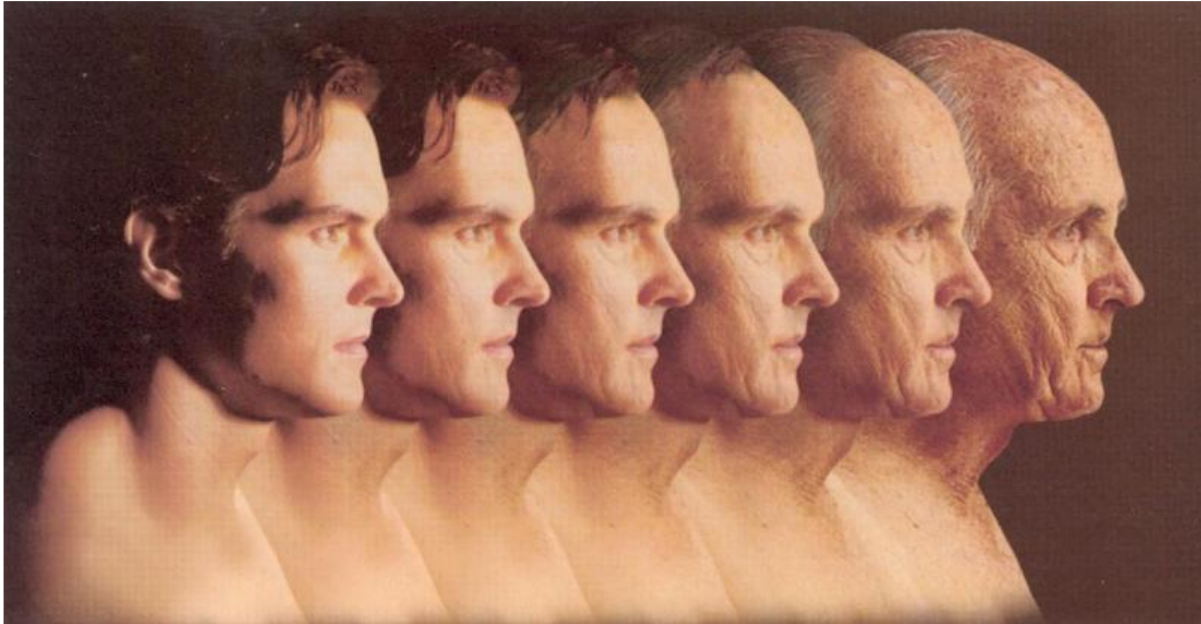
<http://www.vejezyvida.com/wp-content/uploads/2009/10/gerontolog%C3%ADa.jpg>

Las percepciones de la vejez han variado de acuerdo a las diferentes culturas. Sánchez (2) nos cuenta cómo en las antiguas Grecia y Roma “la vejez era considerada como una desgracia para el ser humano”, así, el hecho de morir joven, se consideraba un privilegio al no tener que soportar el declive físico y las enfermedades asociadas a esta etapa. No obstante, Sánchez (2) hace alusión a *La República*, donde Platón menciona aspectos positivos de la vejez por considerarla ligada a anteriores etapas de la vida. Asimismo, cita a Cicerón y su obra *De Senectute*, en la cual exalta las facultades intelectuales de los ancianos reforzadas con virtudes como la prudencia, la dignidad y la moderación, reconociendo que para lograr desarrollar nuevas experiencias vitales se debe ejercitar a lo largo de la vida.

Rodríguez (3), además, comenta que “en las culturas orientales las personas mayores cumplen un papel importante dentro de la sociedad debido a que son sabias poseedoras de conocimiento”, como lo muestran los relatos bíblicos. Aún hoy en día, comenta la autora, los mayores “siguen siendo consideradas primordiales dentro de las jerarquías de las organizaciones sociales”, citando como ejemplo las comunidades indígenas.



## QUÉ ES EL ENVEJECIMIENTO



<http://www.amayores.com/wp-content/uploads/2014/01/manprogressive.jpg>

La OMS (Organización mundial de la Salud) relaciona el comienzo del envejecimiento con los 60 años, pero aclara que los cambios que conforman e intervienen en el proceso del envejecimiento son complejos (4) y que no son "lineales ni uniformes y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable" (5). Dichos cambios pueden ser vistos desde dos enfoques, uno biológico y otro social (6).

### Lo biológico

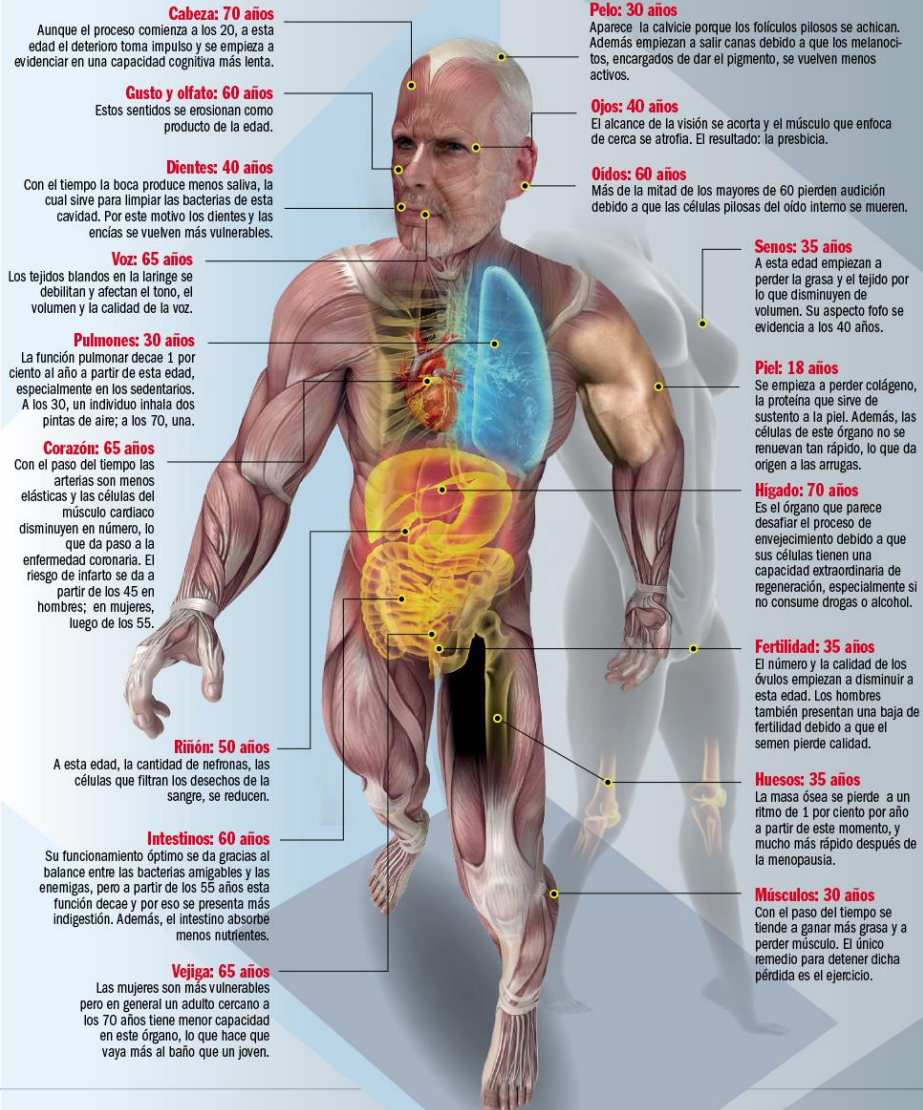
Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de diversos daños moleculares y celulares que gradualmente van reduciendo las reservas fisiológicas aumentando así el riesgo de adquirir enfermedades y de disminuir la capacidad de la persona. El envejecimiento puede definirse entonces, desde el punto de vista biológico, como el deterioro dependiente del tiempo en función de un organismo, resultado de cambios en la estructura bioquímica y fisiológica. El resultado de este deterioro es la predisposición a las enfermedades incrementando de esa forma la posibilidad de la muerte (4, 7).





## EL RELOJ BIOLÓGICO

La gente cree que las únicas señales de envejecimiento son las arrugas, las manchas en las manos y las bolsas alrededor de los ojos. Si bien es cierto que la piel es el órgano que más refleja el proceso, el cuerpo humano está en un permanente y lento declinar. Estos son los momentos clave en que los más importantes sistemas y tejidos empiezan a fallar.



[http://static.iris.net.co/semana/upload/images/2015/3/21/421753\\_12490\\_1.jpg](http://static.iris.net.co/semana/upload/images/2015/3/21/421753_12490_1.jpg)

Rodríguez (3) explica cómo “desde una perspectiva biológica, encontramos que en el envejecimiento todos los sistemas fisiológicos como el cardiorrespiratorio, osteomuscular y renal y las capacidades intelectuales, cognitivas y psicológicas empiezan a declinar”. Citando a Miquel (8) menciona que “el envejecimiento involucra cambios como descenso progresivo de los valores máximos de rendimiento fisiológico, disminución del número de células y cambios atróficos, entre otros”.

Castadeno *et al* (9) describen al envejecimiento como un “conjunto de transformaciones y cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida... la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales”.



## TEORÍAS DE LA VEJEZ

Aunque se han desarrollado bastantes teorías sobre el envejecimiento, aún no se ha llegado a un consenso al respecto (10). Estas teorías abarcan tanto aspectos biológicos como psicosociales.

### ¿Cuestión de genes?

La teoría biológica se basa principalmente en el reloj biológico (11); de acuerdo a esta, el gen del envejecimiento se activa desencadenando procesos degenerativos. Así, surgen las teorías del agotamiento del material genético y la de los radicales libres, los cuales no se eliminan de forma correcta provocando daños en la célula e induciendo las enfermedades y el envejecimiento (12).



<http://image.slidesharecdn.com/cambiosanatomofuncionalesseosyarticularesdeladultomayor-140625213851-phpapp01/95/cambios-anatomofuncionales-seos-y-articulares-del-adulto-mayor-2-638.jpg?cb=1403741875>

También se ha hablado de la teoría autoinmune (13), la cual refiere que la edad provoca fallos en los sistemas de defensa produciendo autoagresiones. Está también la teoría del colágeno, proteína que, al alterarse, afecta la función de los tejidos y provoca la atrofia de los distintos órganos. En general, las teorías biológicas sobre el envejecimiento explican algunos aspectos que pueden ayudar a comprender de alguna forma este proceso (13).

### Lo social

Las teorías psicosociales, por su parte, intentan explicar los cambios en los roles y las actividades de los adultos mayores y cómo la sociedad influye en estos (13).

Zabala *et al* (6) citan al profesor Thomae para quien la vejez "es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad como la calidad de vida", y a Chawl, quien afirma que los ancianos "no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma como son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos". De esta forma concluyen que, "si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el



modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el "viejo" se mantenga activo y autovalente".

Como se observa, abordar lo que implica el envejecimiento es una tarea bastante compleja. Quizá se podría resumir con el comentario de Rodríguez (3) al decir que la vejez "es un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos. Estos cambios definen a las personas cuando ya están mayores, pero se deben ver como un proceso natural inevitable y no necesariamente ligado a estereotipos; como una etapa de la vida apta "para crecer y continuar aprendiendo" ".

### EL CONCEPTO Y LA IMPORTANCIA DE LAS REDES DE APOYO

González (14) define la red de apoyo como "todo aquello que puede servirle de soporte al individuo, para resolver o enfrentar sus problemas. La pareja, la familia, el estudio, grupos religiosos, actividades determinadas, etc. son elementos que forman parte del concepto de red". De hecho, menciona una poderosa relación entre tener redes de apoyo y la percepción de felicidad de los seres humanos, razón por la cual vale la pena fortalecerlas.



<http://definicion.de/wp-content/uploads/2014/01/reddeapoyo.jpg>

Diversos autores han escrito sobre el papel crucial que desempeñan las redes sociales en la calidad de vida de los adultos mayores.

Por ejemplo, Sirlin (15) menciona que "las redes de apoyo constituyen la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren; se estructuran y toman sentido los roles sociales; contribuyen al sentimiento de pertenencia y generan la integración social. En edades avanzadas evitan el aislamiento (Pillemer et al, 2000, *Social Integration in the Second Half of Life*, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press) e inciden y cobran importancia en la calidad de vida de las personas mayores".

Respecto al concepto de red, Sirlin (15) presenta las siguientes definiciones que distintos autores han dado al concepto de red:

- ❖ Bott (1955): red es una configuración social en la que algunas, unidades externas que la componen mantienen relaciones entre sí.



- ❖ Lopata (1975): red informal es un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes.
- ❖ Cobb (1976): red social es la instancia mediadora por la cual se proporciona apoyo emocional, informacional y sentimental.
- ❖ Walker *et al* (1977): redes sociales son "la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información".
- ❖ Maguire (1980): se refirió a las "redes" como "fuerzas preventivas" que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales.
- ❖ Gottlieb (1983): estableció que tales interacciones tenían beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos.

Y, en general Sirlin (15) define *apoyo social*, como las transacciones interpersonales que implican dar y recibir ayuda, afecto y afirmación.

Guzmán *et al* (16), por su parte, definen las redes de apoyo como un conjunto de relaciones interpersonales que vinculan a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional. Además, manifiestan la importancia que se debe dar a los apoyos sociales de las personas mayores dado que contribuyen no solo a la provisión material e instrumental sino también por su impacto significativo en la esfera emocional, por lo que proponen que las redes sociales deben vigorizarse pues en esta etapa se disminuyen por la pérdida de la pareja, de los amigos y compañeros.

### UN INTENTO POR CLASIFICAR LAS REDES



<http://www2.ccoo.es/comunes/recursos/15660/2053488>  
Redes\_de\_Apoyo\_Social\_e\_Innovacion\_Educativa\_en\_los\_centros\_educativos\_Version2.jpg

Buscando entender la red de apoyo, han surgido muchas clasificaciones. Por ejemplo, en torno a su estructura (relaciones de las redes) o, de acuerdo a su funcionamiento. Pero lo importante es recordar el significado de lo que es una interrelación. El contenido de la red se refiere a la relación con el elemento en cuestión.





