



# CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina Comunitaria



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



Salud Pública

Revisión de artículo

## Enseñar salud en la comunidad



Investigación



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





## TABLA DE CONTENIDO

### Editorial

#### Por la reacreditación

Juan Carlos González Quiñones

### Investigación

#### Diferencias de riesgos psicosociales entre dos colegios, uno estrato bajo y otro estrato alto.

Juan Carlos González, Acevedo GC, Arias AC, Arias D, Angarita G, Barbosa J, Acosta E, Alvarado A, Arias YP, Balaguera Y, López Y, Amézquita D, Ayala LD, Barragán AA, Bello LL, Benavides T, Benitez DM, Achury JD, Ariza M, Arrieta LF, Balanta MC, Jenny Pinzón.

### Atención Primaria en Salud

#### Qué deben tener los programas de pregrado en el área de la salud

Juan Carlos González Quiñones

### Seguridad social

#### Crónica de una muerte anunciada

Juan Carlos González Quiñones

### Salud mental

#### Detección y notificación del maltrato infantil

Jessica Fernanda Gómez J

### Caso clínico

#### Caso de absceso hepático bacteriano drenado a pleura y cavidad abdominal

Mario Villegas N.

### Revisión de tema

#### Herramientas prácticas para la consulta de crecimiento y desarrollo

Andrés Mauricio Cárdenas Tobón

### Bioética y ecología

#### Manifiesto. "El planeta sí es contigo"

Gustavo Urrea Piñeros

### Sobre medicamentos

"¿El ensayo SPRINT cambia nuestro enfoque sobre los objetivos de tensión arterial?".

"Eficacia comparada de los inhibidores de la bomba de protones".

"Beneficios y daños de los fármacos para el «dolor neuropático»".

"Angioedema de respuesta no inmune inducido por fármacos".

"THS. Terapia hormonal sustitutiva en la postmenopausia. Cáncer de ovario".

Juan Carlos González Quiñones

### El peregrino que toca

#### "Santa Teresa de Calcuta"

Gabriel Sáenz

### NotiComunitaria

#### Taller sobre riesgos psicosociales de los adolescentes

Ángela María Hernández Pardo

#### Investigación en Comunitaria

Juan Carlos González Quiñones



EDITORIAL

## POR LA REACREDITACIÓN

Juan Carlos González<sup>‡</sup>



<http://colmayorbolivar.edu.co/blog/wp-content/uploads/2015/03/REACREDITACION.jpg>

En 2017 la Fundación Universitaria Juan N Corpas deberá reacreditarse. Para esto la rectoría dispuso una vez más al doctor Guillermo Restrepo Ch. como cabeza para llevar a cabo el proceso de autoevaluación pertinente y organizar la documentación que se debe enviar a la entidad correspondiente.

He visto el inmenso esfuerzo del profesor Restrepo y reconozco que me asombra ver esa vitalidad y fuerza con que ha asumido el reto. A ratos siento que le faltan recursos, pero veo que no desfallece y que literalmente le “mete el pecho”.

Hace poco me reuní con él y le pregunté si ya había sistematizado toda la información que tiene. Me dijo que estaba en eso, pero que ya tiene claridad sobre los aspectos que debemos fortalecer, los cuales son:



[http://chamberi.es/sites/chamberi.es/files/info\\_2.png](http://chamberi.es/sites/chamberi.es/files/info_2.png)

1. Debemos mejorar los procesos de información y comunicación. Si bien resulta evidente que estamos avanzando y que el programa KAWAK es un ejemplo, así como la página web y el funcionamiento de comités como el curricular, que muestran positivos avances, considera el doctor que la autoevaluación nos invita a seguir construyendo puentes que nos permitan saber lo que hacemos y cómo lo hacemos. Nos invita a continuar con aquellas reuniones que inició rectoría, donde se entrevista con cada docente y se cuentan los sueños y proyectos que están por implementar.

---

<sup>‡</sup> MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria – [juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co)



2. En la docencia se hace necesario fortalecer el trabajo interdisciplinario entre los distintos docentes. Se debe combatir que los docentes desconozcan lo que hacen sus pares y es importante crear espacios para que compartan experiencias (especialmente pedagógicas) y, por, sobre todo, ofrecer una oportunidad a la continuidad de procesos para adquirir competencias transversales donde varios docentes participan. El comité curricular presidido por decanatura se ha propuesto esto (y lo está haciendo regularmente) y por eso se debe continuar. Pero, se hace importante que los docentes como rutina, se reúnan en más espacios, donde hablen de sus estudiantes y de cómo ayudarse a mejorar su formación (reuniones de área o departamento).



<https://rehabilitat.files.wordpress.com/2014/06/arton3354.jpg>



<http://www.nativos.org/wp-content/uploads/2015/09/Do-you-Speak-English-blog-880x480.jpg>

3. Se debe intensificar el aprendizaje del inglés por parte de los estudiantes y docentes; esto les abre un mundo de oportunidades. Son evidentes los logros. El nivel está subiendo y debemos reconocer que buena parte de nuestros estudiantes ingresan con habilidades mínimas. El centro de idiomas ha desarrollado un programa que está dando frutos. No se debe decaer, al contrario, se debe estimular, pues con ello, se les abre muchas oportunidades a nuestros estudiantes y, por, sobre todo, nos permite proyectar aún más a nuestra universidad.

4. Se debe vigorizar el proceso de admisiones. Se hace evidente que existe un número importante de estudiantes que no tienen la preparación que quisiéramos. Si se decide recibirlos, entonces se debe hacer un plan para nivelarlos. Si no, entonces precisar mejor el perfil de estudiantes que queremos tener para así producir el médico que anhelamos. En ello, debemos estimular esa sensibilidad con la que ingresan todos, pues claramente eso los hará mejores estudiantes y, por supuesto, que médicos cuando egresen.



[http://www.eduplan.us/es/wp-content/uploads/2010/04/bigstockphoto\\_Do\\_You\\_Stand\\_Out\\_From\\_The\\_Crow\\_4148691.jpg](http://www.eduplan.us/es/wp-content/uploads/2010/04/bigstockphoto_Do_You_Stand_Out_From_The_Crow_4148691.jpg)




## GRUPOS DE INVESTIGACIÓN

<http://investiga.uned.ac.cr/wp-content/uploads/2015/02/icono-grupos-de-investigaci%C3%B3n.png>

En investigación, resulta evidente el gran progreso. La Universidad ha estimulado al Centro de Investigaciones y este ha respondido. Ahora se hace necesario impulsar a todos nuestros docentes a que se comprometan con el mundo de la investigación. Así, con el ejemplo de los docentes, se dará el ejemplo a los estudiantes y así se estimularán los semilleros. Escribir y publicar se hacen imperativos, máxime cuando nosotros como universidad tenemos mucho que decir; por ejemplo, en lo social. Por lo mismo se deben promover y fortalecer las revistas y espacios para publicar. Reactivar a Medicor como centro de publicación es un propósito que se está desarrollando con fuerza y que debemos sostener y mantener. La Biblioteca se ha comprometido con hacer visible lo que producimos, mostrándonos caminos que debemos recorrer y que unidos sin duda lograremos establecer.

5. Relaciones internacionales. Reconociendo que se viene avanzando en este aspecto y que la Universidad ha hecho esfuerzos grandes, por ejemplo, con Estados Unidos, se hace necesario fortalecer aún más. Se debe promover que los docentes se relacionen con otros de distintas partes del país y del mundo para impulsar intercambios y vínculos. La creación de la oficina de Iniciativas Globales es una respuesta a la cual todos debemos apostarle.



<http://definicion.de/wp-content/uploads/2008/12/relacionesinternacionales.jpg>



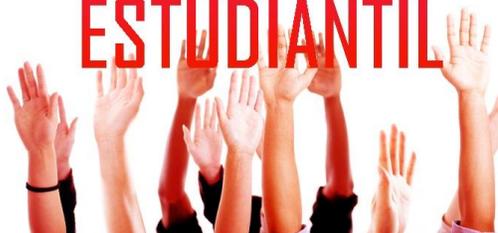
<https://www.youtube.com/watch?v=TPACTjpx9MI>

6. Fortalecer Medicina Comunitaria. Este departamento se ha visto sometido a cambios importantes, pero su filosofía hoy está más actual que nunca. Por ende, debe estimularse para que se reposicione y así convertirse en un ejemplo de cómo enseñar salud en la comunidad. Allí se sabe el cómo y el dónde. Ahora, a respaldarlos para que se conviertan otra vez en uno de los pilares de la reacreditación.



7. Fortalecer los procesos de participación estudiantil y docente. Es increíble lo fácil que los estudiantes y los docentes expresan su sentir. No existe reunión efectuada por el comité de reacreditación donde no se perciba la libertad para expresarse. Sin embargo, se hace necesario desarrollar estrategias donde tal participación se vuelva la norma y, los mecanismos dispuestos para ello, entren a formar parte de la vida académica. Eso es lo que debemos construir.

# PARTICIPACIÓN ESTUDIANTIL



<http://www.uamceh.uat.edu.mx/PortalEstudiantil2/images/pic03.jpg>



[https://4.bp.blogspot.com/-aIE67yVsPpw/V-w9ERsICwI/AAAAAAAAAEI/Zbypp0NYHnEDGEf9Ulug052vSeeQqmQCLcB/s1600/IMG\\_INICO.png](https://4.bp.blogspot.com/-aIE67yVsPpw/V-w9ERsICwI/AAAAAAAAAEI/Zbypp0NYHnEDGEf9Ulug052vSeeQqmQCLcB/s1600/IMG_INICO.png)

8. Homogenizar el sistema de evaluación estudiantil. Existe una inmensa variabilidad en las evaluaciones estudiantiles. Existen progresos en torno a pasar del simplista sistema de exámenes escrito al de evaluar por competencias sobre pacientes (reales o simulados). Ahí existe un progreso importante y de esfuerzo. Ahora debemos enseñar experiencias en tal sentido y buscar construir un modelo que nos acerque a alinear lo que enseñamos con lo que evaluamos.

9. En torno a la infraestructura:

a. La biblioteca ha de concebirse como el núcleo de la vida académica. Mucho se ha progresado y resulta evidente cómo se han ido fortaleciendo las bases de datos y la aparición de repositorios donde todo lo que se produce quede allí registrado y de libre acceso. Pero, aún hace falta promover más mecanismos que fortalezcan su acceso por parte de estudiantes y docentes. Se debe convertir en un sitio donde toda la académica se encuentra, un sitio donde toda la académica recibe apoyo, un sitio donde todos nos sentimos bien.



<http://cdnusa.20m.es/img2/recortes/2013/12/15/14390-580-550.jpg?v=20131215025734>



<http://previews.123rf.com/images/goodshotan/goodshotan1201/goodshotan120100028/12002795-Vector-de-dibujos-animados-de-profesor-chillado-en-el-laboratorio-Foto-de-archivo.jpg>

b. Laboratorios. Creemos que es necesario darles más apoyo. El mundo del laboratorio nos acerca al método científico en su expresión más "natural". Por eso, el poner en contacto al estudiante con el microscopio tiene un sentido, incluso simbólico, que debemos fortalecer. Asimismo, el mundo virtual y el mundo simulado. Donde los logros son evidentes, pero deben fortalecerse, pues es mucho lo que de allí surge como apoyo en los procesos pedagógicos. De igual forma, debemos montar "laboratorios sociales" donde de manera "controlada" pongamos en contacto al estudiante con la realidad social. En eso tenemos experiencia que se debe retomar. En tal sentido no se debe abandonar las ideas de esas casas comunitarias donde la población pueda contarle a nuestros estudiantes la realidad de cómo viven.



[http://www.juanncorpas.edu.co/uploads/tx\\_imagecycle/AUDITORIO14.jpg](http://www.juanncorpas.edu.co/uploads/tx_imagecycle/AUDITORIO14.jpg)

c. Fortalecer nuestra aula principal, la Clínica. La crisis del sector salud ha puesto en una situación delicada a nuestra clínica. Debemos fortalecerla otra vez con la academia. Construir un modelo de atención como el que se ha querido impulsar a través de la Medicina Familiar se hace necesario. Ya existen experiencias que muestran que es posible hacerlo. Debemos aprender de ellas y construir en menos de seis meses una que muestre el potencial de la Medicina Familiar Integral para atender y enseñar la Medicina.

Todo lo anterior tiene que estar consolidado al 30 de abril de 2017. En tal fecha se enviarán los documentos y seremos visitados por los pares en cualquier momento a partir de ese día. El doctor Restrepo considera que, con un poco de voluntad y esfuerzo, podemos tener lo descrito, listo para presentarlo. Yo le creo y estoy dispuesto a hacer lo que deba para asegurar esa reacreditación.

iCorpas vive!





## DIFERENCIAS DE RIESGOS PSICOSOCIALES ENTRE DOS COLEGIOS, UNO ESTRATO BAJO Y OTRO ESTRATO ALTO

Investigadores de campo: Acevedo GC, Arias AC, Arias D, Angarita G, Barbosa J, Acosta E, Alvarado A, Arias YP, Balaguera Y, López Y, Amézquita D, Ayala LD, Barragán AA, Bello LL, Benavides T, Benitez DM, Achury JD, Ariza M, Arrieta LF, Balanta MC<sup>§</sup>  
Tutor de la investigación y editor: Juan Carlos González\*\*  
Análisis estadístico y colaboración: Jenny Pinzón.  
Dibujos Andrés Reyes.

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar si existen diferencias de riesgos psicosociales entre dos colegios, con predominio de estratos dos y cuatro, respectivamente.

**Metodología:** Se aplicó una encuesta autodilucidada en la que se interrogó sobre conocimientos, actitudes y comportamientos de riesgo psicosocial y la estructura y percepción del funcionamiento familiar.

**Tipo de estudio:** Descriptivo de tipo corte.

**Población:** 1.255 adolescentes de sexto a undécimo grado pertenecientes a dos colegios, uno privado y uno público.

**Resultados:** Todas las razones de posibilidades comparadas mostraron mayor riesgo en el colegio estrato dos versus el cuatro. Creer que el condón protege contra el SIDA (OR 0,3 IC 95 % 0,2-0,6). Tener relaciones sexuales (OR 2,3 IC 95 % 1,6-3,4). Protección en la primera relación sexual (OR 0,3 IC 95 % 0,1-0,6). Riesgo de TCA (OR 1,8 IC 95 % 1,3-2,5). Golpeó a alguien en el último año (OR 1,5 IC 95 % 1,1-2,1). Llevar un arma para defenderse (OR 8,9 IC 95 % 1,2-66,1). Beber la última semana (OR 0,4 IC 95 % 0,3-0,5). Fumar en la actualidad (OR 0,2 IC 95 % 0,1-0,3).

**Conclusión:** Esta investigación demuestra una situación de inequidad social que motiva a la reflexión.

**Palabras claves:** Adolescente, conducta del adolescente, conducta de riesgo, conducta sexual, violencia, trastornos de alimentación y de la ingestión de alimentos, problemas sociales, inequidad social (fuente: DeCS).

### ABSTRACT

**Objective:** To identify psychosocial risks differences between a school of socioeconomic strata 4 (upper) and a school of socioeconomic strata 2 (lower).

**Methodology:** A self-questionnaire was administered. The questionnaire asked about knowledge, attitudes and behaviors related to psychosocial risks. Also it was inquired about family structure and perception of family functionality.

**Population:** Students in 6<sup>th</sup> to 11<sup>th</sup> grade attending a private school and a public one (socioeconomic strata 4-5 and 2, respectively).

**Results:** All the compared odds ratio showed higher risk in the lower strata school. Believing condom protects against HIV (OR 0,3 CI 95 % 0,2-0,6). Having intercourse (OR 2,3 CI 95 % 1,6-3,4). Protection in the first-time sex (OR 0,3 CI 95 % 0,1-0,6). Eating disorder risk (OR 1,8 CI 95 % 1,3-2,5). Hitting someone last year (OR 1,5 CI 95 % 1,1-2,1). Carrying a weapon to defend yourself (OR 8,9 CI 95 % 1,2-66,1). Drinking last week (OR 0,4 CI 95 % 0,3-0,5). Smoking currently (OR 0,2 CI 95 % 0,1-0,3).

**Conclusion:** This research demonstrates a social inequality that motivates reflection.

**Key words:** Adolescent, adolescent behavior, risk-taking, sexual behavior, violence, feeding and eating disorders, social problems, social inequity (source: MeSH).

<sup>§§</sup> 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



## INFORME FINAL

### Introducción



Adolescencia, momento clave en la existencia por ser ahí donde el joven se enfrenta a la toma de decisiones y, por ende, al riesgo derivado de las mismas. Se ha definido el término factor de riesgo (1) como "probabilidad que suceda un evento adverso en un tiempo determinado". Aspectos del entorno (condición socioeconómica), los relacionados con la sexualidad (comportamientos y conocimientos, por ejemplo), con la convivencia y, los factores emocionales y psíquicos del joven (trastornos de conducta alimentaria), así como el contacto y consumo con sustancias como alcohol y tabaco, necesitan ser estudiados de forma insistente y dinámica, esperando con esto acercarnos más al entendimiento del mundo de los adolescentes, para que de ahí surjan propuestas (2) que confirmen que es "mejor" invertir en el joven que en las "secuelas adversas" que se presentan en la adultez.

Desde principios de los tratados de Aristóteles sobre el deseo sexual hasta las teorías del desarrollo psicosocial de Sigmund Freud, la sexualidad de los adolescentes ha sido un tema controvertido para prácticamente todas las generaciones. En la medida en que avance el siglo XXI, la sociedad continuará siendo desafiada por el comportamiento sexual de los adolescentes y sus consecuencias. Aunque los médicos suelen tratar la sexualidad de los adolescentes en términos de "riesgo", es importante recordar que la sexualidad, las conductas sexuales y las relaciones sexuales son una parte importante y necesaria del desarrollo humano (3). Los principales riesgos son el contagio de infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado. El inicio tardío de la vida sexual y el uso de anticonceptivos como el condón, son factores determinantes para contrarrestar dichos riesgos. Es un método cercano al ideal pues, además, puede reducir el número de embarazos no deseados, y así, mejorar la calidad de vida de los jóvenes, social y físicamente (4).





## Jóvenes y anticoncepción en Colombia



En Colombia la evidencia muestra un conocimiento generalizado de los métodos modernos de anticoncepción con cifras que reflejan que el 99,8 % de las mujeres están al tanto de por lo menos un método de planificación según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (ENDS) (5). En cuanto a la demanda de planificación por parte de la población adolescente, para el 2004, según Flórez y otros (6), era similar en zonas urbanas y rurales, 83 y 80 %, respectivamente. Aun así, en la ENDS 2010 se indica que, en Colombia, la "demanda insatisfecha es mayor en el grupo de 15 a 19 años de edad, donde llega al 20 %, demostrando la necesidad de más y mejores programas de información y servicios para jóvenes o adolescentes" (5).

### Diferencias



En Colombia, distinguiendo por nivel socioeconómico, existe una importante diferencia entre los estratos alto y bajo en cuanto al uso de métodos anticonceptivos. Según cálculos basados en el ENDS 2010, en los estratos más altos el uso del condón en la primera relación tuvo una prevalencia mayor (no uso: 34 % y persistencia en el no uso: 9 %) con relación al estrato más bajo (no uso: 60 % y persistencia en el no uso: 22 %) (7).



## Violencia juvenil

La OMS se refiere a la violencia juvenil como “un problema de salud pública, el cual incluye actos que van desde la intimidación y las riñas hasta el homicidio, pasando por agresiones sexuales y físicas más graves (8).

### Nosotros



El estudio de convivencia escolar del DANE (9) de 2011 mostró que un 37,2 % de los estudiantes de 5º a 11º grado de establecimientos oficiales (23, 9 % en colegios privados) expresan haber visto que algunos de sus compañeros llevaron armas blancas al colegio mientras que el 41,3 % de estudiantes de colegio privado manifestaron no haber observado este comportamiento. A su vez, el 3,9 % de estudiantes en colegio oficial afirman que alguno de sus compañeros llevó armas de fuego mientras que en colegios privados solo el 2,1 % afirmó haber visto esta misma situación.

### Tratando de entender

Briceño (10) buscó explicaciones de por qué países como Colombia, México y Brasil tienen tasas de violencia mucho más altas que Uruguay, Argentina, Chile y Costa Rica, y concluye que la diferencia de mortalidad entre los países se debe a los contextos sociales de cada país y a sus modelos políticos. Plantea que existen factores originarios, donde destacan las condiciones sociales, que, en el caso de los países latinoamericanos, se caracterizan por tener niveles altos de inequidad, pobreza y desempleo de personas jóvenes, todo esto asociado a la pérdida de mecanismos sociales tradicionales de control como lo son la familia y la religión. Menciona la cultura de masculinidad, el mercado de drogas y la ineficiencia de los sistemas judiciales que propician la impunidad. Por ello los puntos de concentración de violencia son áreas urbanas donde la elevada densidad poblacional y la pobre planeación en desarrollo propician la rápida aparición de zonas de exclusión caracterizadas por la escasa conexión con otras áreas, dificultades topográficas y poco acceso a los servicios (electricidad, agua, etc.), dichos factores favorecen el desarrollo de pandillas y grupos subversivos que buscan el control de estas zonas. Las diferencias de género muestran que los hombres son los que usualmente se ven implicados en los actos de violencia, hecho respaldado por la cultura de masculinidad donde son ellos los que tienen que confrontar a otros tras ser desafiados y así ganar respeto por sus pares.





En cuanto a los mercados de drogas, en donde Brasil y Colombia resaltan, la búsqueda de nuevos lugares de venta y la competencia entre los ya establecidos se asocian al comercio ilegal de estas sustancias y de armas. Por último, la ineficiencia de los sistemas judiciales que propician la impunidad hace que los perpetradores de violencia no tengan miedo de padecer frente a la ley porque saben que no van a ser castigados, a esto se le suma el hecho de que existe un hacinamiento en los sitios de retención, razón para dejarlos salir. Estos factores facilitadores se relacionan con las normas sociales que promueven el consumo de alcohol y la tendencia a cargar armas de fuego.



En su estudio Logan (11) analiza las características comunes entre jóvenes con comportamiento violento, con ideación o comportamiento suicida y que portan armas, entre las que se destacan como factores de riesgo el ser de sexo masculino, ser menor de 16 años, en algunos casos ser de raza o etnia no blanca (distinguiéndola de los hispanos, los negros no hispanos y otras minorías), presentar síntomas de depresión, el usar sustancias ilícitas y el tener amigos que se dedican a la delincuencia, marcando una diferencia significativa estos dos últimos factores. Como factores protectores se establecen el tener un vínculo fuerte con el colegio y el ser supervisados y cuidados por los padres.

Ruggles (12) observó que la tendencia que presentan algunos jóvenes de portar un arma, tiene una relación estrecha con el alcohol, el tabaco, el cigarrillo y otras drogas, datos que fueron constantes en todos los años del estudio. También se encontraron relaciones con otros sucesos como haber sido víctimas de acoso sexual, tener ideas suicidas, sentirse triste o sin esperanza, tener desórdenes alimentarios y haber estado recientemente con un conductor ebrio.

### Lo injusto



Pickett y otros (13) analizaron las tendencias epidemiológicas de la violencia física durante tres momentos distintos en 30 países principalmente europeos y norteamericanos. Su investigación muestra como factores de riesgo individuales el ser de sexo masculino, ser menor de 15 años, involucrarse en múltiples situaciones de riesgo y ser víctima frecuente de intimidación. En cuanto a los posibles determinantes socioeconómicos, el estudio identifica el índice nacional de homicidios, el crecer en países pobres (menor PIB per cápita) o vivir en contextos violentos.

Por otro lado, Sharma y otros (14) parten del hecho de que presenciar violencia entre los padres y ser víctimas de bullying son situaciones que desafortunadamente viven los niños y adolescentes todos los días. Con esto como base, estudiaron el rol de estos factores en la participación de violencia física entre adolescentes peruanos y concluyeron que los jóvenes de sexo masculino que han sido víctimas de bullying verbal y han presenciado violencia contra sus padres hombres y las jóvenes que han sufrido bullying, son los que

más riesgo tienen de verse involucrados en peleas.



## Los trastornos de conducta alimentaria



Quienes padecen de trastornos de conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por tener una poca aceptación de su cuerpo y por su deseo de estar delgados, todo esto causado, generalmente, por una baja autoestima. Estos trastornos están asociados también a problemas de cognición y conductas en el control del peso, provocando no solo un cambio a nivel físico sino además llevando a complicaciones biológicas, psicológicas y sociales (15). Aunque pueden afectar a cualquier tipo de persona, sin importar su edad o género, se ha demostrado que alrededor del 95 % de las personas que padecen de estos trastornos son adolescentes de sexo femenino y adultas jóvenes. Los hombres presentan menor incidencia, pero, cuando cursan con esta patología, suele ser aún más complicada (16).

### Recordar

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM por sus siglas en inglés) clasifica TCA en bulimia nerviosa y anorexia nerviosa y, se habla de una tercera clasificación, la obesidad simple (17), que se encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), aunque no en el DSM IV.

Los TCA constituyen un problema de salud pública por su creciente incidencia cada vez en edades más tempranas y por la dificultad en su tratamiento; se dice que es un problema que afecta a cualquier sociedad. La anorexia y la bulimia conducen a la muerte en el 6 % de los casos y la prevalencia oscila entre el 0,5 y el 1 % de acuerdo al DSM IV (2002) (18). En la mayoría de los casos descritos en adolescentes y jóvenes, se observa una tendencia a tener escasa conciencia de la enfermedad, muchas veces ni los padres de familia notan estos cambios y terminan visitando al médico por una segunda causa como el sobrepeso, las alteraciones menstruales en el caso de mujeres o el estreñimiento en búsqueda de laxantes.

Los medios de comunicación influyen de manera directa en la autoestima de la persona al establecer un modelo ideal de belleza que es compartido socialmente. Aramburu (19) definió la autoestima como "una especie de sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en el entramado social".

Unikel (20) menciona que la insatisfacción corporal, la excesiva preocupación por el peso y los trastornos alimentarios han venido incrementándose de manera consistente en los colegios. Montero (21) indica que la percepción de la imagen corporal puede ser bastante complicada para los adolescentes debido a que socialmente existe la creencia de que un cuerpo delgado es el ideal en el caso de la mujer y, musculoso, en el del hombre.





### Las diferencias

El consumo de sustancias psicoactivas en niños y adolescentes es un problema global de larga data que parece estar empeorando progresivamente con el tiempo. El continente americano y principalmente Latinoamérica, se han caracterizado como las zonas mayormente afectadas por el consumo nocivo de alcohol a nivel mundial (22), donde Colombia no es la excepción. Culturalmente en nuestro país, principalmente en las regiones rurales, el consumo de alcohol es aceptado y visto como algo común, normal y la mayoría de eventos sociales son acompañados por el alcohol. Es así que, en promedio, la edad de inicio para el consumo de alcohol y cigarrillo son los 12 años y el de marihuana se estima en los 14 años (23).



La problemática radica en que los menores de edad consumen alcohol (y/o tabaco y diversas sustancias psicoactivas) sin un control estricto para la venta y compra de este, siendo esta una situación social persistente. En el año 2006 El Tiempo (24) describió públicamente la tendencia de los menores de edad a asistir a las denominadas "chiquitecas", entendidas estas como fiestas que se llevan a cabo de dos de la tarde a siete de la noche, especialmente los fines de semana, en las que los adolescentes se reúnen con el fin de socializar con otros y bailar reggaetón. Las autoridades encontraron que la mayoría de los sitios donde se realizaban dichas fiestas facilitaban el acceso al consumo de alcohol y cigarrillo. En Bogotá, en marzo y abril de ese mismo año la Policía Metropolitana selló 17 establecimientos en las localidades de Kennedy, Antonio Nariño, Usme y Restrepo, por la venta ilegal de alcohol y de cigarrillos a menores de edad. La influencia social y la curiosidad, parecen ser los factores determinantes sin importar la condición social (25).



Sigampa (26) propone que, si algo puede ser útil para combatir todos estos factores de riesgo en los jóvenes, y el caso del alcohol no es una excepción (27), es la promoción de la autoestima. En tal sentido, distintos estudios proponen trabajar con la familia (28) unida con el entorno escolar.

Dado el contexto social antes descrito, la presente investigación quiso estimar las diferencias entre comportamientos de riesgo psicosociales de jóvenes escolarizados en un colegio con predominio de estrato dos (condición socioeconómica baja) con otro de estratos cuatro y cinco en su mayoría (condición socioeconómica medio-alta) buscando con esto poner en evidencia la desigualdad (si es que se encuentra) y promover intervenciones que promuevan la equidad en los programas de salud escolar.



## MATERIALES Y MÉTODOS



**Tipo de estudio:** Descriptivo de tipo corte transversal.

**Población:** Estudiantes de grado sexto a undécimo, con edades comprendidas entre los 10 y los 20 años, de un colegio público con predominio de estrato dos y un colegio privado mayormente con estratos cuatro y cinco de la localidad de Suba en Bogotá.

**Criterios de inclusión:** Estudiantes que pertenecieran a las instituciones educativas, que tuvieran autorización de los padres y que quisieran realizar de forma voluntaria la encuesta.

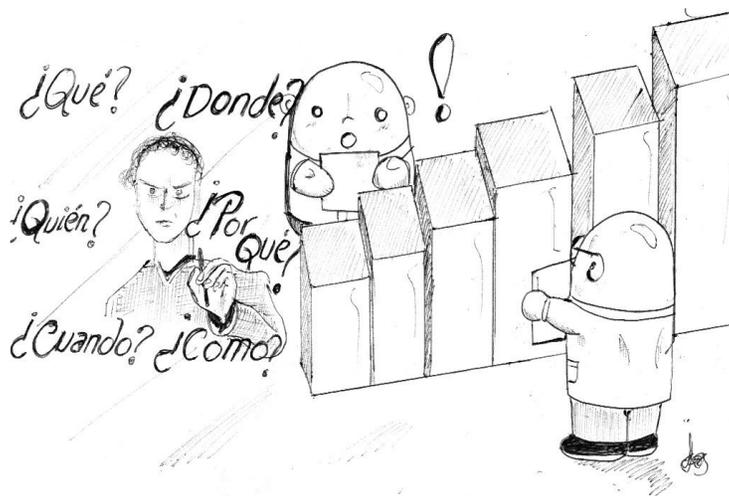
**Variables de estudio:** Se indagó por *características demográficas* (edad, sexo, lugar que ocupa en el hogar, estado de ánimo al momento de aplicar una encuesta, estrato, personas con las que vive). Variables acerca de la *percepción familiar* (test de APGAR original -apoyo, participación, afecto, tiempo compartido y comodidad- que se clasifica como función familiar normal, disfunción leve y disfunción severa). *Estructura familiar*, verificando presencia de hogares nucleares (padre, madre e hijos), incompletos (falta uno de sus padres), extensos (padres, hijos y otros familiares). Se indagó en torno a *sexualidad* si cree que el condón protege contra el SIDA, si ha tendido relaciones sexuales, edad de inicio de la vida sexual, protección en la primera relación, uso del método de protección en primera relación. *Sobre convivencia*, haber sido o haber golpeado a alguien en el último año, llevar un arma para defenderse. Para *detectar riesgo de trastornos de conducta alimentaria* se aplicó el test de SCOFF. *Sobre consumo*, haber bebido la última semana, haber fumado y tener amigos que consumen.

