



CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina Comunitaria

Caso Clínico

Pedagogía

Salud Mental Comunitaria

Nuestro Invitado

Seguridad Social

Carta de lectores

La Lección de Medicina

sobre Medicamentos

Medicina Familiar

Revisión de artículo

GOBIERNO DE COLOMBIA



Investigación

El peregrino que toca

Medicinas Alternativas

Salud Pública

Noti Comunitaria

Bioética y Ecología



TABLA DE CONTENIDO

Editorial

Algunos no merecemos estar aquí.

Paula T. Martínez G., Giselle Pérez L.

Investigación

Satisfacción de pacientes que asisten a consulta médica ambulatoria en una EPS de régimen especial.

Juan Carlos González Q., Sergio Díaz, Stephanie Hernández, Steven Huérfano, Stefanía Ibarra, Alejandra Jiménez, Diana Lara, Isabel León, Estefany Lizcano.

Atención Primaria en Salud

“Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimientos a las Familias, 2015-2025”.

Juan Carlos González Q.

Seguridad social

De lo particular a lo general. Intento por no dejar de lado la crisis del Sistema de Salud.

Juan Carlos González Q.

Salud pública

“Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia 1983-2011”.

Juan Carlos González Q.

Caso clínico

Accidente asociado al buceo.

Mario Alberto Villegas N.

Sobre medicamentos

Eficacia de la vacuna VPH a finales de 2014.

Catorce días es la duración del tratamiento ideal para la erradicación de helicobacter pylori.

Juan Carlos González Q.

El peregrino que toca

¿Cómo convives en tu comunidad corpista?

Gabriel Sáenz

NotiComunitaria

Fundación Jorge Otero y María Liévano de Otero, poniéndole corazón a las niñas de Suba.

Karol Guzmán

Participación de Medicina Comunitaria en la Feria Expo Jóvenes 2015.

Ángela María Hernández

IX foro de Rectores(as) y Orientadores(as).

Ángela María Hernández



EDITORIAL

ALGUNOS NO MERECEMOS ESTAR AQUÍ

Paula T. Martínez G., Giselle Pérez L.†



<http://comunidad.educohort.com/comunicacion-profesores/Nov/2013/07/Crisis-reputacion-social-media.jpg>

Desde el primer día de universidad, el sueño de muchos estudiantes de Medicina es el de tener contacto con el paciente. ¡Ese es el paradigma con el que venimos!

En primer semestre nos motiva pensar en el día en que nos acerquemos a un paciente y lo ayudemos a salir del consultorio o el hospital en mejores condiciones. Para ello trabajamos a diario, asistiendo a clase, prestando atención al docente, investigando más acerca de los temas que tenemos programados o de los pacientes que tenemos a nuestro cargo en los centros de prácticas, pero infortunadamente, no todos actuamos de esta forma.

Es probable que al preguntar a un estudiante si considera que en su semestre hay compañeros que solo asisten a clase "para calentar el puesto", contestaría que sí. Ello, en cierta forma es lo esperado, pues percibimos que, a pesar de que la mayoría de nosotros ingresamos con mucha motivación, algunos descubren en el transcurso del proceso educativo, que esta no es su carrera o, bien porque estaban confundidos cuando ingresaron, o se desmotivaron en el proceso.

Nuestro ingreso a la clínica es muy esperado... ¡Al fin el contacto con los pacientes, nuestra razón de estudiar! Vienen las revistas, los turnos y, con ello, la responsabilidad que adquirimos en "revisar" y acompañar a nuestros pacientes. Ellos nos preguntan y nosotros tenemos el deber de buscar, consultar y tratar de responderles, a través del docente a cargo, a quien hemos de consultar esos sentires de nuestros pacientes. Y es ahí cuando, y con sorpresa, vemos a algunos compañeros que ya no tienen el mismo interés. No se comprometen con el paciente, no lo revisan, así como tampoco los temas y aun así siguen "avanzando" en la carrera. Y nos preguntamos, ¿por qué avanzan? ¿Acaso no se les debería llamar la atención para que definieran si esta es o no su profesión? Pero no sucede... ¡Siguen avanzando!