## Los anillos de la vida



<https://enrike45.files.wordpress.com/2011/07/redes-sociales.jpg>

Al respecto, Kahn *et al*, (17) expresan que el ser humano desarrolla su vida rodeado de tres círculos. El más cercano (íntimo) es con el que se establecen más vínculos (familia, por ejemplo). El siguiente está constituido por personas que en su momento juegan un importante papel de apoyo (profesor de primaria y secundaria, por ejemplo). El último y más externo depende de aspectos que la sociedad en cuestión ofrece, tales como entidades de apoyo para los adultos mayores.

### Otra forma de clasificar

Como se observa, el intercambio emocional, material o de servicios entre personas, está presente en el concepto de redes. Cardona *et al* (18) clasifican las redes de acuerdo a su naturaleza en:

- ❖ **Formales:** aquellas que se refieren a las entidades privadas o gubernamentales constituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del Estado.
- ❖ **Informales:** las que corresponden a grupos y asociaciones que siguen normas y reglamentos propios que se establecen según el propósito y objetivo de su constitución. Estas a su vez, pueden ser:
  - **Primarias:** conformadas por familiares y convivientes.
  - **Secundarias:** conformadas por vecinos, amigos y parientes.

Básicamente, las redes formales se establecen con un propósito específico (apoyar a los adultos mayores) y sus miembros cumplen un rol concreto, requiriéndose en ocasiones algún tipo de capacitación para este fin. En las redes informales las relaciones familiares y de amistad aportan un componente afectivo esencial (19).





## Red familiar de apoyo



[http://pa.tching.com/uploads/contents/2011/10/12/48340\\_1318402278.png](http://pa.tching.com/uploads/contents/2011/10/12/48340_1318402278.png)

Son las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera de este a partir de lazos de parentesco. Se consideran la base de las diferentes redes de apoyo social (20). Zavala expresa que "el principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado... La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencial en diversas formas" (6).

Si bien la cohabitación con la familia es una de las más comunes de apoyo para las personas mayores, se prevé que en el futuro este apoyo se verá disminuido por los cambios sociodemográficos que está experimentando la sociedad referentes al tamaño de las familias (menos miembros potenciales para cuidar a los mayores) y por el rol que está asumiendo la mujer en la economía y su tendencia a la independencia (pues el apoyo se fundamenta básicamente en la ayuda femenina), entre otros (16).

## Redes de apoyo de amigo, vecinos y compañeros de trabajo

Las relaciones con amigos, vecinos y compañeros se consideran también importantes para ofrecer otros tipos de ayuda, estas se establecen a través de intereses comunes y actividades compartidas y son esenciales fuera del contexto del hogar (21).



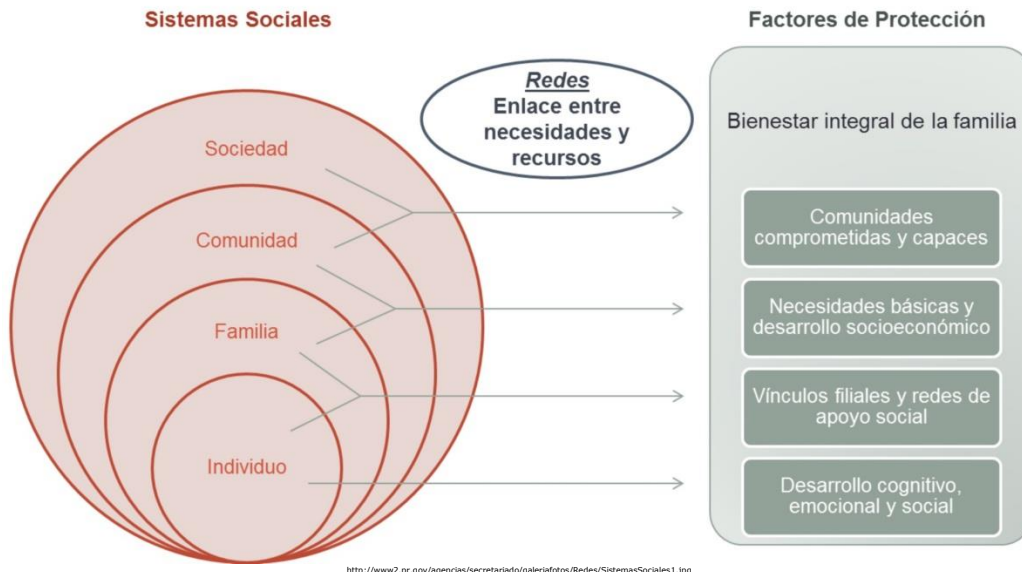
[http://2.bp.blogspot.com/\\_065ddnG9o/TX1Ky23h8/AAAAAAAAAQ0/Drtmzqg52V/1320/amigos2.jpg](http://2.bp.blogspot.com/_065ddnG9o/TX1Ky23h8/AAAAAAAAAQ0/Drtmzqg52V/1320/amigos2.jpg)

Guzmán (16) señala también que "los vecinos tienden en general a ser solidarios y a través del tiempo a conocerse muy bien y viceversa" e indica que, "según algunos autores, el apoyo opcional provisto por los amigos es probablemente el más apreciado que el cuidado recibido obligadamente por la familia", ya que es un acto que se realiza voluntariamente, y ellos no sienten que para sus amigos sean una carga o una responsabilidad por la cual tienen que responder.



## Redes comunitarias

### Modelo Socioecológico y Factores de Protección



Montes (22) al hablar de la importancia de estas redes para el adulto mayor dice que “la comunidad constituye el referente social más cercano a la persona y el referente geográfico en el que transcurre la vida cotidiana. Tiene un potencial enorme para el apoyo más o menos estructurado y regular de las personas adultas mayores en función de sus necesidades”. También explica que “las redes comunitarias se distinguen de otras redes sociales porque se habla de colectividades y no de individuos o familias. Las redes comunitarias se gestan a través de grupos organizados en un espacio territorial e identitario”, es decir, con grupos de adultos mayores con los que se comparten la ubicación geográfica y las actividades.

Sirlin (15) aclara que “la diferencia entre las redes familiares y no familiares está dada por los niveles de proximidad, confianza e intimidad, intensidad de la relación y reciprocidad entre pares. Las redes comunitarias se establecen mediante un criterio imaginario de grupalidad. Una de sus características es la territorialidad y el sentido de pertenencia a un grupo donde se comparten características semejantes”.

Estas redes de apoyo tienen un importante significado para la calidad de vida de los adultos mayores en particular en lo atinente al manejo del tiempo. El poner horarios de reunión o disponer de actividades colectivas le da sentido a la vida de algunos adultos mayores que sin esto, permanecerían en sus casas sin un propósito definido. Incluso, en su estudio Peña et al encontraron relación directa entre la percepción de la calidad de vida y las relaciones interpersonales (23).

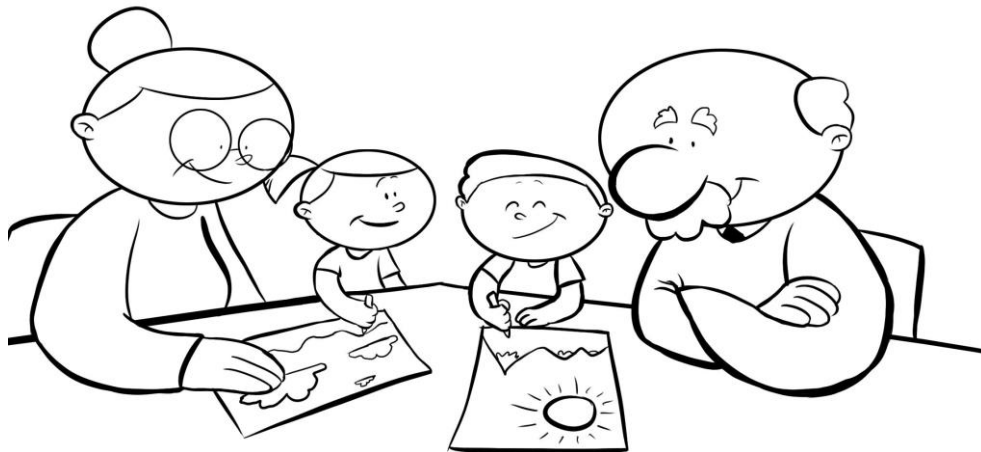


### Una aclaración

Guzmán (16) hace una diferencia entre los apoyos de las redes comunitarias que provienen de "organizaciones que dirigen específicamente su accionar a los adultos mayores de aquellas que organizan sus actividades en función de otros parámetros. En el primer caso, las personas adultas mayores reciben apoyo de estas organizaciones bajo la forma de apoyos instrumentales materiales o de apoyo emocional. En el caso de las segundas, se trata de entidades en las que las personas adultas mayores participan activamente, incluso en la toma de decisiones. Las organizaciones de auxilio y beneficencia entran en la primera categoría [por ejemplo entidades como Bienestar Social]. Los clubes de personas adultas mayores [organizados por ellos mismos] son parte de la segunda".

Lo cierto es que, como lo expresa Montes (22), en las ciudades se observa un fenómeno paradójico: Por una parte, se produce erosión de estas redes en ambientes urbanos, por ejemplo, por la falta de seguridad, pero por otra, existen esfuerzos por crear nuevos mecanismos que las vigorizan (clubes, asociaciones, etc.) (22).

### DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DEL APOYO ENTRE HOMBRES Y MUJERES



<http://www.plusemas.com/pictures/articulos/9000/9188.jpg>

En su obra *Redes comunitarias, género y envejecimiento* (24), Montes explica que "la amistad tiene significados diferentes para hombres y mujeres en edad avanzada, también hay continuidades y discontinuidades en ambas. Sus objetivos son diferentes y los efectos para cada cual cambian también dependiendo del lugar de residencia". Y, citando a Scott y Wenger (1996) señala que "las amistades de los hombres se basan en actividades compartidas, mientras que las amistades de las mujeres son más íntimas e intensas y tienden a centrarse en la conversación y el apoyo mutuo". Indica además, que "otros estudios que han profundizado en la amistad de las mujeres en edades avanzadas, han señalado que las mujeres adultas mayores tienen dinámicas y relaciones cercanas con sus amigos, las cuales mantienen amistades por muchos años y, con la edad, son capaces de formar nuevas".

En cuanto a la percepción del matrimonio y el número de hijos, otros autores han indicado un efecto diferente entre hombres y mujeres (16).



## ESPIRITUALIDAD Y EL ADULTO MAYOR



<http://www.terceraedadcuahuemoc.com/images/2014/LOC02021401M.jpg>

San Martín (25), si bien reconoce que los hallazgos sobre los beneficios de la espiritualidad en los adultos mayores son contradictorios, la relaciona con el bienestar psicológico referente, entre otros aspectos, a la autoaceptación y propósito en la vida. Precisamente por sentir que se está al umbral de la muerte puede haber una inclinación hacia la espiritualidad y las diferentes creencias que se tengan pudieran, en algunos casos generar conflictos y confusión, por lo que, dice San Martín, “todo profesional que trabaja con adultos mayores, y en particular los profesionales de la salud mental, deben tener la capacidad de considerar los referentes espirituales del propio individuo para ayudarlo en buena forma con los problemas que puedan surgir en el proceso de envejecimiento”.

## LO QUE OFRECEN LAS REDES

Lo que “ofrecen” las redes es variable. González (14) presenta una clasificación sencilla y útil basada en Orford (1992), quien menciona que la red de apoyo ofrece ayuda de forma:



[http://alo.co/sites/default/files/imagecache/Main\\_Galeria\\_Vertical\\_720\\_438/6\\_135.jpg](http://alo.co/sites/default/files/imagecache/Main_Galeria_Vertical_720_438/6_135.jpg)

- ❖ **Material:** Referido a lo tangible. Por ejemplo, un servicio de salud.
- ❖ **Emocional:** Referido al afecto que brinda. (Padres o pareja).
- ❖ **Estima:** Referida a la valoración que permite de cada persona. Por ejemplo, el trabajo.
- ❖ **Informativa:** Entendida como conocimientos a través de los cuales se puede resolver el problema.
- ❖ **Compañía:** referida como los derivados por la sola sensación de protección por la cercanía. Por ejemplo, un hijo pequeño.



## Lo cierto es que...



[http://www.geriatria.hc.edu.uy/images/Fotos\\_concurso/11\\_paint.jpg](http://www.geriatria.hc.edu.uy/images/Fotos_concurso/11_paint.jpg)

Tal como lo afirman Cardona *et al* (26), "las relaciones sociales influyen sobre el envejecimiento físico y cognitivo a través de vías psicológicas, comportamentales y fisiológicas; estar integrado a la familia y a la comunidad, produce un sentimiento positivo con la vida... Las redes sociales de apoyo han demostrado ser un formidable recurso para que las personas optimicen su estado de salud y bienestar, y un importante factor restaurador cuando su salud está comprometida", especialmente en esta etapa en la que "el individuo necesita ser reconocido como ser humano, útil y productivo".

Y, como lo expresa el II Informe Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica (19), "el hecho de contar con redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona adulta mayor. Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. También contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia personal".

### Pertenecer no es suficiente

Pero, el simple hecho de pertenecer a una red social no asegura el que se reciban sus beneficios. Como lo expresa Guzmán *et al* (16), "durante años la categoría "redes sociales" fue asumida como indicador de apoyo. Si la persona pertenecía a una red estaba apoyada. La investigación gerontológica desmintió este supuesto y surgió así la preocupación por llegar a un análisis más detallado de la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos. Un aspecto que resultó sumamente importante fue la constatación de que la pertenencia a una red social no necesariamente garantiza que el apoyo sea constante, ya que este puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de los individuos. Por eso, resulta fundamental saber si la ayuda tendrá continuidad en la etapa de la vejez, en casos de enfermedad o en contextos de escasez económica. El examen de las virtudes y limitaciones de las redes sociales mostró la necesidad de considerar, además, la percepción de los adultos mayores acerca de lo que dan y reciben en las redes y de la importancia que estas tienen para su calidad de vida".