**Manejo estadístico:** Se tabularon los datos obtenidos en el programa Excel para obtener las frecuencias. De cada pregunta se obtuvo el porcentaje contestado. Se cruzaron los datos obtenidos tanto del colegio público como del privado, para la posterior obtención de los OR y el análisis de los mismos a través del programa Epi Info.

**Recolección de la información:** Se aplicó la encuesta "Conociéndome a mí mismo (2016)", de forma autodiligenciada, la cual incluye 52 preguntas, a estudiantes que cursaban los grados sexto a undécimo en dos colegios en Bogotá (privado y público). Previo a la aplicación de la encuesta se solicitó el debido permiso en cada institución, se aseguró a los estudiantes la confidencialidad de la información proporcionada y se explicó el diligenciamiento de la encuesta, aclarando las dudas respectivas.



## RESULTADOS



La media de edad del colegio con predominio de estrato 2 es de 14,1 ( $\pm$ DE 2,07) y la del colegio de estratos en su mayoría 4 y 5 es de 13,7 ( $\pm$ DE 2,1).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y de función y estructura familiar de adolescentes de dos colegios, uno público y otro privado, en 2016.

VARIABLE	IED		Colegio Privado	
	Nº	%	Nº	%
<b>Edades</b>				
De 10 a 12 años	207	21	91	32
De 13 a 16 años	665	69	165	58
De 17 a 20 años	92	10	29	10
<b>Sexo</b>				
Masculino	458	47	164	57
Femenino	511	53	122	43
<b>Estrato</b>				
Estratos 1 y 2	684	76	3	1
Estratos 3 y 4	209	23	187	68
Estratos 5 y 6	9	1	85	31
<b>Percepción del ánimo</b>				
Triste	56	6	15	5
Feliz	323	34	92	32
Normal	584	61	177	62
<b>Funcionalidad familiar</b>				
Disfunción severa	51	5	8	3
Disfunción moderada	257	27	59	21
Funcionalidad normal	647	68	218	76
<b>Estructura familiar</b>				
Hogar nuclear (vive con papá, mamá y hermanos)	474	49	176	61
Hogar incompleto (falta uno de los padres)	312	32	79	27
Hogar extenso (padres, hermanos y otros)	79	8	23	8
Hogar reconstituido (padrastra y madrastra)	41	4	4	1
Hogar sin padres	61	6	6	2

Como se observa en la tabla 1, existe más población femenina encuestada en el colegio público. Los hogares nucleares en el colegio público presentan un 12 % menos respecto al colegio privado y existen más hogares reconstituidos y sin padres en el colegio de mayoría estrato 2.



**Tabla 2.** Actitudes, comportamientos y conocimientos de sexualidad, comportamientos violentos, riesgo de trastornos de conducta alimentaria y comportamiento en torno al alcohol y al tabaco de adolescentes de dos colegios, uno con predominio de estrato 2 y otro, en su mayoría, de estrato 4, en 2016.

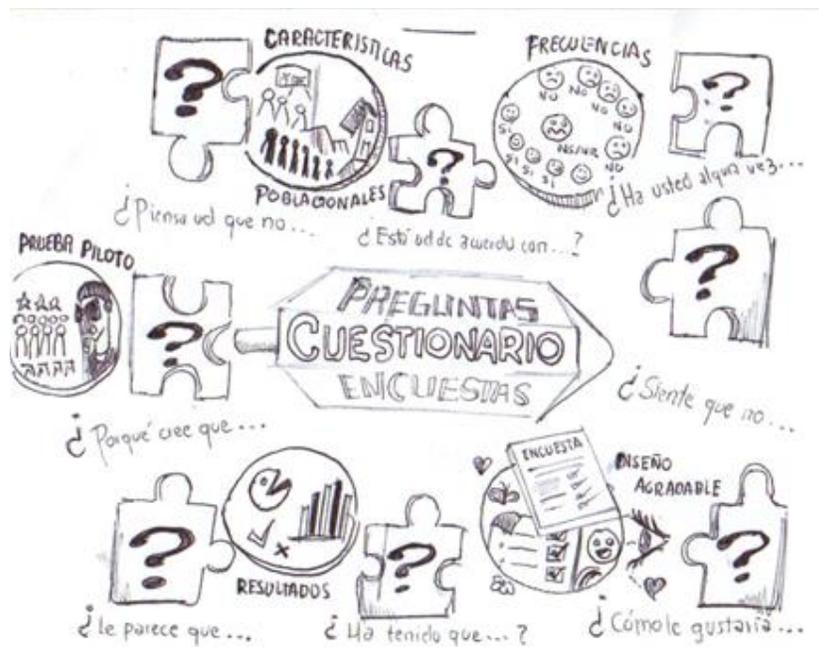
VARIABLE	COLEGIO PREDOMINIO ESTRATO 2		COLEGIO PREDOMINIO ESTRATO 4	
	Nº	%	Nº	%
<b>Sexualidad</b>				
<b>Actitudes</b>				
¿Cree que usar el condón protege contra el SIDA?				
Sí lo cree	326	34	121	43
No está seguro	357	38	108	39
No lo cree	125	13	16	6
No sabe	140	15	35	13
<b>Comportamientos</b>				
Tener o haber tenido relaciones sexuales	247	26	37	13
Edad promedio del inicio	14,1		14,8	
No usó protección en primera relación sexual	138	15	8	3
Método de planificación en primera relación				
Condón	126	14	28	10
Otro método	46	5	0	0
<b>Comportamientos violentos</b>				
Ha sido golpeado en último año	283	31	82	29
Golpeó (pelea) a alguien el último año	279	31	64	22
Lleva un arma rutinariamente para defenderse	26	3	1	0
Lleva un arma ocasionalmente para defenderse	81	9	11	4
<b>Riesgos de TCA</b>				
Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	236	26	48	17
Se provoca el vómito después de comer	81	9	13	5
Le preocupa haber perdido control en forma de comer	293	33	71	25
Ha perdido más de 7 kilos en los últimos tres meses	133	15	12	4
Cree que está gordo(a) así los demás le digan que está delgado(a)	169	19	52	18
<b>Consumo de alcohol y tabaco</b>				
Bebió la última semana	291	30	40	14
Ya probó el cigarrillo	274	32	42	16
Ya probó el alcohol	488	55	159	58
Ya probó la marihuana	172	21	18	7
Amigos beben o consumen SPA con frecuencia	516	56	113	41
Fuman en la actualidad	137	15	7	3
Fumador que le gusta fumar	63	7	5	2
Bebe y le gusta	185	20	40	14



**Tabla 3.** Odds ratios entre adolescentes de colegios con estratos bajo y alto, respectivamente, de percepciones de uso del condón, tener relaciones sexuales, protección en la primera relación, haber sido golpeado o haber golpeado en el último año, llevar un arma para defenderse, riesgo de TCA, beber en la última semana, probar tabaco y alcohol, tener amigos que beben, obtenidos en 2016.

VARIABLE	N°	%	N°	%	OR	IC 95 % LI	LS	Prueba p
<b>¿Cree que usar el condón protege contra el SIDA?</b>								
		Sí		No				
Colegio público	326	72	125	28	0,3	0,2	0,6	0,0001179
Colegio privado	121	88	16	12				
		Sí		No sabe				
Colegio público	326	70	140	30	0,7	0,4	1,0	0,0674131
Colegio privado	121	78	35	22				
		Sí		No está seguro				
Colegio público	326	48	357	52	0,8	0,6	1,1	0,1808709
Colegio privado	121	53	108	47				
<b>Ha tenido relaciones sexuales</b>								
		Sí		No				
Colegio público	247	26	717	74	2,3	1,6	3,4	0,0000077
Colegio privado	37	13	248	87				
<b>Protección en primera relación sexual</b>								
		Sí		No				
Colegio público	136	50	138	50	0,3	0,1	0,6	0,0014710
Colegio privado	28	78	8	22				
<b>Ha sido golpeado en último año</b>								
		Sí		No				
Colegio público	283	31	631	69	1,1	0,8	1,5	0,4622526
Colegio privado	82	29	204	71				
<b>Golpeó (pelea) a alguien el último año</b>								
		Sí		No				
Colegio público	279	30	635	69	1,5	1,1	2,1	0,0084950
Colegio privado	64	22	221	78				
<b>Lleva un arma rutinariamente para defenderse</b>								
		Sí		No				
Colegio público	26	3	798	97	8,9	1,2	66,1	0,0096111
Colegio privado	1	0,4	274	99,6				
<b>Lleva un arma ocasionalmente para defenderse</b>								
		Sí		No				
Colegio público	81	9	798	91	2,5	1,3	4,8	0,0035912
Colegio privado	11	4	274	96				
<b>Riesgo de trastorno de conducta alimenticia</b>								
		Sí		No				
Colegio público	236	26	657	74	1,8	1,3	2,5	0,0008227
Colegio privado	48	17	239	83				
<b>Beber en la última semana</b>								
		Sí		No				
Colegio privado	40	14	247	86	0,4	0,3	0,5	0,0000000
Colegio público	291	30	667	70				
<b>Haber probado cigarrillo</b>								
		Sí		No				
Colegio privado	42	16	228	84	0,4	0,3	0,6	0,0000001
Colegio público	274	32	576	68				
<b>Haber probado alcohol</b>								
		Sí		No				
Colegio privado	159	58	117	42	1,1	0,9	1,5	0,3677496
Colegio público	488	55	407	45				
<b>Haber probado marihuana</b>								
		Sí		No				
Colegio privado	18	7	247	93	0,3	0,2	0,5	0,0000001
Colegio público	172	21	646	79				
<b>Tener amigos que beben o consumen psicoactivos con frecuencia</b>								
		Sí		No				
Colegio privado	29	15	160	85	0,6	0,4	0,9	0,0156441
Colegio público	128	24	411	76				
<b>Fumar en la actualidad</b>								
		Sí		No				
Colegio privado	7	3	268	97	0,2	0,1	0,3	0,0000000
Colegio público	137	15	789	85				
<b>Beber en la actualidad</b>								
		Sí		No				
Colegio privado	46	17	230	83	0,5	0,3	0,7	0,0000179
Colegio público	274	30	649	70				

## DISCUSIÓN



La presente investigación está sometida al sesgo de información por parte de los encuestados (¿habrán contestado la verdad?). Dicho sesgo se enfrentó asegurando la confidencialidad, la voluntariedad (si no querían no entregaban la encuesta) y solicitando a los profesores que se salieran del salón cuando los jóvenes estaban contestando. Sin embargo, resultó evidente que los jóvenes no se incomodaron y contestaron con gusto.

Una primera diferencia hallada es que los jóvenes del colegio con predominio de estrato 2 son un poco mayores que los del colegio que es en su mayoría de estrato 4. Es importante tener en cuenta esto pues la edad determina diferencias (a más edad, más comportamiento de riesgo), así como el ser hombre (29).



Teniendo en cuenta esas primeras diferencias en torno a la sexualidad, parece alarmante que exista una diferencia tan importante en torno al conocimiento acerca de la protección del condón (tabla 3). En el colegio de más baja condición socioeconómica los jóvenes creen menos en la protección del



condón y esto los expone mucho más a los riesgos que conlleva el no usarlo. Tal situación no es exclusiva de esta investigación y ya ha sido detectada en los estudios de Profamilia (29) e incluso en otros (30). Si es como parece, una situación inequitativa y reiterativa (hipótesis: se educa menos a los más pobres), una explicación puede ser la mayor dificultad para abordar estos temas en estas familias y sus colegios. Preguntarse por qué sucede esto, resulta clave para poder proponer respuestas que disminuyan los riesgos en los más pobres. Este hallazgo se refuerza al observar que las relaciones sexuales y la protección en la primera relación, asumen diferencias de riesgo (tabla 3) para el colegio donde predominan los estratos inferiores. ¿Será que en el colegio de estratos bajos los profesores no abordan el asunto de la educación sexual de forma similar a los del colegio de mayor estrato? No se indagó, pero surge como otra explicación. A propósito de esto, la OMS ha elaborado una estrategia para expandir de forma más generalizada la atención de calidad contra las infecciones de transmisión sexual en el ámbito de la atención primaria, entre otros (31).

Algunos autores refieren que el que exista más disfunción familiar en los estratos más bajos puede ser un factor en esa complejidad de mayores riesgos en los más pobres (32). Se explicaría porque la disfunción familiar implica menos posibilidad de diálogo entre padres e hijos. González, en su artículo (33), pone de manifiesto interesantes aspectos a tener en cuenta en torno a los riesgos de sexualidad en adolescentes escolarizados de estratos 2 y 3, donde la disfunción familiar, la mala comunicación con los padres y factores diferentes (aborto previo, etc.) han de tenerse en cuenta. En concordancia con esto, los resultados de esta investigación muestran que hay mayor percepción de disfuncionalidad familiar en el colegio donde predomina el estrato 2 (tabla 2), que en el colegio donde en su mayoría los estudiantes son de estrato 4.

En síntesis, en torno a la sexualidad, esta investigación pone de manifiesto diferencias que implican mayor riesgo en torno a lo que saben del condón y en los comportamientos en los más pobres, situación injusta que debe ser más estudiada para ser compensada debidamente (¿será igual en todas las situaciones de diferencia socioeconómica?).

Muy llamativos son los datos relacionados con los comportamientos violentos, en particular llevar un arma para defenderse (tabla 3), que en el colegio más pobre muestra unas diferencias muy importantes. Las razones Briceño (10) las explica muy bien y, aunque en el estudio no se indagó la ubicación geográfica donde viven los adolescentes, es muy evidente que los jóvenes del colegio de estratos más bajos viven en una zona de mayor riesgo delincriminal (34) con los factores asociados que de seguro coexisten en tal zona. Es muy probable que, en este grupo de jóvenes, llevar un arma sea, o bien porque han sido agredidos (12, 13, 14) o, porque algunos ya están vinculados a pandillas o desarrollan prácticas delincuenciales (profesores del colegio de estratos 2 y 3 afirman que algunos jóvenes se dedican a expender drogas). ¿Cómo crear un ambiente escolar de más convivencia en colegios de estratos bajos? Esa es una pregunta que debe responderse y, al hacerlo y promover planes en tal sentido, una vez más se estará disminuyendo esta situación de desigualdad social que la sociedad deberá compensar.





La tabla 3 pone de manifiesto que el riesgo de TCA está más presente en el colegio de estrato 2, si bien es necesario tener en cuenta que el test está validado en población femenina y no en masculina (3). Aunque se creía que los TCA eran un problema predominante de clases altas, han surgido investigaciones que ponen de manifiesto que están presentes en todas las condiciones (36), incluso con mayor prevalencia en las más bajas. Santocini (37) propone que la globalización, a través de los medios de comunicación, ha homogenizado ese supuesto "ideal" de lo que debe ser la figura humana. Piñeros (38) propone que la disfunción familiar, más presente en estratos bajos, guarda relación con la presencia de TCA, por ende, existe más riesgo.



Esta situación la respaldan otros estudios, como el de Ruíz y otros (39) y, de ser confirmada, es una inmensa injusticia pues plantea que las familias de los más pobres están en una situación que les dificulta dar el respaldo que necesitan sus miembros y, de esa forma, estos se exponen a más riesgos. Implica, asimismo, la necesidad de intervenir de manera temprana en esas familias, buscando ofrecer posibilidades de desarrollo psicosocial que les permita a ellas y a sus miembros tener la oportunidad de ser una buena plataforma de lanzamiento. Nosotros creemos que es cierto; en las familias de los más pobres se presentan más situaciones de violencia y de disfuncionalidad. Ruíz y otros (39),

mencionan que diversos autores relacionan a las familias de personas con anorexia nerviosa con una elevada implicación interpersonal, sobreprotección, rigidez y carencia de resolución de conflictos.

Una situación interesante se plantea al considerar los espacios deportivos de cada colegio estudiado en esta investigación. Cuando se aplicaron las encuestas se vio que el de estratos 2 y 3 los tenía restringidos (una cancha que se usa para baloncesto, voleibol y microfútbol) en tanto que en el colegio de estratos 4 y 5 existían canchas separadas y llenas de césped. Aunque no se preguntó, asumimos que igual será en cuanto al acceso a gimnasios. Si bien es cierto que el deporte se vincula con la salud, algunos estudios (40, 41) lo relacionan, por el contrario, con el favorecimiento para las manifestaciones de patologías alimentarias. Con razón, Moreno (41) advierte que las condiciones que pueden terminar en trastornos alimentarios son múltiples tantas como las posibilidades sociales a las que dan lugar. Estas diferencias de postura sugieren que es necesario seguir indagando.

Si bien no se indagó, la autoestima mucho tiene que ver con los TCA. Gismero (42) propone que en los jóvenes con riesgo de TCA está comprometida. Por ende, valdrá la pena indagar si la diferencia de estratos condiciona diferencias en torno a la autoestima (43).



Otra vez se observa que los adolescentes del colegio de estratos 2 y 3 tienen más contacto con el alcohol y el tabaco que los de estratos 4 y 5 (tabla 3). Una revisión que se hizo sobre el tema mostró el concepto interesante de *autoeficacia* (44), entendida como una habilidad con la cual los jóvenes asumen comportamientos protectores. Planteamos que tal conducta está disminuida en los colegios de estratos más bajos. Tal vez por tener a su alrededor más influencia de jóvenes que asumen más riesgo, generando apego a redes sociales que, en vez de proteger, los exponen a más riesgo (45). Suponemos, a partir de la visión de los colegios a la que fuimos expuestos al aplicar las encuestas, que al menos en este caso, el ambiente escolar era más protector en el de estratos superiores que en el de estratos más bajos.



## El abordaje

¿Cómo será el abordaje de los problemas a que están expuestos los jóvenes en cada colegio? No lo indagamos, pero lo que vimos nos hace plantear, hipotéticamente, que en el colegio con predominio de estrato 4 se hace como parte del pensum, algo, incluso, recomendado por la OMS (46). Creemos que la supervisión de los padres es menor en el colegio de estratos más bajos, siendo esto un factor de riesgo bien identificado (47), pero reconocemos que no lo indagamos. Este trabajo muestra que los más pobres fuman y toman más. Bacigalipe (48) propone que, por recibir menos información, por el mal ejemplo de sus mayores, por tener menos control, por recibir más influencia de sus pares y por vivir bajo más estrés que los jóvenes de estrato más alto. Nosotros al reconocer la diferencia de la infraestructura de los planteles creemos que, además se estimula menos el deporte en los colegios de estrato más bajos y con eso, la evidente protección del mismo (49). Vale la pena resaltarlo porque el deporte, practicado en forma equilibrada, es un factor claramente protector para los jóvenes. Los colectivos permiten desarrollar procesos de comunicación y de gestión de conflictos, generan autoconfianza y, generan emociones fuertes y sanas. Existen trabajos que respaldan estas afirmaciones (50), en particular en lo relacionado con el cigarrillo y el alcohol. Lo cierto es que existen acciones de familia, integrándose con los colegios, que determinan protecciones para los jóvenes (51). Una vez más, creemos que estas acciones se hacen más en los colegios de estratos más altos, pero no lo preguntamos en nuestra encuesta.

## En conclusión...

Esta comparación pone de manifiesto que los riesgos están más presentes en el colegio de estratos más bajos. Por supuesto que los hallazgos no permiten generalizarse, pero coinciden con los de buena parte de los artículos revisados. Si lo hallado es lo prevalente, es una inmensa injusticia que nuestra sociedad debe buscar cómo compensar, para tratar de acercarnos a una versión más equitativa de desarrollo.

Agradecimientos: a las directivas y alumnos de los dos colegios, quienes nos abrieron sus puertas con el fin de hacer posible esta investigación.

## REFERENCIAS

- (1) Krauskopf D. Juventud en riesgo y violencia. Presentación elaborada para el programa "Sociedad sin Violencia". Seminario permanente sobre violencia programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en El Salvador. Agosto, 2002.
- (2) Burt M. Por qué debemos invertir en adolescentes. Fundación Kellogs Documento OPS; 1998.
- (3) Forcier M, Blake D. Adolescent sexuality. Jul 21, 2016.
- (4) Kancheva N, Bunupuradah T, Chaithongwonwatthana S. Contraceptive challenges in adolescents living with or at risk of HIV. *J Virus Erad.* 2016; 2(2):82-6.
- (5) Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa LH. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 [Internet]. Febrero 2011. Pp 120-147, 175. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENDS%2010%20informe.pdf>
- (6) Flórez CE, Vargas E, Henao J, González C, Soto V, Kassem D. Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida [Internet]. Documento CEDE 2004-31; agosto de 2004. Disponible en: [https://economia.uniandes.edu.co/assets/archivos/Documentos\\_CEDE/d2004-31.pdf](https://economia.uniandes.edu.co/assets/archivos/Documentos_CEDE/d2004-31.pdf)
- (7) Galindo PC. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. *Revista desarrollo y sociedad* [Internet]. 2012; (69)133-185. Disponible en: <https://economia.uniandes.edu.co/publicaciones/revista-desarrollo-y-sociedad/no-69/analisis-del-embarazo-y-la-maternidad-durante-la-adolescencia-diferencias-a-nivel-socioeconomico>
- (8) Who.int [Internet]. Violencia juvenil. 2016 [actualizado julio de 2016; citado 16 agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/es/#>.
- (9) Dane.gov.co [Internet]. Bogotá D.C: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); 2011 [actualizado 9 de mayo de 2012; citado 16 de agosto de 2016]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/educacion/bol\\_ConvivenciaEscolar\\_2011.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/educacion/bol_ConvivenciaEscolar_2011.pdf)



- (10) Briceño R, Villaveces A, Eastman C. Understanding the uneven distribution of the incidence of homicide in Latin America. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2008 [08 de septiembre de 2016]; 37 (4): 751-7. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org/content/37/4/751.full.pdf+html>.
- (11) Logan J, Vagi K, Gorman D. Characteristics of Youth with Combined Histories of Violent Behavior, Suicidal Ideation or Behavior, and Gun-Carrying. *Crisis* [Internet]. 2016 [16 de agosto de 2016]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/303740472\\_Characteristics\\_of\\_Youth\\_With\\_Combined\\_Histories\\_of\\_Violent\\_Behavior\\_Suicidal\\_Ideation\\_or\\_Behavior\\_and\\_Gun-Carrying](https://www.researchgate.net/publication/303740472_Characteristics_of_Youth_With_Combined_Histories_of_Violent_Behavior_Suicidal_Ideation_or_Behavior_and_Gun-Carrying)
- (12) Ruggles K, Rajan, S. Gun Possession among American Youth: A Discovery-Based Approach to Understand Gun Violence. *PLoS ONE* [Internet]. 2014 [16 de agosto de 2016]; 9(11): 1 – 12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4221159/pdf/pone.0111893.pdf>
- (13) Pickett W, Molcho M, Elgar F, Brooks F, De Looze M, Rathmann K, et al. Trends and Socioeconomic Correlates of Adolescent Physical Fighting in 30 Countries. *Pediatrics* [Internet]. 2013 [16 de agosto de 2016]; 131 (1): 18-26. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/1/e18.long>
- (14) Sharma B, Nam E, Kim H, Koo J. The Influence of Witnessing Inter-parental Violence and Bullying Victimization in Involvement in Fighting among Adolescents: Evidence from a School-based Cross-sectional Survey in Peru. *J Lifestyle Med* [Internet]. 2016 [16 de agosto de 2016]; 6 (1): 27-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4915764/pdf/jlm-6-027.pdf>
- (15) Kreipe R. *Trastornos de conducta alimentaria*. Ed. Elsevier. España. SLU Tratado de Pediatría. Cap 28. P. 170 – 179. Copyright 2016.
- (16) Marin V. Eating Disorders of School Children and Adolescents. *Unidad de Nutrición Clínica. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA)*. 2002; 29(2). Universidad de Chile. Versión On-line 0717 – 7518. [26 de agosto de 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000200002&script=sci_arttext)
- (17) López J, Valdés M. *DSM IV: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4º edición. Barcelona. Ed. MASSON S.A. (2002), [26 de agosto de 2016]. Disponible en: <https://catedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-dsm-iv.pdf>
- (18) Moreno M, Ortiz G. Eating Disorder and its Relationship with Body Image and Self-Esteem in Adolescents. *Universidad Veracruzana, México. Terapia Psicológica*. 2009; 27(2). Versión On-line ISSN 0718-4808. [26 de agosto de 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200004)
- (19) Aramburu M, Guerra J. Autoconcepto: dimensiones, origen, funciones, incongruencias, cambios y consistencia. *Interpsiquis*. 2001; 2: 246-249. [27 de agosto de 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=8527689&pid=S0718-4808200900020000400004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=8527689&pid=S0718-4808200900020000400004&lng=es)
- (20) Unikel SC. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del DF, México. *Revista de Investigación Científica*. 2000; 52(2): 140-147. [27 de agosto de 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=8527724&pid=S0718-4808200900020000400039&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=8527724&pid=S0718-4808200900020000400039&lng=es)
- (21) Montero P, Morales EM, Carbajal A. (2004) Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropología*, 8, 107-116. [27 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.didac.ehu.es/antropo/8/8-Montero.pdf>
- (22) Ministerio de Salud y Protección Social y Universidad Nacional de Colombia. *Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente al Consumo de Alcohol en Colombia*. 2013. [citado 28 agosto del 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-alcohol-colombia.pdf>
- (23) Gobierno Nacional de la República de Colombia. *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia*. 2011. Colombia: Lisseth Ángel Valencia, pp.53-60.
- (24) El Tiempo (2006). La Policía encontró mil menores en dos 'chiquitecas' de Suba y selló los establecimientos. Mayo 7.
- (25) Cicua D, Méndez M, Muñoz L. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Rev. Pensamiento Psicológico*. 2008; 4: 115-134. Disponible en: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/83/247>
- (26) Sigampa J, Ferriani M, Nakano A. Factores protectores frente al consumo de alcohol: concepción de maestros de nivel inicial. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* [Internet]. 2005 [citado 28 agosto del 2016]; 13(spe), pp.771-777.
- (27) Álvarez A, Alonso M, Zanetti A. Alcohol consumption and self-esteem in adolescents. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2010; 18(SPE): 634-640. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000700021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700021)
- (28) Santander S, Zubarew T, Santelices L, Argollo P, Cerda J, Bórquez M. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. [Internet]. *Revista médica de Chile* [citado 12 septiembre de 2016]. 2008; 136(3): 317-324. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000300006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300006)
- (29) Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa LH. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Febrero 2011. Pp 120-147
- (30) Galindo PC. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. *Revista desarrollo y sociedad*; 2012; (69)133-185.
- (31) Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estrategia Mundial de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual 2006-2015*. OMS; 2007. Report: WC142.
- (32) Vinaccia S, Quiceno M, Gaviria S. Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. *Terapia psicológica*. 2007; 25(1): 39-50.
- (33) González JC, Salamanca J, Quiroz R, Hernández A, Hernández AD, Quesada B. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. *Rev. salud pública* [Internet]. 2012; [citado 13





## QUÉ DEBEN TENER LOS PROGRAMAS DE PREGRADO EN EL ÁREA DE LA SALUD

Juan Carlos González<sup>††</sup>



Nos llegó para análisis el documento en borrador para discusión “Lineamientos de calidad transversales para los programas de pregrado del área de la salud”. Considerando tal documento clave pues de ahí surgirán pautas, consideramos importante darlo a conocer y aportar algunos comentarios, por supuesto que a título personal.

### La descripción del documento

El documento está compuesto por una **introducción** donde se pone de explica la importancia de saber qué se va enseñar en la educación superior.

El primer capítulo ofrece un **panorama del crecimiento de las profesiones de la salud**, en particular enfermería. Luego menciona la prelación de los escenarios clínicos como sitios de práctica. Continúa con un análisis cuantitativo de dichos escenarios.

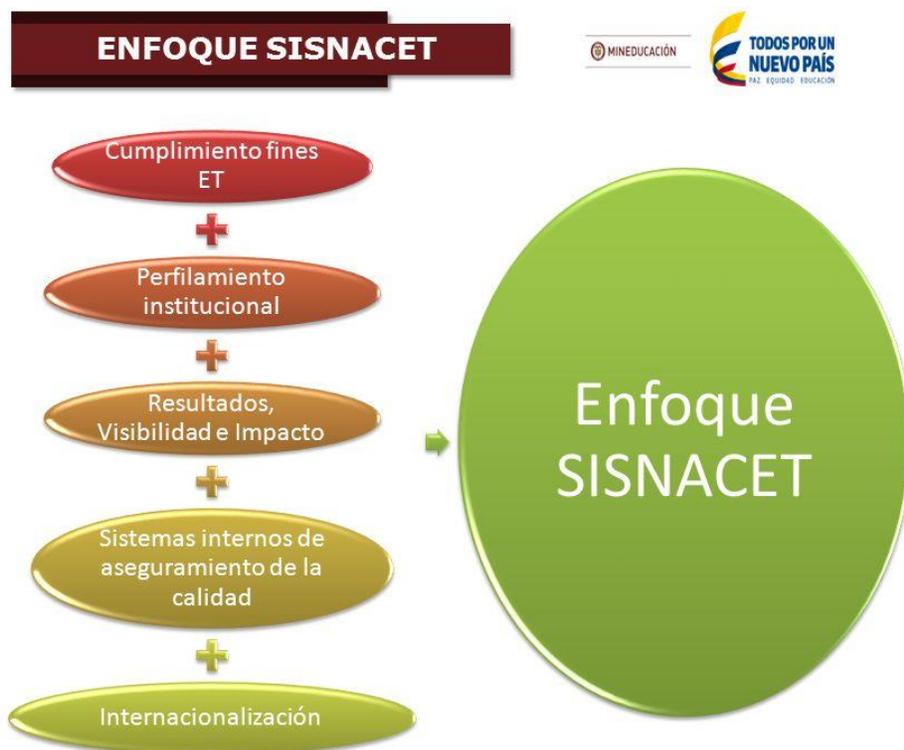
El segundo capítulo pone de manifiesto **la importancia de formar para cumplir con el anhelo de lograr la Política de Atención Integral de Salud**. Sigue con una mención del Sistema Nacional de Calidad de la Educación Terciaria. Luego menciona lo que son las competencias, cómo aseguran la calidad de la educación superior y cómo se entregan los registros calificados, finalizando con la forma como evalúan la pertinencia de los programas de salud.

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



Lo anterior asegurando además el reconocimiento de la importancia de “los determinantes ambientales y sociales de la salud”. Promueve que una visión que debe enfatizarse es la del “cuidado de la salud” superando aquella de la “enfermedad”, la que hasta el momento ha sido el gran dominio.

Compromete a la educación y, por ende, a la universidad con la responsabilidad social, entendida como dar elementos para que sus egresados sepan cómo enfrentar los problemas polifacéticos que vive la sociedad.