Todos estamos en esta universidad porque la consideramos muy buena. Nuestros maestros, motivan, exigen y predicán la ciencia de estudio en nosotros, sus estudiantes. Pero debemos reconocer que existen algunos compañeros que no "cuidan" a sus pacientes, que no aportan ni se involucran. Que son, por así decirlo, "arrastrados" por otros, aunque no se lo merezcan. Son los que no hacen el seguimiento de sus pacientes y que no aprendieron a comunicarse con ellos, que llegan a un turno y quedan "perdidos" en el caso que se está atendiendo, son aquellos de los que resulta evidente afirmar que se equivocaron de profesión, pero que, sin embargo, siguen acá. Son compañeros que, si se graduaran como médicos, no querríamos que atendieran a un familiar nuestro.

† Estudiantes de Medicina – FUJNC.



Lamentablemente ellos han descubierto que se puede pasar a los siguientes semestres con esa baja (o nula) exigencia.

Nosotros, los estudiantes, tenemos responsabilidades con nuestra carrera; la primera es ayudar al paciente que me ayuda a aprender y, la segunda, es con nuestros padres, quienes con ilusión y esfuerzo nos brindan esta oportunidad. Para cumplir dichas responsabilidades, la tarea solo es una, consagrarnos a estudiar y poner todo de nuestra parte. Por ello nos sorprende que algunos compañeros no la asuman. Algunos se quejan de que la universidad no ayuda... Bueno, si ello es así, debemos aprender a decirlo (para que cambie lo malo) y, si no creemos que hablar sirva, entonces podrían considerar cambiar de facultad; pero no debemos permitirnos el descuidar nuestros deberes fundamentales.

En nuestra formación médica (teórica, clínica y práctica) vemos compañeros que pasan al siguiente semestre sin esfuerzo, sin dedicación y, quizás, sin motivación. Van desde aquellos que no estudian para un parcial escrito hasta aquellos que nunca evolucionaron un paciente, no conocen el formato de una historia clínica o ni siquiera saben presentar un paciente en revista. Cabe aclarar que la calificación de un examen escrito no mide los conocimientos de una persona y tampoco una simulación mide la capacidad de atender al paciente. La realidad es que nuestro aprendizaje solo se refleja ante un paciente y nuestra carrera es de las pocas que nos permiten tener esa experiencia en pregrado. Por ello debemos aprovechar la oportunidad y dar lo mejor de nosotros ante nuestros pacientes.

Cuando esto no ocurra, cuando algunos de nosotros, quien sabe por qué motivos no nos comprometamos con los pacientes, entonces deberemos ser "llamados" para que se analice qué sucede. A lo mejor así cambiamos y saldremos listos para dar lo mejor. ¿Quién nos debe llamar? Sin duda la facultad y, en concreto, a través de los docentes que están a nuestro cargo. Lo que no debe suceder es que aquellos que no lo merecen sean promovidos sin que nada pase...

Comentario del editor:

¡Qué interesante apreciación la que nos hacen las futuras doctoras! Imagínense: que estudiantes que no lo merecen, son promovidos. Lo que ellas dicen, ¿será acaso una apreciación suya únicamente? O, ¿será que se trata de un problema que tenemos? Pero ellas basan su afirmación en las actitudes que han visto de algunos compañeros frente a los pacientes, las que por cierto, y de forma muy acertada, identifican como el objetivo esencial de su formación.

No me cabe duda de la gravedad de lo que las estudiantes nos describen, pues implica, de ser cierto, que los mecanismos de evaluación que tenemos fallan. ¿En qué grado? Bueno, deberemos medir la magnitud de la situación: los estudiantes que no se comprometen con los pacientes a través de su proceso de aprendizaje, no deben ser promovidos, ¡y los promovemos! Y, si bien, nosotros no nos damos cuenta, sus compañeros sí.

Hoy, estamos promoviendo la evaluación por competencias en las prácticas. En principio, situaciones como la descrita no deberían presentarse; al fin de cuentas el docente evalúa al estudiante con base en lo que le "ve" hacer y da fe de su preparación. Ello exige del docente conocer a sus estudiantes, valorar sus ejecuciones, retroalimentarlo. Sin embargo, creo que apenas estamos dando pasos en tal sentido. Estamos aprendiendo a hacerlo.

En lo personal, me precio de tener un buen nivel de contacto con los estudiantes bajo mi cargo. ¿Será que he "pasado" a estudiantes que no se lo merecían?