Es importante, además, tener en cuenta que a medida que pasa el tiempo el adulto mayor "requiere asistencia que compense las limitaciones crónicas propias del envejecimiento y la posible disminución de los ingresos. Se trata de un conjunto de ayudas que no exigen preparación técnica específica pero sí cercanía con el adulto mayor" (19).





## CONCLUSIONES

- ❖ La forma en la cual los adultos mayores envejecen depende en gran medida de la sociedad, ya que esta es la que determina la calidad de vida que tendrán y, por lo tanto, tiene la capacidad de influenciar el área fisiológica, psicológica, emocional, económica, social, entre otras.
- ❖ Se presenta a la familia como el principal soporte o red de apoyo de los adultos mayores, por lo que se considera que el estado de salud, reflejado en la percepción que se tiene sobre la calidad de vida, puede mejorarse en gran medida cuando el adulto mayor no solo está rodeado de sus familiares, sino cuando es incluido en las actividades, decisiones, etc. que impliquen un crecimiento o que sean de importancia para el núcleo familiar.
- ❖ Las redes de apoyo son importantes en todas las etapas de la vida, pero en el adulto mayor son esenciales puesto que en esta etapa no solo es cuando más se padecen enfermedades sino porque el sentimiento de soledad muchas veces está presente.
- ❖ Los hombres y las mujeres difieren en cuanto a la percepción que tienen de las redes de apoyo.
- ❖ El proceso del envejecimiento es complejo y variado entre los individuos, por lo que para establecer redes de apoyo es necesario conocer las necesidades mínimas de la persona. Por ejemplo, un adulto mayor con envejecimiento patológico requerirá un acompañamiento permanente para ayudarlo a tener una buena calidad de vida; sin embargo, los adultos que tienen un envejecimiento satisfactorio se caracterizarán por tener un mayor nivel de independencia, por lo que no requerirán la misma atención y cuidados.
- ❖ Para el adulto mayor es importante tener la capacidad de cuidar de sí mismo y, en caso de no ser posible por alguna enfermedad o condición específica, es fundamental que la familia y el entorno social pueda brindarle tanta independencia como sea posible.
- ❖ Con el paso del tiempo se puede padecer un gran número de patologías simultáneamente; sin embargo, el estado emocional y biopsicosocial del adulto mayor puede verse influenciado favorablemente al hacerlos sentir parte importante de la familia, de algún sector social o alguna comunidad, y al generarse sentimientos positivos, se tendrá una mejor aceptación del envejecimiento.
- ❖ La religión o espiritualidad, la comunidad y los grupos de amigos o vecinos, son una fuente de apoyo en la tercera edad que puede fortalecerse por medio de la capacitación de las personas que rodean al adulto mayor con el fin de que reconozcan sus necesidades y la importancia de incluirlos en decisiones, actividades, opiniones o planes; de esa forma no solo mejoraría la participación y socialización, sino su calidad de vida, pues esta inclusión les ayuda a desarrollar capacidades de autosuficiencia y mejorar su dimensión emocional al sentirse como parte importante de un determinado grupo.

Finalmente, es importante establecer un modelo de atención que brinde a los adultos mayores apoyo social, como lo hacen las actividades comunitarias o familiares, ya que por medio de esta intervención se disminuye la incapacidad de ellos para reconocer sus habilidades, se mejora su participación y estado de ánimo. Lo anterior conducirá a mejorar la calidad de vida y posiblemente a una notoria disminución en el padecimiento de patologías fisiológicas y cognitivas.

## REFERENCIAS

- (1) Las personas mayores de Colombia son las más pobres de América Latina. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/economia/sectores/adultos-mayores-en-colombia-estudio/16389736>
- (2) Sánchez C. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas [Internet]. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga; 2004. Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/16704046.pdf>



- (3) Rodríguez KD. Vejez y envejecimiento. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. Grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano. Documento de investigación Nº 12. 2011. Disponible en: [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf)
- (4) Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud p. 45: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)
- (5) OMS. Envejecimiento y salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es>
- (6) Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. Cienc. Enferm. 2006; XII (2): 53-62, 2006. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532006000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007)
- (7) Biología del desarrollo. Envejecimiento: la biología de la senescencia. Pag. 642. Scott F. Gilbert Ed. Médica Panamericana, 2005 - 882 páginas. Disponible en: [https://books.google.com.co/books?id=F6se5w-Z6uAC&pg=PA642&lpg=PA642&dq=Envejecimiento+uede+definirse+como+el+deterioro&source=bl&ots=t7z1vUJcT6&sig=6BFn5DRgkyGCAhaMSd9\\_ZDNNpy4&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiY9OrJi-LNAhXImh4KHYPNCRsQ6AEILzAD#v=onepage&q=Envejecimiento%20uede%20definirse%20como%20el%20deterioro&f=false](https://books.google.com.co/books?id=F6se5w-Z6uAC&pg=PA642&lpg=PA642&dq=Envejecimiento+uede+definirse+como+el+deterioro&source=bl&ots=t7z1vUJcT6&sig=6BFn5DRgkyGCAhaMSd9_ZDNNpy4&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiY9OrJi-LNAhXImh4KHYPNCRsQ6AEILzAD#v=onepage&q=Envejecimiento%20uede%20definirse%20como%20el%20deterioro&f=false)
- (8) Miquel J. Integración de teorías del envejecimiento. (Pate I). Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. Departamento de Biotecnología. Universidad de Alicante. 2006; 41(1): 55-63. Departamento de Biotecnología. Universidad de Alicante.
- (9) Castadeno C, García M, Noriega MJ, Quintanilla M. Consideraciones generales sobre el envejecimiento. Capítulo 1. Disponible en: <http://www.seegg.es/Documentos/libros/temas/Cap1.pdf>
- (10) Penny E, Melgar F. Geriatria y gerontología para el médico internista. [Internet] Ed. La Hoguera. Bolivia, 2012. Disponible en: [http://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria\\_gerontologia.pdf](http://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf)
- (11) El reloj humano. [Discovery]. [http://www.dailymotion.com/video/xt82i8\\_discovery-el-reloj-humano\\_tech](http://www.dailymotion.com/video/xt82i8_discovery-el-reloj-humano_tech)
- (12) Boticario C, Cascales M. ¿Por qué tenemos que envejecer? Enfermedades asociadas a la edad [Internet UNED. Centro de Plasencia. Artes Gráficas Batanero, S. L. Disponible en: <http://www2.uned.es/ca-plasencia/DocumentosPDF/libros/Envejecimiento.pdf>
- (13) Teorías del envejecimiento [Internet]. Disponible en: [https://www.uam.es/personal\\_pdi/elapaz/mmmartin/2\\_asignatura/temas/unidad1/3/tema3.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad1/3/tema3.pdf)
- (14) González JC. Redes de apoyo y felicidad: su abordaje; deber de la atención primaria en salud. [Internet] Carta Comunitaria - FUJNC. 2015; 23(131): 12-22. Disponible en: [https://issuu.com/unicorpas/docs/carta\\_comunitaria\\_131](https://issuu.com/unicorpas/docs/carta_comunitaria_131)
- (15) Sirlin C. Redes de apoyo para las personas mayores. Asesoría General en Seguridad Social. Comentarios de Seguridad Social Nº 13, octubre-diciembre, 2006. Disponible en: <http://www.bps.gub.uy/bps/file/1719/1/redes-de-apoyo-para-adultos-mayores.-c.-sirlin.pdf>
- (16) Guzmán JM, Huenchuan S, Montes V. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. [Internet]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/242462526\\_Red\\_de\\_apoyo\\_social\\_de\\_las\\_personas\\_mayores\\_Marco\\_conceptual](https://www.researchgate.net/publication/242462526_Red_de_apoyo_social_de_las_personas_mayores_Marco_conceptual)
- (17) Kahn RL, Antonucci T. Convoys Over the Life Course: Attachment Roles and Social Support [Internet]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/259253271\\_Convoys\\_Over\\_the\\_Life\\_Course\\_Attachment\\_Roles\\_and\\_Social\\_Support](https://www.researchgate.net/publication/259253271_Convoys_Over_the_Life_Course_Attachment_Roles_and_Social_Support).
- (18) Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Envejecer nos toca a todos. Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. Universidad de Antioquia. 2003. Disponible en: [http://cienciagora.com.co/imgs2012/imagenes/Envejecer\\_nos\\_toca\\_a\\_todos\\_Medellin\\_2003.pdf](http://cienciagora.com.co/imgs2012/imagenes/Envejecer_nos_toca_a_todos_Medellin_2003.pdf)
- (19) Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. II Informe Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica. [Internet]. Capítulo 5. Redes de Apoyo Social. Disponible en: [http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM\\_cap5web.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf)
- (20) Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. [Internet]. CEPAL. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/vejez/cap4.pdf>
- (21) División de Población de la CEPAL. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (UNFPA). Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 2012.
- (22) Montes V. Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teórico-conceptuales [Internet]. CELADE., División de Población CEPAL. Disponible en: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/pp18.pdf>
- (23) Peña B, Terán M, Moreno F, Bazán M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. [Internet]. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009. 14(2):53-61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47312308002.pdf>
- (24) Montes V. Redes comunitarias, género y envejecimiento [Internet]. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM. México, 2006.
- (25) San Martín C. Espiritualidad en la tercera edad. Psicología, cultura y sociedad. Noviembre, 2007. Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico%2008.pdf>
- (26) Cardona D, Estrada A, Chavarriaga L, Segura Ángela, Ordoñez J, Osorio J. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008 [Internet] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a07>

+-+-+-----+-+-+-----+-+-+-----+-+-+-----+





## Seguridad Social...

# ARTÍCULOS DE LA CONSTITUCIÓN COLOMBIANA DE 1991 RELACIONADOS CON LA PARTICIPACIÓN POLÍTICA (P), SOCIAL (S) Y CIUDADANA (C)

Enrique Sabogal M\*\*\*

### La Participación ciudadana



## PARTICIPACIÓN CIUDADANA

<http://www.imdosoc.org/web/wp-content/uploads/2016/02/participacion-ciudadana.png>

La Constitución de 1991 se quedó bastante corta en la definición en los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria. Este vacío ha sido enmendado en parte por los desarrollos legislativos (los cuales no son suficientes) que se han venido produciendo en Colombia desde la promulgación de la nueva Constitución.

### Un amplio campo

Los mecanismos consignados en las distintas leyes tienen que ver con la posibilidad que tiene la ciudadanía de informarse sobre la acción y actividades del gobierno local, de presentar iniciativas sobre diversos aspectos, de fiscalizar y realizar veedurías, de concertar y tomar decisiones sobre asuntos de interés, etc.

### Qué se ha creado

Específicamente, se ampliaron y concretaron las funciones de las Juntas Administradoras Locales y se les asignó un rango constitucional; se crearon además espacios fundamentales de participación como son:

\*\*\* Biólogo, M.P. 154. Magister en Salud Pública. Especialista en Epidemiología. Experto en Epidemiología Aplicada a la Gestión de Servicios de Salud-kikesabogal@gmail.com.



- ❖ Consejos Municipales de Planeación.
- ❖ Las Comisiones de Vigilancia de la gestión local.
- ❖ Los Comités de Desarrollo y Control Social de los Servicios Públicos Domiciliarios.
- ❖ Las Juntas Municipales de Educación.
- ❖ El Consejo Municipal de Desarrollo Rural.
- ❖ Las Comisiones Municipales de Policía y Participación Ciudadana.

Los artículos de la Constitución Colombiana relacionados con la participación política (P), social (S) y ciudadana (C), son los siguientes:

### PARTICIPACIÓN POLÍTICA



<http://sntdcolombia.org/prueba/wp-content/uploads/2014/11/DHL-05-NOV.png>

- ART. 40** Todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control político (P).
- ART. 103** Son mecanismos de participación del pueblo en ejercicio de su soberanía: el voto, el plebiscito, el referendo, la consulta popular, el cabildo abierto, la iniciativa legislativa y la revocatoria del mandato (P).
- ART. 104** El Presidente de la República con la firma de todos los ministros y previo concepto favorable del Senado de la República, podrá consultar al pueblo decisiones de trascendencia nacional (P).
- ART. 105** Previo cumplimiento de los requisitos y formalidades que señale el estatuto general de la organización territorial y en los casos en que éste determine, los gobernadores y alcaldes, según el caso, podrán realizar consultas populares para decidir sobre asuntos de competencia del respectivo departamento o municipio (P).
- ART. 112** Los partidos y movimientos políticos que no participen en el Gobierno podrán ejercer libremente la función crítica frente a este y plantear y desarrollar alternativas políticas (P).
- ART. 154** Las leyes pueden tener origen en cualquiera de las Cámaras a propuesta de sus respectivos miembros, del Gobierno Nacional, de las entidades señaladas en el art. 156, o por iniciativa popular (P).
- ART. 155** Podrán presentar proyectos de Ley o de reforma constitucional, un número de ciudadanos igual o superior al 5 % del censo electoral existente en la fecha respectiva o el 30 % de los concejales o diputados del país (P).
- ART. 170** Un número de ciudadanos equivalente a la décima parte del censo electoral podrá solicitar ante la organización electoral la convocatoria de un referendo para la derogatoria de una ley (P).
- ART. 246** Las autoridades de los pueblos indígenas podrán ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial de conformidad con sus propias normas y procedimientos, siempre que no sean contrarios a la Constitución y las Leyes de la República (P).
- ART. 258** El voto es un derecho y un deber ciudadano (P).