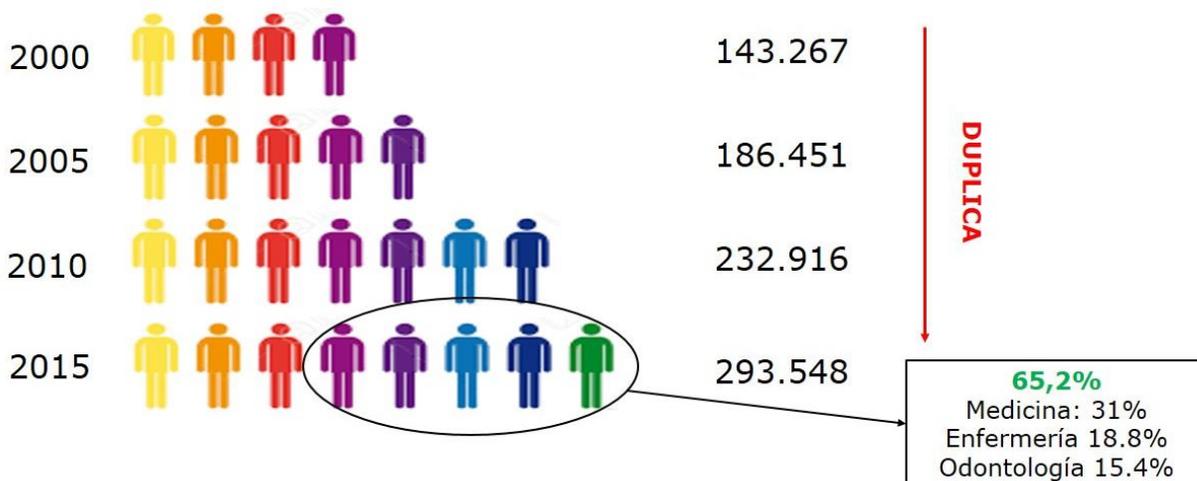
[http://images.slideplayer.es/36/10640930/slides/slide\\_4.jpg](http://images.slideplayer.es/36/10640930/slides/slide_4.jpg)

Plantea la necesidad de unir los Ministerios de Educación con el de Salud y Protección Social y, una vez más, insiste en que el proceso educativo aborde la necesidad de favorecer la integralidad de las necesidades de la población y, en tal sentido, la orientación ha de estar dada hacia la Atención Primaria de Salud.

En general, el documento pretende dar los lineamientos para todas las profesiones de pregrado del área de la salud.

### **Situación actual de la formación y desempeño de los profesionales de la salud en Colombia**

Pone de manifiesto que existen 295 000 profesionales de Bacteriología, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Instrumentación Quirúrgica, Medicina, Nutrición y Dietética, Odontología, Optometría, Psicología, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Química Farmacéutica, cifra que pone de manifiesto cómo en 15 años el número se duplicó.



Disponibilidad de profesionales de la salud, período 2000 - 2015  
 Ministerio de Salud y Protección Social, 2016.

Dos de tres de este incremento es debido al crecimiento de Medicina (lo que más ha crecido), Enfermería y Odontología. La razón entre enfermeras y médicos está en 0,6 a 1 y el ideal es de 1 a 1 (OMS).

### EL MIAS

## Modelo Integral de Atención en Salud

LO QUE QUEREMOS

LO QUE DEBE TENER

#### Modelo integral de atención en salud



COORDINACIÓN Y DIRECCIÓN

INTEGRACIÓN EN ATENCIÓN

TRABAJO INTERSECTORIAL

#### Componentes del MIAS

- 1 Caracterización poblacional de acuerdo con PDSP 2012-2021
- 2 Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS
- 3 Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS)
- 4 Delimitación territorial del MIAS
- 5 Redes integrales de prestadores de servicios de salud
- 6 Redefinición del rol del asegurador
- 7 Redefinición del sistema de incentivos
- 8 Requerimientos y procesos del sistema de información
- 9 Fortalecimiento del Recurso humano en Salud (RHS)
- 10 Fortalecimiento de la Investigación, innovación y apropiación de conocimiento



Tener todo lo necesario para no fragmentar

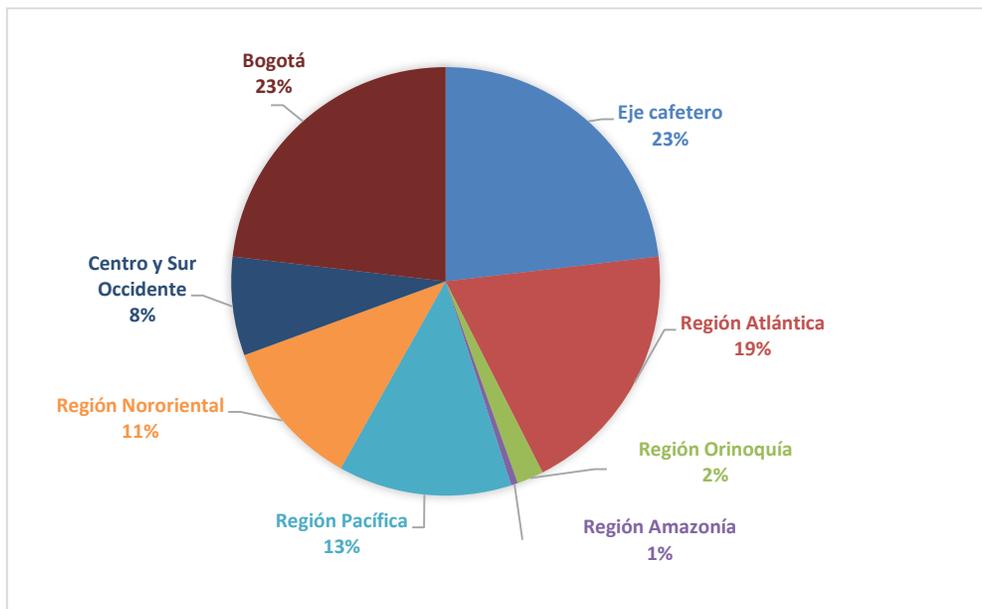
El nuevo Modelo Integral de Atención en Salud se convierte en el referente hacia donde debe ir la formación del recurso humano.



### Los escenarios de práctica

Si bien la Ley 100 estableció que los escenarios clínicos son los dominantes para la formación, ello se establece a través de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) propias de las Instituciones de Educación Superior (IES) o de los convenios docentes asistenciales. Sin embargo, la mayoría de convenios se hacen con entidades diferentes a IPS, que, por su razón, son escenarios donde accede la población que se necesita para la formación de las distintas profesiones.

El documento menciona que la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES) es el encargado de evaluar los escenarios.



*Distribución regional de los escenarios de práctica visitados. Elaboración propia a partir de la base de datos de escenarios de práctica visitados por el Ministerio de Educación Nacional entre 2015 y 2016.*

La gráfica pone de manifiesto los sitios visitados y aprobados por el CONACE en el último año. Reconoce que no es fácil hacer visitas y mucho menos los seguimientos.

### El asunto



<https://conocimientoyc.files.wordpress.com/2015/10/consultoria-sobre-seguim-jpg>

No es fácil evaluar la idoneidad del escenario, aspectos como la cantidad de estudiantes, la relación con docentes en el sitio y la relación cama-estudiante, hacen que sea información difícil de verificar, máxime porque la permanencia de los estudiantes puede no ser continua en el sitio. Lo cierto es que existen escenarios subutilizados en tanto otros están sobresaturados. El documento reconoce que no existe un instrumento estandarizado, lo que pone de manifiesto que aún no se sabe con certeza cómo hacer esta valoración.

## Aspectos por mejorar

Dado que al menos para Medicina y Enfermería los sitios de práctica son IPS de media y alta complejidad, **el asunto del consentimiento por parte de los pacientes** no está bien abordado.

Se hace evidente que algunas IPS, predomina el cobro económico a las IES más que el beneficio para sus pacientes al momento de hacer los convenios.

En escenarios de práctica de baja complejidad donde no existe vocación docente, se hace difícil evaluar la pertinencia de las prácticas docentes-asistenciales.

Existen escenarios donde las IES "dejan" sus estudiantes sin mayor supervisión docente, lo que evidencia que no existen actividades académicas, siendo la parte asistencial la única presente.

Existen docentes en las IPS que, si bien tienen convenios docentes con las IES, no tienen formación pedagógica.

Existen sitios de práctica donde no existe proceso de seguimiento a la enseñanza (no se pueden establecer las curvas de aprendizaje).

## Marco de política

### Dos son los referentes a tener en cuenta:



"En el caso del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con la Resolución 429 de 2016, se adoptó la Política de Atención Integral de Salud (PAIS), cuyo objetivo es orientar el sistema de salud hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y su promoción".

"En el caso del Ministerio de Educación Nacional, con el Artículo 58 de la Ley 1753 de junio 09 de 2015, se crean los Sistemas Nacionales de Educación y entre ellos el Sistema Nacional de Calidad de la Educación Terciaria (SISNACET), como instancia de integración y coordinación de los organismos, estrategias e instrumentos de educación terciaria, cuyo objeto es asegurar y promover su calidad".



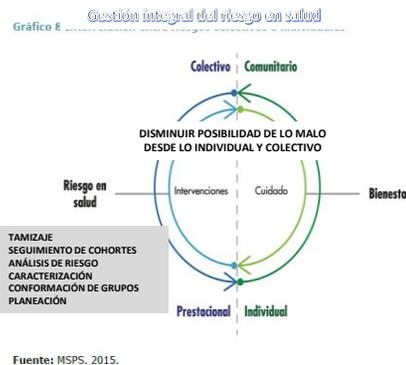
[http://images.slideplayer.es/36/10640930/slides/slide\\_4.jpg](http://images.slideplayer.es/36/10640930/slides/slide_4.jpg)



### El recurso humano

En el MIAS, uno de los aspectos fundamentales es precisamente la formación del recurso humano para cumplir su objetivo, reconociendo la necesidad de promover condiciones laborales "decentes".

### Hacia dónde debe dirigirse la preparación



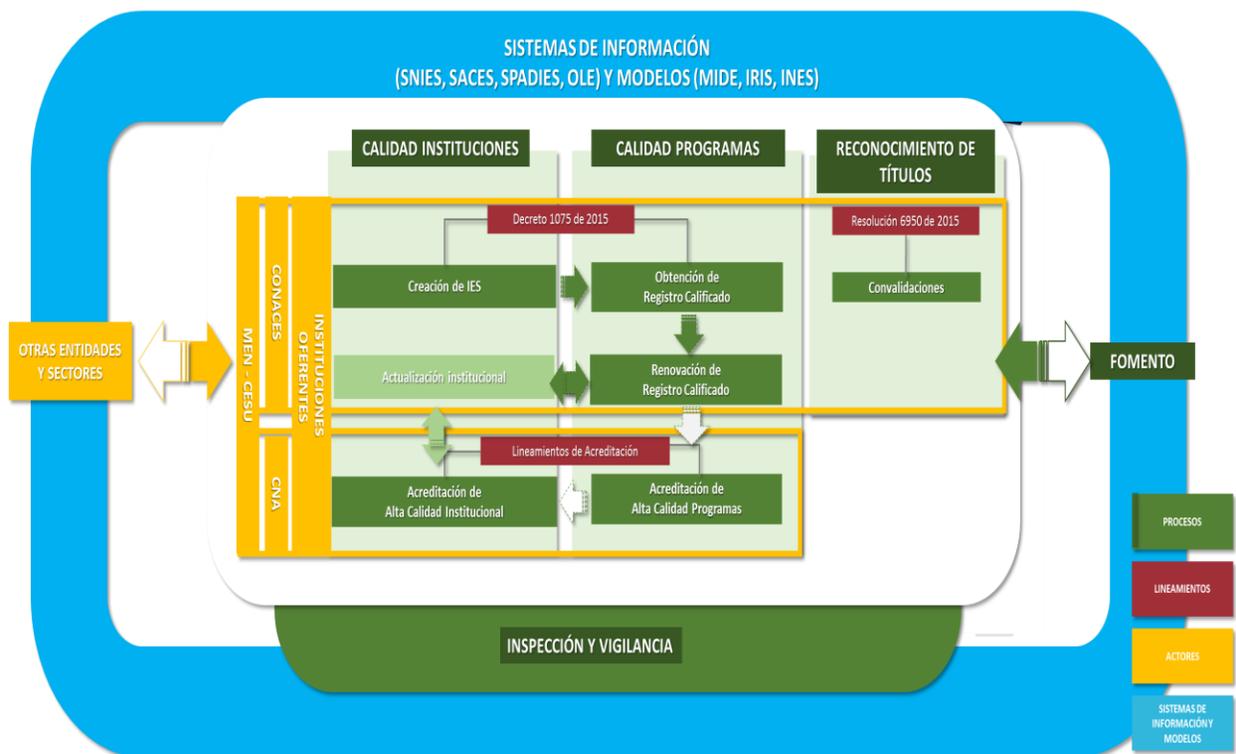
La propuesta del nuevo paradigma es una visión INTEGRAL del ser humano, donde se fortalezca:

1. El cuidado primario de la salud.
2. La prevención y promoción de la salud.
3. Una visión más integral del individuo que contemple a su familia.

Se propuso para ello fortalecer en el posgrado la Medicina Familiar y la Salud Familiar y Comunitaria y, en el pregrado, todas las profesiones que se comprometan con dirigir su preparación en este sentido.

### El papel del SISNACET

Asume el reto de reenfoque toda su fuerza impulsar en los programas esta visión de integralidad.



Sistema Nacional de Calidad de la Educación Terciaria.

### El gran anhelo

Se busca fundamentalmente que las IES fortalezcan, como un común para todas las profesiones, las habilidades para hacer posible y real la visión de la Atención Primaria de Salud como el gran reto en la forma de atender a la población.

### Las competencias

Hablan de unas competencias transversales, comunes a todas las profesiones, y son las que nos unen en torno a esa visión del MIAS. En tal sentido proponen para todas las profesiones:

1. Comunicación en lengua materna y en otra lengua internacional.
2. Pensamiento matemático.
3. Cultura científica.
4. Cultura tecnológica.
5. Manejo de la información.
6. Competencias interpersonales y cívicas.

Las específicas dependerán de cada profesión y del contexto que asuman en la salud.



## El registro calificado

# PROCESO DE REGISTRO CALIFICADO EN SACES



<http://image.slidesharecdn.com/registrocalificado-110525105432-phpapp02/95/registro-calificado-9-728.jpg?cb=1306322915>

Para tal efecto, la norma consagró estas **condiciones de calidad**, ocho propias del programa que se pretende ofertar, a saber:

1. Denominación.
2. Justificación.
3. Contenidos curriculares.
4. Organización de actividades académicas.
5. Investigación.
6. Relación con el sector externo.
7. Personal docente.
8. Medios educativos e infraestructura.

Y, además, seis condiciones del orden institucional:

9. Mecanismos de selección de estudiantes y docentes.
10. Estructura administrativa y académica.
11. Autoevaluación.
12. Política de egresados.
13. Bienestar universitario.
14. Recursos financieros suficientes, las cuales complementan y dan soporte a la propuesta académica.



### Los pasos

La IES debe enviar la solicitud (envío de documentación). Si están completos, se hará una visita por parte del CONACES. Clave para la evaluación será encontrar la PERTINENCIA de los programas a través de:

- Denominación.
- Coherencia del programa con los servicios de cuidado de la salud que se prestan en el país.
- Oferta, demanda y suficiencia del talento humano en salud.
- Coherencia del perfil y competencias planteadas por el programa con las necesidades de la población.

### ¡Pilas con el nombre!

El CONACES pondrá especial cuidado a las denominaciones de los programas. Si un programa tiene un mismo nombre, sin importar las IES que lo ofrezcan, debe enseñar en su mayoría lo mismo, ¿cierto?, claro sin descartar aquello que lo hace especial para la identidad de la IES.

### Coherencia con el MIAS

## Componentes del MIAS

- |   |  |    |   |
|---|--|----|---|
| 1 | Caracterización poblacional de acuerdo con PDSP 2012-2021        | 6  | Redefinición del rol del asegurador   |
| 2 | Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS       | 7  | Redefinición del sistema de incentivos  |
| 3 | Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS) | 8  | Requerimientos y procesos del sistema de información                          |
| 4 | Delimitación territorial del MIAS                                | 9  | Fortalecimiento del Recurso humano en Salud (RHS)                             |
| 5 | Redes integrales de prestadores de servicios de salud            | 10 | Fortalecimiento de la Investigación, innovación y apropiación de conocimiento |



La forma como los Ministerio de Salud y Educación se han comprometido a impulsar la APS está en que todos los programas contemplen como gran objetivo nacional el Modelo Integral de Atención en Salud.



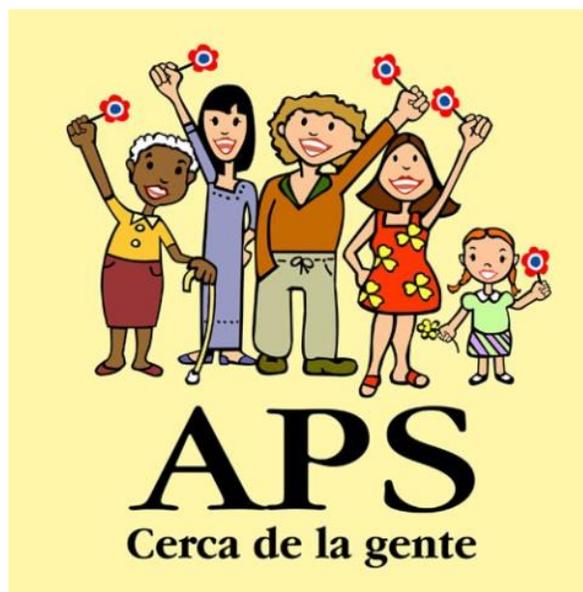
## Lo que todo programa debe tener para que sea colombiano

Toda propuesta de formación deberá estar sustentada en la premisa de contribuir a resolver problemas de la población. En tal sentido, y uniéndose a la salud pública, debe tener:

1. Los documentos emitidos por las autoridades sanitarias del lugar de ejecución del programa como los planes territoriales de salud.
2. Los análisis de situación de salud (ASIS) de cada entidad territorial.
3. El Plan Decenal de Salud Pública.
4. El Modelo Integral de Atención en Salud y de esto y en particular:
  - 4.1. Enfoque hacia salud familiar y comunitaria.
  - 4.2. La gestión integral del riesgo.
  - 4.3. El enfoque diferencial a nivel poblacional y territorial y cuidado de la salud.
  - 4.4. Innovaciones hacia los modelos específicos de prestación y gestión de los servicios, desde una perspectiva multidisciplinaria e integral.

El contexto legislativo estará dado en el ofrecimiento del conocimiento sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el Plan de Intervenciones Colectivas y la Política de Atención Integral en salud.

## Los escenarios de práctica



<http://1.bp.blogspot.com/-bHJqAaRKQq0/VW3lhgBkVCI/AAAAAAAAADg/yB6Tt2XluL8/s1600/logoaps%2B%25281%2529.jpg>

Es clave fortalecer el asunto de la docencia-asistencia en los escenarios de práctica. El sitio, la población a la que se atiende y sus derechos, su relación docente, su capacidad para enseñar y su repercusión en la formación han de ser aspectos a profundizar y donde se deberá buscar criterios que nos acerquen a la deseada calidad.



## ¡Ojo!... Escenarios comunitarios



Sin duda la atención en salud se debe enseñar donde está la comunidad. Por ello se deben promover escenarios comunitarios, pero cumpliendo con la calidad educativa esperada. Al respecto, Harzheim y col (2009) anotan lo siguiente:

*"Se recomienda la formación..."*

- *En extramuros hospitalarios, en un programa docente-asistencial con integración horizontal y vertical.*
- *Distritos docente-asistenciales caracterizados por un área geográfica definida, cuya población podría estar adscrita territorialmente a una red de distintos servicios de APS.*
- *Integrados horizontalmente a la red intersectorial local de servicios públicos y comunitarios.*

*La integración posibilitaría al alumno una visión del sistema como un todo, comprendiendo el flujo que los usuarios realizan para entender sus necesidades en salud. Los propios alumnos serían como un anillo en la cadena de intervenciones necesarias para mejorar la integración entre los distintos niveles asistenciales.*

*La interacción activa de alumno con la población y con los profesionales de la salud de forma continua desde el comienzo del proceso de formación, facilitando al alumno el trabajo sobre problemas reales, asumiendo responsabilidades crecientes como agente prestador de cuidado, compatibles siempre con su grado progresivo de autonomía".*



## Propuestas



Otras recomendaciones en este sentido son:

- Las prácticas formativas en salud deben tener un adecuado balance entre los diferentes niveles de atención, así como en escenarios no clínicos que permitan el desarrollo de competencias para el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad en un contexto local, regional y nacional.
- Debe existir una asociación estrecha entre el profesorado universitario, la gestión local y los equipos de salud.
- Se deben diseñar prácticas que valoricen el contacto horizontal con la población (cuidado longitudinal y continuo) propiciando de esta manera la construcción de vínculos sociales.
- Debe existir una red de cooperación entre hospital universitario y red de atención primaria en salud.
- Se recomienda la capacitación docente tanto en lo disciplinar como en lo pedagógico, favoreciendo la educación continua de los docentes universitarios y de los tutores de la red asistencial.
- El apoyo a los docentes, profesores universitarios, tutores y alumnos para que la red de prestadores de servicios de salud y, en especial, el nivel de puerta de entrada, se constituyan en un campo de investigación y producción de conocimiento.
- Se debe procurar la centralidad del cuidado como eje temático organizador de las actividades académicas.
- Es conveniente la inclusión del trabajo interprofesional en la formación de los profesionales de la salud; debe hacerse tanto en lo teórico como en lo práctico, es decir, en los escenarios clínicos deben existir encuentros multiprofesionales de intervención.
- Consolidación de un "centro de salud universitario" para la enseñanza de las profesiones de la salud.
- Establecimiento de alianzas entre las instituciones formadoras y las IPS para la prestación de servicios de salud con intención formadora; en dicha alianza se deben contemplar las actividades comunitarias y las de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; además, se debe considerar un claro lugar para los estudiantes en la prestación de servicios de salud.
- Los programas de ciencias de la salud deben lograr que sus estudiantes desarrollen competencias para la realización de informes de la situación de salud de las comunidades y para su interpretación, para el trabajo en equipo y el estímulo a la participación comunitaria; además, competencias en interculturalidad y en pensamiento crítico, investigación, ética y comunicación.



## El futuro laboral



<http://www.lafragua.edu.co/sites/default/files/Linkedin-para-buscar-trabajo.jpg>

Dice el documento: "La apertura de un nuevo programa educativo, carecerá de pertinencia si:

1. Hay exceso de oferta del talento humano que se pretende formar en los ámbitos nacional o territorial y no existen elementos que permitan prever cambios en la demanda que corrijan la situación.
  - 1.1. Lo que implicaría, de un lado, la profundización de situaciones como el desempleo, el subempleo y bajas remuneraciones.
  - 1.2. De otro lado, una utilización ineficiente de los recursos de las familias y de los sistemas educativo y de salud en la formación de un recurso que va a ser subutilizado.

### Fijarse en las competencias

Menciona el documento que es muy importante revisar muy bien las competencias que el programa ofrece y enfrentarlas a la situación laboral y a las necesidades de la población. De ello depende el futuro laboral del egresado.

### Condiciones específicas de calidad para los programas

Proponen que todos los programas se rijan bajo los siguientes principios:



<https://centroamericaribeschp.files.wordpress.com/2013/05/calidad-educativa-2.jpg>

- a. Ética y responsabilidad social, a través de las cuales el programa responda por los derechos de salud de los pacientes y de educación de los estudiantes.



- b. Calidad, asegurando que el programa cumpla tanto con lo académico como con lo administrativo. Los escenarios de práctica son un componente fundamental de esta evaluación.
- c. Interculturalidad, entendida como el reconocimiento de la cultura diferencial de acuerdo a región o a posición social con la consiguiente adecuación del conocimiento para lograr su aplicabilidad.
- d. Planificación estratégica, a través de la cual, los programas logren impactar no solo a sus estudiantes sino a la población a la que dirigen su preparación.
- e. Autorregulación, por la cual los programas deben analizar el contexto del país y del mismo programa y, con base en eso, regular su profesión.

### Denominación

Es muy importante que el nombre de la carrera sea coincidente para todos (nacional e internacionalmente) y en cualquier IES en torno a lo que significa y para el perfil laboral.

### Justificación

Debe demostrar la forma como el programa responde coherentemente a las necesidades del país. Deben evidenciar su compromiso ético y responsabilidad social con la equidad, el bienestar, el buen vivir y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, en relación con los rasgos distintivos del programa. En tal sentido, recordar que hacia dónde se dirige Colombia es hacia la Política de Atención Integral de Salud.

### Acciones de obligatorio cumplimiento

Debe tener estudios de factibilidad. Análisis de situación de salud y la relación e impacto esperado. Por supuesto que debe contemplar la correspondencia entre el programa y el Modelo Integral de Atención en Salud.

### Contenidos curriculares y competencias



[http://www.minerva.buap.mx/imagenes/img\\_beneficios2\\_beneficios.jpg](http://www.minerva.buap.mx/imagenes/img_beneficios2_beneficios.jpg)

Han de tener una explicación de cómo se logrará una sólida formación científica y técnica. Cómo contribuye a la justicia social. La declaración del componente ético y deontológico. Una descripción de la situación actual y cómo se piensa impactar. Cómo se interrelacionará con los diferentes actores y la forma como abordará la salud de las personas en los diferentes contextos.



### Acciones de obligatorio cumplimiento

Se propone que todas las profesiones cumplan con las denominadas competencias transversales, buscando con eso la posibilidad de ese trabajo interdisciplinario. Asimismo, las específicas para todas las áreas de la salud, partiendo que el faro orientador es la Atención Primaria de Salud. De igual forma, el desarrollo de las habilidades para la interculturalidad que permitan acercar las profesiones a la población. Todos los programas han de desarrollar pedagogías que permitan la mejor asimilación por parte de sus estudiantes y construir sus indicadores de desempeño, así como montar una evaluación de sus procesos académicos.

### Organización de las actividades académicas



## Enseñar salud en la comunidad



Especial mención tienen las prácticas formativas por constituirse como la mayor expresión de integralidad. Promueven el vínculo de los estudiantes con la población y la promoción de escenarios comunitarios. Se hace un llamado muy especial a evitar esa relación comercial que pondría en un plano muy diferente el objetivo de los escenarios de práctica (sean clínicos o comunitarios).

### Acciones de obligatorio cumplimiento

El documento propone que el 70 % de las prácticas se realicen en ambientes comunitarios y un 30 % en ambientes clínicos. Promueve la utilización de escenarios virtuales. Propone hacer el cálculo del ideal de número de estudiantes de acuerdo al sitio de práctica. Estimula el acercamiento entre la academia con las redes integrales de servicios de salud. Insiste en definir muy bien la responsabilidad de las IES en los sitios de práctica y la construcción de alianzas estratégicas entre las IES y cada sitio. Censura el pago a los sitios de práctica bajo la visión de "alquiler". Propende por la creación de una



relación interprofesional con las distintas áreas y profesiones en cada sitio de práctica. Propone llevar las actividades académicas al sitio de práctica.

### **Acciones de buena práctica**

Incluir como punto fundamental la percepción de la población atendida. Llevar a cabo en cada sitio las razones de las universidades tales como docencia, proyección social e investigación y estimular la formación de equipos multidisciplinarios de aprendizaje.

#### **Personal docente**



Consideran clave ver la relación docente-estudiantes. Han de tener la preparación pertinente. Se debe propender por la creación de equipos multidisciplinarios. En los sitios de práctica, si se vinculan a personas de allí, ha de hacerse formalmente con su debido reconocimiento. Definir muy bien las responsabilidades y promover la capacitación continua de los docentes. Integrar en lo posible a los docentes de prácticas en los procesos de proyección social e investigación (integración misional).

#### **Investigación y relación con el sector externo**

Promueven la investigación entendida como el plantear soluciones a la realidad encontrada en los escenarios de práctica y que se concluye que refleja o conviven con la realidad nacional. Promueve el "meter" en la cabeza de los estudiantes que la investigación está hecha para cambiar realidades que así lo ameritan. En particular propende a que se fortalezca el MIAS. Hacerles seguimiento a las comunidades, conocer sus percepciones, involucrarse con otros sectores, son acciones que se impulsan bajo este punto. Con el fin que no quede etéreo, se propone la asignación de recursos en tiempo para que se lleve a cabo de manera real.

#### **Educación continuada**

De forma especial promueve y estimula la educación continuada y el seguimiento a los egresados para poder identificar en qué se debe fortalecer la formación de las profesiones.

#### **Infraestructura**

El documento expone que la responsabilidad de los sitios de práctica depende directamente de tales sitios, ello sin descartar que a través de los convenios docente-asistenciales se ofrezca algún apoyo. Lo cierto es que considera que ciertamente la IES debe poner cuidado a las condiciones de los sitios de práctica, propendiendo por la mejora para las condiciones docentes asistenciales.



### Medios educativos



<https://lgaretio.files.wordpress.com/2015/02/e08f5dc6-678a-4529-8096-9d8adfd7e212.jpg?w=595>

Hace un llamado a estimular la educación virtual como apoyo y aprovechar por completo en las TICS. Estimula el acceso a la información como una competencia transversal, así como la creación de instrumentos de apoyo en las TICS que permitan una obtención de información valiosa que mida en forma ágil para producir acciones. La simulación debe estimularse para crear más escenarios los que sumados, deben producir un estudiante más preparado.

### Conclusión

En síntesis, la propuesta propende la formación de profesionales que tengan al país como prioridad a través de la APS y que esta visión sea el común de todas las profesiones del área de la salud. Los dos Ministerios (Salud y Educación) se están uniendo en tal proyecto, para que los programas sean de la máxima calidad.

### Comentario

Creo, sin lugar a dudas, en la importancia de llevar el proceso de salud y enfermedad a la comunidad. Creo que la prevención, promoción y la rehabilitación se hacen en la comunidad. El hospital está hecho para tratar la enfermedad. Por supuesto que ello es tan importante como la prevención o la rehabilitación; por tanto, la enseñanza práctica ha de hacerse en los dos ambientes: comunidad y hospitales. En ambos es clave el tener los docentes tutores de prácticas. Ellos son diferentes a la concepción de la docencia como clase. Ellos enseñan con el ejemplo y, a través de los grupos de estudiantes que tutorizan, los encargados de enseñar esas habilidades del hacer. **Ellos son la clave** de la motivación de los estudiantes y los que establecen esos vínculos humanos que tanto queremos promover.



Concibo que las **IES han de comprometerse con comunidades específicas y acompañar a las familias de por vida**. Solo así se podrá mostrar las ventajas de la continuidad en la salud. En tal sentido, ha de hacerse presencia activa en la zona.