Investigación...

SATISFACCIÓN DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA EN UNA EPS DE RÉGIMEN ESPECIAL

Tutor de la investigación: Juan Carlos González[§]
Díaz Sergio, Hernández Stephanie, Huérfano Steven, Ibarra Stefanía, Jiménez Alejandra, Lara Diana, León Isabel, Lizcano Estefany**.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los aspectos más importantes que los pacientes tienen en cuenta al momento de evaluar la atención médica recibida en el primer nivel de atención en la consulta médica.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo transversal en un grupo de 729 personas entre la primera y octava década de la vida, las cuales habían sido atendidas en el mes de abril del año 2014 en su respectiva EPS perteneciente al régimen especial. Se les realizó una encuesta vía telefónica y se tomaron en cuenta las observaciones realizadas por dichos pacientes concernientes a la mejoría del sistema de salud en lo relacionado con la consulta médica.

Resultados: El 52 % de los pacientes encuestados corresponde al género femenino con predominio de edad entre los 20 a 44 años. La calificación promedio que dieron los pacientes a la atención recibida fue de 8, siendo 1 el valor de menor apreciación y 10 el de máxima satisfacción. Se identificó que los pacientes consideran importante que el médico realice un buen examen físico (OR 12,7), la relación médico paciente al preguntar por las relaciones familiares (OR 6,7) y la adecuada comunicación al explicar correctamente qué problema presenta (OR 6,1). Además se encontró relación entre la satisfacción del paciente y si se alivió o no (OR 6.1).

Conclusión: La parte humana y la técnica médica tienen una importancia similar a los ojos de los pacientes. Esta combinación forma parte de las premisas de la estrategia de la Atención Primaria en Salud.

Palabras clave: Salud, satisfacción del paciente, atención médica, atención primaria en salud.

ABSTRACT

Objective: To determine what are the most important aspects that patients keep in mind when they assess the medical care received in the primary level, especially in the medical consultation.

Methodology: A cross-sectional quantitative study was carried out on 729 patients who are between the first and eighth decade of their life and who had received health care in April 2014 at their respective EPS of a special regime. They were surveyed by telephone. Moreover, patients offered additional comments related to the improvement of the health system, particularly about the medical consultation.

Results: 52 % of patients corresponds to the female gender being predominant the ages between 20 and 44 years old. The average rating of the medical care was 8, being 1 the lower appreciation value and 10 the maximum satisfaction. It was identified that patients consider important aspects such as the doctor does a good physical exam (OR 12,7), physician-patient relations with regard to inquiry about family relationships (OR 6,7) and, an appropriate communication to correctly explain what problem they have (OR 6.1). Moreover, it was found patient's satisfaction is associated with the relief felt by the patient after the medical consultation.

Conclusion: Both the human side and the medical technique are important for the patients. These aspects are part of the premises of Primary Health Care strategy.

Keywords: Health, patient satisfaction, medical care, primary health care.

[§] MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

** Estudiantes VII semestre de Medicina. Fundación Universitaria Juan N. Corpas.







INTRODUCCIÓN

Actualmente la satisfacción de la población que asiste a consulta médica en general es muy baja, ya que, por aspectos de tipo financiero que manejan las EPS, ha disminuido la calidad y el tiempo en el servicio de una consulta médica (1); esto claramente influye en el agrado que sienten las personas al ser atendidas. Además, los pacientes esperan que dentro de la consulta médica se dé manejo tanto a sus necesidades como a sus expectativas según los estándares de calidad que cada persona esperaría encontrar dentro de una entidad que preste servicios de salud, rigiéndose por variables como el tiempo de espera, la amabilidad por parte del personal, incluyendo al médico, las instalaciones y los equipos disponibles para la atención en salud, entre otras (1).

Otro aspecto fundamental de una buena atención dentro del acto médico es establecer una adecuada relación médico paciente, ya que de esto depende, en gran parte, la satisfacción que la persona pueda tener durante su consulta (2). Dicha relación debe incluir una adecuada y respetuosa comunicación entre ambas partes, lo que implica que el médico muestre interés, un buen saludo, seguido de un interrogatorio, el examen físico correspondiente y, ciertamente, una actitud de escucha hacia la persona, mirándola siempre a los ojos y explicando cada cosa que no esté totalmente clara. El médico debe siempre ofrecer una actitud de apoyo al paciente, no hacer comentarios que puedan crear preocupación a la persona y realizar diagnósticos sustentados en bases científicas; por supuesto, el paciente también debe respetar al médico y su criterio, siguiendo sus recomendaciones y de igual forma ofrecer un trato amable (3).