- ART. 260** Los ciudadanos eligen en forma directa al presidente, vicepresidente de la República, senadores, representantes, gobernadores, diputados, alcaldes, concejales municipales y distritales, miembros de las JAL, y en su oportunidad, los miembros de la Asamblea Constituyente y otras autoridades que la Constitución señale. (P).
- ART. 270** La Ley organizará las formas y los sistemas de participación ciudadana que permitan vigilar la gestión pública y sus resultados (C).
- ART. 318** Con el fin de asegurar la prestación de los servicios y asegurar la participación de la ciudadanía en el manejo de los asuntos públicos de carácter local, los consejos podrán dividir sus municipios en comunas cuando se trate de áreas urbanas, y en corregimientos en el caso de las áreas rurales (C).
- ART. 330** De conformidad con la Constitución y las leyes los territorios indígenas estarán gobernados por consejos conformados y reglamentados según los usos y costumbres de las comunidades (P).
- ART. 376** Mediante Ley aprobada por la mayoría de los miembros de una y otra Cámara, el Congreso podrá disponer que el pueblo en votación popular decida si convoca una Asamblea Constituyente (P).
- ART. 377** Se someterán a referendo las reformas constitucionales aprobadas por el Congreso, cuando se refieran a los derechos fundamentales y a sus garantías, a los procedimientos de participación popular, o al Congreso, si así lo solicita, dentro de los 6 meses siguientes a la promulgación del Acto Legislativo, un 5 % de los ciudadanos que integren el censo electoral (P).

## PARTICIPACIÓN CIUDADANA



<http://agesic.gub.uy/innovaportal/file/3837/1/participacionciudadana.jpg>

- ART. 40** Todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control político (P).
- ART. 103** Son mecanismos de participación del pueblo en ejercicio de su soberanía: el voto, el plebiscito, el referendo, la consulta popular, el cabildo abierto, la iniciativa legislativa y la revocatoria del mandato (P).
- ART. 104** El Presidente de la República con la firma de todos los ministros y previo concepto favorable del Senado de la República, podrá consultar al pueblo decisiones de trascendencia nacional (P).
- ART. 105** Previo cumplimiento de los requisitos y formalidades que señale el estatuto general de la organización territorial y en los casos en que éste determine, los Gobernadores y Alcaldes, según el caso, podrán realizar consultas populares para decidir sobre asuntos de competencia del respectivo departamento o municipio (P).
- ART. 112** Los partidos y movimientos políticos que no participen en el Gobierno podrán ejercer libremente la función crítica frente a éste y plantear y desarrollar alternativas políticas (P).
- ART. 154** Las leyes pueden tener origen en cualquiera de las Cámaras a propuesta de sus respectivos miembros, del Gobierno Nacional, de las entidades señaladas en el art. 156, o por iniciativa popular (P).
- ART. 155** Podrán presentar proyectos de Ley o de reforma constitucional, un número de ciudadanos igual o superior al 5% del censo electoral existente en la fecha respectiva o el 30% de los concejales o diputados del país (P).





- ART. 170** Un número de ciudadanos equivalente a la décima parte del censo electoral podrá solicitar ante la organización electoral la convocatoria de un referendo para la derogatoria de una ley (P).
- ART. 246** Las autoridades de los pueblos indígenas podrán ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial de conformidad con sus propias normas y procedimientos, siempre que no sean contrarios a la Constitución y las Leyes de la República (P).
- ART. 258** El voto es un derecho y un deber ciudadano (P).
- ART. 260** Los ciudadanos eligen en forma directa al Presidente, Vicepresidente de la República, Senadores, Representantes, Gobernadores, Diputados, Alcaldes, Concejales municipales y distritales, miembros de las JAL, y en su oportunidad, los miembros de la Asamblea Constituyente y otras autoridades que la Constitución señale (P).
- ART. 330** De conformidad con la Constitución y las leyes los territorios indígenas estarán gobernados por consejos conformados y reglamentados según los usos y costumbres de las comunidades (P).
- ART. 374** La Constitución Política podrá ser reformada por el Congreso, por una Asamblea Constituyente o por el pueblo mediante un referendo (P).
- ART. 375** Podrá presentar proyectos de acto legislativo el Gobierno, 10 miembros del Congreso, el 20 % de los concejales o de los diputados y los ciudadanos en un número equivalente al menos al 15 % del censo electoral vigente (P).
- ART. 376** Mediante Ley aprobada por la mayoría de los miembros de una y otra Cámara, el Congreso podrá disponer que el pueblo en votación popular decida si convoca una Asamblea Constituyente (P).
- ART. 377** Se someterán a referendo las reformas constitucionales aprobadas por el Congreso, cuando se refieran a los derechos fundamentales y a sus garantías, a los procedimientos de participación popular, o al Congreso, si así lo solicita, dentro de los 6 meses siguientes a la promulgación del Acto Legislativo, un 5 % de los ciudadanos que integren el censo electoral (P).

## PARTICIPACIÓN SOCIAL

- ART. 38** Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades (S).
- ART. 39** Los trabajadores y empleadores tienen derecho a constituir sindicatos o asociaciones, sin intervención del Estado (S).
- ART. 57** La ley podrá establecer los estímulos y los medios para que los trabajadores participen en la gestión de las empresas (S).
- ART. 60** El Estado promoverá, de acuerdo con la Ley, el acceso a la propiedad (S).
- ART. 64** El Estado promoverá el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios (S).
- ART. 68** Los particulares podrán fundar establecimientos educativos. La Ley establecerá las condiciones para su creación y gestión (S).



<http://umate.org/wp-content/uploads/2015/11/cantabria-mayores-participacion-personas-santander-social-voluntariado/voluntariado-personas-mayores-participacion%3F%3B3n-social-e1447261159141.jpg>



## Análisis

De los 380 artículos de la Constitución de 1991 solamente 32 de ellos se refieren a estas tres maneras de participación, equivalentes al 8,4 %, distribuidos de la siguiente manera: 6 corresponden a participación social, es decir, el equivalente al apenas 1,6 % del total; 13 corresponden a la participación política (3,4 %) y 13 a la participación ciudadana (3,4 %).

En lo que tiene que ver con la **participación política**, se ha ido perdiendo paulatinamente su filosofía original de una real participación para convertirse hoy día en politiquería, tráfico de influencias, corrupción, etc. Muestra de lo anterior es la creciente abstención en los eventos electorales, falta de credibilidad en sus "líderes" (aumento del voto en blanco), etc.

En relación con la **participación social**, los artículos son muy generales y en la realidad con un cumplimiento parcial; en lo relacionado con el área de la salud ni siquiera es mencionada.

Respecto a la **participación ciudadana**, se puede apreciar, como es el caso del Artículo 45, un contenido idealista pues es poco o nada lo que se cumple a cabalidad en la realidad. **Solamente uno se refiere claramente a la salud, el Art. 49**, pero en la realidad no se cumple al 100 %, como se desearía. A continuación se presentan algunas de las grandes fallas:



<http://www.moir.org.co/IMG/arton7546.jpg>

1. **Una Ley 100 llena de vacíos:** El enfoque por parte de las promotoras es más comercial y económico que de servicio, lo cual se ha trasladado a las IPS, los profesionales y los usuarios.
  - a. Hospitales públicos cerrados o, los que aún sobreviven, están quebrados, igualmente quiebras de EPS dejando carteras en IPS no recuperables.
  - b. Trámites administrativos excesivos (papeleos) en las EPS, cambiantes y arbitrarios que aumentan los costos financieros y administrativos de las IPS.
  - c. Cobro difícil y demorado del SOAT y desconocimiento de pago para otro tipo de urgencias de la población no asegurada.



### En lo que tiene que ver con los profesionales:

- ❖ Proletarización de los profesionales de la salud convirtiéndolos en artesanos de trabajo a destajo. La proletarización significa:
  - Inestabilidad laboral.
  - Realizar actividades sin la visión general del usuario.
  - Se contrata para cumplir tareas, no para aportar ideas.
  - Ausencia de educación continuada.
- ❖ Las tarifas y tiempos dedicados a algunas actividades médicas (por ejemplo, consulta) son atentatorios contra la buena calidad de la atención.

### En lo que tiene que ver con los usuarios:

- ❖ Demora en ejecución de acciones médicas (por ejemplo cirugías) a los usuarios, buscando por economía de escala, acumular procedimientos y obtener descuentos sobre las tarifas pactadas.
- ❖ Irresponsabilidad en el manejo de las urgencias ya que exigen para su atención o definición de conductas, la autorización previa de la promotora, la cual a veces no se consigue (domingos y días feriados), a veces dada por un personal que no es de salud o que no está capacitado para ello. Desconocimiento de pago de urgencia no vital.
- ❖ Cambios en el proceso de atención del usuario de una IPS a otra por conveniencias económicas de la EPS sin tener en cuenta la salud y beneficio del usuario.
- ❖ Desintegración:
  - Comunitaria: ya que, independientemente de donde se viva, debe asistir a la red de servicios de su promotora.
  - Familiar: en la contratación por eventos o paquetes.
  - Individual: en la contratación por eventos.
  - De patologías: en la contratación por eventos.



<http://acolombianlawyers.com/noticias/wp-content/uploads/2013/03/EP51.jpg>



2. **Los gastos administrativos, de mercadeo y representación** se han incrementado en el sector por la competencia de las promotoras a costa de la calidad de la prestación de los servicios.
3. **Los costos de administración** de las IPS se han incrementado por el excesivo papeleo para facturar y rendir cuentas a las EPS.



<http://www.eluniversal.com.co/sites/default/files/201512/seguro-salud2.jpg>

#### 4. En relación con la cobertura de la población:

- ❖ Las coberturas reales por servicios prestados en atención primaria posiblemente han disminuido y su calidad deja mucha duda; para poder contestar ciertamente a esto, habrá que investigar el tiempo al cual se están dando las citas y el empleado en las grandes colas que tiene que hacer la persona para obtenerla. La PROMOCIÓN de la salud es más un negocio que un servicio. Es por eso que la PROMOCIÓN y PREVENCIÓN deben estar a cargo de organismos del Estado.
- ❖ La atención de II y III nivel ha aumentado pero en forma desintegrada (atención por actividad y paquete) para el individuo, la comunidad y la familia. También sería importante investigar el espaciamiento de las citas y de los procedimientos.



<http://image.slidesharecdn.com/saluddelacomunidadyproblemasanitariaconceptosgenerales-100502205129-phpapp02/95/salud-de-la-comunidad-y-problema-sanitaria-conceptos-generales-1-728.jpg?cb=1272833679>



5. En la mayoría de los casos la comunidad que atiende una IPS está relacionada con las REMISIONES que recibe de las EPS; por lo tanto, el concepto de COMUNIDAD PERMANENTE ligado a un área geográfica se ha cambiado por la de usuarios remitidos o que buscan atención.
6. Las normas rígidas y las tarifas fijas obligan a veces a evacuar los pacientes con el criterio de producción en línea.
7. Las EPS tienen IPS propias sin ninguna autonomía y con una clara filosofía de contención de costos y en atención secundaria de producción en serie. La calidad es un aspecto secundario.
8. Ha habido un aumento de inversión en el sector con la aparición de nuevas IPS que representan una redistribución de usuarios.
9. El concepto de paciente ha sido reemplazado por el de cliente, en donde este deja de ser mirado como una persona y pasa a ser un insumo en la producción económica.
10. Se hace mucho más énfasis en la calidad como efecto inmediato en la atención del paciente y no como mejora del nivel de vida de la comunidad.

Los comentarios anteriores son apenas la punta del iceberg de la cantidad de fallas, vacíos y, en general, de los problemas por los cuales actualmente atraviesa el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En relación con el **ART. 270**, surge la pregunta: ¿Realmente se cumple este artículo?

Son tantos los problemas y deficiencias de salud por los que está atravesando el más importante patrimonio que tiene Colombia, sus gentes, especialmente sus mujeres, niños y ancianos, sin olvidar los discapacitados y otros grupos de población ubicados desde los cordones de miseria de las ciudades (grandes y pequeñas sin distinción) hasta las más recónditas veredas del sector rural, que por eso es el creciente número de derechos de petición y de tutelas que actualmente afronta el más enfermo de los sectores, el de la salud.

-----





## Salud mental comunitaria...

# LA LEY DE SALUD MENTAL COLOMBIANA EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO: UNA APUESTA POR EL RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS

Jesús Andrés Sánchez S.<sup>+++</sup>, Laura Carolina Castro B.<sup>+++</sup>,  
John Pedraza P.<sup>§§§</sup>, Mariam Verbel R.<sup>\*\*\*\*</sup>



[http://www.sinmordaza.com/imagesnueva/noticias/grandes/65127\\_gremiales.jpg](http://www.sinmordaza.com/imagesnueva/noticias/grandes/65127_gremiales.jpg)

### Resumen

El presente artículo tiene como objetivo mostrar al lector cómo ha sido concebida la Ley 1616 de 2013 en el marco de las experiencias de tres países latinoamericanos (Argentina, Brasil y Chile). En 1990 la OPS/OMS hace una revisión crítica y nota que el proceso de internalización, institucionalización y custodia en psiquiátricos no es descentralizado, participativo, integral, continuo y preventivo. De allí que la salud mental bajo un enfoque comunitario estructure una nueva concepción de los servicios, lo que implica el desarrollo y ejecución de programas para un grupo determinado de personas con el fin de promover, proteger y tratar la salud mental y sus problemas.

**Palabras claves:** Ley, legislación, salud mental, América Latina.

### Summary

This article aims to show the reader how the law 1616/2013 has been conceived within the framework of the experiences of three Latin American countries (Argentina, Brazil and, Chile). In 1990 PAHO/WHO made a critical review and noted that the process of internalization, institutionalization and, psychiatric custody was not decentralized, nor was it participatory, integrated, continuous and, preventive. Hence, mental health has come up with a new conception of the services under the community approach. This implies the development and implementation of programs for a certain group of people in order to promote, protect and treat mental health and mental health problems.

**Keywords:** Law, legislation, mental health, Latin America.

<sup>+++</sup> Psicólogo, Esp. Gerencia, Universidad Pontificia Bolivariana y Estudiante Maestría en Salud Mental Comunitaria, Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia.

<sup>+++</sup> Psicóloga, Estudiante Maestría en Salud Mental Comunitaria, Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia.

<sup>§§§</sup> Psicólogo, Esp. Psicología Clínica, U. Católica y Estudiante Maestría en Salud Mental Comunitaria, Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia - [japedrazap@gmail.com](mailto:japedrazap@gmail.com).