HORARIO DE ATENCIÓN

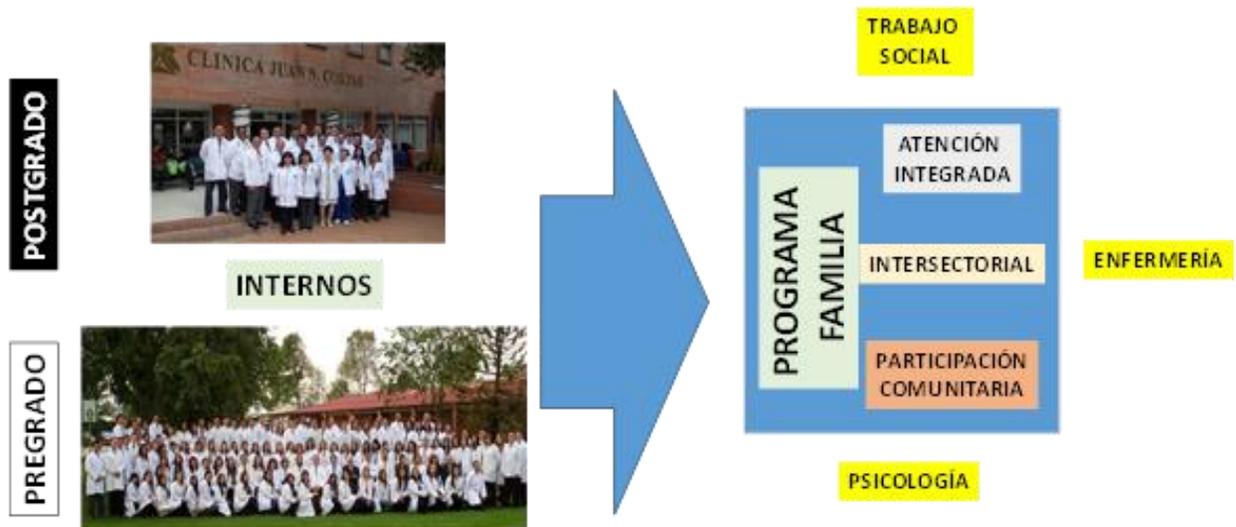
Lunes a Viernes  
7 am – 4 pm  
Sábados  
8am -1pm

Tel: 687-5783

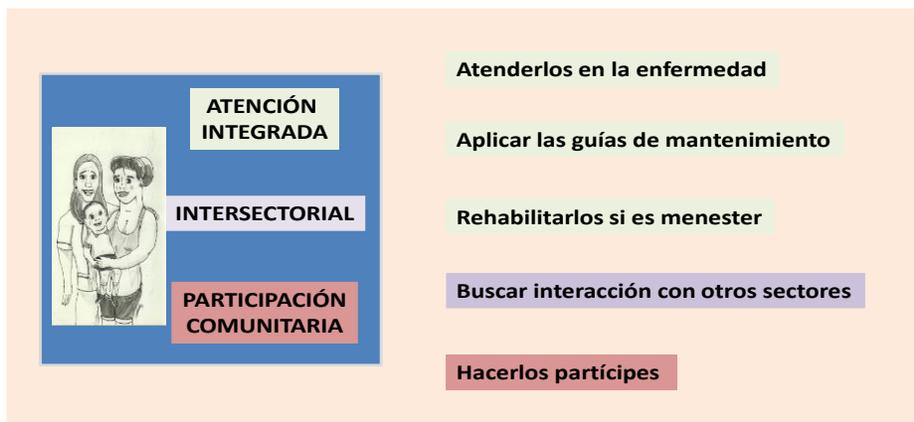
Ha de tenerse un equipo sólidamente conformado que se encargue de establecer las relaciones con la comunidad.



# ¿CÓMO?



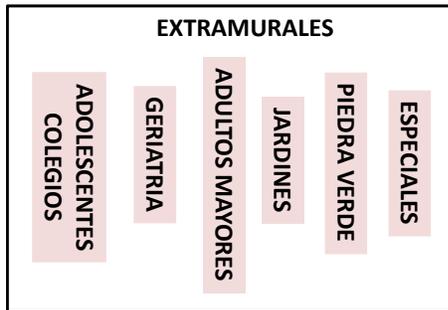
Propongo, y tomo por ejemplo a Medicina, la construcción de un programa de integración en la comunidad que una el pregrado y el posgrado, así como otras profesiones del área de la salud, para **llegar a unas familias** con las que nos comprometamos de por vida.



## PLAN DE CADA FAMILIA

A cada familia le construiremos un plan que nos comprometeremos a ejecutar, plan donde la participación de ellos y el trabajo intersectorial estén presentes. ¿Quiénes hacemos el plan? Los docentes de comunidad que, junto con los estudiantes de pregrado (Medicina) y posgrado (Medicina Familiar), asuman como suyas las familias pertinentes. Cuando digo asuman, hablo de compromiso en donde hacemos el plan para ofrecer el máximo de salud posible a la(s) familia(s) asignada(s). ¡Ojo!, intuyo que los docentes hemos sido preparados para hacer esos planes de salud y seremos medidos por el grado de bienestar aportado a las familias a nuestro cargo. Sé que nos enfrentaremos con situaciones donde necesitamos el concurso de otras profesiones. Por eso sé que debemos atraer a otras profesiones. En claro tengo enfermería, psicología y trabajo social, por ende, el espacio en comunidad donde trabajemos ha de ser lo suficientemente amplio para recibir a dichas áreas.

Soy consciente de que no podemos comprometernos a ofrecerles a las familias todo lo que le corresponde hacer a las EPS. Pero creo a pesar de ello, el ayudarlos a través del acompañamiento es suficiente y necesario, siendo conscientes de la necesidad de trabajar integrándonos con el Sistema. Hacerles el plan de mantenimiento de la salud, ayudarlos cuando están enfermos, contribuir con su organización comunitaria, buscar a otros sectores, son actividades que sí son posibles.



Intuyo el desarrollo de al menos seis programas para comunidades organizadas; algunos de ellos son, por ejemplo, jardines comunitarios, grupos de adultos mayores, colegios, hogares de niños especiales. Una vez más intuyo que es necesario unirnos con otros sectores educativos. Sé que esos escenarios y tales poblaciones nos ofrecen la posibilidad de aprender aspectos específicos tales como la semiología, pero, además, de hacernos sentir las condiciones como viven y proponer alternativas viables para cambiar realidades sociales.

Pero, repito, visualizó a un grupo de personas que nos abren las puertas de la comunidad. Nosotros desde nuestro quehacer y compromiso hacia la comunidad, consolidamos tal integración.



**Temas de actualidad / Current topics**

**Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria**

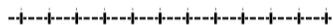
*Jaime Gofin y Rosa Gofin\**

En los servicios de atención primaria ocurre el primer contacto entre las personas y los trabajadores de la salud. Sin embargo, las características de estos servicios, la gama de sus actividades, sus logros y las barreras para acceder a ellos varían de un país a otro de acuerdo con el sistema de servicios de salud establecido y el contexto socioeconómico, cultural y político imperante. El interés y las acciones relacionados con la atención primaria de salud (APS) en el mundo aumentaron substancialmente a partir de la Conferencia Internacional sobre APS, celebrada en Alma-Ata en 1978. Sin embargo, las decisiones políticas adoptadas y los cambios en su organización han tenido una evolución dispar. Sin efecto, en respuesta a la Declaración de Alma-Ata se desarro-



Una estrategia para consolidar este proyecto puede ser el APOC descrito por el doctor Jaime Gofin y su esposa Rosa. Creo que tal estrategia nos abre un camino sencillo y posible, siempre y cuando tengamos el compromiso.

iHay tanto por hacer!





## Seguridad Social...

### CRÓNICA DE UNA MUERTE ANUNCIADA

(Para que no olvidemos que la crisis de la salud es fácil de entender)

Juan Carlos González<sup>‡‡</sup>



Foto Juan Carlos Sierra (Revista Semana)

Ya sin sorpresa se puede leer o ver por televisión la sostenida crisis del sistema de salud en nuestro país, la cual es fácil padecer si uno asiste a un servicio de urgencias y, dicho padecimiento, se convierte en agonía si uno pertenece a Cafesalud EPS (1).

#### ¿La razón?

**Problemas con citas y entrega de medicamentos, las quejas a Cafesalud**

Varias regiones ya expresaron su preocupación. Clínicas y hospitales piden que la EPS dé la cara.

<http://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/crisis-de-la-eps-cafesalud/16701466>

La última es, según se afirma, por el traslado masivo de usuarios que el Gobierno le asignó, procedentes de SALUDCOOP. De un momento a otro, Cafesalud con unos 1,5 millones de usuarios pasó a tener 7,5 millones. Tal movimiento dejó muchas deudas a prestadores de SALUDCOOP y la incapacidad de CAFESALUD de incrementar su red prestacional, conllevando a una situación en donde muchas IPS no quieren (o no pueden) atender a quienes no les pagan.

<sup>‡‡</sup> MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria – [juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co)



### Resultado

Toda la atención de 7,5 millones de personas se afecta. Pero si se tiene en cuenta que muchas de las otras EPS padecen de situaciones donde no cancelan oportunamente a las IPS (2), y que muchas de ellas han optado por dejar de prestar antes de seguir maltratando a sus trabajadores por no pago, se concibe una escalera hacia el descalabro y persistencia de la crisis de salud (3).

### ¡Ojo!

El problema acá es por no pago, no es porque se cobre mucho o porque se tenga que atender enfermedades no POS. Es sencillamente porque las EPS no cancelan a las IPS y estas no lo hacen a sus trabajadores, lo que determina déficit de prestadores con las consiguientes dificultades de acceso para los pacientes.

### Pero... ¿desde cuándo la crisis en salud?

En 2009 se declaró la emergencia en salud (4). El Gobierno de entonces acusó a la Corte Constitucional por las atenciones fuera del POS (5).

### ¿Qué son las atenciones fuera del POS?

Se refiere a aquellas atenciones que no fueron incluidas (ni calculadas), a las que se accede a través de tutelas. Si bien en su mayor frecuencia son enfermedades graves donde la vida está en riesgo, también existen casos controvertidos como, por ejemplo, cirugías estéticas. Plantea la emergencia declarada, que una minoría (a través de la tutela) consume una excesiva porción de recursos, dejando al Sistema en situación precaria.

### Pero, y en ese entonces (2009), se agregaban...

1. La corrupción. Por ejemplo, EPS que cobran al FOSYGA medicamentos No POS (que surgen de tutela), facturándolos con sobrecostos (6).



2. El flujo de los recursos que encuentra trabas para llegar a donde debería, que en general son las IPS, sometiéndolas a un riesgo económico mayúsculo (demoras en pagos para ganar rendimientos financieros, por ejemplo, lo que determina incluso la quiebra de entes prestadores).
3. El desvío de fondos de salud que se deben corregir. Alcaldías, por ejemplo, usan recursos de la salud para obras o proyectos diferentes.
4. La sentencia de la Corte que ordena al Gobierno hacer similares el POS del régimen subsidiado con el del contributivo.



### Y, ¿esto persiste?

Pues juzguen ustedes. Para combatir la corrupción, el Gobierno intervino en 2011 a dos de las EPS más grandes (7).



El resultado, un empeoramiento de la prestación de los servicios (8) y un aumento de las deudas a través de las intervenciones - ¿más corrupción? (9) -. Si se creía que las intervenciones mejorarían la prestación, la equivocación ha sido inmensa (10). ¡Se empeoró!

### Hoy... ¿qué se está pidiendo?

¡Ojo!, siendo el problema la corrupción, se está pidiendo más dinero (nuevos impuestos) (11). Pero si la corrupción persiste, ¿no es una forma de incentivarla?

### La disociación

Colombia está dando pasos jurídicos en busca de la Atención Primaria en Salud (APS). La ley 1438 de 2011, la Ley Estatutaria de Salud de 2015 y la Política de Atención Integral de Salud (PAIS) de 2016 hacia eso apuntan; pero, ¿cómo implementarlas? No va ser fácil, para ello se debe atacar las causas y en tal sentido:

### Lo que no depende del sistema...

1. Que se ataque de fondo y en serio a la corrupción. Existen ahí dos modalidades bien implantadas:
  - a. El uso indebido de los recursos de la salud para enriquecimiento privado, que fue la acusación que motivó las intervenciones en 2011.
  - b. El uso burocrático, perverso de los empleos de la salud, lo que impide que las personas preparadas estén donde deben estar y, claro, la necesaria "continuidad" que se debe en los planes y programas. Cada gobierno y cada nueva administración desconoce lo que hace el anterior.
  - c. El uso indebido de los recursos (robo) por parte de un sector de nuestra indolente clase politiquera. El paramilitarismo (12) enseñó cómo robar al sector salud en muchos municipios y la corrupción de hoy asimiló tal práctica.



### Lo que depende del sistema...

1. Cambiar esa realidad en la cual las EPS no le pagan a las IPS, cuándo y cuánto es debido. Se debe cambiar la modalidad en la que las IPS "financian" a las EPS a 60 y 90 días (13). Se debe objetar todo aquello que retrasa los pagos por parte de las EPS a las IPS. Para ello, y como primera condición, evitar que las EPS financien negocios con los recursos de la salud. Además, mantener la independencia de los prestadores, evitando la integración vertical, la cual considero perversa ya que termina poniendo a los prestadores al servicio del negocio y no en la defensa parmente de los pacientes. A las IPS se les debe cancelar a más tardar a un mes de pasada la cuenta.
2. Hoy como nunca, se sabe cuánto vale un parto, una consulta, una cirugía. Por ende, contratar en términos justos es posible. ¡Nadie se debe aprovechar del otro! Perfectamente se puede calcular el costo de las atenciones de las mejores prácticas y de ahí surge la forma de retribuir el pago de la prestación. No se debe permitir que existan IPS que contraten por debajo de lo "justo". Al hacerlo, es casi seguro asegurar, como mínimo, que no presten un buen servicio.



3. Cambiar ese sistema en el que las IPS contratan a su personal en condiciones transitorias (14) y sin futuro. Así es imposible ofrecer la APS. Los trabajadores de la salud deben tener un futuro en su trabajo (15), solo así se podrán comprometer con sus pacientes. Pero si las EPS no cancelan, entonces las IPS no pueden asegurar el salario de sus trabajadores.



<http://www.elpais.com.co/elpais/sites/default/files/multimedia/videos/2015/09/14/san-juan-dios-4.jpg>

Claro, tampoco garantizar la atención de los pacientes (16), pero como la Ley ordena atender toda urgencia, el resultado será unos servicios de urgencias con menos prestadores y, por ende, esa pésima atención que hoy se vive.

4. Cambiar el que no se construyan las redes integradas (17) para combatir el fraccionamiento actual. Únicamente trabajando en red se pueden ver las ventajas de la promoción y prevención, claro, agregándole continuidad. Una red integrada se compromete con la salud de un barrio, de una población y ese compromiso implica la atención integral, el trabajo con otros sectores y el hacer partícipe a la comunidad. Solo así cambiaremos perfiles y ofreceremos salud. Para lo anterior se requiere:

- a. Propiciar la constitución de los equipos de cuidadores primarios por parte de esas redes, los que, llegando a las familias, deben ser los responsables de la aceptación de las redes integradas; pero, además, de la atención. Dichos equipos, junto con las redes, también serán los responsables de cambiar la agonía de las urgencias de hoy. Con ellos es que se pueden hacer los planes de salud de las familias y llevar a todos la salud que tanto anhelamos.
- b. Respecto a las atenciones no POS. Probablemente se deberán ajustar a lo probable y real. Tengo en lo personal una duda acerca de si son verdaderamente un problema del sistema. Me parece difícil que lo sean cuando, por ejemplo, un presidente de EPS cobra alrededor de \$100.000.000 por mes. Ante esto comprendo que el dinero de la salud es para la salud y no para salarios desproporcionados. Sin embargo, creo que hoy la aplicación de la evidencia científica disponible permite saber con cierta certeza qué sí o no puede estar cobijado en una atención no POS. La Corte Constitucional deberá basarse en ello cuando aplique la Ley Estatutaria, ¿será posible?

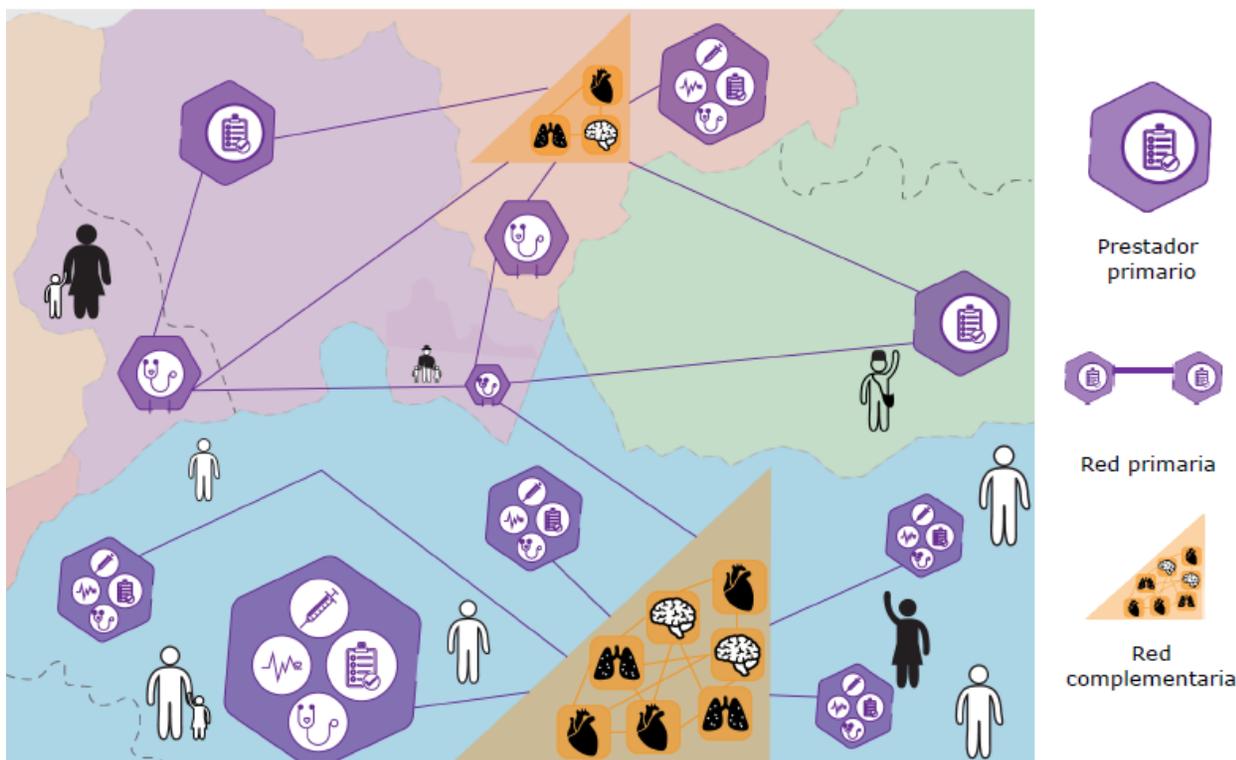
### **Las EPS... ¿con o sin futuro?**

Creo (quien escribe) que nunca cambiarán. Creo que el interés de estas no es la salud de la población, sino la rentabilidad de sus socios. No creo que hagan falta. Creo que menos, es más, es decir, entre menos actores mejor funciona un sistema (principio de la integralidad). Sin embargo, también creo que no se van a terminar (18), al menos no en este Gobierno.



Y, entonces, si desaparecieran... ¿cómo funcionaría el sistema?

## 5. Redes integrales de prestadores de servicios de Salud



Intuyo que las redes integradas deberán hacerse cargo de la población con base en su ubicación geográfica. Por tanto, el Estado, a través de una entidad creada para ello, garantizará el giro para tales redes. Es más, intuyo que la distribución de los medicamentos se puede hacer de forma central, acabando así tantas posibilidades de expresión de la corrupción.

### Los trabajadores de la salud

Proponemos que se vuelva a implementar las carreras administrativas que permitan, sin importar quienes lleguen, darles continuidad a los programas, en particular en los municipios.

### Lo injusto

Es tanto, el desprestigio de nuestro actual sistema ha hecho florecer a la Medicina prepagada (19), la cual ofrece una atención dirigida a la enfermedad, con todas las comodidades. Lo injusto es que, por más plata, se ofrece la atención como la que todos deberíamos recibir.

**Pero, y entonces, ¿cómo debería funcionar el sistema?  
Pues como lo propone la APS.**

## POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

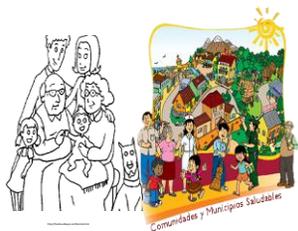
### PRINCIPIOS DEL MODELO



La declaración de Alma Ata

- Principios.
- Estrategia.

## La estrategia de la política



**Enfoque de salud Familiar y comunitario**

### El enfoque diferencial



POBLACIONES



TERRITORIOS

### El cuidado de la salud

Gráfico 7 Curso de vida y cuidado de la salud

#### AUTOCUIDADO

- HIGIENE
- NUTRICIÓN
- ESTILO DE VIDA
- FX AMBIENTALES
- HÁBITOS SOCIALES
- MANEJO DE ESTRÉS
- PROYECTO DE VIDA
- CUIDADOS A POBLACIÓN
- TOMA DE DECISIONES



Fuente: MSPS. 2015.

### Gráfico 8 Gestión integral del riesgo en salud



Fuente: MSPS. 2015.

Mi familia y yo debemos estar vinculados a un equipo de salud que nos conoce de manera íntegra. Hemos sido visitados por el equipo de salud o hemos acudido a la IPS que queda a menos de 20 minutos de nuestro hogar. Allí, reconocemos a nuestro médico, a nuestra enfermera y ellos nos reconocen a nosotros y para cada uno de nosotros hay un plan de salud para cada año. Hemos acudido a una serie de talleres donde nos han explicado cómo podemos contribuir a mantener nuestra salud.

Sabemos que en caso de sentirnos abruptamente enfermos podemos acudir a nuestra IPS donde seremos examinados (en menos de 3 horas) y nos definirán si debemos asistir a o no a una IPS de mayor complejidad al servicio de urgencias. Reconocemos los hospitales donde están los especialistas que, junto con el equipo primario, son los encargados de atendernos cuando así se requiera.

Mi señora participa activamente de un curso de cuidadores de salud, pues tiene a uno de sus padres desarrollando un trastorno cognitivo. Yo asisto a un curso para dejar de fumar.

Nosotros, por gusto, participamos de la Alianza de Usuarios de nuestra zona, asistiendo periódicamente a unas reuniones donde nos muestran cómo funciona nuestra red de servicios. Asimismo, a través de esa red, hemos conocido los problemas de la zona. Mi esposa se ha comprometido a trabajar en un curso de lectura para niños de hogares del ICBF. Yo he querido ayudar a los colegios de la zona a montar un programa para ayudar a evitar el embarazo no deseado. Cuando puedo, acudo a un grupo de adultos mayores para compartir con ellos.

Esto que describí, no es imposible de hacer, ni siquiera difícil.



### En conclusión

Creemos que el Gobierno y el país deben dejar de creer que el actual sistema es viable. Este sistema no es viable y no lo es porque ha muerto, llevándose a muchos pacientes en su agonía, y lo mató la codicia y la corrupción. Tenemos ante nosotros uno diferente y probable que está tratando de nacer.

### Referencias

- (1) Nación. Problemas con citas y entrega de medicamentos, las quejas a Cafesalud. El Tiempo [Internet]. Miércoles 14 de septiembre de 2016. Colombia. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/crisis-de-la-eps-cafesalud/16701466>
- (2) Espectador.com. Podrían cerrar 17 hospitales de Bogotá porque EPS no les pagan. El Espectador [Internet]. Lunes 7 de octubre de 2013. Salud. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/podrian-cerrar-17-hospitales-de-bogota-porque-eps-no-le-video-450886>
- (3) Ruíz F. Los tres males del sistema de salud. El Espectador [Internet]. Jueves 19 de julio de 2012. Salud. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/los-tres-males-del-sistema-de-salud-articulo-361405>
- (4) La silla vacía. [Internet]. Cortés C: Qué busca el Gobierno con la declaratoria de emergencia social en salud [actualizado 25 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://lasillavacia.com/historia/5391>
- (5) Corte Constitucional [Internet]. Legitimación para actuar como agente oficioso o representante. Sentencia T-266/14. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-266-14.htm>
- (6) Justicia. En facturas de solo 9 medicinas hay sobrecostos por \$42.591 millones. [Internet]. Jueves 11 de agosto de 2016. Justicia. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/politica/justicia/eps-investigadas-por-sobrecostos-en-medicamentos/16671611>
- (7) Redacción salud. Así ha sido la intervención a Saludcoop. El Espectador [Internet]. Domingo 25 de noviembre de 2015. Salud. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/asi-ha-sido-intervencion-saludcoop-articulo-601431>
- (8) Forero D. Saludcoop y Coomeva se disputan el top de las quejas. El Heraldo Internet. Domingo 12 de julio de 2015. Local. Disponible en: <http://www.elheraldo.co/local/en-2015-supersalud-reporta-2821-quejas-contras-eps-en-barranquilla-205230>
- (9) Contraloría General de la República [Internet]. El desvío de los recursos de la salud – Caso Saludcoop. Cuadernos Procesales. Doctrina Fiscal. Disponible en: [http://www.contraloriagen.gov.co/documents/178378377/187323329/cuaderno\\_procesal\\_02\\_saludcoop\\_web.pdf/cb447511-fc19-47bf-92ba-5d56884c41ed](http://www.contraloriagen.gov.co/documents/178378377/187323329/cuaderno_procesal_02_saludcoop_web.pdf/cb447511-fc19-47bf-92ba-5d56884c41ed)
- (10) Noticias RCN. Intervención a Saludcoop cumple tres años sin grandes avances [Internet]. País [mayo 13 de 2014]. Disponible en: <http://www.noticiasrcn.com/nacional-pais/intervencion-saludcoop-cumple-tres-anos-sin-grandes-avances>
- (11) Ministerio de Salud y Protección Social. Crece el apoyo de organizaciones de salud al impuesto a bebidas azucaradas [Internet]. Boletín de prensa N° 248 de 2016 [actualizado 24 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/apoyos-bebidas-azucaradas.aspx>
- (12) Redacción salud. 'El sistema de salud se lo habían robado los paramilitares': Santos. El Tiempo [Internet]. Miércoles 29 de julio de 2015. Salud. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/sistema-de-salud-en-colombia-y-paramilitares/16167536>
- (13) Portafolio [Internet]. Futuro incierto para los hospitales [actualizado 19 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.portafolio.co/opinion/otros-columnistas-1/futuro-incierto-para-los-hospitales-500446>
- (14) Contagio radio. En alto riesgo. Situación de salud en Colombia [Internet]. Disponible en: <http://www.contagioradio.com/en-colombia-la-salud-se-encuentra-en-cuidados-intensivos-articulo-12369/1440001462-1/>
- (15) Bernal F. Panorama de la contratación laboral médica en Colombia. Aspectos laborales. 2011; 6(1). [Internet]. Disponible en: <http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2011/1/Bajas%20RML%20Mayo%20-%20Septiembre/Aspectos%20Laborales.pdf>
- (16) Observatorio de realidades sociales [Internet]. En urgencias el suroccidente colombiano. Semanario 72. Disponible en: <http://observatoriorealidades.arquidiocesiscali.org/semanarios/en-urgencias-el-suroccidente-colombiano-1.html>
- (17) Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Hacia dónde deben dirigirse las redes integradas de servicios [actualizado 13 de octubre de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Hacia-d%C3%B3nde-deben-dirigirse-las-redes-integradas-de-servicios.aspx>
- (18) Redacción de El País. El confuso futuro de la salud e Colombia con la ley estatutaria. El País [Internet]. Domingo 22 de febrero de 2015. Colombia. Jueves 23 de junio de 2016. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/este-confuso-futuro-salud-con-ley-estatutaria>
- (19) Dinero. Crecen los usuarios de Medicina prepagada en el país [Internet]. <http://www.dinero.com/edicion-impresa/sectores/articulo/aumenta-el-numero-de-usuarios-de-medicina-prepagada/224917>

+++++



## DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Jessica Fernanda Gómez J.<sup>SS</sup>

### Resumen

El maltrato infantil impide el óptimo desarrollo de los niños y las niñas en diversas áreas, por lo que conocer acerca de esta problemática resulta fundamental para la sociedad y, aún más, para quienes trabajan en el área de salud. Este artículo recoge brevemente parte del contexto colombiano sobre los casos de maltrato infantil; asimismo, presenta una revisión de los tipos de maltrato, sus efectos, indicadores y formas de detección y notificación.

**Palabras claves:** Maltrato a los niños, notificación obligatoria, abuso sexual infantil.

### ABSTRACT

Child abuse makes difficult children's development in several areas, so it is essential that not only the society but even the healthcare providers know about this problem. This article summarizes shortly part of the Colombian context of child abuse. In like manner, it presents a review of child abuse types, also its effects, indicators and, the ways to detect and notify it.

**Key words:** Child abuse, mandatory reporting, child sexual abuse.

### EL MALTRATO INFANTIL EN COLOMBIA

La infancia es una etapa clave en el desarrollo humano, que implica un alto grado de dependencia del niño hacia los adultos para la consolidación de su futuro. La protección de esta población es fundamental para su óptimo desarrollo. Sin embargo, lamentablemente, problemáticas como el maltrato infantil, en Colombia alcanzan cifras que son alarmantes. La presente revisión pretende ser una contribución para los trabajadores de la salud al exponer el debido contexto del problema y explicar sus diferentes modalidades con el propósito de alarmar sobre sus consecuencias, enfatizar en cómo sospecharlo y hacer un llamado para su notificación informando sobre las rutas para hacerlo.

#### Un problema prevalente



[http://laestrella.com.pa/media/news/image/105475\\_800x600\\_crop\\_54ebe0296098c.jpg](http://laestrella.com.pa/media/news/image/105475_800x600_crop_54ebe0296098c.jpg)

La Defensoría del Pueblo en 2014 advirtió que, entre el 1 de enero y el 4 de abril de ese año, se reportaron 13 670 denuncias relacionadas con maltrato infantil (1). Según Forensis, en 2015 se presentaron 10 435 casos de violencia física intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes, 33 casos

<sup>SS</sup> Estudiante Maestría en Salud Mental Comunitaria. Universidad El Bosque - jefegoji7@hotmail.com



más que en 2014 (2). Del total de casos, los padres siguen siendo los principales perpetradores del maltrato con un 63,5 %. Las mayores tasas de maltrato se presentan entre los 5 y 14 años.

### Desolador

En cuanto a violencia sexual, según Forensis en 2015 se presentaron 19 181 exámenes médico legales por presunto delito sexual entre las edades de 0 a 17 años de edad. Se destaca que, de la población total (0 a 80 años y más) a la que se realizó exámenes médico legales por presunto delito sexual, el 75,1 % corresponde a población entre los 0 y 14 años (3). Cifras sumamente preocupantes dadas las enormes implicaciones que tiene este delito en el desarrollo biopsicosocial infantil.

### El silencio cómplice



Es necesario destacar que se considera que un inmenso número de casos de maltrato es desconocido por su falta de denuncia; algunos autores aseguran que estos datos conocidos son la punta de un enorme iceberg, de forma que las cifras conocidas podrían constituir solamente un diez o el veinte por ciento de los casos de maltrato existentes (4).

## EL MALTRATO INFANTIL Y SUS EFECTOS

### Definición

El Código de Infancia y Adolescencia define *maltrato infantil* como “toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y, en general, toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona” (5).



## Tipos de maltrato



Se han descrito los diferentes tipos de maltrato:

**Maltrato físico:** Es toda agresión manifestada por medio de golpes. Puede tener o no como resultado de lesión física que es producto de castigos únicos o recurrentes, con proporciones y características diferentes. En este tipo de maltrato suelen existir evidencias que facilitan su diagnóstico directo (6).

**Maltrato psicológico:** Manifestado por insultos, groserías, desprecio, burlas y amenazas para hacer sentir mal a los niños. Incluye también rechazo, aislamiento; ignorar y aterrorizar a los niños (7).