Durante la consulta, o cualquier otra atención en salud, el médico podría enfocarse en uno de los siguientes tipos de relación médico paciente, con el fin de generar cambios positivos en el paciente:

-  *Modelo paternalista*, en donde el médico debe garantizar y asegurar que el paciente a su cargo recibirá procedimientos y medicamentos que realmente necesita para el mantenimiento y bienestar de su salud.
-  *Modelo informativo*, en el que, como indica su nombre, el médico debe siempre informar a su paciente la metodología a seguir para que este entienda qué patologías presenta, por qué y qué debe hacerse para mejorar su salud y, luego de ello, en conjunto, el médico y el paciente elegirán lo más conveniente para mantener la salud de la persona.
-  *Modelo interpretativo*, en el cual el médico explica a su paciente los pasos a seguir y este pueda entender y analizar cada uno de ellos para saber cómo proceder en el futuro.
-  *Modelo deliberativo*, en donde el médico ayudará al paciente a escoger entre los tratamientos y procedimientos, el más adecuado, explicando siempre riesgos y beneficios.

Lo ideal sería hacer el abordaje con estos cuatro enfoques, evaluando siempre lo que sea mejor para la persona en compañía del médico, evitando posibles efectos adversos posteriormente, o incomodidades por parte del paciente. Además, el médico muestra interés y compromiso con su paciente, contribuyendo a que este superare sus expectativas y, por lo tanto, su satisfacción durante la consulta médica será muy alta (4).

Partiendo de que varios ítems mencionados anteriormente no se cumplen a cabalidad, existen varios problemas en el sistema actual de salud, ya que, por tener un modelo de EPS en donde lo que prevalece es la baja eficacia de intervención en los niveles de atención (5-6), y el constante interés por atender mayor cantidad de pacientes para obtener más ingresos, las personas se convierten en usuarios de un inadecuado sistema de salud, donde solo se evalúan signos, síntomas y luego se da una medicación para continuar con el siguiente paciente en la lista. La falta de una actualización coherente del Plan Obligatorio de Salud de acuerdo a las necesidades de la población general, hace



que se presente mayor cantidad de tutelas para recibir medicamentos y procedimientos, nuevamente generando una insatisfacción por parte de los pacientes usuarios del servicio de salud (7).

Otro de los grandes problemas en el sistema de salud actual es que no se da continuidad a la atención en salud, ya que cada consulta médica se solicita con un médico diferente por falta de agenda u otros factores que influyen en esto. Lo anterior genera que el paciente no tenga un médico que conozca su historia clínica completa y que se den planes de manejo adecuados de acuerdo a sus antecedentes, haciendo que los pacientes se sientan insatisfechos por la atención o que comparen el ejercicio médico de un profesional y otro, haciendo que las personas no tengan buena adherencia al tratamiento o dejen de asistir a consultas médicas (7).

En Colombia, mediante la Resolución número 5510 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptó "el mecanismo de único recaudo y pago de aportes en salud al fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a los regímenes especial y de excepción, con ingresos adicionales y el pago de sus prestaciones económicas, considerando que de acuerdo a lo establecido en el artículo 279 de la ley 100 de 1993, pertenecen a los Regímenes especiales y de excepción en salud las fuerzas militares, la Policía Nacional, el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, Ecopetrol y las universidades públicas que se acogieron a la Ley 647 de 2011" (8).

De acuerdo con todo lo anterior, el objetivo de este proyecto de investigación es obtener información en cuanto a la satisfacción de los personas que consultaron en una institución prestadora de servicios de salud perteneciente a un régimen especial y, a partir de esto, determinar cuáles son las necesidades y expectativas de cada uno de los pacientes que ingresan a una consulta médica, exponiendo así qué es lo que los usuarios de este sistema de salud esperan tanto de los médicos como de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la atención que se les brinda durante todo su proceso allí.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Cuantitativo transversal.