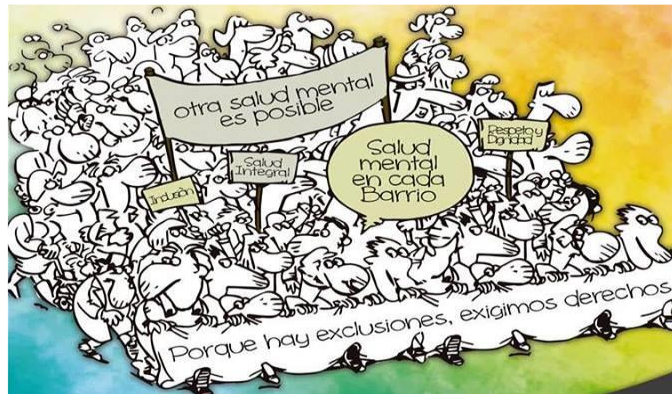
<sup>\*\*\*\*</sup> Psicóloga, Esp. Desarrollo, Universidad del Norte y Estudiante Maestría en Salud Mental Comunitaria, Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia.



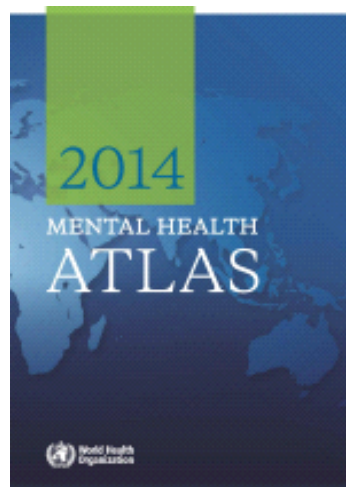
## A modo de introducción

El presente artículo tiene como objetivo mostrar al lector cómo ha sido concebida la Ley 1616 de 2013, primera ley en salud mental colombiana y que se encuentra en proceso de reglamentación, en el marco de las experiencias de tres países Latinoamericanos, los cuales, según la Organización Panamericana de la Salud, son abanderados en el tema de salud mental, no solo por su compromiso desde la Declaración de Caracas, para reestructurar su sistema de atención psiquiátrica, sino por sus legislaciones progresistas en materia de derechos humanos y civiles.

## Cada país con un enfoque diferente



Es importante apuntar que en diferentes legislaciones en políticas públicas en salud mental, tanto de América Latina como del Caribe (AL y C.), como, por ejemplo, en países como Brasil, Argentina, Chile y Colombia, se observan diferencias tanto en los principios y fundamentos de la política, como en los mecanismos planteados para su implementación; de allí que se pueda aseverar que la política pública en salud mental presenta distintos desafíos para su regulación.



Un esfuerzo de la OMS que se conoce como El Proyecto Atlas de Salud Mental, presenta un panorama desalentador en cuanto al déficit en servicios de salud mental en AL y C.: *"los niveles de inversión en salud mental, así como la disponibilidad de camas psiquiátricas, médicos psiquiatras y otros*

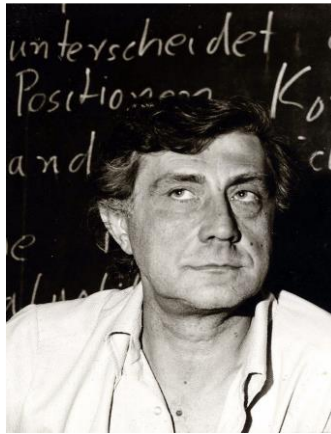


profesionales de la Salud Mental en estos países están rezagados si se compara con Estados Unidos y Canadá" (1).

### Comunidad: la clave

Con respecto a la atención en salud mental, la OMS afirma que los sistemas de salud deben enfocar los esfuerzos en lo comunitario, pues lo que se busca privilegiar es una salud mental integrada en la atención general en salud y en otros ámbitos de la vida social como la educación, en definitiva es una apuesta por el trabajo y las actividades que promuevan el bienestar en general (2).

Es importante resaltar que la acción comunitaria en temas de salud en general y de salud mental en específico, es reforzada por el hecho de que los planes en salud mental de muchos países latinoamericanos están cimentados sobre un modelo biopsicosocial. En este escenario las experiencias de países como Argentina, Brasil y Chile se han consolidado a partir de modelos alternativos que han mostrado su efectividad en el abordaje de temas relativos a la salud mental, como es el caso de la implementación de modelos comunitarios, donde, como cita la ley colombiana: "se propone la participación y el compromiso activo de la comunidad, no solo del personal sanitario... sino de los asistentes sociales, la policía, los magistrados, jueces, y demás interesados" (2).



[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/1/13/1979\\_-\\_BasagliaFoto800.jpg/800px-1979\\_-\\_BasagliaFoto800.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/1/13/1979_-_BasagliaFoto800.jpg/800px-1979_-_BasagliaFoto800.jpg)

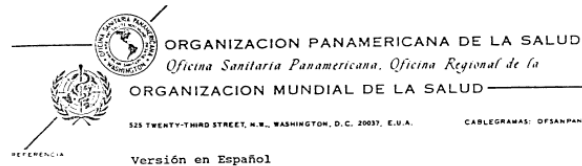
El modelo comunitario se constituye en un cambio de paradigma frente a la atención de personas con trastornos mentales crónicos y "una nueva concepción de la oferta de servicios de salud mental" (3). En esta visión es importante resaltar que la calidad de la atención en salud mental no depende exclusivamente de los recursos disponibles, sino de conceptos como diversidad y calidad, multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, aprendizaje, cambio y complejidad (4).

Bajo este paradigma se formulan una serie de indicadores de servicios de salud mental comunitaria que permiten garantizar el tratamiento y el respeto a los derechos de los ciudadanos. Uno de ellos es el *modelo de referencia biopsicosocial* para afrontar las diferentes caras del sufrimiento psíquico, el cual no puede ser concebido solo desde procesos médicos. Otro indicador será la accesibilidad (apertura 24 horas/día, siete días por semana), sin intermediarios, así puede decirse que "la institución se acerca al ciudadano" (5).



### Un poco de historia...

En 1990 la OPS/OMS hace una revisión crítica de la "atención psiquiátrica convencional" y encuentra que no es "descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva" (6). Nota, además, que los procesos de internalización, institucionalización y custodia en psiquiátricos se presentan como una modalidad única que obstaculizaban el logro de dichos objetivos, que luego se plantearían en la Declaración de Caracas, donde se estipularía que "las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que, a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales y b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que aseguren su cumplimiento" (7).



#### D E C L A R A C I O N D E C A R A C A S

Caracas, Venezuela

14 de noviembre de 1990

Así, la Declaración de Caracas constituye el punto de partida del análisis de las diferentes legislaciones, dado que este documento enfatiza y "promueve un marco legal que establece la protección de los derechos humanos, la vigencia de la democracia en los servicios y, aunque menos explícitamente, la equidad" (8).

En noviembre de 2005, la OPS, la OMS y el gobierno de Brasil citaron a la "Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental", buscando hacer un balance 15 años después de la promulgación de la Declaración de Caracas para analizar los progresos alcanzados en la región en materia de salud mental.

Como mencionan Levav y González, entre las conclusiones de la Conferencia de Brasilia, una de las más importantes a la que se llegó es que "de las experiencias vividas a lo largo de estos años se derivan importantes lecciones, cuya aplicación en el futuro puede ser crucial para la culminación del proceso de reforma" (8). Plantean de igual manera, que es imperativo documentar y difundir las experiencias exitosas en la atención en salud mental de los países de la región, "acción que se verá favorecida por la promoción de programas de cooperación entre países" (8).

De la misma manera, los autores resaltan que el escenario de la Conferencia brindó una oportunidad importante para los países participantes para establecer un marco de referencia, ofrecer las bases de "un programa para la acción y consolidar el flujo tanto de recursos latinoamericanos como de países fuera de la Región que generosamente prestaron apoyo" (8).

Como bien se menciona en el documento de seguimiento a la "Reforma de los servicios de salud mental", no estaba estipulado en la Declaración de Caracas la formulación obligatoria de planes nacionales de salud mental, aun así, "16 países de la Región de las Américas (lo cual representa el 56,5 % del total de ellos) formularon un plan nacional de salud mental entre los años 1991 y 2001" (8).



[http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/imagenes/noticia\\_nodo/imagenes/noticias/maestria.jpg](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/imagenes/noticia_nodo/imagenes/noticias/maestria.jpg)

De acuerdo a lo anterior, en lo referente a la voluntad política a favor de la salud mental comunitaria, se pueden ilustrar los hechos ocurridos en tres países latinoamericanos que cuentan con leyes en esta materia. Las normas jurídicas instauradas, por ejemplo, en Río Negro (Argentina) y Brasil forman parte de las leyes promulgadas por el poder legislativo, mientras que, en el caso chileno, dichas normas tienen el respaldo de un documento oficial del "Ministerio de Salud - Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría" (6).

En Chile, como lo destaca la revisión realizada por Minoletti y Zaccaria, a los 10 años de experiencia exitosa del Plan: "la aplicación de estrategias de salud pública se agrupó en dos planes nacionales de salud mental y psiquiatría puestos en marcha por el Ministerio de Salud en los años 1993 y 2000" (9). De hecho, señalan que "con el primer plan se introdujeron prácticas innovadoras que sirvieron de base para formular el segundo plan, el cual estableció un modelo más elaborado de red, de atención y de programas de actividades que abarcaban los problemas prioritarios" (9).

Brasil, como país firmante de la Declaración de Caracas, se adhiere a ella tras un largo movimiento de trabajadores en salud mental, este hecho quedó ratificado en la ley 9867, del 10 de noviembre de 1999 (10), donde se reconoce la necesidad de incluir y de realizar una integración social de las personas con alguna desventaja, entre ellas las personas con deficiencias psíquicas y con discapacidad mental, que dependen de la asistencia psiquiátrica permanente, y los egresados de los hospitales psiquiátricos.

### El caso colombiano



Estudios en Colombia han mostrado un aumento considerable en el número de personas que padecen trastornos mentales que tienen dificultades junto con sus familias para acceder a tratamientos y a servicios de atención calificados. Esta situación se agudiza porque en el país existe una brecha muy amplia entre la formulación de las políticas públicas y la implementación de las mismas; a esto se añade la preeminencia de un modelo biomédico de atención basado en la enfermedad.





Sumado a lo anterior, la elaboración de una política oficial y su aprobación e implementación constituyen un proceso largo y complejo, lo cual explica por qué, en la región de las Américas, uno de cada cuatro países no cuenta con una política nacional de salud mental y por qué, en aquellos que la han formulado, su implementación aún es incompleta.

Según Desviat *"la legislación de salud mental no debe ser vista como un suceso único, sino como un proceso continuo que evoluciona con el tiempo"* (5). Esto implica que la legislación debe ser evaluada, revisada y reestructurada conforme se evoluciona en la *"atención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales"*, y a partir de los avances en el desarrollo y prestación de los diferentes servicios de salud mental de cada uno de los países (5).

### Buscando la integralidad

Esto podría explicar de manera somera por qué, hasta la promulgación de la ley 1616 del año 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia no asumía la responsabilidad de brindar una atención integral e integrada en salud mental; es a partir de su expedición que se promueve, *"en el marco de la atención primaria en salud, el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental"* (6). Sin embargo, en los distintos programas propuestos sigue existiendo una necesidad constante por fomentar una salud social, emocional y mental como una prioridad pública, donde la promoción y la prevención deben organizarse como metas importantes y permanentes en salud pública (10).



<http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2014/09/ley1616-2013-218x300.jpg>

Señala la norma que, para su aplicación, debe existir una *"atención integral e integrada en la salud mental"*, entendida la atención integral como *"la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en la salud e inclusión social"* (6).

A pesar de este avance en términos legislativos, en lo referente a la postulación e implantación de estas legislaciones en salud mental, Colombia se encuentra en desventaja en tiempo y en restauración de servicios. A la fecha la ley 1616 de 2013 se encuentra en un proceso de reglamentación, pero reconoce la necesidad constante de fomentar una salud social, emocional y mental como una prioridad política (5).



Como lo menciona la OMS "el propósito fundamental de la legislación en salud mental es el de proteger, promover y mejorar la calidad de vida y el bienestar mental de los ciudadanos. Donde la necesidad de tener una legislación en salud mental surge de la creciente comprensión de la carga personal, social y económica que significan los trastornos mentales en todo el mundo" (11).

### A modo de reflexión...



<https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/600x315/29/67/5d/29675d8269ee76cda68c4b48161b21.jpg>

El desconocimiento del fenómeno mental en todas sus vertientes trae consigo una serie de prácticas que se constituyen en violaciones de los derechos humanos, por ejemplo, en algunos países, entre ellos Colombia, "las personas con trastornos mentales son atadas a los árboles en las afueras de sus comunidades, donde se dejan semi-desnudas o con harapos, son golpeados regularmente, y se les restringe el acceso a la comida" (12).

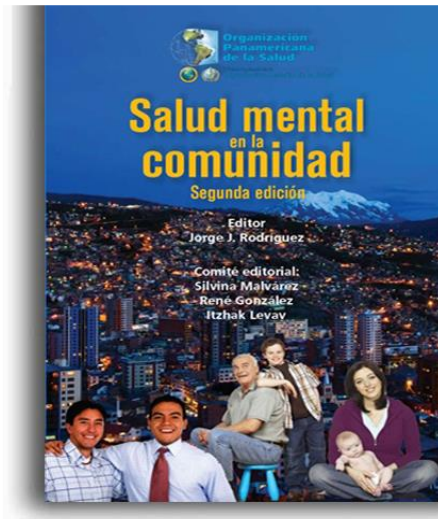
### Por ello...

Este tipo de prácticas y las condiciones de vulnerabilidad, por no decir de abandono, a las que se ven sometidas las personas con trastornos mentales, se constituyen en una de las motivaciones más fuertes para reformar las políticas nacionales en materia de salud mental y la forma en que los sistemas de salud locales, nacionales y regionales prestan dichos servicios en esta materia (13).

En este contexto, la legislación debe ser entendida como una herramienta particularmente poderosa para la promoción de los derechos fundamentales. Bronislaw Malinowski delimita de un modo más claro esta misma idea cuando define claramente la ley como "un conjunto de obligaciones vinculantes sentidas y miradas como una obligación por una de las partes y reconocidas como un derecho por la otra" (14).