**Abandono, negligencia o descuido:** Desprotección y falta de cuidado mínimo por parte de las personas que tienen el deber y las condiciones de hacerlo. La negligencia consiste en omisiones que se ven reflejadas de forma inofensiva a lo largo del tiempo; es de difícil detección y fácil de negar (6).

**Abuso sexual:** Toda actividad sexual entre un niño o niña. Incluye la explotación sexual. Se encuentran evidencias cuando existe penetración, pero, con frecuencia el abuso no es claro y no es posible realizar un diagnóstico directo; en estas situaciones se hace indispensable buscar indicadores indirectos como el relato del menor o el de testigos (8).

## Consecuencias

Son múltiples. En la investigación "Neurobiología del maltrato infantil: el ciclo de la violencia", realizada por Patricia Mesa y colaboradores (9), se aborda desde una revisión y recapitulación de hallazgos de diversas investigaciones de tipo clínico sobre las consecuencias del maltrato infantil sobre el sistema nervioso central. En él se destaca que el maltrato a una edad temprana puede tener consecuencias psicológicas y neurológicas irreversibles. Entre ellas se encuentran cambios a nivel del hipocampo, la amígdala, cuerpo calloso y córtex cerebral. Asimismo, se presentan consecuencias cognitivas, dificultades conductuales y problemas sociales que se asocian con diversas patologías. El maltrato puede provocar en los niños una alta mortalidad y morbilidad, problemas emocionales y comportamientos autodestructivos, así como numerosos déficits cognitivos, entre estos últimos, trastornos del aprendizaje y dificultades académicas.



### Por ende...

El maltrato infantil reduce la calidad de vida relacionada con la salud física y mental. Los problemas en el desarrollo psicológico y neurobiológico pueden contribuir a psicopatologías a corto y a largo plazo.

### Consecuencias



Los trastornos de mayor prevalencia en los niños son la depresión infantil, los problemas de conducta y la delincuencia, los trastornos de conducta antisocial y oposicionista, los trastornos por déficit de atención y los trastornos de estrés postraumático. Además, se establecen otras patologías asociadas con el maltrato, como los trastornos de personalidad, la esquizofrenia, el consumo de sustancias psicoactivas, la conducta suicida, la somatización, la ansiedad y la disociación.

### Dejando huella

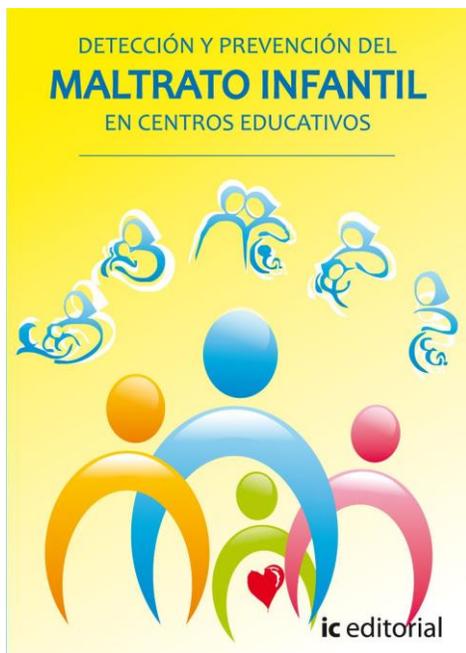
De acuerdo a estos hallazgos este estudio encuentra que el maltrato infantil, en la mayoría de los casos, genera una interrupción en el desarrollo normal del niño. Esto sustentado en los altos niveles de estrés crónico que provocarán secuelas anatómicas, estructurales y funcionales del cerebro (9).

### No olvidar el maltrato emocional

Por otra parte, frente al maltrato de tipo emocional, Hornor (10) denota que este tipo de maltrato es un problema social grave al que poco se le reconoce en comparación con el maltrato físico y sexual, situación que se explicaría por la dificultad para su identificación y definición, así como por la percepción errónea de que el maltrato infantil de tipo emocional es menos severo que el físico o el sexual, creencia que resulta falsa ya que este tipo de maltrato, al igual que el maltrato físico y el sexual, tienen consecuencias graves y perdurables en los niños. Dada la gran trascendencia que conlleva el maltrato infantil, se hace necesario fortalecer los procesos para su detección y notificación en todos los escenarios, especialmente en los escenarios médicos.



## DETECCIÓN DEL MALTRATO



La detección del maltrato infantil consiste en identificar una probable situación de maltrato. La detección es un elemento primario para la intervención de los niños y los miembros de la familia que viven dicho fenómeno. Cuando no se realiza, este proceso no se puede dar y no se podrá actuar sobre las causas que dieron lugar al maltrato ni proteger al menor. Es importante que la detección sea lo más precoz posible, de manera que se eviten nefastas consecuencias en el niño e incrementar las probabilidades de éxito en la intervención, tratar las secuelas y prevenir la repetición (11).

### Buscándolo...

Se basa en la identificación de indicadores de sospecha. Los indicadores son signos de alarma que indican la posibilidad de maltrato (12). A continuación, se mostrarán los indicadores potenciales o activos según el tipo de maltrato, estos indicadores serán divididos en:



Indicadores en el niño:

- ✓ Físicos.
- ✓ Comportamentales.



Indicadores en la conducta del cuidador.



## Indicadores de abuso físico (8, 11)



### Indicadores en el niño:

#### ✓ *Indicadores físicos*

**CÓMO DETECTAR LAS SEÑALES DE MALTRATO INFANTIL**

Los indicadores del maltrato infantil se expresan por medio del lenguaje, las marcas físicas y la conducta de los niños. La organización estadounidense contra la violencia Safe Horizon y Unicef Argentina señalan algunos indicios que pueden ayudar a detectar si un menor está sufriendo abusos.

<p><b>HERIDAS SIN EXPLICACIÓN:</b> Quemaduras inexplicables o moretones.</p>	<p><b>CAMBIOS EN ALIMENTACIÓN:</b> Podría presentar pérdida del apetito o por el contrario ganar peso.</p>
<p><b>CAMBIOS EN COMPORTAMIENTO:</b> Se muestran asustados, ansiosos, deprimidos y se vuelven introvertidos o más agresivos.</p>	<p><b>MIEDO A IR A LA ESCUELA O CENTRO DE CUIDO:</b> El niño puede mostrar ansiedad por ir a la escuela.</p>
<p><b>CAMBIOS EN EL SUEÑO:</b> El niño puede que padezca de pesadillas frecuentes o tenga dificultad para quedarse dormido.</p>	
<p><b>REGRESAR A COMPORTAMIENTOS ANTIGUOS:</b> Vuelven a chuparse el dedo, mojarse en la cama, tener miedo a la oscuridad o a desconocidos.</p>	
<p><b>CAMBIOS EN SU DESEMPEÑO:</b> Pueden tener dificultad para concentrarse y realizar actividades básicas para su edad.</p>	

Gráfico: Juan García / END

<http://endimages.s3.amazonaws.com/news/96f1b7decad011e4be310eb04a1bba78.jpg>

- **Magulladuras o hematomas:** en rostro, labios o boca; en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda nalgas o muslos; con formas anormales agrupados o como señal o marca del objeto con el que ha sido ocasionado; en varias áreas diferentes indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- **Quemaduras:** por cigarrillos; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (guante) o de los pies (calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales; indicativas de inmersión en un líquido caliente; quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- **Fracturas:** en el cráneo, nariz o mandíbula; fracturas en espiral en los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años.



- **Heridas o raspaduras:** En la boca, los labios, encías y ojos, en los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- **Lesiones abdominales:** hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.
- **Mordedura humana:** huella del adulto (separación mayor de 3 cm entre caninos).
- **Otros indicadores:** Cortes o pinchazos; lesiones internas; asfixia o ahogamiento.

✓ **Indicadores comportamentales**



[http://d3ustg7s7bf7i9.cloudfront.net/mmediafiles/pl/da/da65caa2-bb6b-4dfe-bdc6-3aeafd72f01f\\_749\\_499.jpg](http://d3ustg7s7bf7i9.cloudfront.net/mmediafiles/pl/da/da65caa2-bb6b-4dfe-bdc6-3aeafd72f01f_749_499.jpg)

- Cauteloso con respecto al contacto físico con los adultos.
- Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.
- Muestra conductas extremas, por ejemplo, agresividad, o rechazo.
- Parece tener miedo de sus padres o por ir a casa, llora cuando terminan las clases y tiene que irse de la escuela o guardería.
- Dice que su padre/madre le ha causado alguna lesión.



**Indicadores en la conducta del cuidador:**

- Fue objeto de maltrato en su infancia.
- Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, para la falta cometida y condición del niño.
- No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.
- Parece no preocuparse por el niño.
- Percibe al niño de manera significativamente negativa, por ejemplo, le ve como malo, perverso.
- Psicótico o psicópata.
- Abusa del alcohol u otras drogas.
- Intenta ocultar la lesión del niño o Proteger la identidad de la persona responsable de este.



## Indicadores de maltrato por abuso sexual (8)(11)



### Indicadores en el niño:



<https://4.bp.blogspot.com/-cxWdQJU4Xe4/TrzMrFAOPVI/AAAAAAAAACM8/8RBPV2zxpE/s1600/p-layer+v.JPG>

#### ✓ **Indicadores físicos:**

- Dificultad para andar y sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Se queja de dolor o picor en la zona genital.
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.
- Tiene una enfermedad de transmisión sexual.
- Tiene el cérvix o la vulva hinchados o rojos.
- Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa.
- Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano.
- Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).
- Infecciones urinarias de repetición.

#### ✓ **Indicadores comportamentales**

- Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre/cuidador.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados, inusuales.
- Psicósomáticos.
- Trastornos del sueño y alimentación.
- Diversos: algias abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., que originan intenso consumo médico sin aclarar las causas.
- Psíquicos: depresiones crónicas, intentos de autolisis, automutilaciones.
- Desvalorización corporal: obesidad, anorexia.
- Problemas de conducta: fugas, fracasos escolares.



**Conducta del cuidador**



[http://3.bp.blogspot.com/-WW1Yndvi2Fs/UKiwQgXCxjI/AAAAAAAAAaU/r69AuaotM80/s640/sds+\(10\).jpg](http://3.bp.blogspot.com/-WW1Yndvi2Fs/UKiwQgXCxjI/AAAAAAAAAaU/r69AuaotM80/s640/sds+(10).jpg)

- Extremadamente protector o celoso del niño.
- Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.
- Sufrió abuso sexual en su infancia.
- Experimenta dificultades en su matrimonio.
- Abusa de las drogas o el alcohol.
- Está frecuentemente ausente del hogar.

**Indicadores de abandono, negligencia o descuido (8, 11)**



[http://1.bp.blogspot.com/-hhDA90j7UGA/UBisluLn1AI/AAAAAAAAAFQ/Uk\\_F3YUE2-Q/s1600/Trabajo-infantil.jpg](http://1.bp.blogspot.com/-hhDA90j7UGA/UBisluLn1AI/AAAAAAAAAFQ/Uk_F3YUE2-Q/s1600/Trabajo-infantil.jpg)

- Constantemente sucio, escasa higiene, hambriento, inapropiadamente vestido.



- Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando actividades peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- Cansancio o apatía permanentes.
- Retraso del crecimiento.
- Infecciones leves, recurrentes o persistentes.
- Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta seguimiento médico.
- Hematomas inexplicados.
- Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas.
- Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica.
- Ropa inadecuada para las condiciones climáticas.
- Alimentación y/o hábitos y horarios inadecuados.
- Ha sido abandonado.
- Retraso en las áreas madurativas.
- Problemas de aprendizaje escolar.

### Indicadores de maltrato psicológico



<http://blog.pucp.edu.pe/blog/diego-fernandez-castillo/wp-content/uploads/sites/693/2015/06/064-diego-fernandez.jpg>

Los síntomas que se pueden presentar en este tipo de maltrato no son exclusivos del mismo y pueden indicar otro tipo de patología. Por tanto, los siguientes síntomas y trastornos son *factores de riesgo* y no signos inequívocos de la existencia de maltrato psicológico:

- Depresión o intentos de suicidio.
- Trastorno en el control de esfínteres.
- Psicopatías y conductas delictivas.
- Psicosis.
- Labilidad afectiva y trastornos del comportamiento.
- Dificultades y/o retraso en cualquier área del desarrollo evolutivo (psicomotricidad, inteligencia, lenguaje, socialización, etc.).
- Trastornos o enfermedades psicosomáticas a repetición. Alternancia entre agresividad-pasividad, dificultad en la esfera de control de impulsos (13).



## DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

Bajo la mirada de la corresponsabilidad para la protección de los derechos de la infancia, el Sistema de Seguridad Social en Salud tiene importantes responsabilidades, entre ellas la detección y notificación del maltrato infantil (5).

### Lo que debemos saber

## NOTIFICACION AL SIVIM



<http://images.slideplayer.es/1>

Según la Guía de Atención del Menor Maltratado en Colombia (14), la detección tiene dos aspectos básicos:

1. **Búsqueda activa de casos e identificación y recepción del caso.** Para la identificación y recepción de casos se destaca que “es importante que el personal de salud tenga en cuenta que, en los servicios de urgencias, consulta externa, promoción y prevención, pediatría y ginecología entre otros, se debe explorar permanentemente la presencia de situaciones de violencia intrafamiliar o sexual entre las y los usuarios”.

Los aspectos a tener en cuenta en la identificación y recepción de casos son:

- 1.1. Se recomienda hacer preguntas que indaguen si la persona ha estado relacionada con situaciones de conflicto o violencia.
- 1.2. El diálogo acerca del tema deberá ser respetuoso, atento y directo y, en un espacio que permita y garantice la privacidad y confidencialidad.
- 1.3. Es importante que se aclare a la persona la necesidad de seguir procesos de notificación y los límites de la confidencialidad.
- 1.4. En caso de atender a comunidades indígenas, es importante tener presente que la población indígena cuenta con su propio sistema legislativo. Sin embargo, no se debe olvidar que, en la Convención Internacional de los Derechos de los Niños, los derechos de niños y niñas tienen prelación sobre los demás (incluidos los culturales).



### El abordaje

Las siguientes son las recomendaciones para la detección y la atención de violencia en general, según la Guía de Atención del Menor Maltratado (14):

- ✓ El personal de salud deberá estar atento a cualquier indicio de violencia: ¡Sospechar e indagar!
- ✓ No culpar o responsabilizar a la víctima sobre su situación de violencia.
- ✓ La evaluación deberá realizarse con respeto, sensibilidad, calidez y evitando sesgos y juicios.
- ✓ Si el personal sanitario tiene dudas de que la persona es víctima, se deberá documentar en la historia clínica lo que se evaluó al respecto, la reacción del paciente, detallando el impacto en la salud.
- ✓ Cuando el paciente reporte algún tipo de maltrato o abuso se deberá describir y brindar información, orientación y remisión. Todas estas acciones deberán quedar consignadas.

### Acciones para la detección del maltrato infantil (11)

IDENTIFICAR LOS CASOS SOSPECHOSOS DE MALOS TRATOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estar atento a signos que puedan indicar maltrato o negligencia.</li><li>• Informar sobre sospechas a las autoridades competentes.</li><li>• Llevar registros objetivos del estado físico del niño, su conducta con los padres, otras personas y el medio ambiente y, de las entrevistas con los miembros de las familias.</li></ul>
EVALUAR LA AMPLITUD DE LAS LESIONES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar la evaluación física.</li><li>• Evaluar el estado emocional y la conducta.</li><li>• Participar en las pruebas diagnósticas.</li></ul>

### Notificación del maltrato infantil

2. **Notificar** es, según lo define el Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil (12), "transmitir o trasladar información sobre el supuesto caso de riesgo, de sospecha o de maltrato infantil comprobado, sobre su familia y sobre el propio informante. Es una condición necesaria para posibilitar la intervención para mejorar las condiciones de las personas menores y su familia y una obligación legal y ética del profesional. La notificación ha de hacerse ante la sospecha de cualquier situación de desprotección o maltrato, no es necesaria la certeza".

### Activar las rutas

La notificación del maltrato infantil permitirá calcular indicadores de incidencia, prevalencia y reincidencia del maltrato; asimismo, permitirá activar la ruta de manejo intersectorial y/o especializado de los niños víctimas violencia. Cabe destacar que se debe notificar los casos sospechosos o probables de maltrato y, resaltar que la ficha de notificación es un medio y no un fin, pues más allá de visibilizar del maltrato, es importante el seguimiento y la implementación de la ruta de atención, ya que la atención y la vigilancia no son procesos separados (15).

La periodicidad de la notificación del maltrato es semanal e inmediata. La notificación inmediata se refiere a todo caso de violencia sexual y a aquellos casos que revisten riesgo de fatalidad. Al realizarse la valoración es necesario considerar el riesgo de repetición de la agresión hacia la víctima y no solo la severidad del evento violento. Estos casos se deben notificar dentro de las 24 horas siguientes de haberse captado la información, facilitando su denuncia y realizando la gestión encaminada hacia la atención integral del mismo así como a las acciones de las autoridades competentes (16).

### Los formatos

## Ruta del Paciente con Maltrato - Esquema I



Dr. Libardo Diago Guerrero Médico Pediatra

[http://images.slideplayer.es/2/312955/slides/slide\\_14.jpg](http://images.slideplayer.es/2/312955/slides/slide_14.jpg)

Los pasos dispuestos para notificar el maltrato son los siguientes:

- ✓ Registrar en la historia clínica.
- ✓ Llenar la ficha de notificación al sistema de vigilancia epidemiológica.
- ✓ Remitir la ficha a la secretaria de salud municipal o departamental según sea el caso (17).

Cada institución de salud deberá tener su propio protocolo para la atención de casos de maltrato infantil, el cual debe ser conocido por sus trabajadores.



## CONCLUSIONES

El maltrato infantil es un factor de riesgo para el desarrollo de los niños en el área social, emocional, física y biológica e implica profundas cicatrices para la sociedad. Por esta razón es necesario prevenir, identificar y notificar el maltrato, ya que por medio de estas acciones se protegen los derechos de los niños colombianos. Los profesionales en salud tienen un papel fundamental en la protección de los menores.

El conocer los signos de maltrato infantil es fundamental para la detección del maltrato y posterior notificación. La notificación no solo permite conocer de manera más clara la problemática sino, principalmente, una atención adecuada a los y las menores víctimas de maltrato infantil.

## REFERENCIAS

- (1) Defensoría del Pueblo. Alarma por incremento del maltrato infantil en Colombia. [Internet]. [citado 3 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://defensoria.gov.co/es/nube/noticias/1114/Alarma-por-incremento-del-maltrato-infantil-en-Colombia-conflicto-armado-Defensor%C3%ADa-del-Pueblo-maltrato-infantil-D%C3%ADa-del-Ni%C3%B1o.htm>
- (2) Acosta M. Comportamiento de la violencia intrafamiliar [Internet]. Colombia, 2015 [citado 31 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/3418907/4.+VIOLENCIA+INTRAFAMILIAR-+1+parte.pdf/57a54b37-954e-4c84-8fec-ab2566a592b6>
- (3) Cifuentes SL. Exámenes médico legales por presuntos delito sexual. [Internet]. Colombia, 2015 [citado 2 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/3418907/6.+VIOLENCIA+SEXUAL.pdf/6c8bff03-1ec8-4c24-955a-393e28255398>
- (4) Sanmartín J. Violencia contra niños. 4ta ed. España: Ariel; 2008.
- (5) Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [LEY\_1098\_2006] [Internet]. [citado 3 de febrero de 2016]. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1098\\_2006.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html)
- (6) UNICEF. Maltrato Infantil en Chile [Internet]. 2005 [citado 3 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://unicef.cl/web/unicef-responde-maltrato-infantil-en-chile/>
- (7) www.altas-buscadore.com, Comunicaciones IOA de. ICBF para niños, niñas y adolescentes - ICBF Colombia [Internet]. [citado 3 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/ICBFNinos/MitosYVerdades/Violencia/MaltratoInfantil>
- (8) Gómez R, Hernández B, Rojas U, Santacruz O, Uribe R. Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niño, adolescentes y adultos. 3ra ed. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2008.
- (9) Moya L. Neurobiología del maltrato infantil: el «ciclo de la violencia». 2011; 52(8):489-503.
- (10) Hornor G. Emotional maltreatment. J Pediatr Health Care off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract. 2012; 26(6):436-42.
- (11) Díaz HJ, Casado J, García GE, Ruiz DM, Gómez J. Atención de enfermería al maltrato infantil. España: Instituto Madrileño del menor y la familia.
- (12) Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil [Internet]. Salud y Políticas sociales. [citado 3 de febrero de 2016]. Disponible en: [http://www.redsabia.org/file.php?file=%2F1%2FProtocolo\\_Maltrato\\_Infantil\\_v8\\_DEFINITIVO\\_PUBLICADO.pdf](http://www.redsabia.org/file.php?file=%2F1%2FProtocolo_Maltrato_Infantil_v8_DEFINITIVO_PUBLICADO.pdf)
- (13) Díaz JA, García E, Casado J, Ruiz MA. Atención al maltrato infantil desde los servicios sociales. 12/01. España: Instituto Madrileño del menor y la familia.
- (14) Ministerio de Salud. Guía de atención al Menor Maltratado [Internet]. [citado 3 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.saludpereira.gov.co/attachments/article/96/Guia%20de%20atencion%20al%20MenorMaltratado.pdf>
- (15) Forero LJ. Vigilancia en salud pública de la violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual. [Internet]. Instituto Nacional de Salud [citado 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/Noticias/Memorias%20Reunin%20Nacional%20de%20Vigilancia%20y%20Control%20e/1-3-violencia.pdf>
- (16) Salud Capital [Internet]. Vigilancia en salud pública. Violencia Intrafamiliar [citado 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/ViolenciaIntrafamiliar.aspx>
- (17) Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Definiciones básicas [citado 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/FICHERO%20PAGS%20INTERNAS.pdf>

+++++



## Caso clínico...

# CASO DE ABSCESO HEPÁTICO BACTERIANO DRENADO A PLEURA Y CAVIDAD ABDOMINAL

Mario Villegas N.\*\*\*

Motivo de consulta: "Me siento mal".

## CONTEXTO



<https://www.minsalud.gov.co/imgNoticias/sanandres-hospital.gif>

Paciente de género femenino de 46 años de edad, nacionalidad colombiana, natural de San Andrés de Sotavento, sin acompañante en la consulta, en unión libre y madre de tres hijos producto de tres cesáreas; ligadura de trompas de Falopio, familia del tipo plataforma de lanzamiento, con su esposo y dos de sus hijos, funcionalmente independiente para todas las actividades, sin uso de apoyos de marcha, trabaja en la venta de paquetes turísticos en la isla que ahora reside.

En sus antecedentes patológicos reconoce la presencia de hipertensión arterial en manejo irregular con hidroclorotiazida, sin uso de IECA o ARA II ni otro medicamento hipotensor.

## Enfermedad actual

Paciente reconsultante al servicio de urgencias. Tres días atrás, consultó al triage de urgencias, a las 19:35, cuando se le hizo un diagnóstico de gastroenteritis y se le dio el alta con medicación. Se anota a una paciente mal informante, con importante dificultad para la expresión de sus síntomas.

\*\*\* MD. Especialista Medicina Familiar Integral, Gerencia en Salud, Pedagogía, Educación Médica y Sistemas de Calidad - mario.villegas@juanncorpas.edu.co.





[http://www.elpais.com.co/elpais/sites/default/files/2015/02/urgencias\\_calii.jpg](http://www.elpais.com.co/elpais/sites/default/files/2015/02/urgencias_calii.jpg)

Describe al reingreso un cuadro de malestar general, asociado posiblemente a fiebre no cuantificada, a odinofagia y a diarrea acuosa en moderada frecuencia y cantidad, sin disentería, de inicio tres días atrás. Describe haber recibido cefalexina 500 mg x 4, diclofenaco 50 mg x 2 y loperamida oral para uso con cada deposición diarreaica.

A pesar de esta medicación, manifiesta haber continuado sintiéndose mal, con astenia marcada y haber mantenido un bajo gasto fecal, con deposiciones diarreaicas acuosas, sin moco o sangre a pesar de no haber continuado tomando la loperamida. Al momento de este examen manifiesta: "quiero sentirme más activa".

### Antecedentes de importancia

**Médicos:** Inicialmente niega antecedentes médicos de importancia, niega uso regular de medicamentos, niega uso regular de sustancias de abuso, niega alergias medicamentosas, aunque refiere una "alergia a un antibiótico" que no recuerda. Posteriormente anota ser hipertensa en uso irregular de diurético, posiblemente furosemida. Niega ser diabética, Niega enfermedad cardiorrespiratoria asociada.

**Ginecológicos:** menarquia a los 13 años, G3C3V3, FUP 12 años, planificación familiar con ligadura de trompas. Fecha de última regla, "normal hace 15 días".

**Familiares:** Los desconoce, niega hipertensión o diabetes en sus familiares directos.

**Quirúrgicos:** Describe tres cesáreas, una ligadura de trompas y una colecistectomía abierta.

Describe hábitos urinario e intestinal normales.

**Revisión por sistemas orgánicos:** Niega otros síntomas.



## Examen físico



<http://megamedico.com/wp-content/uploads/2016/01/absceso-hepatico-amebiano.jpg>

Al examen físico se la apreció en regular estado general, con ictericia en las conjuntivas.

Signos vitales: Presión arterial 130/80, frecuencia cardíaca y pulso 90', oximetría de pulso 97 % al aire ambiente, temperatura 37,4 °C, pupilas normales, orofaringe con placa amigdalina derecha, ligeramente congestiva, cuello sin masas o megalias, los ruidos respiratorios con murmullo vesicular normal bilateral, los ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos o agregados anormales.

Un abdomen de gran panículo central, presencia de cicatriz media supraumbilical de colecistectomía, los ruidos intestinales normales, no se apreció hiperestesia cutánea, no se apreció dolor abdominal a la tos espontanea, no se apreció dolor abdominal a la percusión, se aprecia dolor ligero a la palpación profunda en el marco cólico sin defensa y sin irritación peritoneal. Los miembros superiores e inferiores con pulsos simétricos de amplitud adecuada, con una perfusión tisular normal.

## Revisión de exámenes paraclínicos



<http://www.carrerasconfuturo.com/wp-content/uploads/examenes.jpg>

Desde la revisión médica posterior al triage, en esta oportunidad se solicitaron paraclínicos que mostraban:

1. Cuadro hemático: leucocitos 14,200/mm, neutrófilos 90 %, plaquetas 250.000/mm, hemoglobina 12,1 gr %.
2. Parcial de Orina sin signos de infección en el sedimento, urobilinógeno elevado, sin proteinuria, bacterias ++ y moco +.
3. Química: Creatinina elevada 1,37 mg%, PCR elevada 45 mg%. Glicemia 108 mg%



### Impresión de diagnóstico y análisis

Mujer adulta, ciclo vital y condiciones descritas, en cuadro de síndrome de reacción inflamatoria sistémica asociado a ictericia de origen a determinar.

**Plan de manejo.** Se procedió como plan de manejo a:

- Se determinó retiro de la vía oral y administración de líquidos intravenosos en bolo inicial 500 cc y líquidos horarios al 120 % del basal para nefroprotección.
- Se solicitó perfil hepático, gases arteriales, glicemia, hemocultivos, Acs IgM antileptospira, coprocultivo, radiografía de tórax y ecografía abdominal total. Se solicita evaluación por Medicina Interna con resultados para el plan de seguimiento.

### Evolución



<http://1.bp.blogspot.com/-NBUEkyYFCY/U3XgFLkE6aI/AAAAAAAAA1SDA-/wQjUOaY/s1600/21949.jpg>

#### Primera evolución

El primer día de admisión, 15 horas después del ingreso, la evolución describe:

**Subjetivo:** La paciente aún persiste con cuadro de dolor abdominal. Se sigue sintiendo mal.

#### Objetivo

*Reporte de paraclínicos:* gases arteriales Ph: 7,4, Pco2 32,3, HCO3Na 21,0 Meq/l, lactato 1,25 mmol/l, bilirrubina directa 2.5 mg% y total 2.9 mg%, ionograma cloro 110 Meq/l, fosfatasa alcalina: 242 U/L (elevada), glucosa 116 mg%, leptospira IGM negativo, transaminasa glutámica oxalacética 187 U/L (elevada x 6), transaminasa glutámico pirúvica 209 U/L (elevada x 7).

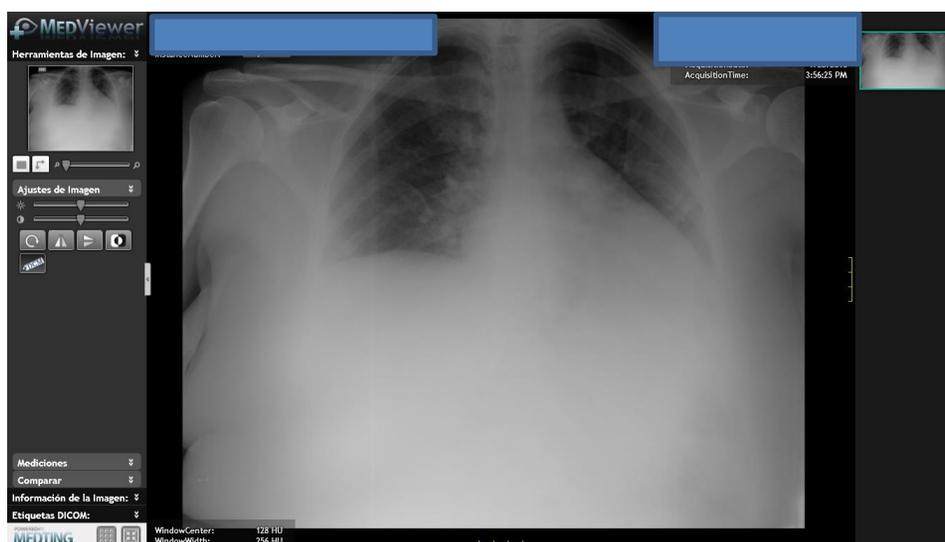
*Reporte de ecografía de abdomen total:* "El hígado, bazo, páncreas y riñones de forma, tamaño y situación anatómica normal, bordes regulares bien delimitados, parénquima homogéneo. Los riñones sin dilatación de cavidades. Sin evidencia de cálculos. Ausencia de vesícula biliar por colecistectomía. Retroperitoneo y grandes bazos sin alteraciones. En cavidad abdominopélvica no se evidencian masas, colecciones ni líquido libre. Ausencia de útero por histerectomía. Vejiga a mediana repleción de pared delgada contenido claro".

**Se solicitó:** Valoración por Medicina Interna y no se modificó el plan de tratamiento.



## Segunda evolución

El segundo día de admisión, 18 horas después del ingreso en nota retrospectiva se describe: "He evaluado al ingreso al turno a la paciente descrita en la tarde de ayer con SRIS e ictericia de origen a determinar, en sospecha de foco abdominal, por el antecedente de diarrea hasta el día anterior a su ingreso. Al momento de recibir el turno se le apreció disneica, con una frecuencia respiratoria de 35 por minuto, habla a frases muy cortas y es evidente que se siente mal. Está taquicárdica. Verifico que se tomaron los hemocultivos ayer, verifico que no ha tenido nuevas deposiciones y no se ha podido tomar coproscópico ni coprocultivo; que en la tarde los laboratorios mostraron bilirrubinas elevadas 2,9 mg% a expensas de la directa 2,6 mg%, fosfatasa alcalina elevada 242 U/L, TGO 187 U/L, TGP 209 U/L elevadas aproximadamente x 6 sobre las cifras normales, anticuerpos antileptospira IGM negativos y glicemia 116 mg%. Los rayos X de tórax sin evidencia de focos de consolidación neumónica, se aprecia borramiento de los senos costo diafragmáticos de difícil interpretación en esta paciente obesa".