Población: Se analizaron las bases de datos de encuestas telefónicas efectuadas por estudiantes del posgrado de Salud Familiar/APS, quienes contactaron a 729 pacientes, sin discriminación de género ni de rango de edad, atendidos de manera ambulatoria en abril de 2014 por regionales de la EPS del régimen especial a nivel nacional, ubicadas en los departamentos de Amazonas (Leticia), Antioquia (Medellín), Atlántico (Barranquilla y Soledad), Caldas (Manizales), Cali (Santiago de Cali), Cauca (Popayán), Cundinamarca (Bogotá), Guaviare (San José del Guaviare), Huila (Garzón, La Plata, Neiva y Pitalito), Meta (Villavicencio), Nariño (Pasto), Quindío (Armenia) y Risaralda (Pereira), en donde se tuviera acceso para recolectar la información.

Criterios de inclusión: Pacientes que hubieran asistido a consulta médica ambulatoria en las IPS seleccionadas y que tuvieran acceso a servicios de telefonía fija o móvil en el país.

Variables: Se preguntó por **condiciones sociodemográficas** como género, edad, nombre de la IPS, ciudad y rol que desempeña en la familia (madre, padre, hijo u otro, si la opción de respuesta era "otro" se escribía textualmente quién o a qué corresponde). Se indagaron variables de **acceso a la consulta médica** en donde se preguntó por el medio de acceso para la consulta (call center, presencial u otro); cómo percibe el tiempo transcurrido desde que pidió la cita hasta que asistió (muy largo, normal y rapidísimo) y, número de días que transcurrieron desde que solicitó la cita hasta que se la asignaron, lo cual se registró en cuatro rangos diferentes (de 0 a 3 días, de 4 a 6 días, de 7 a 10 días), de los cuales se obtuvo un promedio. También se preguntó si lo habían llamado para ser atendido (sí o no) y, en caso de ser afirmativo, aclarar cuál fue el motivo. Luego se evaluaron **variables de continuidad y atención familiar:** el médico ya lo ha atendido (sí o no), si la respuesta era afirmativa, cuántas veces en el último año; el médico sabe si se mejoró desde la última consulta



(sí o no); el médico atiende a otros miembros de su familia (sí o no), si la respuesta era afirmativa se especificaba a qué miembro de la familia. Se evaluaron **variables de la atención médica** propiamente, en donde se interrogó el motivo de consulta (pregunta abierta); qué le diagnosticó el médico (pregunta abierta); el médico le explicó lo que tenía (no le explicó, sí le explicó pero no entendió, sí le explicó y entendió muy bien); le solicitó laboratorios o exámenes (sí o no); se los tomó (no, sí pero no todos, sí y se los hizo todos); cuántos medicamentos le formularon; el médico le explicó bien la fórmula (no le explicó, le explicó pero no entendió bien, le explicó y entendió); se está tomando los medicamentos (sí o no); luego de la atención médica ha mejorado del motivo de consulta (no ha mejorado, ha mejorado parcialmente, sí ha mejorado completamente); fue remitido (sí o no), en caso de haber sido remitido se especificaba el servicio al que fue enviado. **Se indagó sobre variables de comunicación:** le pudo contar todo al médico (sí o no); lo examinó por completo (sí o no); el médico averiguó cómo son las relaciones con su familia (sí o no). Por último, se evaluó **la percepción de la consulta** preguntando cómo calificaría al médico de 0 a 10 (siendo 1 la más baja puntuación y 10 la mejor). Al finalizar la encuesta se les pidió a los participantes que dieran una opinión acerca de lo que se puede hacer para mejorar la atención (pregunta abierta).

Recolección de información: Se aplicó un cuestionario, elaborado en el año 2014, vía telefónica durante cuatro semanas a pacientes que habían asistido a consulta médica en los últimos dos meses en las IPS elegidas. Aproximadamente cada llamada duró seis minutos, en promedio, salvo cuando aportaban opiniones, con lo cual el tiempo se duplicaba.

Manejo estadístico: Se consolidó una base de datos mediante la tabulación de cada una de las preguntas con sus respectivas respuestas en el programa Excel. Luego se procesó la información con el programa Epi Info para determinar las frecuencias y las razones de riesgo (OR) entre pacientes que percibieron excelente o mala la atención médica. Adicionalmente se tomaron en cuenta las observaciones de los participantes del estudio y se agruparon por categorías en base de datos de Excel.