Específicamente la legislación en salud mental es "un marco legal que asegura la consideración de temas complejos, como el acceso a los servicios de salud mental, la prestación de una atención con calidad humana y técnica, la rehabilitación y el seguimiento, la total integración de las personas con trastornos mentales a la comunidad y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad" (15).

De este modo, la salud pública, que se defiende en este artículo, está enmarcada en la salud mental comunitaria, lo que implica el desarrollo y ejecución de programas para un grupo determinado de personas con el fin de promover, proteger y tratar la salud mental y problemas de salud mental (16).

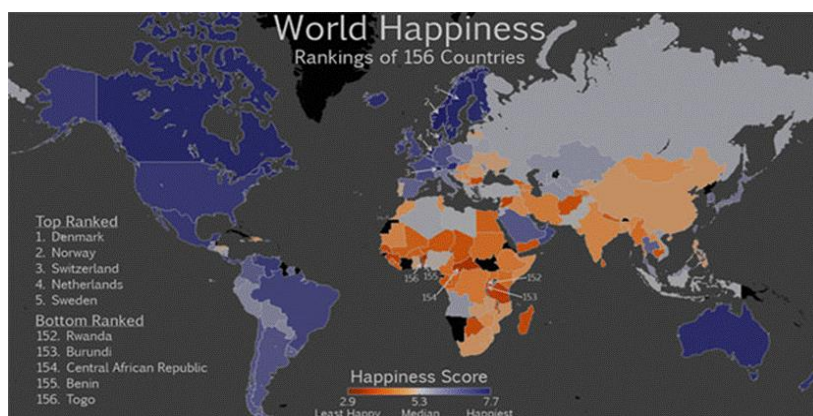


[http://www.paho.org/ets/images/stories/salud\\_mental\\_en\\_la%20comunidad.jpg](http://www.paho.org/ets/images/stories/salud_mental_en_la%20comunidad.jpg)

De allí que la salud mental desde este enfoque comunitario estructure una nueva concepción de los servicios, dando el paso de la psiquiatría a los servicios de salud mental y, junto a esto, *"tres grandes desplazamientos: del sujeto enfermo a la comunidad, del hospital a los centros comunitarios, y del psiquiatra al equipo"* (1). Esta nueva manera de concebir la salud mental representa un modelo radicalmente distinto al predominante, pues en este se entiende al sujeto como representante de un grupo y, por ende, su padecimiento con relación al problema comunitario que representa (17).

En este escenario la formulación de políticas *per se* constituye un proceso largo y complejo, pues estas hacen manifiesto un *"conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales"* (18). Su complejidad está determinada por las interacciones que se dan entre los siguientes elementos: el régimen político, los actores sociales, la cultura social y política y el escenario internacional (19).

### Sugerencias...



<http://www.primas.org/wp-content/uploads/2014/11/los-paises-mas-felices.jpg>

Con base en los argumentos y razones expresados a lo largo del texto y con el objetivo de ampliar el conocimiento de lo que ha ocurrido en los procesos de reforma en atención en salud mental y

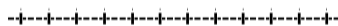


psiquiátrica, se percibe que existe la necesidad de realizar una revisión de las legislaciones de países que han sido considerados como líderes en atención en este campo, esto con el objetivo de comparar en un clima constructivo las políticas en salud mental promulgadas en Colombia con aquellas que se han desarrollado en países que llevan muchos años y pasos adelantados en ese tema.

Existe también la necesidad urgente de un estudio riguroso de las legislaciones de países latinoamericanos que han sido exitosas en sus políticas de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, pues esto servirá de insumo para la realización de propuestas de atención integral que permitan un abordaje comunitario de la salud mental en el país, ofreciendo los elementos al estado colombiano para que se reglamente y se implemente la legislación actual, además de incentivar la realización de futuras investigaciones en el área de la salud mental comunitaria.

## REFERENCIAS

- (1) Rodríguez JJ, Kohn R, Levav I. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez JJ, Malvárez S, González R, Levav I. Salud Mental en la Comunidad. Segunda Edición. Ed. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2009. p 27 – 28.
- (2) Ley 1616 /2013 de 21 de enero de Salud Mental (Diario Oficial del Estado, número 48680).
- (3) U.S. Department of Health & Human Services. Report of the Surgeon General 's Conference on Children 's Mental Health: A National Action Agenda. Washinton DC: Departament of Healt & Human Services; 2000.
- (4) Larban Vera, J. (2010). El modelo comunitario de atención a la salud mental "continente y contenido". Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el adolescente.
- (5) Desviat M. La Reforma Psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev Esp Salud Pública. 2011; (85): p. 427-436.
- (6) Funk M, Faydi E, Drew N, Minoletti A. Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. En: Rodríguez JJ, Malvárez S, González R, Levav I. Salud Mental en la Comunidad. Segunda Edición. Ed. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2009. p 105 – 117
- (7) OPS, Declaración de Caracas (1990).
- (8) Levav, I. & González, R. (2005) Las raíces de la declaración de Caracas. En: Organización Panamericana de la Salud, La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, DC: OP.
- (9) Minoletti A, Narváez P, Sepúlveda R, Funk M. Desarrollo de políticas y planes de salud mental comunitaria. En: Rodríguez JJ, Malvárez S, González R, Levav I. Salud Mental en la Comunidad. Segunda Edición. Ed. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2009. p. 89-103.
- (10) Alberto Fernández Liria MHMBRV. Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1997.
- (11) OMS, Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos y legislación (2006).
- (12) Hogbonon G. L'Association St Camille. [Internet]. 2005. Disponible en: <http://www.aima-sm.org/aimacat/stcamille/contingut.html>
- (13) Funk M, Saraceno B, Drew N, Lund C, Grigg M. Mental health Policy and Plans: Promoting an Optimal Mix of Services in Developing Countries. International Journal of Mental Health. 2004; 33(2): 4-16.
- (14) Ochoa C. Derecho Consuetudinario y Pluralismo Jurídico. Cholsamaj 2002. Página 107.
- (15) Ley 1616 / 2013 de 21 de enero de Salud Mental. (Diario Oficial del Estado, número 48680).
- (16) Asociación Española de Neuropsiquiatría. Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. In Desviat M, Moreno A, editors. Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Madrid: Exlibris; 2012. p. 21-27
- (17) Caplan G. Principios de psiquiatría preventiva Buenos Aires: Paidós; 1966.
- (18) Asociación Española de Neuropsiquiatría. Planificación y programación en salud mental. En Desviat M, Moreno A, editors. Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Madrid: Exlibris; 2012. p. 104-114.
- (19) Alcántara M. Gobernabilidad, crisis y cambios México: Fondo de Cultura Económica; 1995.





## Caso clínico...

# ABSCESO EPIDURAL DE COLUMNA

Mario Villegas N.<sup>††††</sup>

Varón adulto, natural de Campo de la Cruz (Atlántico) y residente en la isla de San Andrés desde hace cerca de 20 años, soltero, sin hijos, en familia extendida con sus padres, actualmente sin trabajar a causa de las limitaciones impuestas por su enfermedad; hasta hace cerca de tres meses, se desempeñaba como albañil. Actualmente requiere de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria y utiliza apoyos de marcha del tipo caminador, ante la dificultad manifiesta para la marcha.

En sus antecedentes se reconoce como persona que padece diabetes mellitus del tipo 2, desde hace unos cinco años y actualmente en uso de insulina del tipo Glargina en cantidad de 24 UI cada día, sin que aplique estrategias de autocontrol o autoajuste, sin que mantenga registros de mediciones de glucometría, sin que reconozca los valores de hemoglobina glucosilada y sin que esté seguro de su función renal o perfil lipídico.

En sus antecedentes patológicos, reconoce que en febrero de 2016 estuvo hospitalizado y recibió cobertura antibiótica y drenaje por parte de cirugía general, de un absceso del psoas derecho, habiendo sido dado de alta y con controles ambulatorios por medicina interna.



Imagen 1. Absceso del psoas derecho.

†††† MD. Especialista Medicina Familiar Integral, Educación médica, Gerencia en Salud, Pedagogía, Educación Médica y Sistemas de Calidad.





Imagen 2. Absceso del psoas derecho.



Imagen 3. Absceso del psoas derecho.

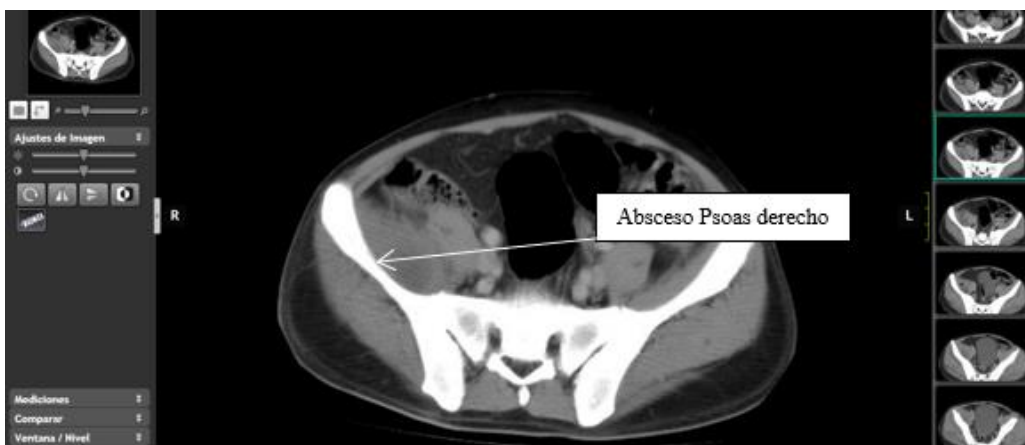


Imagen 4. Absceso del psoas derecho.

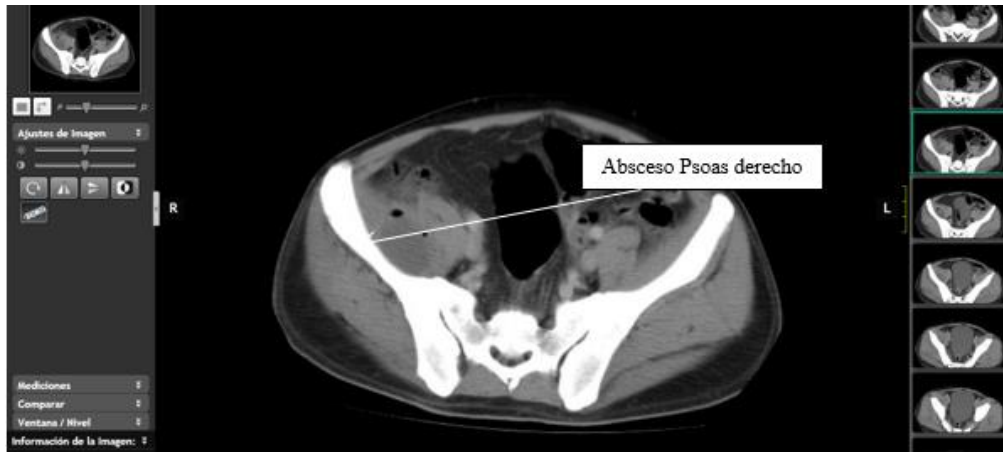


Imagen 5. Absceso del psoas derecho.

Desde el momento del ingreso hospitalario en febrero de 2016, el paciente refiere la presencia de síntomas neurológicos del tipo hipodisestesias en los miembros inferiores y dolor lumbar, síntomas que se han acentuado a lo largo de los 30 días anteriores al ingreso actual.

El día 1 de abril de 2016, reconsulta al servicio de urgencias, por presentar dolor lumbar axial, asociado a pérdida progresiva de la movilidad de ambos miembros inferiores, con predominio en el miembro inferior izquierdo, con una muy clara alteración de la marcha que le hace necesario el uso de caminador y silla de ruedas.

Refiere adicionalmente la presencia de fiebre subjetiva y pérdida de peso.

Al examen físico se lo aprecia en regulares condiciones, consciente y alerta, obedece órdenes simples y complejas, caquético, pálido. Pupilas isocóricas, Normo-reactivas, con diámetro de 3mm, sin afeción de pares craneanos altos o bajos.

Se aprecia un nivel sensitivo normal hasta T6, con presencia de hipoestesias desde T6 hasta S1, con fuerza distal en miembros inferiores de 3/5, con reflejos osteo-tendinosos mostrando: hiperreflexia patelar y aquiliana bilateral, Babinski bilateral positivo, reflejo de Hoffman negativo.

El examen cardiopulmonar normal, el abdomen con leve dolor en fosa iliaca derecha.

Las extremidades con pérdida de la fuerza, más evidente en el miembro inferior derecho.

## EVOLUCIÓN

Ante la presencia de síntomas y signos clínicos altamente sugestivos de una compresión medular y considerando la presencia del absceso de psoas en febrero de 2016, se solicitaron tomografías computarizadas contrastadas cervico-toraco-lumbares, en busca de localizar la lesión y proceder a su manejo.

Se solicitaron laboratorios de panel metabólico y reactantes de fase aguda de inflamación, todos ellos negativos en sus resultados. Se solicitaron hemocultivos y se colocó como impresión de **diagnóstico, una espondilodiscitis** con colapso vertebral en paciente diabético.

El día 2 de abril y mediante la interpretación de las tomografías, se identificó la presencia de **un gran absceso epidural**, localizado entre T 8 y T 11 segmento anterior, con desplazamiento del cordón medular, con cambios de remodelación ósea de T 9 y T 10 y se consideró que el episodio de absceso



del psoas derecho del mes de febrero de 2016, se encontraba inmerso dentro del mismo cuadro clínico y habría correspondido a un escurrimiento purulento desde el absceso epidural torácico.

Ante el riesgo de paraplejía postquirúrgica, sangrado masivo en sistema nervioso central (médula espinal), neuroinfección y necesidad de instrumentación a largo plazo, estando programado de manera urgente para laminectomía y drenaje del absceso, se procedió a un traslado en avión ambulancia hacia un servicio de neurocirugía de IV nivel que contara con resonancia magnética nuclear, imágenes gamagráficas y un mejor servicio de infectología clínica disponible.