La ecografía abdominal total normal excepto por la ausencia de vesícula biliar, no describe dilatación de colédoco o colecciones intraabdominales.

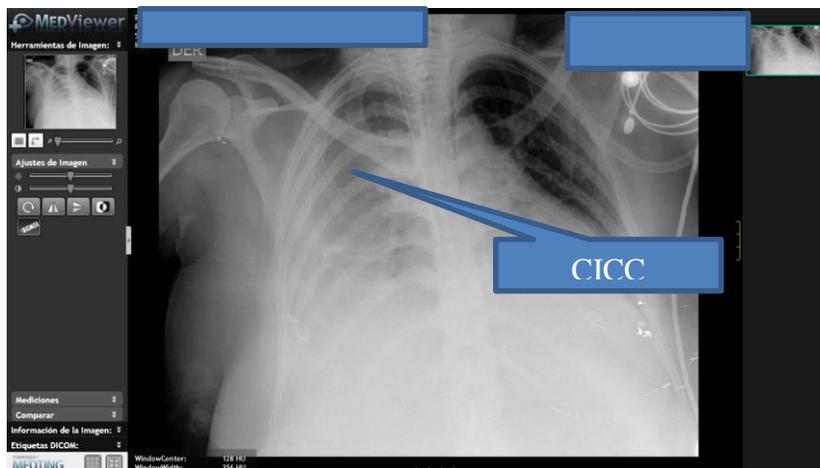
**Conducta:** Se traslada de inmediato a la sala de reanimación y se inicia rescate de paciente en sepsis severa de origen posible abdominal; se inicia cobertura inmediata con piperacilina + tazobactam dosis 1 y vancomicina 1 gramo dosis 1; se coloca sonda vesical para medición del gasto urinario (en esta hora de trabajo se evidencia un gasto urinario de 50 cc para gasto de 0,5 cc/kg/hora), colúrica; se coloca catéter venoso central de inserción central (CICC), ecoguiado en una punción yugular interna, técnica estéril, pruebas de flujo y reflujo adecuadas, fijación estándar y estéril, lavado de líneas accesorias (2), medición de presión venosa ventral de 11 cm, fijación a 16,5 cm de profundidad.

Se toma Rx de tórax de control que muestra el CICC en cava superior, se aprecia derrame pleural derecho masivo que no se apreciaba en los Rx del día de ayer. Se toma gasimetría arterial que mostró PH 7,34, PCO2 28mmHg, PO2 61,3 mmHg, HCO3 15,4 Meq/l, base exceso (- 10,4) con acidemia metabólica, el lactato 4,05 mmol/L, elevado desde los 1,25 mmol/l del día de ayer. Ionograma: sodio 145 Meq/L, potasio 3,3 Meq/l, cloro 112 Meq/L; para ANION GAP calculado en 21: Elevado: PAFI 291 y DAaO2: 121 mmHg.



Con signos vitales: presión arterial 110/65, frecuencia cardiaca y pulso 132X', oximetría de pulso con cánula de oxígeno original 97 %; se coloca ventury 0,5 y se obtiene 100 %, frecuencia respiratoria 35', temperatura 37,5°C.

Se colocó en ventury 0,5, se colocaron ss09 % bolo 1000 cc, se infundieron las dosis 1 de cobertura Antibiótica, se colocó sonda vesical cystofló, se tomaron Rx de tórax de control post CICC descritas, se solicitó marcado ecográfico del tórax para toracentesis terapéutica y diagnóstica.



Se solicitó evaluación y admisión a la unidad de cuidado intensivo (UCI) y se procede a alistar el traslado. Los paraclínicos tomados en la sala de reanimación mostraron cuadro hemático con leucocitos en descenso hasta 5,600/mm, N: 77 %, plaquetas 228.000/mm, hemoglobina 12,6 gr%, INR 1,19, PTT 36"/29" del control; calcio 7,62 mg%, cl 112 Meq/l; creatinina 1,2 mg%, amilasa y lipasa en rangos de normalidad.

**Interpretación:** Luego de la reanimación, en mejor estado general, los signos vitales con Glasgow 15/15, minimal 30/30, presión arterial 115/65, frecuencia cardíaca y pulso 118 X', oximetría de pulso 100 %, temperatura 37,5°C. Se aprecia ictericia conjuntival, la orofaringe congestiva, el cuello sin masas ni megalias, los ruidos respiratorios con murmullo vesicular disminuido en el hemitórax derecho, los ruidos cardíacos taquicárdicos, sin soplos o agregados, un abdomen distendido, sin defensa y sin irritación peritoneal, los miembros superiores e inferiores con pulsos simétricos de amplitud adecuada, perfusión igual a 2 segundos.

**Análisis:** Sepsis severa, foco posible abdominal, derrame pleural derecho asociado de origen a determinar.

**Plan a seguir:** Se han infundido dosis 1 de piperacilina + tazobactam y vancomicina, se ha infundido ss 09 % bolo 1000 cc, se ha aumentado la fracción inspirada de oxígeno a 0,5, se ha colocado sonda vesical y verificado gasto urinario 0,5 cc/kg/hora; se ha trasladado a la UCI para manejo integrado.

### Tercera evolución

El segundo día desde el ingreso, 8 horas después de estar en la unidad de cuidado intensivo, se registra: "Paciente con sepsis de origen abdominal a descartar con derrame pleural por neumonía adquirida en comunidad (?). Con Rx de tórax que evidencia derrame pleural se solicita valoración por cirugía general. Paciente recibiendo inotropía con noradrenalina en infusión 0,1 mcg/kg/minuto".

**Objetivo:** Paciente con signos vitales: frecuencia cardiaca 142', presión arterial 125/80, con disnea de esfuerzos, tórax con ruidos cardíacos taquicárdicos, ruidos respiratorios con murmullo vesicular



disminuido basal derecho, un abdomen globoso por panículo adiposo con dolor hipocondrio derecho sin irritación peritoneal.

**Análisis:** Paciente que requiere toracostomía por presentar derrame pleural en hemitórax derecho.

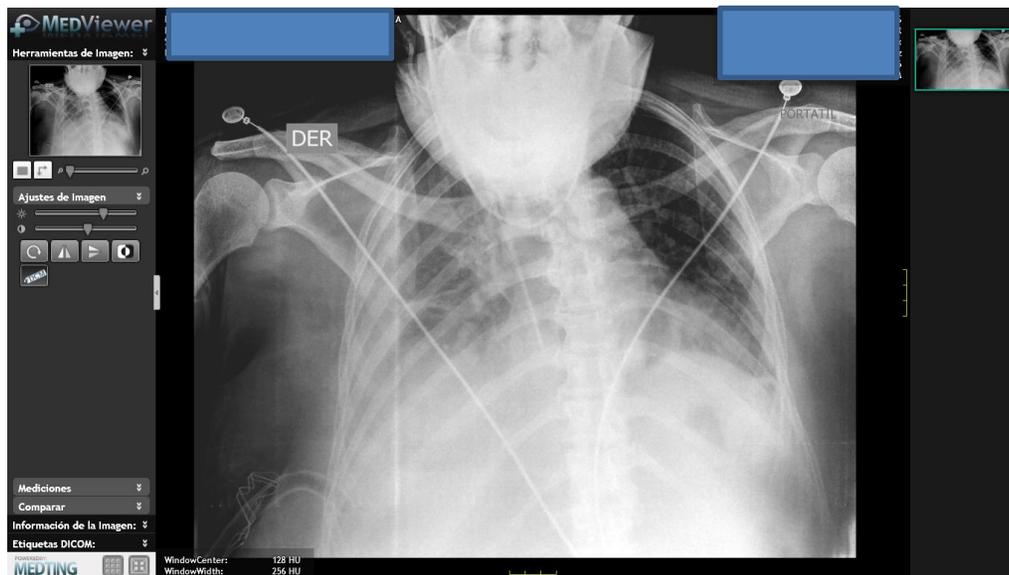
**Plan a seguir:** toracostomía a drenaje cerrado derecho. Se solicitan tomografías simples de tórax y de abdomen, que se muestran más adelante.

### **Cuarta evolución**

El segundo día de admisión, 7 horas luego del ingreso a la unidad de cuidado intensivo. Valoración por cirujano general. Paciente con sepsis de origen abdominal a descartar con derrame pleural neumonía adquirida en comunidad.

**Objetivo:** Paciente con disnea de esfuerzos, tórax con ruidos cardíacos taquicárdicos, frecuencia 142 por minuto, ruidos pulmonares con murmullo vesicular disminuido en la base derecha, el abdomen globoso por panículo adiposo con dolor hipocondrio derecho sin irritación peritoneal.

**Análisis:** "Paciente que requiere toracostomía por presentar derrame pleural masivo en hemitórax derecho. Se coloca toracostomía a drenaje cerrado derecho, encontrándose líquido serohemático en cantidad inicial de 350 cc, tubo de tórax oscilante a pleurovac. Se envían muestras al laboratorio para citoquímico y bacteriológico y cultivos."



*Rx de tórax posttoracostomía derecha.*

### **Quinta evolución**

El segundo día de admisión, 13 horas después del ingreso a la unidad de cuidado intensivo.

#### **Subjetivo**

Femenina de 46 años, con impresión diagnóstica:

1. Choque séptico de probable origen abdominal.
2. Derrame pleural derecho e/E.
3. Masa hepática e/E.
4. Obesidad.
5. Hipertensión arterial crónica x HC.

Indicación de manejo en UCI: Soporte vasoactivo, monitoria cardiovascular y de patrón ventilatorio.



**Objetivo**

Signos vitales: tensión arterial 121/75, TAM 90, frecuencia cardiaca 125 X', temperatura 36,8, frecuencia respiratoria 54 X', SAO2: 98 %.

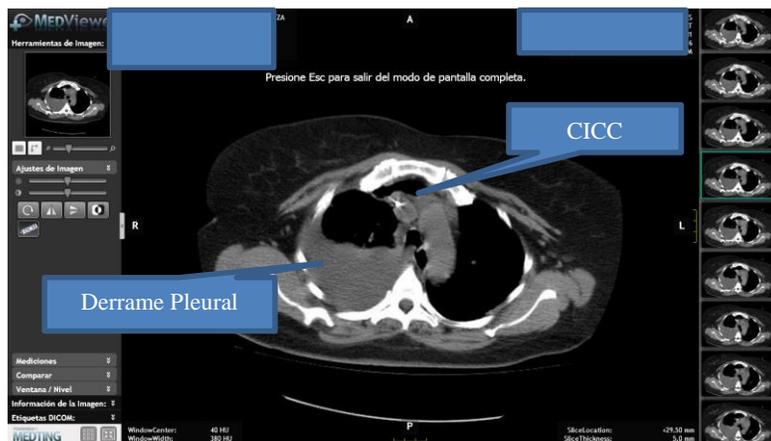
Paraclínicos: glucometrías 125-87 mg/dl, LA 3107 ML, LE 675 ML, diuresis: 0,7 ml kg hora, creatinina 1,2, BUN 34, TP 12 (9,0), TTP 33(26), hemoglobina 13, hematocrito 37 %, leucocitos 8.600, neutrofilos 79 %, plaquetas 241 000.

Gases: pH 7,30, pO2 88, pCO2 33, HCO3 16,3, BE: -10.

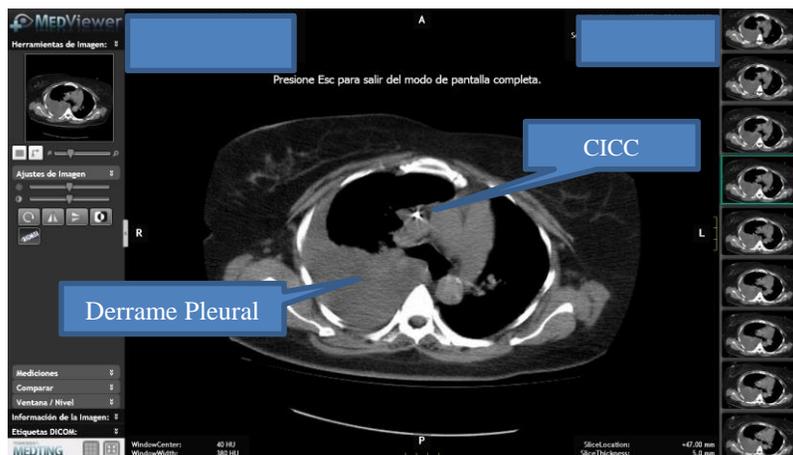
TAC de abdomen simple: "Llama la atención hacia el lóbulo derecho del hígado, la presencia de una zona hipodensa, las vías biliares son normales. Los riñones son de tamaño, densidad y contornos normales. No se observa imagen de cálculo ni dilatación de cavidades. El páncreas y el bazo son normales. Se observó la presencia escasa de líquido libre en cavidad".

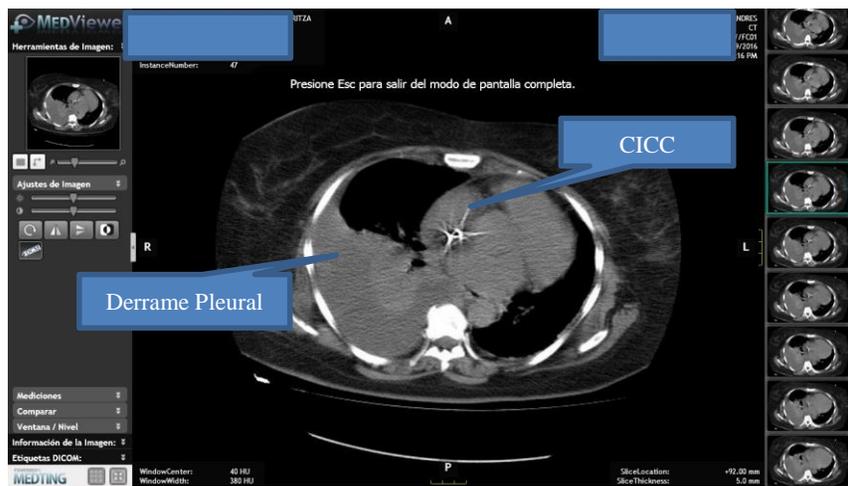
**Análisis:** Paciente en condición crítica, dependiente de soporte vasoactivo, con taquicardia sostenida, afebril, con mal patrón ventilatorio, pero con aceptables índices de oxigenación, diuresis de 0,7 ml kg hora quedando en balance hídrico positivo, se realizó toracostomía cerrada con salida de líquido serohemático en moderada cantidad, ante hallazgo de TAC de abdomen con lesión hepática y presencia de líquido libre en cavidad y en ausencia de signos de irritación peritoneal se requiere complementar estudios con TAC de abdomen contrastado. Se informa a su esposo la condición crítica actual.

**Plan a seguir:** TAC de abdomen contrastado. Resto de manejo igual.



TAC simple toracoabdominal

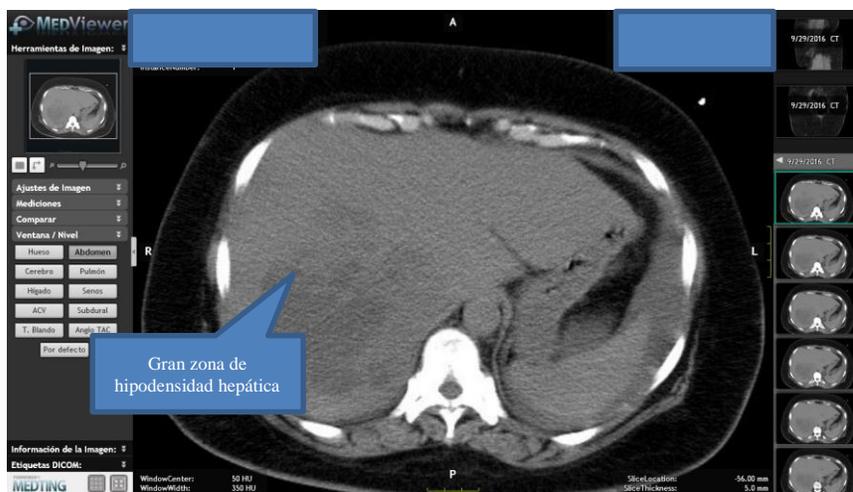




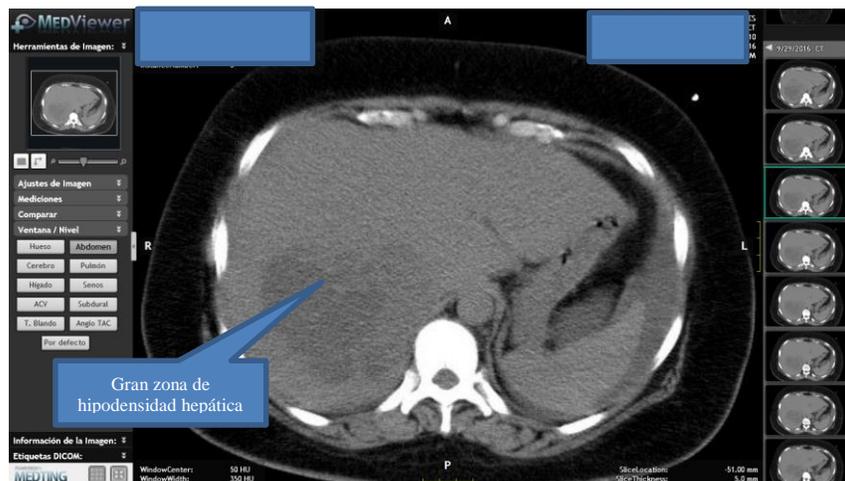
TAC simple toracoabdominal



TAC simple toracoabdominal



TAC simple toracoabdominal



TAC simple toracoabdominal



TAC simple Toracoabdominal

### Sexta evolución

El tercer día de admisión, 21 horas después del ingreso a la unidad de cuidado intensivo, paciente taquicárdica, taquipnéica y con deterioro del patrón ventilatorio; se decide realizar intubación orotraqueal secuencia rápida, preoxigenación midazolam 10 mg, fentanyllo 400mcg y 10 mg de vecuronio.

### Séptima evolución

El tercer día de admisión, 30 horas después del ingreso a la unidad de cuidado intensivo:

#### Subjetivo

Femenina de 46 años, con impresión diagnóstica:

1. Choque séptico de probable origen abdominal.
  - 1.1 Absceso hepático (?).
2. Derrame pleural derecho e/E.
3. Masa hepática e/E.
4. Obesidad.
5. Hipertensión arterial crónica x HC.



Indicación de manejo en UCI: Soporte vasoactivo, monitoria cardiovascular, ventilación mecánica.

### Objetivo

Problemas: fiebre persistente, oliguria, respuesta inflamatoria no modulada. Acidosis metabólica. Gasto Urinario 0.5cc/kg/h.

Balace de líquidos: líquidos administrados 3264cc, líquidos eliminados 1125cc.

Glucometría: 78Mg %.

Signos vitales: tensión arterial 112/66, tensión arterial media 82, frecuencia cardíaca 139', temperatura 39°C, presión venosa central 19 cm.

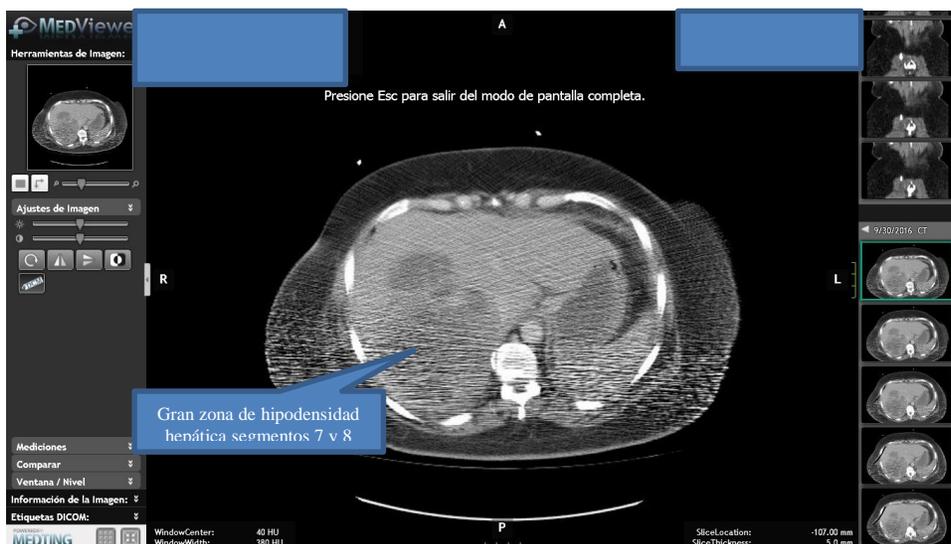
Paciente en mal estado general, acoplada a la ventilación mecánica, cuello móvil, ruidos cardíacos rítmicos taquicárdicos, no soplos; pulmones: hipoventilación derecha, drenaje por tubo de tórax 325cc turbio, abdomen blando depresible sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas, adecuada perfusión. Gases arteriales: acidosis metabólica, sin trastorno de oxigenación, lactato de 2,24 mmol/L, BUN 34,1, creatinina 1,21, TGO 100, TGP 142. Cuadro Hemático: leucocitos 14.400, hemoglobina 12,9 gr%, plaquetas 204 000/mm, neutrófilos 88 %. Bilirrubina total 2.9, directa 2,7 mg%.

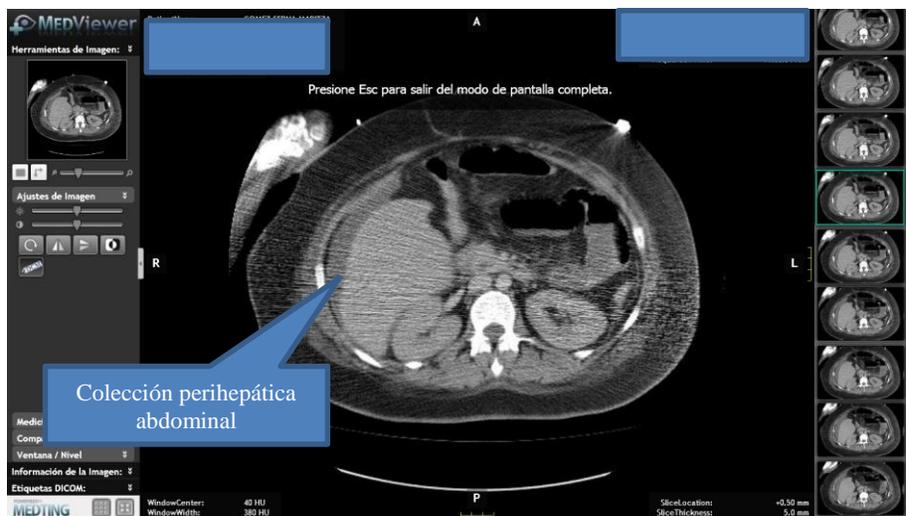
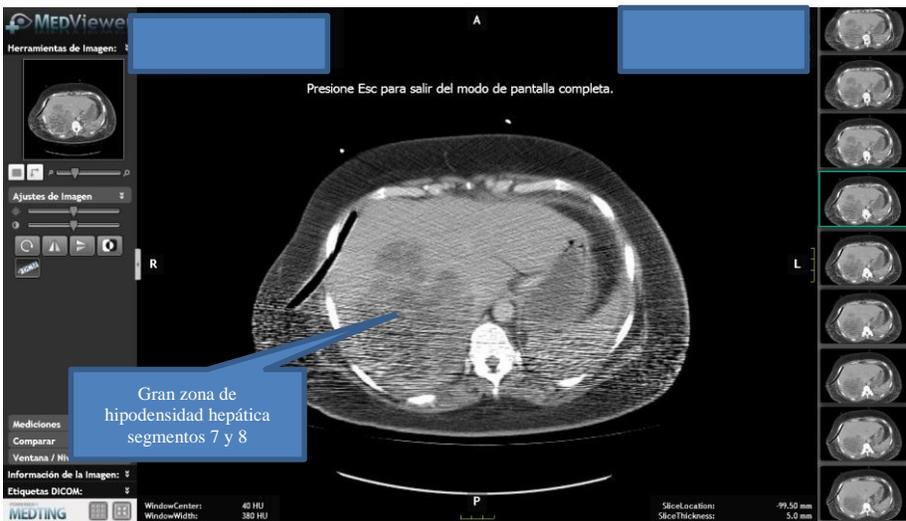
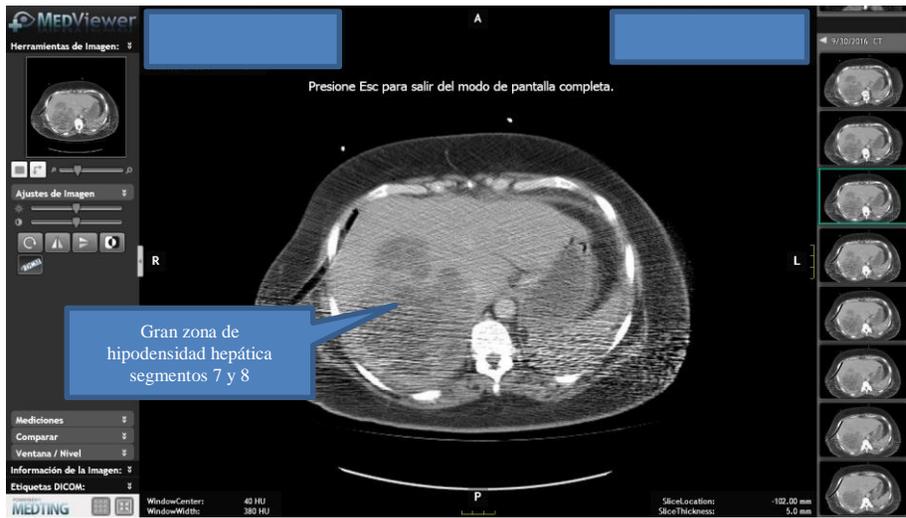
Paciente acoplada a la ventilación mecánica, bajo soporte ventilatorio y vasopresor, con persistencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica, fiebre persistente con mejoría de pruebas de función renal, tendencia a la oliguria, se decide reanimación hídrica, se escalona antibiótico a meropenem. Paciente con riesgo de disfunción orgánica múltiple; se continúa manejo en UCI, pronóstico reservado.

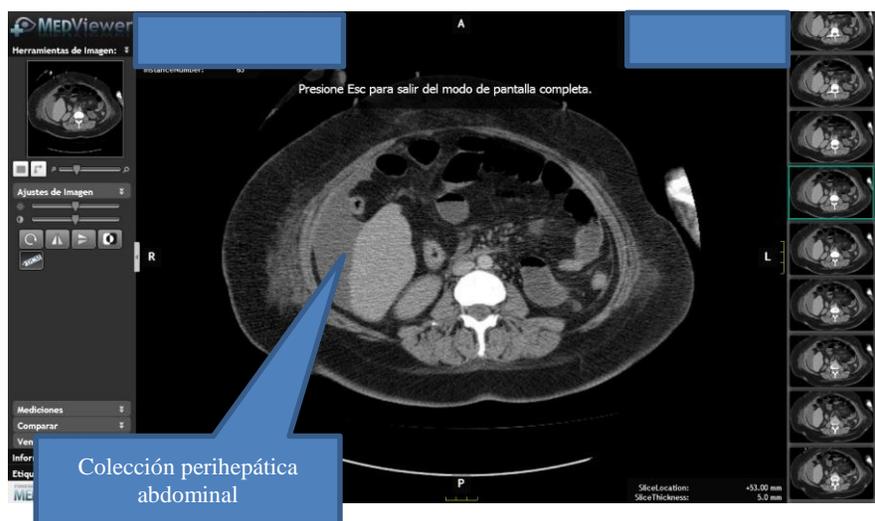
**Plan a seguir:** Reanimación hídrica, TAC de abdomen contrastado, meropenem. Suspendir piperacilina-tazobactam.

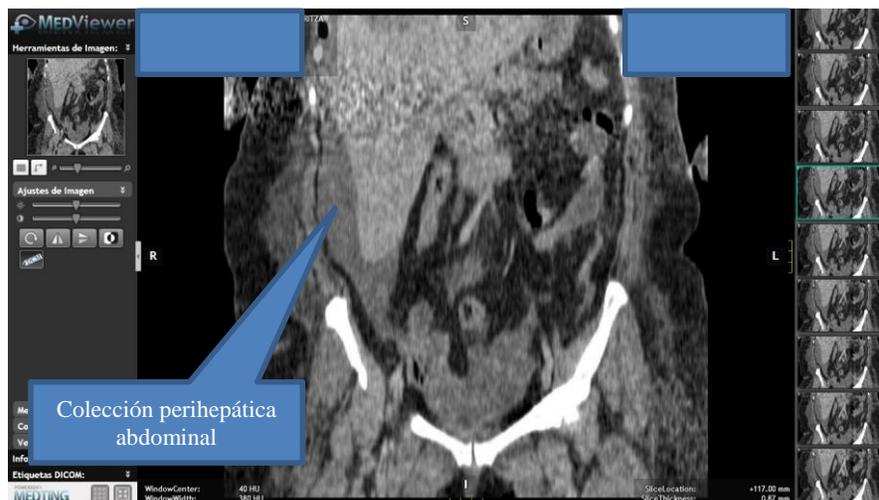
### Octava evolución

El tercer día de admisión, 32 horas después del ingreso a la unidad de cuidado intensivo, se le lleva a TAC contrastado de abdomen con las siguientes imágenes:









En las imágenes se aprecia con claridad la presencia de lesión hepática derecha extensa y asociada a colección pleural derecha y a colección intraabdominal a lo largo de toda la gotera parieto-cólica derecha.

### Evolución

A lo largo de la mañana la paciente presentó inestabilidad hemodinámica creciente, con caída a un primer episodio de paro cardiorrespiratorio en ritmo de actividad eléctrica sin pulso que respondió de manera adecuada al masaje cardíaco y a la infusión de adrenalina IV, pero que se tornó refractaria al uso de vasoactivos inotrópicos, impidiendo así que pudiera drenarse la colección intraabdominal a través de laparoscopia, toda vez que el hospital no dispone de drenaje percutáneo con guía por ecografía o tomografía.

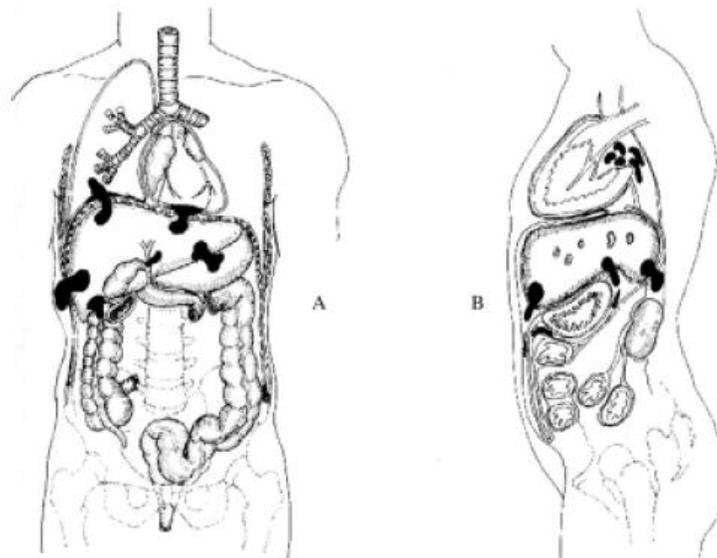
Luego de un día intenso de trabajo, fallece en horas de la noche, después de 44 horas de ingreso a la unidad de cuidado intensivo. El reporte tardío de los hemocultivos mostró crecimiento de *klebsiella pneumoniae*, multisensible, en cantidad mayor a 100 000 UFC.

### Comentarios

Este caso en particular resulta útil, al tiempo que doloroso, por la muerte de una mujer joven. No obstante, deja ver la dificultad para el juicio clínico de los pacientes, particularmente en los primeros ingresos a los servicios de urgencias y las dificultades inherentes al procedimiento del triage, que aún es confundido por profesionales de salud con un momento de diagnóstico médico a través de un breve contacto con el paciente y no como el procedimiento de selección y clasificación de pacientes, para que reciban posteriormente, una atención médica completa. No obstante, esta paciente, con pobre capacidad de entrega de la información y las pruebas de imágenes sonográficas abdominales iniciales negativas, pusieron en juego toda la capacidad institucional para el diagnóstico.

### Claro...

Como siempre, resulta fácil en una mirada retrospectiva el diagnóstico de un absceso hepático bacteriano con drenaje espontáneo a pleura derecha y a cavidad abdominal que fueron la causa de la falla multiorgánica y el fallecimiento de esta paciente.



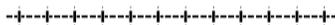
<http://gsdl.bvs.sld.cu/greenstone/collect/cirugia/index/assoc/HASH018a.dir/fig8.214g.png>

Un diagnóstico temprano de sepsis y sepsis severa utilizando, como lo sugieren los escritos recientes del doctor Rivers y las revisiones que de ellos se han realizado, dos criterios para determinar el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y con ello dar un inicio rápido del manejo por metas. Es sin duda una estrategia adecuada para una paciente como esta.

Una rápida intervención de rescate, un panel metabólico y toma de cultivos, un inicio rápido de cobertura antibiótica empírica y el uso rápido de métodos invasivos ecoguiados junto con la administración de vasoactivos, mejoran el pronóstico según los estudios médicos citados. No obstante, como en esta paciente, la muerte aún nos vence con frecuencia y requiere de nosotros como Caronte, un token doloroso.

Recomendamos, para una mayor ilustración, particularmente para quienes entregamos la vida en los servicios de urgencias:

- (1) Early Goal Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock del doctor Emanuel Rivers, publicado y libre en el New England Journal of Medicine 2001; 345:1368-1377.
- (2) <http://www.survivingsepsis.org/guidelines/Pages/default.aspx>, de 2012
- (3) <http://www.uptodate.com/contents/pyogenic-liver-abscess>
- (4) Mackersie R. Pitfalls in the Evaluation and Resuscitation of the Trauma Patient. Emerg Med Clin N Am. 2010; 28(1):1-27 (NOTA: No se deje engañar por lo de trauma patient... que se ajusta muy bien a pacientes severamente enfermos como esta).



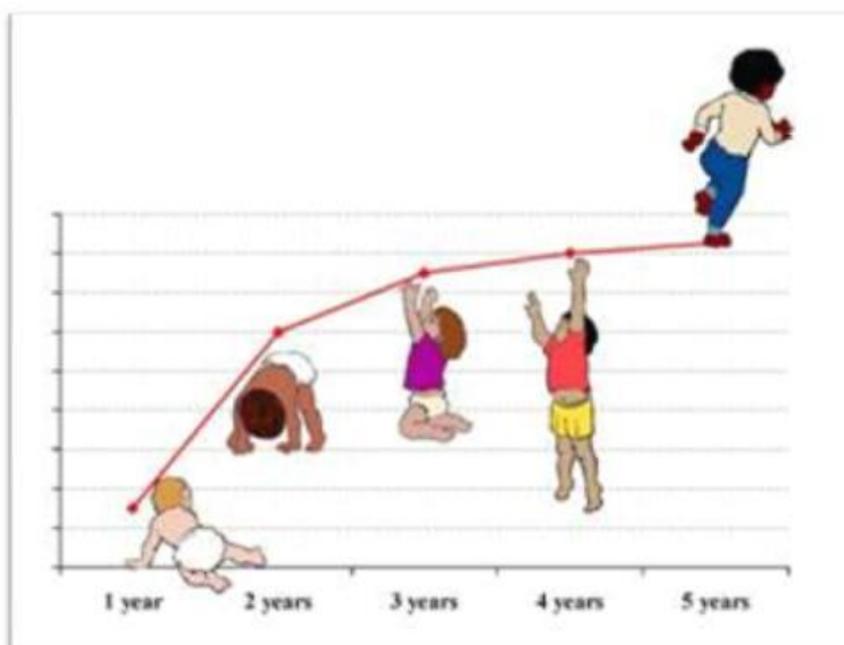


## Revisión de tema...

# HERRAMIENTAS PRÁCTICAS PARA LA CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Andrés Mauricio Cárdenas Tobón<sup>+++</sup>

## Introducción



<http://www.fomag.gov.co/images/SALUD/CYD.JPG>

El presente documento representa una guía con recomendaciones adaptadas a la atención de los menores de 10 años en la consulta de crecimiento y desarrollo de los centros médicos del Grupo Corpas. La guía se basa en las disposiciones legales actuales, en especial, en la *Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años* del Ministerio de Salud, la que, por tanto, se convierte en texto de consulta obligado para nuestro ejercicio profesional. Con relación a esto, es de recalcar que es necesario contar con una evaluación continua de los procesos de transformación que experimentan nuestros pacientes de este grupo poblacional en su ciclo vital individual de la mano de sus familias, siendo esto el objetivo que como equipo de salud debemos considerar. Del mismo modo, es importante tener presente que la detección temprana y oportuna de las alteraciones nos permite un redito social y económico en la medida en que se puedan corregir.

<sup>+++</sup> MD Residente Medicina Familiar Integral \* andres-cardenas@juanncorpas.edu.co



## Una gran oportunidad de compartir con los padres



[http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/articulos-339978\\_foto\\_g.jpg](http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/articulos-339978_foto_g.jpg)

Es mandatorio el aprovechamiento del espacio que nos brinda la consulta de crecimiento y desarrollo para intervenir en los cuidadores, propendiendo a acciones de promoción y prevención, estimulando con esto el crecimiento armónico de nuestros menores y, a su vez, el buen trato, los vínculos afectivos fuertes y las prácticas exitosas de crianza, recordando, por su puesto, que es un momento para intervenir en la salud oportunamente.

Es pues esta una invitación a todos ustedes, cuidadores presentes o futuros de la salud de los menores, a tomar una actitud renovadora en este espacio de cuidado, que nos permita vislumbrar las condiciones actuales biopsicosociales del menor y disponer de acciones que nos encaminen al mantenimiento de su salud y la de su familia.

### Definición

“Se entiende la atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte” (1).

### La atención



<http://3.bp.blogspot.com/-GSxvLf1btK/Tbe--Ho1fW/AAAAAAAAAd8/d8h7r1X85gw/s400/pedia.jpg>

Debe ser realizada de forma individual con lo cual se permite una evaluación personalizada y acorde a las condiciones del menor; sin lugar a duda, el cuidador habitual nos podrá ser de mucha utilidad para poder conocer de la mejor forma las condiciones actuales, en especial del desarrollo del menor. Se debe disponer de una locación con adecuada privacidad y con los elementos mínimos de habilitación tales como fonendoscopio, equipo de órganos, podoscopio, bajalenguas, aplicadores, **kit de juguetes** para valoración del desarrollo y formatos de valoración antropométrica y/o herramientas informáticas como se explica al final de esta guía (2, 3).

### Trato especial: la clave de la atención.



<http://www.gob.mx/cms/uploads/image/file/31179/imagen19.jpg>

Salude, preséntese, llame al paciente por su nombre y espere en la puerta el ingreso del mismo, no importa que se trate de un niño, eso le dará el sello diferencial y permitirá un adecuado inicio en una relación de confianza no solo con el cuidador sino también con el menor. Explique el objetivo y cómo se desarrollará la consulta, esto mostrará que va más allá de ser una simple toma de peso y talla. Proceda con su historia clínica, sea ordenado para no olvidar nada; **disfrute de su anamnesis**, la cual debe hacer énfasis en una revisión por sistemas en la que interrogue de forma sistemática algún vestigio de representación clínica de las enfermedades prevalentes para este grupo poblacional. Evite

extenderse en patologías poco frecuentes o no propias de esta edad. Registre los antecedentes haciendo hincapié en los personales, los familiares y, claro, en los perinatales, los cuales se convierten en los primeros determinantes de vida.


**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**  
**ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN**


EDAD	VACUNA	DOSIS	ENFERMEDAD QUE PREVIENE
Recién nacido	Tuberculosis (BCG) Hepatitis B	Única De recién nacido	Meningitis tuberculosa Hepatitis B
A los 2 meses	PENTAVA-LENTE Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT) <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib) Hepatitis B Polio Rotavirus Neumococo	Primera	Difteria - Tos ferina - Tétanos
			Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
			Hepatitis B
			Poliomielitis
			Diarrea por Rotavirus
A los 4 meses	PENTAVA-LENTE Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT) <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib) Hepatitis B Polio Rotavirus Neumococo	Segunda	Difteria - Tos ferina - Tétanos
			Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
			Hepatitis B
			Poliomielitis
			Diarrea por Rotavirus
A los 6 meses	PENTAVA-LENTE Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT) <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib) Hepatitis B Polio Influenza estacional	Tercera	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
			Difteria - Tos ferina - Tétanos
			Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
			Hepatitis B
			Poliomielitis
A los 7 meses	Influenza estacional*	Primera	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 12 meses	Sarampión - Rubéola - Paperas (SRP)	Segunda	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
	Varicela	Única	Sarampión - Rubéola - Paperas
A los 18 meses	Neumococo	Única	Varicela
	Hepatitis A	Refuerzo	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Única	Hepatitis A
	Polio	Primer refuerzo	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Fiebre amarilla (FA)	Primer refuerzo	Poliomielitis
		Única	Fiebre amarilla

Fuente: Grupo PAI - Ministerio de Salud, 2015.

Verifique en qué va con los seguimientos y tareas propuestas en las consultas previas del menor. ¿Cómo estamos de vacunas? Compruebe el carné; si no lo trae, no se angustie, en Bogotá contamos con el registro más completo del país y está en línea; si es posible, explíquese al cuidador o proporcione una copia impresa en caso de pérdida (4).

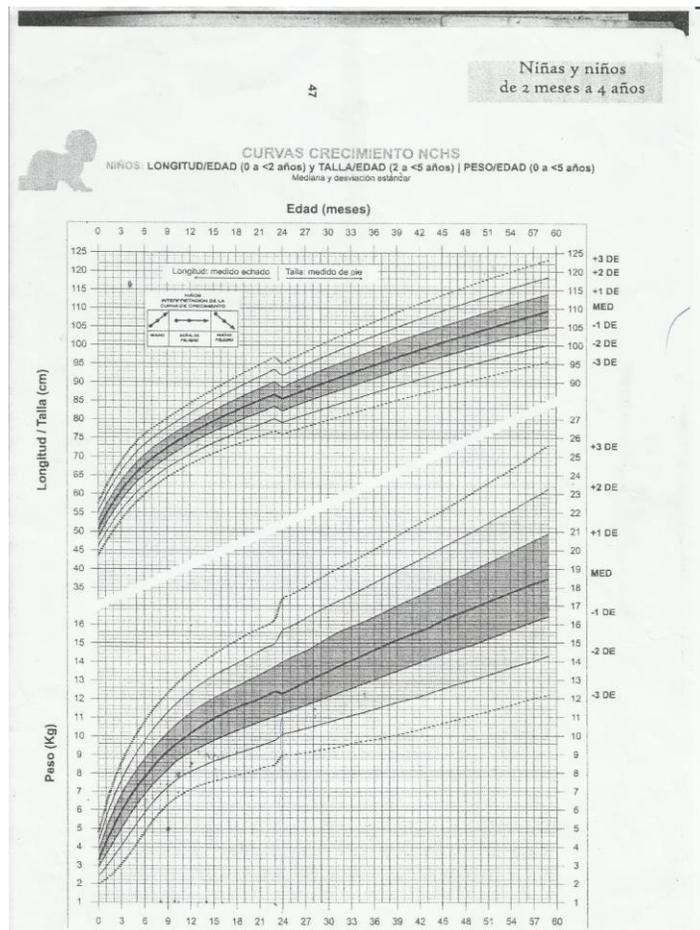


### Observe

Proceda con su examen físico y, a propósito, exponga al paciente -son costumbres que, desafortunadamente, a veces entran en desuso- sin embargo, esto le proporcionará una imagen global de su paciente. A primera vista, podrá observar proporciones corporales, hacerse una idea somera de las condiciones nutricionales y, hasta encontrar signos de maltrato; estas habilidades mejorarán con su experiencia. Deténgase en el examen de los órganos de los sentidos, es con toda certeza, uno de los objetivos relevantes de este tipo de consultas. Realice sus mediciones de peso, talla y perímetros, tenga a mano dónde apuntar, no se fie de su memoria... se puede llevar sorpresas. ¡Ojo con la toma de la talla!, en las básculas que proporcionan esta función evite que los talones sobrepasen el borde de apoyo, motivo frecuente de error en una talla baja. Respete el plano de Frankfort manteniendo en la vista lateral de su paciente nariz y pabellón auricular en un mismo plano, talones juntos. Diligencie posteriormente su historia clínica, no olvide que el registro es importante y es una obligación legal. Levante la cara, mire a su paciente de vez en cuando, aprenda a digitar sin ver el teclado, esta es una queja frecuente de toda consulta externa.



<https://thumbs.dreamstime.com/t/el-beb-que-lo-tiene-es-latido-del-corazon-comprobado-por-el-doctor-62382663.jpg>



<http://docplayer.es/docs-images/28/12911154/images/106-0.jpg>



Realice la antropometría, así como su análisis, recuerde que ya no se usan percentiles sino desviaciones estándar. Luego realice la valoración del desarrollo con una escala abreviada. Ofrezca sus recomendaciones, hágalo en un lenguaje respetuoso pero transparente, de acuerdo al nivel educativo, evite el cliché de nuestro lenguaje técnico. Comparta con el cuidador sus hallazgos incluidas las tendencias de ganancias ponderostaturales que es lo que más aporta más allá de solo un dato aislado. Aproveche ese momento para intervenir en riesgo en cuanto a nutrición, estimulación, higiene, pautas de crianza, entre otros. Percátese de que lo hayan entendido todo; solicite de forma cordial que se lo expliquen con las palabras del propio cuidador, esa es una estrategia AIEPI que da buenos resultados, así como el felicitar al cuidador cuando se encuentran conductas saludables para con el menor y buenas condiciones de salud, eso estimula y reconforta. Fije su próxima cita, recalque lo importante de continuar con el control así las cosas vayan por buen camino.

Por último: "En caso de encontrar problemas de salud remita para su atención y manejo por consulta de Medicina general o, dado el caso y la necesidad de cada paciente, cambie la finalidad de la consulta y diligencie historia clínica de consulta externa (esto último solo aplica para personal médico" (2).

### HERRAMIENTAS DIGITALES PARA LA CONSULTA



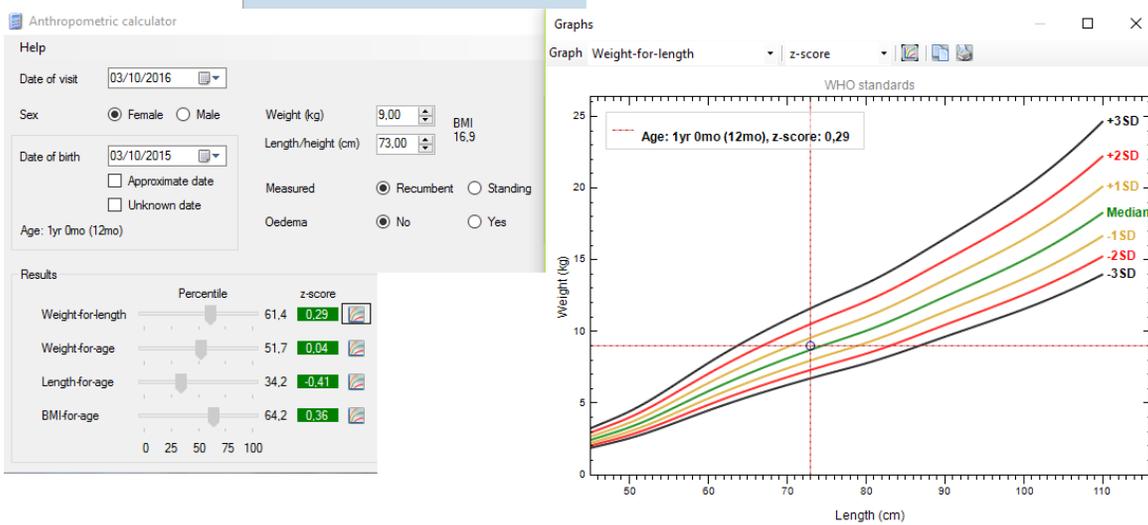
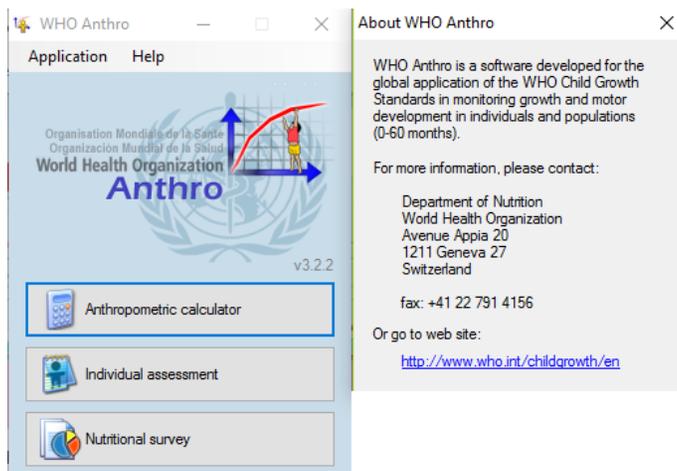
Registro en línea del Programa Ampliado de Inmunizaciones (4). Disponible en: <http://app.saludcapital.gov.co/pai/publico/busqueda.aspx>



Es un servicio en línea que lleva el registro de las inmunizaciones recibidas en el Distrito Capital. A través de este con los criterios de búsqueda, nombre o identificación del paciente, se puede contar con la información de las fechas y lugares de administración de la vacuna de nuestro paciente.



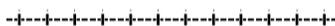
Patrones de crecimiento infantil OMS Anthro (3). Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/software/es/>



Es una herramienta gratuita que puede ser instalada en un computador personal. Se usa para incluir los datos antropométricos del paciente y, de esa forma, ser graficados; con ello se puede realizar una semaforización de acuerdo a las tablas actuales vigentes expresadas en desviaciones estándar. Es una aplicación sencilla, ágil y novedosa para dar explicaciones al cuidador del menor.

### BIBLIOGRAFÍA

- (1) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de salud [Internet]. 2000. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/6Deteccion alteraciones del crecimiento.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/6Deteccion%20alteraciones%20del%20crecimiento.pdf)
- (2) Clínica Juan N Corpas. Guía de práctica clínica Detección temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 años, 2013.
- (3) Organización Mundial de la Salud. OMS Anthro (versión 3.2.2, enero de 2011) y macros. WHO. World Health Organization; 2013.
- (4) Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI - Secretaria Distrital de Salud [Internet]. Disponible en: <http://app.saludcapital.gov.co/pai/inicio/login.aspx>





## Bioética y ecología...

### **MANIFIESTO: “EL PLANETA SÍ ES CONTIGO”**

Gustavo Urrea Piñeros



<http://www.juanncorpas.edu.co/uploads/pics/corpas-verde-2.jpg>

#### **INTRODUCCIÓN**

Corpas Verde es la declaración y compromiso del Grupo Social Corpas para implementar los principios y valores de nuestro fundador reflejados en su responsabilidad con la sociedad y el medio ambiente.

#### **Qué busca**

Busca comprometer a directivos, profesores y estudiantes en el liderazgo de soluciones para el mundo a través del desarrollo sostenible con una visión ecológica, favoreciendo, en lo posible a las clases menos favorecidas en Colombia.

#### **¿En qué consiste?**

En generar una responsabilidad ambiental y social en toda la comunidad corpista que integre la salud y los recursos naturales.

#### **Nuestro eslogan**

***“Nuestro planeta, nuestra salud y bienestar;  
¡Volver a nuestra esencia!*”**



<http://www.futurosostenible.es/wp-content/themes/futurosostenible/timthumb.php?src=http://www.futurosostenible.es/images/2011/08/planeta-planta.jpg&h=300&w=300&zc=1>

Nuestro eslogan **“Nuestro planeta, nuestra salud y bienestar”**, es resultado de una imagen ideal del proyecto, a fin de hacer posible el sueño de nuestro fundador (compartido por todos los que tomen parte en la iniciativa), que no es otro sino la utilización de nuestros recursos naturales para coadyuvar en los procesos de salud de nuestras poblaciones promoviendo la participación de nuestro campesinado, es decir, **iVolver a nuestra esencia!**

### Quiénes conforman el Grupo Corpas



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
JUAN N. CORPAS



El grupo Social Corpas lo conforman la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, la Clínica Corpas Limitada, La Fundación Clínica Juan N. Corpas, el Laboratorio de Farmacología Vegetal LABFARVE y MEDICOR, fundadas por el filántropo y emprendedor doctor Jorge Piñeros Corpas.



## LA FUERZA DE LOS EMPRENDEDORES



Dedicado a la azarosa profesión de curar a la gente, el doctor Jorge Piñeros se formó como médico y decidió buscar alternativas innovadoras para atenderla. Nació el 12 de abril de 1926 en Manta, Cundinamarca, un pequeño pueblo situado en la majestuosa cordillera central, donde conocería de cerca el esfuerzo de sus paisanos por mantener una buena salud. Desde temprana edad entendió que la atención en salud de los colombianos debería ser modesta y con miramiento.

Convencido de que el adeudo hacia los demás podría darle sentido a su vida se consagró incansablemente a la Medicina tradicional con enorme amor. Pronto identificó que la Medicina hacía un giro hacia los fármacos de síntesis química y desconocía por completo a la Medicina tradicional, en la que vio un potencial a través de las plantas medicinales y visualizó un desarrollo económico para el campesinado que las cultivara.



[http://3.bp.blogspot.com/-XsIAkjtKW8/VER8ic1PFH/AAAAAAAAABM/ASISi5Hu9\\_Q/s1600/labfarve.jpg](http://3.bp.blogspot.com/-XsIAkjtKW8/VER8ic1PFH/AAAAAAAAABM/ASISi5Hu9_Q/s1600/labfarve.jpg)

Esto dio pie a la creación de LabFarve. Se convirtió en su pasión más legítima y se esforzó por cultivar él mismo las plantas medicinales y preparar los extractos naturales extraídos de estas para el uso de sus pacientes.

Por su incomparable talento y su labor disciplinada ganó reconocimiento público y, alentado por el devenir de la Medicina moderna, se propuso a crear una nueva visión para la salud de los colombianos que respondiera a la economía doméstica a lo largo del tiempo.



### La salud y el bienestar

El bienestar y la salud de las clases menos favorecidas son el pilar del planteamiento socioambiental del fundador, doctor Jorge Piñeros Corpas. Su visión emprendedora revolucionó de tal forma a la salud de Colombia que rompió aquellos paradigmas de la Medicina que estigmatizaron el uso sostenible de la biodiversidad andino amazónica y las prácticas curativas de las comunidades ancestrales por más de treinta años. Si bien ofrecer una alternativa para la salud no fue tarea fácil, hoy, además de la escuela de Medicina, la clínica y el laboratorio, se asegura el acceso masivo a los fitomedicamentos y la transformación de estos temas en el país. Para ello, el Grupo Corpas cuenta con el Jardín Medicinal Jorge Piñeros Corpas (JMPC).

### EL JARDÍN MEDICINAL JORGE PIÑEROS CORPAS (JMPC)



<http://www.labfarve.com/subbanner-03.jpg>

Comprometido con la salud y el bienestar de los colombianos con énfasis en las clases menos favorecidas y con criterios de responsabilidad ambiental y social, el doctor Piñeros sembró, y aún se mantiene, un jardín medicinal que hoy en día lleva su nombre, con el propósito de proveer al laboratorio LABFARVE de un cultivo orgánico como respuesta a la necesidad de desarrollar un modelo de producción sostenible de extractos para la fabricación de formas farmacéuticas a partir de la flora medicinal colombiana.

De acuerdo a la labor del doctor Piñeros y sus colaboradores, se ha logrado que el JMPC sea un referente de conservación de germoplasmas nativos con su arboreto donde se encuentra una importante riqueza en términos de estructura y composición de especies. Lo anterior en concordancia con la nueva propuesta de cambiar el uso del suelo para actividades no acordes al propósito del área natural de Suba y ser una estrategia para asegurar la conservación de áreas rurales, así como la conectividad de los ecosistemas naturales pertenecientes a la Reserva Forestal del Norte - Thomas Van Der Hammen.

Los cultivos son distribuidos en lotes de áreas pequeñas que oscilan entre los 100 y los 400 m<sup>2</sup> por especie, asegurando así una gran diversidad. La preparación del terreno es manual. El abono es constituido por compost elaborado con los residuos vegetales de los extractos elaborados en el laboratorio, tierra y residuos de hojarasca de los árboles presentes en el lote, lo que crea un verdadero ciclo de vida de los productos con carácter de sostenibilidad.



## SALUD PARA TODOS



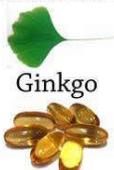
La OMS desde 1978 propuso el lema "Salud para todos", a través de lo que hoy se reconoce como la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Una de las herramientas en dicha estrategia es el uso de tecnologías conocidas por la comunidad y con respaldo científico. La APS reconoce además que las plantas medicinales y la Medicina tradicional son elementos terapéuticos de reconocida utilidad, promoviendo la investigación botánica y farmacológica en su uso clínico.

### SUPLEMENTOS PARA LA MALA CIRCULACIÓN



Chía

<http://www.botanical-online.com/fotos/plantasmedicinas/mala-circulacion-arterioesclerosis-plantas.jpg>



Aceite germen de trigo



Linaza

Se reconoce la importancia de las especies nativas pues ofrecen una oportunidad única de vincular los recursos de la biodiversidad a la salud y aportar de manera ambientalmente amigable al desarrollo sostenible. La biodiversidad es una herramienta invaluable de la Atención Primaria en Salud para la población mundial, por lo cual la investigación y el desarrollo de las plantas medicinales son una manera de salvaguardar y promover la asistencia sanitaria esencial para gran parte de la población.



Por otra parte, la ética de abastecimiento de las plantas medicinales puede desempeñar un papel importante en la conservación y utilización sostenible de estas especies y sus ecosistemas, así como proporcionar una importante vía para el desarrollo local sostenible.





Los paradigmas tienden a convertirse en moda, a ser rígidos. Las personas que son flexibles en sus pensamientos, que no actúan por una moda, tienen la capacidad de ver cambios y tienen la visión del futuro ya que son capaces de romper sus viejos paradigmas para construir constantemente nuevos enfoques.

### Cómo actuar

El visionario e inventor estadounidense Richard Buckminster Fuller sintetizaría la trayectoria del doctor Jorge Piñeros al decir que "nunca se logrará cambiar las cosas a través de la lucha contra las cosas reales existentes, para cambiar algo se debe construir un nuevo sistema que haga que el modelo existente actual sea obsoleto".



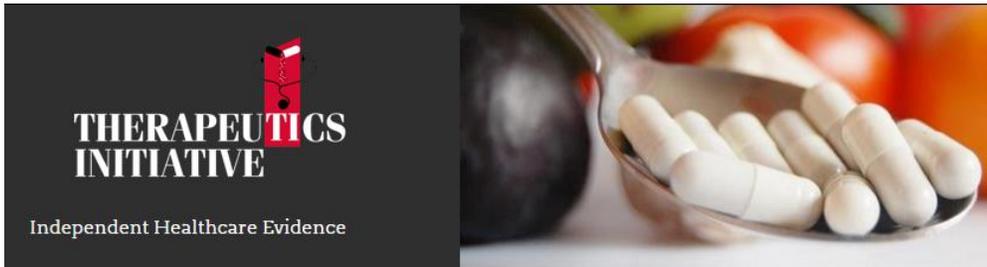
En este sentido, Labfarve inició como una propuesta revolucionaria a manera de organización sin ánimo de lucro que continúa hoy dando alivio de los problemas de la salud de los colombianos.

Con el proyecto Corpas Verde el lector descubrirá los aspectos que simbolizan el éxito de este emprendimiento social para la salud de los colombianos a largo plazo.





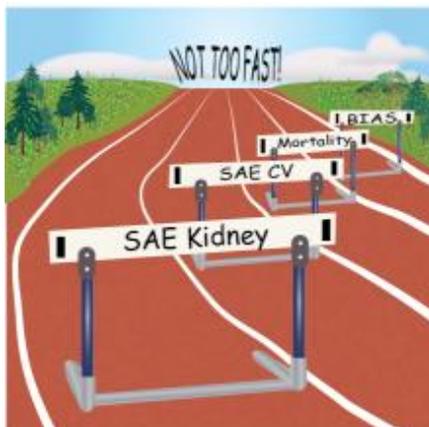
## Sobre medicamentos...



<http://www.ti.ubc.ca/es/therapeutics-letter-2>

La siguiente sección es obtenida de Salud y Fármacos. Nuestro único apotro es poner unas imágenes y resumir. Nuestra intención es contribuir con la divulgación.

### “¿EL ENSAYO SPRINT CAMBIA NUESTRO ENFOQUE SOBRE LOS OBJETIVOS DE TENSIÓN ARTERIAL?”



<http://www.ti.ubc.ca/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/98-300x260.png>

El artículo surge a raíz de la propuesta (Systolic Blood Pressure Intervention Trial SPRINT) de llevar la tensión arterial (TA) en los hipertensos a unas cifras inferiores a 140/90.

#### De qué trató

El ensayo SPRINT asignó aleatoriamente 9.361 personas con una TA sistólica de 130 mmHg o mayor y riesgo cardiovascular elevado (pero sin diabetes ni ictus previo) a un objetivo de TA sistólica de <120 mmHg, o bien, a un objetivo estándar de <140 mmHg.

Se llevó a cabo en más de 100 centros. La TA media alcanzada al cabo de un año en el grupo de objetivo bajo fue 121/69 frente a 136/76 mmHg en el grupo con objetivo estándar. El número medio de antihipertensivos en el grupo de objetivo bajo de TA fue de 2,8, frente a 1,8 en el grupo con objetivo de TA estándar.