Las laboratorios mostraron: Potasio 4.00 mm/ol/L. Cloro 100 mmol/L. Creatinina 0.58 mg por dL. BUN 12,6 mg /dl. Glicemia: 111mg. Hematocrito. 34,8 %. Hemoglobina 11, 4 grm. VSG 40 mm 1 hora. Leucocitos 7400 y neutrófilos 77 %. Proteína C reactiva 13,1 mg/dl (normal 0.0 a 0.5). Gases arteriales normales.

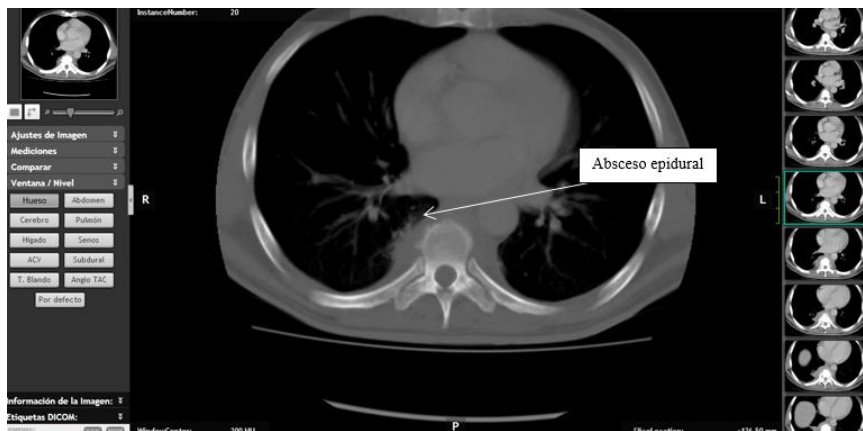


Imagen 9. Cambios óseos en el cuerpo vertebral de T 8.



Imagen 10. Cambios óseos en el cuerpo vertebral de T 8 y lesión discal.



Imagen 11. Cambios óseos en el cuerpo vertebral de T9 y lesión discal, gran edema prevertebral.



Imagen 12. Cambios óseos en el cuerpo vertebral de T9 y lesión discal, gran edema prevertebral.



Imagen 13. Cambios óseos en el cuerpo vertebral de T10 y lesión discal, gran edema prevertebral.



Imagen 14. Cambios óseos en los cuerpos vertebrales de T8 y T9 y lesión discal, gran edema prevertebral.



Imagen 15. Cambios óseos en los cuerpos vertebrales de T8 y T9 y lesión discal, gran edema prevertebral.



Imagen 16. Cambios óseos en los cuerpos vertebrales de T8 y T9 y lesión discal, gran edema prevertebral.

## ANÁLISIS





La importancia de este caso radica, no solo en la frecuencia creciente en el diagnóstico de espondilodiscitis en pacientes que sufren de diabetes mellitus, diagnóstico quizás relacionado con la disponibilidad creciente de neuro-imágenes como las tomografías computarizadas contrastadas y las resonancias magnéticas nucleares contrastadas en las columnas cervical, dorsal y lumbar, sino, en la toma de los datos en la historia clínica y el examen físico delicado de los pacientes.

En este caso en particular, mirado de manera retrospectiva, cuando todo parece sencillo, el paciente, hombre muy tranquilo y amable por cierto, manifestó con toda claridad que, desde el primer momento, tenía una sintomatología similar.

El hallazgo, muy claro, de un absceso del músculo psoas, localizado a nivel pélvico, contra el ligamento inguinal, pareció en un primer momento explicar la presencia de dolor en el miembro inferior derecho, pero no explicaba de ninguna manera las alteraciones de marcha, de sensibilidad, de fuerza y de reflectividad manifiestas y que, de manera posterior, hicieron evidente la espondilodiscitis torácica.

El paciente fue remitido para su manejo a una IPS de cuarto nivel. No sé el resultado final del proceso integrado de manejo de este paciente en el continente y espero de todo corazón, que esté siendo exitoso, con un buen drenaje neuroquirúrgico, una prolongada administración de antibióticos y una posterior instrumentación de columna dorsal, con una rehabilitación intensa para terminar.

Ante mis ojos se abre nuevamente la oportunidad que aprecio en casi 9 de cada 10 pacientes que sufren de diabetes mellitus y consultan a nuestro servicio de emergencias:

No reconocen su enfermedad, no la conocen tampoco, no les hemos apoderado de sus vidas y del manejo de la enfermedad en ellas; no les hemos enseñado cómo autocontrolarla y cómo autoajustar su medicación a esos controles; no les hemos enseñado a contar calorías, a hacer su ejercicio, a manejar su nutrición, al cuidado de sus pies... en fin, creo que no hemos revisado esos bellos documentos que cada enero nos regala la American Diabetes Association en sus Standards of Care.

Revisando esos Standards of Care en <http://care.diabetesjournals.org/site/misc/2016-Standards-of-Care.pdf>, colocando la mirada un tiempo en la página web de esa asociación en [www.diabetes.org](http://www.diabetes.org) y revisando cualquier referencia bibliográfica como, por ejemplo:

Graña D, Gutiérrez M, Torres D, Perendones M. Espondilodiscitis bacteriana inespecífica: una afección con incidencia creciente. Arch Med Interna. 2014; 36(2):55-59.

Quizás así podamos servir mejor a pacientes como este a quien he descrito.

-----



## Sobre medicamentos...

# “LA PRESCRIPCIÓN DIFERIDA DE ANTIBIÓTICOS PUEDE AYUDAR A SU USO MÁS RACIONAL”

Tomado de: *El Global*, 22 de diciembre de 2015

[http://www.elglobal.net/noticias-medimento/2015-12-22/industria-farmaceutica/la-prescripcion-diferida-de-antibioticos-puede-ayudar-a-su-uso-mas-racional/pagina.aspx?idart=957461&utm\\_source=mail&utm\\_medium=newsletter&utm\\_campaign=elglobal](http://www.elglobal.net/noticias-medimento/2015-12-22/industria-farmaceutica/la-prescripcion-diferida-de-antibioticos-puede-ayudar-a-su-uso-mas-racional/pagina.aspx?idart=957461&utm_source=mail&utm_medium=newsletter&utm_campaign=elglobal)



[http://www.agenciasinc.es/var/ezwebin\\_site/storage/images/noticias/la-prescripcion-diferida-de-antibioticos-puede-ayudar-a-su-uso-mas-racional/5588269-7-esl-MX/La-prescripcion-diferida-de-antibioticos-puede-ayudar-a-su-uso-mas-racional\\_image\\_380.jpg](http://www.agenciasinc.es/var/ezwebin_site/storage/images/noticias/la-prescripcion-diferida-de-antibioticos-puede-ayudar-a-su-uso-mas-racional/5588269-7-esl-MX/La-prescripcion-diferida-de-antibioticos-puede-ayudar-a-su-uso-mas-racional_image_380.jpg)

Equipos de Atención Primaria de España proponen diferir la prescripción de antibióticos en pacientes ambulatorios.

### En quiénes

En concreto en pacientes con diagnósticos de faringitis aguda, rinosinusitis o bronquitis aguda. La propuesta implica explicarles que se evaluará su evolución sin antibióticos y, solo en casos en que no mejoren como se espera, deberán tomar el antibiótico (se les entrega la prescripción de acuerdo a su evolución).

Un ensayo multicéntrico en 405 pacientes permitió probar que de esta manera se hace un uso más racional (se prescribe casi un 60 % menos de antibióticos). Observaron que los síntomas duraron un poco más en los que no recibieron, pero la recuperación fue similar (complicaciones o efectos adversos, incluso igual satisfacción de ambos grupos).



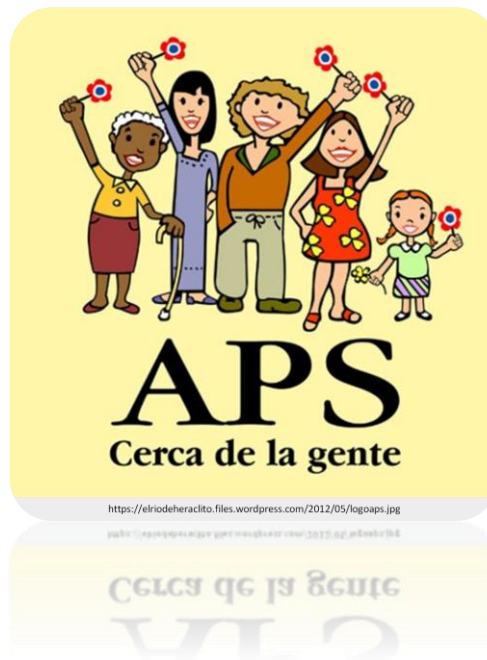
### Lo encontrado

La percepción de que los antibióticos no son efectivos o no son muy efectivos fue superior en los dos grupos de prescripción diferida en comparación con los de la no prescripción o la prescripción inmediata. La satisfacción fue similar en todas las estrategias. No se observaron diferencias entre los grupos en el riesgo de complicaciones, efectos adversos o en la necesidad de visitas adicionales.

“Las estrategias diferidas pueden ser útiles en pacientes con infecciones respiratorias agudas no complicadas para ayudar al uso racional de los antibióticos, principalmente en casos de duda sobre la necesidad de utilizarlos”, concluye el doctor Pablo Alonso, coordinador de esta investigación.

Investigadores independientes<sup>\*\*\*</sup> consideran que al estudio le faltó describir mejor el proceso de aleatorización de la población, por lo que los resultados deben ser analizados con cautela.

**Comentario:** Qué investigación y resultado tan interesante, máxime porque el menor uso de antibióticos promueve una menor aparición de cepas resistentes, situación que tanto agobia a nuestros servicios de salud actuales. Menos es más, ese es el mensaje.



Probablemente, y con un equipo de prestación de Atención Primaria en Salud que asuma el seguimiento de los pacientes con esos diagnósticos frecuentes, a través, por ejemplo, de acompañamiento telefónico, se puede instaurar esta conducta.

---

<sup>\*\*\*</sup> <http://www.sietes.org/buscar/cita/99955>. JAMA Internal Medicine publicó un artículo (McCullough AR, Glasziou PP. Delayed antibiotic prescribing strategies – Time to implement? JAMA Internal Medicine (JAMA Intern Med) 2016; 176 29-30)



## “CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN TRATAMIENTOS CON ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRINGIDO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: ANÁLISIS DE PRESCRIPCIÓN”

Tomado de:  
[http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/may201601/034\\_1\\_antibioticos/](http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/may201601/034_1_antibioticos/)

**Ars Pharm**aceutica

### Características clínico-epidemiológicas de pacientes hospitalizados en tratamiento con antibióticos de uso restringido en un hospital de segundo nivel: Análisis de prescripción

Clinical-epidemiological characteristics of inpatients in antibiotic treatment of restricted use in a second level hospital: analysis of prescription

Félix Gómez de Rueda<sup>1</sup> · M<sup>a</sup> Eugenia Tena Sempere<sup>2</sup>

1. UGC Farmacia, H.G.U. Jerez. Ronda de Circunvalación s/n. CP: 11407, Jerez de la Frontera, Cádiz, Spain.  
2. UGC Oftalmología, H.S.J.D Aljarafe, Bornujos, Sevilla, Spain.

*Ars Pharm* [online]. 2015; 56(3):161-164.  
<http://dx.doi.org/10.4321/S2340-98942015000300005>

**Introducción:** La inadecuada utilización de los antibióticos restringidos (ATBr) en el entorno hospitalario, constituyen en la actualidad un importante problema de salud. Su uso indiscriminado y la ausencia de supervisión por parte de especialistas en enfermedades infecciosas, están contribuyendo a una acelerada selección de cepas resistentes, lo que se traduce en un cada vez más reducido arsenal terapéutico.

**Objetivo:** Analizar la correcta o incorrecta indicación de los antibióticos restringidos en nuestro hospital, de acuerdo al diagnóstico principal.

**Material y método:** Estudio observacional y descriptivo de una serie de 126 casos consecutivos analizados a lo largo de seis meses, en el que se revisaron tanto historias clínicas como solicitudes de antibióticos restringidos.

**Resultados:** El 61,1 % de los pacientes a los que se les prescribió un ATBr habían recibido tratamiento previo y en un 19,8 % los ATBr fueron prescritos de inicio. El 73 % de las prescripciones eran inadecuadas o estaban incompletas.

**Comentario:** Esta sencilla investigación demuestra el problema tan importante que tenemos ante el uso de los antibióticos. Prácticamente 2 de 3 prescripciones de antibióticos de uso hospitalario en este estudio son inadecuadas. ¿Qué podemos hacer para transformar esta realidad? Esa es la pregunta. Interesante sería hacer en nuestra clínica estudios similares para poder conocer nuestra prevalencia en torno al buen y mal uso de antibióticos en pacientes hospitalizados.



## “POR QUÉ ES TAN DIFÍCIL USAR LOS INHALADORES”

Tomado de:  
[http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/may201601/055\\_inhaladores/](http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/may201601/055_inhaladores/)

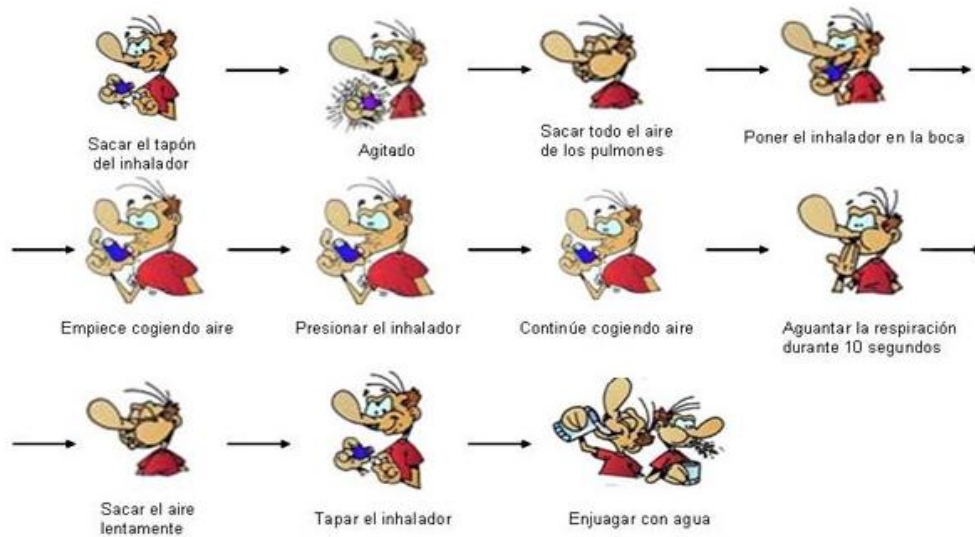
María Valerio  
*El Mundo*, 16 de abril de 2016  
<http://www.elmundo.es/salud/2016/04/16/5711115c22601d83448b45a3.html>



<http://4.bp.blogspot.com/-re085VPfNAU/VUoDH33Vt/AAAAAAAAABFE/XV2wB01P4J/s1600/inhaladores.png>

Increíblemente algo aparentemente tan sencillo como es coordinar el disparo del inhalador con la respiración no es tan fácil. Se ha calculado que un 86 % de los pacientes tienen dificultad para usarlos adecuadamente. La consecuencia obvia es la falta de respuesta con el incremento innecesario de dosis o combinación con otros fármacos.