#### Beneficios

Después de una duración media de 3,3 años, la incidencia de infarto de miocardio, síndrome coronario agudo, ictus, insuficiencia cardiaca descompensada o muerte de origen cardiovascular fue **inferior en**



**el grupo de objetivo bajo de TA**, 5,2 % frente a 6,8 % en el grupo de objetivo estándar de TA, RR 0,76 (0,65-0,90), RRA 1,6 %, NNT 63 tras 3,3 años.

### Daños

“Las reacciones adversas graves (RAG) específicas clasificadas como “probablemente” o “seguramente” relacionadas con la intervención **se incrementaron en el grupo de objetivo bajo de TA**, 4,7 % frente a 2,5 % en el grupo de objetivo estándar de TA, RR 1,87 (1,50-2,33), IRA 2,2%, NNT 46 tras 3,3 años. Esto se debió principalmente a un incremento absoluto del 1,2 % en daño renal agudo o fallo renal en el grupo de objetivo bajo de TA”.

### Efecto global

Se encontró que:

1. El número de personas con **una o más reacciones adversas graves** fue numéricamente superior en el grupo de objetivo bajo de TA, 38,3% frente a 37,1% en el grupo de objetivo estándar, RR 1,03 (0,98-1,09).
2. **Las muertes fueron significativamente menores** en el grupo de objetivo bajo de TA, 3,3% frente a 4,5% en el grupo de objetivos estándar, RR 0,74 (0,60-0,91), RRA 1,2%.

### Riesgo de sesgo

Se cree probable el sesgo de detección que significa que los investigadores verifican los resultados de modo que favorezcan al grupo de objetivo bajo de TA. Asimismo, la finalización anticipada del estudio tiende a exagerar los beneficios e infravalorar los daños descritos anteriormente.

### Implicaciones clínicas del ensayo SPRINT

Si bien se reconoce el beneficio de mantener tensiones más bajas para la medida (infarto de miocardio, síndrome coronario agudo, ictus, insuficiencia cardiaca descompensada o muerte de origen cardiovascular), no se ha tendido en cuenta que es más probable antes que el beneficio tener una reacción adversa severa.

### Revisión sistemática

La revisión Cochrane actualizada:

1. Los datos de mortalidad de los 11 **ensayos clínicos aleatorios** (ECA) (n=38.584) indican que los objetivos de TA más bajos no reducen la mortalidad total, RR 0,95 (0,86-1,05).
2. Demuestra que los datos de mortalidad del ensayo SPRINT son discordantes con el resto de ensayos.

Otras revisiones sistemáticas que combinan todos los ECA que comparan los objetivos más intensivos de TA frente a los menos intensivos son engañosas y no deberían usarse como una fuente de evidencia que apoye la consecución de objetivos bajos de TA.

### Conclusiones

- 👉 **“A fecha de hoy, la consecución de objetivos bajos de TA ( $\leq 135/85$  mmHg) no ha demostrado reducir la mortalidad ni los eventos graves totales en comparación con el objetivo estándar de TA ( $\leq 140-160/90-100$  mmHg).**
- 👉 El análisis cuidadoso del ensayo SPRINT revela que, los beneficios de un objetivo de TA más bajo en pacientes no diabéticos de alto riesgo, no compensa los daños ocasionados.

El examen crítico de las revisiones sistemáticas y las publicaciones de los ensayos clínicos a menudo llevan a diferentes interpretaciones y conclusiones de lo que aparentan inicialmente.



## “EFICACIA COMPARADA DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)”

Tomado de: <http://www.ti.ubc.ca/es/2016/10/17/99-eficacia-comparada-de-los-inhibidores-de-la-bomba-de-protones/>



<http://www.ti.ubc.ca/wordpress/wp-content/uploads/2016/06/99.png>

### Recordar

Estos fármacos inhiben de forma irreversible la bomba H<sup>+</sup>K<sup>+</sup>ATPasa gástrica (bomba de protones) a nivel del estómago. Inhiben tanto la secreción basal como la resultante del estímulo de la bomba y se utilizan en una serie de situaciones clínicas:

1. Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).
2. Esofagitis por reflujo.
3. Úlcera péptica (UP).
4. Síntomas relacionados con la acidez estomacal como el ardor de estómago y la indigestión.

### ¿Hay diferencias importantes entre los distintos fármacos de esta clase?

Con base en 26 ECA con 23.789 pacientes en total, se tiene:

1. El esomeprazol no presentó diferencias respecto a otros IBP en la mayoría de las variables.
2. El lansoprazol no mostró diferencias significativas respecto a otros IBP en la mayor parte de las variables.
3. El esomeprazol no fue significativamente diferente de otros IBP en la mayor parte de las variables de la úlcera péptica.
4. No hubo diferencias entre omeprazol y esomeprazol en la eficacia de la erradicación de *H. pylori* tras 6-8 semanas de tratamiento.
5. El lansoprazol no fue significativamente diferente de otros IBP en la mayor parte de las variables: erradicación de *H. pylori*, mortalidad, reacciones adversas graves, abandono por reacciones adversas y pacientes con al menos una reacción adversa.



### Evaluación del riesgo de sesgo global

Los ECA siguen siendo nuestra mejor fuente de evidencia, pero, desafortunadamente, pueden estar sesgados:

- Los sesgos de selección se producen cuando la aleatorización y la asignación de los pacientes al grupo en tratamiento se ven comprometidas.
- También pueden ocurrir sesgos de detección y realización si los pacientes, investigadores y evaluadores de los resultados no son "ciegos" al tratamiento de cada grupo.
- Los sesgos de descripción selectiva de los resultados se dan cuando los investigadores solo muestran los datos que les interesan y los ensayos con resultados positivos se publican, pero no así aquellos con resultados negativos.

### Conclusiones

- **En la actualidad no hay ninguna evidencia obtenida de ECA convincente que sugiera que un IBP es preferible respecto a otro para el tratamiento de los síntomas de la ERGE o UP, o para la curación de la esofagitis confirmada endoscópicamente.**
- La evaluación del riesgo de sesgo de los 63 ECA incluidos muestra un alto riesgo de selección, realización, detección y publicación de información selectiva.
- No hay ECA a largo plazo que comparen directamente distintos IBP específicamente diseñados para evaluar la incidencia de efectos adversos ocasionados por estos fármacos.
- Los estudios observacionales sugieren que el uso a largo plazo de los IBP se asocia con una serie de efectos adversos graves.
- **El coste de algunos IBP es unas 10 veces superior a otros.**

## “BENEFICIOS Y DAÑOS DE LOS FÁRMACOS PARA EL ‘«DOLOR NEUROPÁTICO»’”

Tomado de: <http://www.ti.ubc.ca/es/2016/03/17/96-beneficios-y-danos-de-los-farmacos-para-el-dolor-neuropatico/>



### El problema

El dolor crónico es un problema común en la práctica clínica. Se reconoce que los resultados del tratamiento farmacológico son decepcionantes más que otra cosa. Sin embargo, se está viendo un incremento importante en la prescripción de pregabalina, gabapentina y venlafaxina. La razón, es enfrentar ese dolor "neuropático" usando lo menos posible los opioides.



### ¿Que sabíamos?

- La gabapentina reduce el dolor neuropático en menos de un punto en una escala de 0-10 puntos.
- Beneficia a un 15 % de los pacientes cuidadosamente seleccionados (NNT=6-8).
- Una proporción similar de pacientes sufren daños (NNH=8).
- Una evaluación de la relación beneficio/riesgo puede hacerse tras recibir dosis bajas del fármaco (100-900 mg/d) durante 1-2 días.
- Es improbable que aumente el beneficio con dosis más altas o tratamientos más prolongados.

### Las revisiones Cochrane

Calculan que para obtener un 50 % de disminución de dolor con estos **medicamentos se deben tratar seis** pacientes (NNT).

### Daños

Aproximadamente el 80 % de los pacientes que recibieron estos fármacos experimentaron al menos un efecto adverso. Los más frecuentes fueron somnolencia, mareo y náuseas. Los efectos anticolinérgicos pueden estar presentes. Los efectos adversos más frecuentemente notificados en los antidepresivos tricíclicos fueron la boca seca, sedación y estreñimiento.

### ¿En cuánto tiempo se alcanza esa disminución del 50 %?

En una semana. Con más tiempo es poco probable incrementar el efecto sobre el dolor. Tampoco aumentar las dosis.

### Implicaciones clínicas

Cuando se inicia el tratamiento con uno de estos fármacos es razonable:

1. Utilizar la menor dosis recomendada y evaluar la eficacia y los daños producidos al cabo de una semana.
2. Si la relación beneficio-riesgo no es aceptable, se debe considerar la suspensión del tratamiento.
3. Si se obtiene un alivio del dolor parcial pero insuficiente, se puede aumentar la dosis y reevaluar una semana después.
4. Si no hay un beneficio funcional significativo se debería suspender el fármaco y pensar en otras alternativas.
5. En el caso de los pacientes que obtienen una analgesia clínicamente significativa, se recomienda usar la dosis mínima eficaz para minimizar los efectos adversos.
6. El tratamiento debe reevaluarse periódicamente (ej., cada dos semanas), ya que la mayor parte de los pacientes tratados con placebo también mejoran con el tiempo.

### Conclusiones

- La evidencia para el tratamiento farmacológico del dolor neuropático es débil, debido a la escasa magnitud clínica del efecto y al alto riesgo de sesgo en los ensayos.
- Probablemente menos de 1 de cada 10 pacientes consiguen una reducción de dolor significativa.
- La mayor parte de los pacientes experimentan efectos adversos como somnolencia, mareo, náuseas, boca seca y estreñimiento.
- Es necesario realizar un intento de tratamiento para identificar a los pacientes respondedores. Se necesita reevaluar la utilidad del fármaco para detectar a los pacientes con remisión espontánea o a los respondedores a placebo.
- Es improbable que las dosis más altas proporcionen mayor reducción del dolor y es probable que causen daño.



## “ANGIOEDEMA DE RESPUESTA NO INMUNE INDUCIDO POR FÁRMACOS”

Tomado de: [http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/ago201601/015\\_angioedema/](http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/ago201601/015_angioedema/)



Angioedema de respuesta no inmune inducido por fármacos  
Revue Precire 2015; 35(386):911  
Traducido por Salud y Fármacos



### ¿En qué consiste?

Es un edema localizado de la piel o las membranas mucosas causado por la extravasación de fluidos en el tejido intersticial debido a la pérdida de integridad vascular. Típicamente afecta a la cara, labios, lengua, garganta, orejas, manos, pies y órganos genitales externos.

### Qué sabemos

Se está incrementando debido a la combinación cada vez más frecuente de prescripciones de medicamentos.

### ¿Por qué sucede?

Hoy se reconocen dos mecanismos:

1. Una reacción alérgica mediada por el sistema inmunitario.
2. Fármacos (**inducido por fármacos**) que debido a la presencia de mediadores inflamatorios (no inmunológicos) aumentan la permeabilidad capilar (bradiquininas e histamina). Se diferencia del inmunológico que no está asociado a prurito o urticaria.

### ¿Cuáles fármacos pueden provocar angioedema inducido?

- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) con mucho, los más documentados.
- Antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II o sartanos).
- Opioides.
- Medio de contraste radiográfico.
- El antifúngico caspofungina.
- Anti-inflamatorios no esteroideos (AINE).
- Aspirina.
- Algunos inmunosupresores.

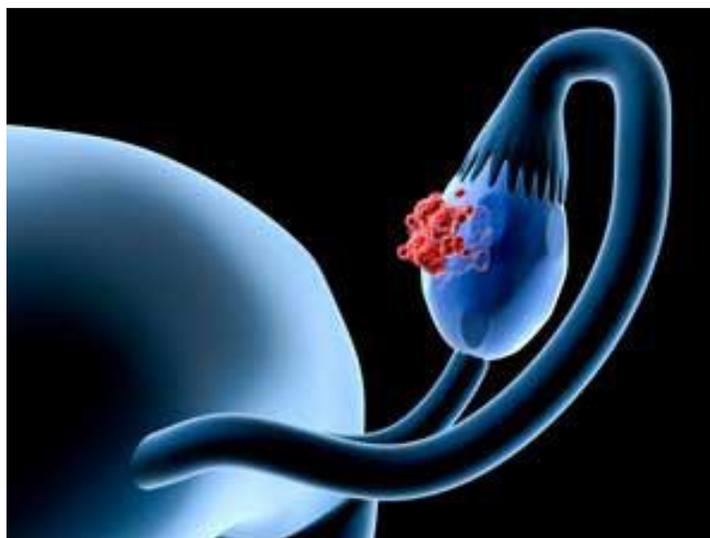


## “TSH. TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA EN LA POSTMENOPAUSIA: CÁNCER DE OVARIO”

Revue Precrire 2015; 35(383):671

Traducido por Salud y Fármaco.

Tomado de: [http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/ago201601/022\\_tsh/](http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/ago201601/022_tsh/)



[http://www.laboratoriosanjose.com/wp-content/uploads/2014/11/algorithm\\_roma.jpg](http://www.laboratoriosanjose.com/wp-content/uploads/2014/11/algorithm_roma.jpg)

### ¿Qué sabemos?

Se reconoce el incremento de un caso adicional de cáncer de ovario por cada mil mujeres expuestas durante cinco años a terapia hormonal sustitutiva en la postmenopausia.

En el análisis de datos de mortalidad asociada con este cáncer en la población general, hay un fallecimiento adicional por cada 1.700 mujeres expuestas.

### No parece mucho

Tal vez, pero lo cierto es que si no se prescribiera no ocurriría. Al analizar por qué se prescribe la terapia de sustitución hormonal, se identifica que rara vez existen justificaciones suficientemente válidas como para exponer a los riesgos de cáncer de ovario.

### Vale la pena...

Revisar el informe Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer “Menopausal hormone use and ovarian cancer risk: individual participant meta-analysis of 52 epidemiological studies”. Lancet 2015; 385: 1835-1842.

-----



## El Peregrino que toca...

### “SANTA TERESA DE CALCUTA”

Gabriel Sáenz<sup>†††</sup>



[http://www.biografiasyvidas.com/biografia/t/fotos/teresa\\_de\\_calcuta.jpg](http://www.biografiasyvidas.com/biografia/t/fotos/teresa_de_calcuta.jpg)

A propósito de la canonización de la Madre Teresa de Calcuta oficiada por el Papa Francisco el 9 de abril de este año, nuestro peregrino quiere pasearnos un poco a través de la vida intensa y sorprendente de esta mujer y su obra. Es que realmente la intención de la Iglesia Católica al subir un santo a los altares es principalmente mostrarlo como ejemplo de vida. Pensemos que los santos han sido personas como cualquiera de nosotros, la diferencia consiste en que han realizado las cosas normales y cotidianas de la vida pero de una manera heroica.

#### Reseña histórica

Ines Sonxha Agnes Bojaxhiu nació en Skopje, hoy capital de la república de Macedonia en el año de 1910. A los 18 años entra como novicia a un convento en Irlanda donde se desempeña como educadora para niñas de clase alta en el colegio Saint Mary. A los 36 años por una “llamada mística” de Cristo, que más adelante explicaremos, decide dejar el convento para ir a Calcuta, en la India, a vivir con los más pobres, después de grandes dificultades eclesiológicas y espirituales. A los 87 años muere en Calcuta el 5 de septiembre de 1997.

El 19 de octubre de 2003 es beatificada por el Papa Juan Pablo II y el 9 de abril de 2016 es canonizada por el papa Francisco. El primer milagro que le valió la beatificación ocurrió en Brasil en el año 2008 al ingeniero Marcilio Haddad, quien inexplicablemente, desde el punto de vista científico, fue curado de un tumor cerebral e hidrocefalia. Después de poner en las manos de la Santa su enfermedad, el tumor y la hidrocefalia desaparecieron completamente. El segundo milagro ocurrió en la India a Mónica Barsa, de 34 años, curada espontáneamente de un tumor abdominal.

Más tarde para la canonización, cuyo postulador fue el padre Brian Kolodiechuk, se consideraron tres las causas que la subieron a los altares:

- Un voto privado que hizo tempranamente de servir a los pobres entre los pobres.
- Sus experiencias místicas con Cristo.
- Participación en la cruz de Cristo a través de los años de oscuridad interior.

---

††† Capellán CJNC. Consejero Pastoral FUJNC.



### Espiritualidad

Para la Madre Teresa su vida cambia repentinamente en septiembre de 1946 cuando tenía entonces 36 años y fue enviada al convento de Loreto en la población de Darjeeling cerca al Himalaya a 650 kilómetros de Calcuta. Durante el viaje en tren el martes 10 de septiembre de ese año tuvo su primer y decisivo encuentro místico con Cristo. Más tarde ella comenta sobre esta misteriosa voz que le pedía una misión: "Era una vocación para abandonar incluso Loreto donde estaba muy feliz, para ir a las calles a servir a los más pobres de los pobres. Fue en aquel tren, oí la llamada para dejarlo todo y seguirle a él a los barrios más miserables (...) yo sabía que era su voluntad y que tenía que seguirle" (1).



<http://images.huffingtonpost.com/2007-08-30-teresa.jpg>

En muchas ocasiones la Madre Teresa decía que "oía la voz de Jesús y conversaba íntimamente con él". Estas locuciones se repetían muchas veces con el siguiente mensaje: "...Quiero hermanas indias misioneras de la caridad, que sean mi fuego de amor entre los más pobres, los enfermos, los moribundos, los niños pequeños de la calle. Quiero que me traigan a los pobres... sé que eres la persona más incapaz, débil y pecadora, pero precisamente por lo que eres te quiero usar para mi gloria, ¿te negarás?... Ven, sé mi luz, no puedo ir solo, no me conocen, por eso no me quieren. Tu ven, ve hacia ellos. Cuánto anhelo entrar en sus agujeros, en sus oscuros e infelices hogares... no temas,

estaré siempre contigo... confía en mí amorosamente, confía en mí ciegamente" (2).

De aquí en adelante su vida se convierte en un verdadero martirio física y espiritualmente. Debe dejar todo, incluso su hábito de religiosa. Se instala en Calcuta y se viste con un sari blanco como las indias, con bandas azules en honor a la Virgen María. Este fue un proceso muy largo, pues debía contar con la aprobación de sus superiores eclesiásticos. Por fin, el 8 de agosto de 1948 recibió el permiso del Papa Pio XII para dejar Loreto y comenzar su nueva misión.

Para empezar debía adquirir conocimientos básicos de enfermería en el hospital de la Sagrada Familia de la Hermanas Misioneras Médicas en Patma. La oración que copió en la primera página de su diario médico refleja sus sufrimiento: "Jesús, único amor de mi corazón, deseo sufrir lo que sufro y todo lo que tú quieras que yo sufra por tu amor puro, no por los méritos que pueda obtener, ni por las recompensas que tú me has prometido sino solo para agradecerte, bendecirte tanto en las tristezas como en las alegrías".

Por fin, el 21 de diciembre de 1948 se desplazó por primera vez a los barrios marginados como misionera de la caridad, internándose en los agujeros negros donde viven hacinadas como animales familias enteras para lavarles la ropa, asearlos, llevarles alimentos, asearlos la vivienda. También poniendo vendajes a los ancianos tirados en las calles y atendiendo a los moribundos. Más tarde se le fueron uniendo otras indias que se convertirían en las futuras Hermanas de la Caridad. Comenta una de ellas: "Verla tan pobremente vestida con un simple y humilde sari, con un rosario en la mano, era como ver el evangelio hecho vida, haciendo presente a Jesús entre los más pobres. Se podría decir que una luz había amanecido en la oscuridad de los barrios más míseros".



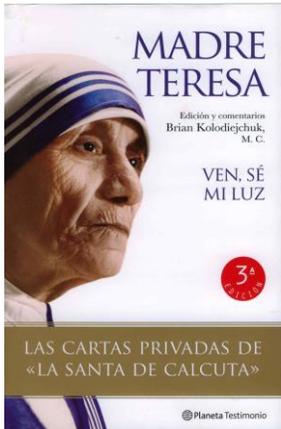
<https://static01.nyf.com/images/2015/12/19/world/europe/19teresa-web/19teresa-web-master768.jpg>



Son muchísimas las anécdotas de caridad que el padre Kolodiejchuk narra en su libro "Ven sé mi luz" en ancianatos y en viviendas que eran cuchitriles de hojalata y cartón. De esta manera la Madre Teresa atendía a Jesús en los hambrientos, los desnudos, los sin hogar, los prisioneros, los despreciados.

### Vacío interior

"Pon tu mano en su mano y camina sola con él, camina hacia delante, porque si miras atrás volverás" (6), fueron las palabras de despedida de su madre cuando Gonxha Agnes Bojaxhiu dejó su hogar en Skopje a los 18 años. Sin embargo, esta decisión de caminar detrás de Jesús a donde él la quisiera llevar constituyó para ella un inmenso sufrimiento espiritual hasta su muerte.



<http://www.laibredadigital.com/wp-content/uploads/2008/12/ven-se-mi-luz.jpg>

Una vez comenzada su labor de la caridad en Calcuta, aparentemente Dios desaparece de su vida creando un vacío interior de desolación tan doloroso, hasta el punto de casi renunciar a su misión. Sin embargo, y paradójicamente, se agarraba con todas sus fuerzas a la fe. Más tarde ella misma confesaba que era perfectamente feliz de no ser nadie ni siquiera para Dios. ¿Por qué la había abandonado Dios totalmente? ¿Por qué esta oscuridad cuando antes había estado tan cerca de Dios? Ella misma se respondía que Jesús ya no puede sufrir de nuevo la agonía sino que él quiere sufrirla en ella. Este sufrimiento era una participación en el sufrimiento redentor de Cristo, quien también había sufrido esta soledad en su vida terrena.

A pesar de todo, sus reflexiones implicaban una sabiduría inmensa: "No había ninguna necesidad de encontrar el camino sino más bien seguir el camino que Jesús ya había recorrido. Así como no tengo que ir delante de él, el camino es seguro incluso en la oscuridad". A través de la densa oscuridad, ella había

caminado sin flaquear de la mano de Jesús incluso resistiendo a la tendencia de encender su propia luz, rechazando con valor a ceder a sus sufrimientos. Así, siguió la senda que Dios había trazado para ella animando a otros y a sus hermanas de la comunidad a seguir el mismo camino.

De esta manera Cristo quiso que la humanidad comprendiera en algo su sufrimiento en su pasión a través de la Madre Teresa y los pobres. Aquí se entiende la soledad de Cristo en el huerto de los olivos y en la cruz: "¿Dios mío por qué me has abandonado?" (Mt 27: 46). Como Dios no acepta el pecado, y Jesús sin ser pecador hizo suyo el pecado de la humanidad, por eso fue "rechazado" por Dios en la cruz.



[http://www.biografiasyvidas.com/biografia/t/fotos/teresa\\_de\\_calcuta\\_2.jpg](http://www.biografiasyvidas.com/biografia/t/fotos/teresa_de_calcuta_2.jpg)

Aparte del sufrimiento espiritual, también debió enfrentar un sufrimiento físico de pobreza, sus largos viajes en tren abarrotados en compartimentos de tercera clase, sus caminatas diarias a los barrios marginados entre el polvo y la suciedad, el cansancio, el hambre, la sed, la falta de intimidad con la puerta de su habitación siempre abierta, ni un ventilador, incluso en el verano más caluroso, y una estrecha y dura cama de hierro. ¡Todo esto sin una sola queja!

### Premios

Los siguientes fueron los premios y condecoraciones otorgados en reconocimiento a su labor de caridad por parte de diferentes países y organizaciones internacionales:

1. Premio Nobel de la paz en 1979, otorgado por el Rey Olafv de noruega, ante lo cual ella respondió: "Soy solo una pobre monja que reza y rezando Jesús me llena el corazón de su amor y voy a dárselo a los pobres que encuentro en el camino".
2. Orden del Loto por el Gobierno de la India.
3. El Galardón Magsaysay de la Organización del tratado del Sureste Asiático.
4. Premio Buena Samaritana y Ciudadana Honoraria otorgado por el Gobierno de los Estados Unidos.



- 5. Premio Templetón para el progreso de la religión otorgado por el Gobierno de Inglaterra.
- 6. Premio san Juan XXIII de la paz otorgado por el Vaticano.

### Obras y casas fundadas

Durante su misión la Madre Teresa fundó 745 casas de la caridad en 140 países, entre otros, El Líbano, Alemania, Yugoslavia, México, Brasil, Colombia, Perú, Kenia, Haití, España, Bélgica, Nueva Guinea, Estados Unidos y Argentina. Hoy la comunidad cuenta con más de 5.000 Hermanas en todo el mundo. En 25 años se recogieron más de 36 000 personas de la calle. En las casas para leprosos se asilaron en toda la India más de 50 000 enfermos. También existen los Hermanos Misioneros de la Caridad, comunidad fundada y aprobada el 25 de marzo de 1963.

### En Colombia



La Madre Teresa visitó Colombia, casi de incógnita, en 1978 invitada por el obispo de Pereira, hoy Cardenal monseñor Darío Castrillón Hoyos. En esta ciudad fundó una casa de la caridad, siendo la primera en nuestro país. En el año de 1981 el Cardenal Pedro Rubiano Sáenz, en ese entonces obispo de Cúcuta, la recibió en esta ciudad. Allí fundó, en el barrio San Luis, una casa con seis monjas, todas extranjeras, de Asia y África. En 1986 regresó a Cúcuta.

Hoy en Colombia existen casas de la caridad en Cali, Cartagena, Buenaventura, Pereira y Cúcuta. En Bogotá existe una casa en el barrio La Perseverancia para 40 ancianos abandonados.

### Conclusión

Meditemos en la siguiente historia. Alguna vez Dios le dijo a un hombre: "Esta noche pasaré por tu casa". El hombre se preparó entusiasmado por la visita de tan importante personaje. A las siete de la noche llamaron a la puerta y era un mendigo. Nuestro hombre lo despidió diciéndole que no lo molestara pues estaba esperando a un gran personaje. Una hora más tarde llamó a la puerta un niño de la calle pidiendo comida y más tarde se acercó un moribundo. Nuestro hombre los despidió con la misma excusa. Al otro día nuestro hombre le reclamó a Dios su incumplimiento y Dios le respondió: - "Llamé tres veces a tu puerta y tú no me recibiste". La verdad es que en nuestra clínica Juan N corpas todos los días y noches nos visita Cristo disfrazado de moribundo, mujer embarazada, anciano abandonado, niño maltratado, etc. En esta institución estamos haciendo todo lo posible para quitarles el disfraz a los pacientes y descubrir a Cristo en cada uno. Esta fue la misión que Jesús le encomendó a la Madre Teresa. Con toda seguridad puedo argumentar que esta es la verdadera paz en el mundo.

#### Oración de la Madre Teresa a Jesús

"Querido Jesús, ayúdame a esparcir tu fragancia por donde quiera que vaya.

Inunda mi alma con tu espíritu y con tu vida.

Penetra y posee todo mi ser tan completamente que mi vida solo sea un resplandor de la tuya.

Brilla a través de mí y permanece tanto en mí de manera que todas las almas que entren en contacto conmigo puedan sentir tu presencia en la mía.

Que al mirarme no me vean a mí, sino solamente a Jesús.

Quédate conmigo, y así, comenzaré a brillar como tú brillas, a brillar tanto que pueda ser una luz para los demás.

La luz, oh Jesús vendrá de ti, nada de mí.

Que así te alabe de la manera que te es más agradable, brillando sobre aquellos que me rodean.

Que te predique sin predicar, no con palabras, sino con mi ejemplo, con la fuerza atrayente, con la influencia compasiva de lo que hago, con la evidente plenitud del amor que mi corazón siente por TI."

### REFERENCIAS

- (1) El secreto de la Madre Teresa: el llamado de Dios para dedicarse a los pobres. Disponible en: <http://edant.clarin.com/diario/2009/12/16/um/m-02101498.htm>
- (2) La madre Teresa de Calcuta vivió cincuenta años de oscuridad interior. Disponible en: <http://cadafrontera.blogspot.com.co/2016/12/la-madre-teresa-de-calcuta-vivio.html>

+++++



## NOTICOMUNITARIA

### TALLER SOBRE RIESGOS PSICOSOCIALES DE LOS ADOLESCENTES

Ángela María Hernández P.<sup>§§§</sup>

El día 25 de noviembre, docentes y estudiantes de la rotación de Pediatría Comunitaria, realizaron un taller dirigido a 140 profesores del colegio Alberto Lleras sobre los riesgos psicosociales de los adolescentes, con base en un diagnóstico realizado por el director del Departamento de Medicina Comunitaria, el doctor Juan Carlos González.



El taller se organizó en grupos pequeños con el fin de que cada grupo de profesores del colegio, coordinado por un docente de comunitaria, tuviera la oportunidad de analizar y discutir los resultados del diagnóstico de problemáticas psicosociales de los adolescentes de ambas jornadas (mañana y tarde) del colegio.

Los profesores tuvieron la oportunidad de expresar su sentir y realizaron propuestas a la rectora de la institución educativa con el fin de contribuir a la disminución de las problemáticas en mención.

Gracias a todos los docentes del Departamento que participaron en esta actividad (Martha Emilia Galarza, Jenny Salamanca, Karol Guzmán y Ángela María Hernández) y a los estudiantes de Pediatría Comunitaria por el apoyo y colaboración en pro del buen desarrollo del taller, pero en especial, gracias doctor Juan Carlos por seguirnos impulsando en todas las iniciativas de proyección social y por cada día sembrar en cada uno de nosotros la semilla del trabajo en equipo a favor de los grupos de comunidades que nos necesitan.

---

<sup>§§§</sup> MD, Magíster Educación. Especialista en Salud Familiar. Profesor Asociado FUJNC- [angela.hernandez@juanncorpas.edu.co](mailto:angela.hernandez@juanncorpas.edu.co)



## INVESTIGACIÓN EN COMUNITARIA

Juan Carlos González Q.\*\*\*\*



Este año de 2016, buena parte de las investigaciones en el campo social estuvieron dirigidas a la población de los colegios públicos que nos acompañan. Desde nuestra facultad y con nuestros estudiantes les damos las gracias y esperamos, de corazón, que los informes que les entregamos les sean de utilidad.

Con mucho orgullo resaltamos a nuestros estudiantes Katalina Castañeda y Juan Fernando Morantes, quienes fueron distinguidos por su presentación en el Cinvest 2016 por la forma como presentaron los resultados del trabajo "Percepción de estudiantes sobre la calidad docente en una facultad de Medicina, 2015" ¡Nos hicieron sentir orgullosos!



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



El Departamento de Medicina Comunitaria también participó en el Cinvest 2016 con los trabajos "Cambios en las prevalencias de los comportamientos, actitudes y prácticas en torno a la sexualidad en una intervención en adolescentes de 7º a 11º grado en colegios públicos de la localidad de Suba, 2011-2015" y "Relación entre la felicidad y la familia en Bogotá, Colombia 2013-2015".





**Carta Comunitaria**

ISSN 0123-1588

Departamento de Medicina Comunitaria  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas  
Dirección: Juan Carlos González Q.

Coeditores:

Jenny Pinzón

William Buitrago

Colaboradores:

Luisa Noguera

Gonzalo Bernal F.

María Lucía Iregui P.

Gabriel Sáenz

Guillermo Restrepo Ch.

Mario Villegas N.

José Gabriel Bustillo P.

Carlo Rizzi

Juan Carlos Velásquez

Jaime Ronderos O.

Docentes Departamento de Medicina Comunitaria