### Multitud de sistemas



[http://www.cedimcat.info/images/web/contenido/Ciudadanos/Captura\\_de\\_pantalla\\_2014-11-13\\_a\\_las\\_15.35.13.png](http://www.cedimcat.info/images/web/contenido/Ciudadanos/Captura_de_pantalla_2014-11-13_a_las_15.35.13.png)

La primera gran conclusión es que es deber de los equipos de salud dedicarle tiempo al paciente para asegurar que ha entendido cómo se usa el inhalador.





Dice el resumen: "Los dos grandes grupos de inhaladores son los presurizados (tipo *Ventolín*), que disparan el medicamento al apretar; y los llamados de polvo seco, que el paciente activa con su propia inhalación".

Existen numerosos ejemplos en YouTube donde muestran de forma práctica cómo usarlos



<http://www.kidnesiologia.cl/wp-content/uploads/2016/02/images.jpg>

Menciona, además el resumen, que los dos errores más comunes al usar este tipo de medicación son:

1. Que no se coordine la respiración con la aspiración del fármaco (en el caso de los presurizados).
2. Que no se contenga la respiración unos 5 a 10 segundos una vez inhalado el fármaco, en una especie de apnea post-inhalación.



<http://11.wp.com/medicinapreventiva.info/wp-content/uploads/2016/04/usando-inhalador.jpg?resize=800%2C445>

La clave esta es la paciencia (tiempo dedicado) con la que se le enseñe de forma personalizada.

https://www.youtube.com/watch?v=AIEwwg0aKRE



### En niños

El lema es: "ningún niño debe salir de la consulta sin saber usarlo, y si el propio médico no lo sabe usar difícilmente lo va a poder enseñar".



[http://img.alibaba.com/photo/613404320/Antistatic\\_pediatric\\_aerosol\\_chamber\\_for\\_asthma\\_treatment\\_CE\\_.jpg](http://img.alibaba.com/photo/613404320/Antistatic_pediatric_aerosol_chamber_for_asthma_treatment_CE_.jpg)

En los más pequeños el uso de una cámara con mascarilla es la mejor opción.



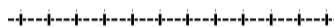
<http://previews.123rf.com/images/dnivrab/dnivrab1211/dnivrab121100059/16292923-De-cerca-la-imagen-de-un-ni-o-peque-o-lindo-con-inhalador-para-el-asma-Fondo-blanco-Foto-de-archivo.jpg>

A partir de los cuatro años ya se pueden usar los métodos con boquilla, siendo clave que la inducción y preparación sea aprendida por padres, que deberán darle el ejemplo (así no le tendrán miedo).

A partir de los 6 años se recomienda, cuando se necesite, enseñar el tubohaler.

A partir de los 9 a 11 años ya están listos para aprender a usar el inhalador clásico.

**Comentario:** Paciencia y compromiso son las claves para enseñar a usar los inhaladores. Ambas condiciones de los equipos de APS.





## El Peregrino que toca...

### LA VIDA, UN CAMINO...

Gabriel Sáenz\*\*\*\*



<http://www.juanncorpas.edu.co/typo3temp/pics/16512173e9.jpg>

Reflexionando sobre la maravillosa visita del Doctor William Contreras López a su *alma mater*, quien después de quince años retorna a su universidad como el mejor neurocirujano joven del mundo, la primera impresión que tuve fue la de una persona que desde su infancia sabía a dónde quería ir, tenía un camino trazado en la vida, primero como médico y luego como neurocirujano, tocando puertas en Alemania y otros países; es decir, un luchador con un proyecto de vida orientado y definido.

Por el contrario, no tener una meta clara o un objetivo preciso en la vida desorienta irremediablemente. De aquí el dicho que reza: "Quien no sabe a dónde va, cualquier camino le sirve."

En el famoso cuento de Lewis Carrol, "Alicia en el país de las maravillas", le pregunta ella al gato:

- "¿Me podrías indicar, por favor, hacia dónde tengo que ir?"
- "Eso depende a dónde quieras llegar", le contestó el gato.
- "A mí no me importa demasiado a dónde", respondió Alicia.
- "En ese caso da igual cualquier dirección", respondió el gato, "hasta que empieces a andar dando un paso tras otro".

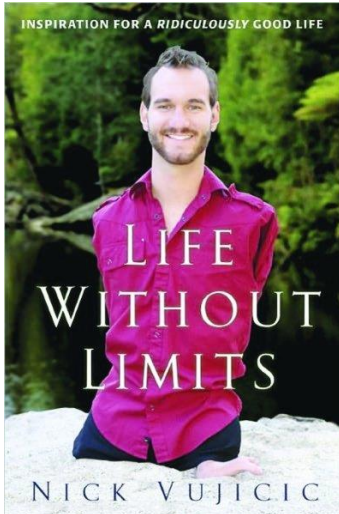


[http://2.bp.blogspot.com/-uJW9fwwgag8/UQWfPePy3I/AAAAAAAAAB4/Dh2zXymdmA/s1600/tumblr\\_mgkjhE4A1s1y5jbo1\\_500.jpeg](http://2.bp.blogspot.com/-uJW9fwwgag8/UQWfPePy3I/AAAAAAAAAB4/Dh2zXymdmA/s1600/tumblr_mgkjhE4A1s1y5jbo1_500.jpeg)

\*\*\*\* Capellán CJNC. Consejero Pastoral FUJNC.



No podemos dejar nuestro futuro a la suerte, a lo que vaya apareciendo. Sería equivocado atenerse al proverbio chino que dice: "La suerte está en los pies, porque a medida que se camina, las cosas van apareciendo".



En cambio, recordando el ejemplo de vida de Nick, el hombre que nació sin brazos ni piernas y hoy recorre el mundo como ejemplo de superación, vale la pena evocarlo ahora. Nick, a los diez años intentó suicidarse, pero no lo hizo porque no quiso causarle ese dolor a sus padres a quienes les agradece el amor que le dieron y que le hayan enseñado que existe un Dios que lo ama y que tiene un plan para él. Algún día dejó de preguntarse por qué había nacido con medio cuerpo y en cambio se preguntó ¿para qué? Así pues, optó por vivir en vez de morir y abrazar su misión en la vida. Se trazó un camino; hizo su proyecto de vida.

Sin un plan trazado somos como un barco a la deriva, vamos a merced de las circunstancias y de las modas, no somos dueños de nosotros mismos, otros deciden por uno; es decir, todo es desarticulado y entonces nos atenemos a que los horóscopos, los astrólogos y las pitonisas nos orienten en un camino falso y ridículo.

No se trata de huir de donde se está sino de ir a algún lugar, y es la meta la que orienta fundamentalmente el camino. El hombre siempre va de viaje, es un ser itinerante, un nómada, un peregrino. Jesús nunca se establecía en un lugar, siempre iba hacia Jerusalén donde culminó su misión en la tierra. De ahí el título de nuestra columna: "El Peregrino que toca", siempre llamando a la puerta para orientar, aconsejar o mostrar un camino.

Hoy el hombre, más que un viajero, parece un fugitivo corriendo siempre, y siempre con prisa, enloquecido por amasar fortunas a como dé lugar y a cualquier precio sin importar la vida o la dignidad del otro. El pensador Giovanni Papini decía en 1955: "Hoy, más que nunca, los hombres sienten la necesidad de huir cada vez más veloz y locamente".

Sin saber a dónde se va, o se tiene que ir, no es posible saber el camino. Por eso, el apóstol Tomás le pregunta a Jesús: "Señor, no sabemos a dónde vas, ¿cómo podemos saber el camino?" (Juan 14:5).

Todos nacemos con una vocación, es decir, una voz que nos llama desde nuestro interior, una voz que viene marcada más que todo en nuestro genoma. El doctor William Contreras descubrió esa voz desde niño, la abrazó y le obedeció.



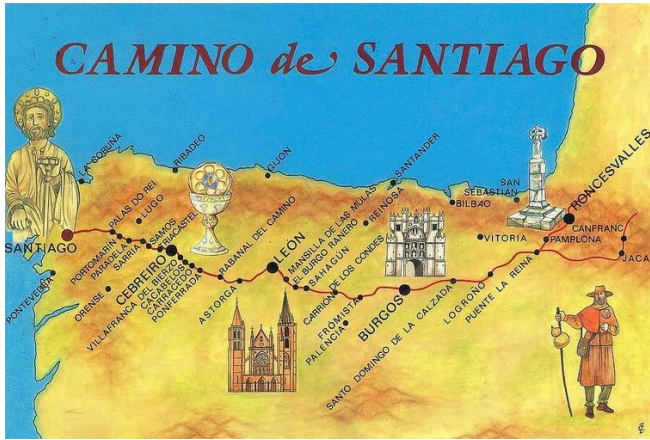
La vocación es algo que persigue y fascina, es un entusiasmo desbordante por algo, como un faro que brilla en las tinieblas, es algo que nos acosa constantemente. La vocación no se inventa sino que fluye de nosotros mismos.

En realidad, un proyecto de vida es tener una idea suficientemente clara de lo que se quiere y se pretende no solo con un visión aproximada sino lo más exacto posible, así se podrá tener o elaborar un plan estratégico que ofrezca entusiasmo alcanzarlo. En parte, el triunfo en la vida del doctor William





Contreras empezó desde que tuvo en la niñez la idea clara de ser médico y, además, neurocirujano; siempre le inquietó el cerebro humano y su funcionamiento. En las fiestas de Halloween se disfrazaba de esqueleto o calavera.



El camino a Santiago de Compostela en España es un ruta que recorren muchos peregrinos de todo el mundo para llegar a esta ciudad donde se veneran las reliquias del apóstol Santiago el Mayor.

El doctor Luis Arturo López tuvo la oportunidad de recorrer en bicicleta (también se puede recorrer a pie o a caballo), una variedad de este camino conocido como la *ruta francesa*, de aproximadamente 800 kilómetros, la cual sale de la frontera entre Francia y España. En esta, el peregrino va encontrando hostales donde pernoctar durante las noches o demorar allí el tiempo que desee. Cada peregrino le puede dar el sentido que quiera a esta aventura. Me parece

oportuno para nuestra reflexión, el sentido de la vida. El caminante va encontrando en la ruta dificultades de lluvia, arena, barro, sed y cansancio que debe superar. Cuando ya se encuentra extenuado y sin fuerzas para continuar, aparecen amigos o compañeros de camino que le dan la mano y ánimo para seguir adelante. Al final alcanzará la meta en la catedral y con gran satisfacción recibirá un certificado o diploma.

El compositor santandereano José Alejandro Morales (1913-1978), recordado por canciones como Pueblito Viejo, Doña Rosario, María Antonia y otras 200 más, compuso Camino Viejo, donde recuerda con tristeza su camino a la escuela, en su niñez. Recordemos algunos apartes de la letra:

*“Camino viejo de mi vereda  
por donde tantas veces pasé  
llevando al hombro mi taleguera  
con mis cuadernos y mi pizarra  
rumbo a la escuela de doña Inés.*

...

*Hoy que regreso a mi vereda  
Después de tanto vagar sin fe,  
Vine a buscarte viejo camino  
Camino viejo de mi niñez,  
Y con tristeza solo he encontrado  
Seguramente por tu vejez*

...

*que solo quedan las viejas ruinas  
de aquella escuela de doña Inés.  
Camino viejo, viejo camino  
Gratos recuerdos de mi niñez.”*

Tal vez todos quisiéramos recorrer de nuevo el camino de nuestra niñez para rectificar o enmendar errores del pasado, pues siempre llevamos en el corazón las ruinas de vivencias que ya no existen. Sin embargo, pensemos que la vida es el camino a Santiago donde al final debemos encontrar la satisfacción de vivir en la trascendencia junto a quienes nos han ayudado a llegar a la meta para recibir, como dice San Pablo, la corona que no se marchita jamás.







## NOTICOMUNITARIA

El viernes 17 de junio se dio inicio al curso virtual de Atención Primaria en Salud (APS) dirigido a los residentes de Medicina Familiar Integral y docentes del Departamento de Medicina Comunitaria.

Este programa va acompañado con otro que se ofrecerá a egresados, creyendo que la atención primaria en salud es una de las mejores estrategias que deberemos seguir para cumplir con nuestra misión social.



*Esta es una gran oportunidad para entender este modelo y así acercarnos mejor a las personas, sus familias y comunidad, haciendo un verdadero enfoque biopsicosocial.*



**Carta Comunitaria**

ISSN 0123-1588

Departamento de Medicina Comunitaria  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas  
Dirección: Juan Carlos González Q.  
Coeditora: Jenny Alexandra Pinzón R.

Colaboradores:

Luisa Noguera  
Gabriel Sáenz  
Guillermo Restrepo Ch.  
Mario Villegas N.  
Ángela María Hernández P.  
Jenny Salamanca  
José Arlés Gómez  
José Gabriel Bustillo P.  
Carlo Rizzi  
Gonzalo Bernal F.  
Juan Carlos Velásquez