RESULTADOS

La mayoría de la población encuestada fue de género femenino (52 %) dentro de un rango de edad de 20 a 44 años (48 %), (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes encuestados que asistieron a consulta ambulatoria en regionales de un régimen especial en abril de 2014

VARIABLE	Nº	%
Género		
Hombres	349	48
Mujeres	380	52
Edad		
De 0 a 9 años	10	1
De 10 a 19 años	40	5
De 20 a 44 años	352	48
De 45 a 59 años	178	24
De 60 a 74 años	95	13
De 75 a más años	54	7
Miembros de la familia encuestados		
Madre	288	40
Padre	278	38
Hijo	122	17
Otro	41	6



EL 58 % de la población solicitó la cita a través del call center (58 %) y 378 (52 %) encuestados consideró "normal" el tiempo de espera desde la solicitud de la cita hasta que asistió (tabla 2).

Tabla 2. Características de acceso a la consulta de pacientes encuestados que asistieron a consulta ambulatoria en regionales de un régimen especial en abril de 2014

VARIABLE	N°	%
Medio por el cual solicitó la cita		
Call center	422	58
Presencialmente	199	27
Otro	106	15
El tiempo transcurrido desde que solicitó la cita hasta que asistió, le pareció:		
Muy largo	215	29
Normal	378	52
Rapidísimo	136	19
Número de días que transcurrieron desde que le asignaron la cita hasta que asistió a consulta:		
De 0 a 3	304	42
De 4 a 6	74	10
De 7 a 10	97	14
Más de 10	243	34
Promedio días para ser atendidos	14,9	

Tabla 3. Percepciones de la atención médica de pacientes encuestados que asistieron a consulta ambulatoria en regionales de un régimen especial en abril de 2014

VARIABLE	N°	%
Atención médico - paciente		
El médico ya lo ha atendido	326	45
Cuántas veces (promedio)	2,6	
El médico sabe si se mejoró	305	44
El médico atiende otro miembro de su familia	217	30
A quién:		
Esposo(a)/Compañero(a)	129	59
Esposo(a) e hijos	6	3
Padres	24	11
Hermano(a)	9	4
Hijo(a)	43	20
Madre e hijos	1	0
Nietos	1	0
Papá y hermano	1	0
Todos	21	10
El médico le explicó lo que tenía:		
No le explicó	43	6
Sí, pero no entendió muy bien	129	18
Sí y entendió muy bien	543	76
Pudo contarle todo lo que siente al médico		
Lo examinó completamente	595	82
Averiguó por su entorno familiar	180	25
Ha mejorado (del motivo de consulta):		
No ha mejorado	91	13
Alivio parcial	293	41
Alivio completo	328	46



Continuación tabla 3. Percepciones de la atención...

VARIABLE	N°	%
Ejercicio médico		
Solicitó laboratorios	276	38
Se los realizó:		
No	166	29
Sí, pero no todos	80	14
Sí y se los hizo todos	328	57
Número de medicamentos por fórmula (promedio)	2,40	
Número de medicamentos formulados:		
Ninguno	66	9
Uno	131	19
Dos	217	31
Tres	157	22
Cuatro	63	9
Cinco o más	64	9
Le explicó bien la fórmula prescrita:		
No le explicó	43	6
Le explicó pero no entendió bien	84	12
Le explicó y entendió	551	81
Se está tomando sus medicamentos	600	89
Remisiones:		
Remitido a otro médico	400	55
¿Cuál servicio?		
Dermatología	16	4
Neurología	18	5
Medicina Interna	19	5
Ginecoobstetricia	34	9
Nutrición	6	2
Oftalmología	19	5
Cirugía	9	2
Reumatología	7	2
Ortopedia	29	7
Urología	32	8
Gastroenterología	9	2
Otorrinolaringología	10	3
Optometría	17	4
Cardiología	11	3
Neumología	7	2
Porcentajes de remisiones estudiadas	243	61

Tabla 4. Calificaciones que otorgaron los pacientes encuestados a la atención médica recibida en consulta ambulatoria en regionales de un régimen especial en abril de 2014

CALIFICACIÓN	N°	%
Cero (0)	2	0
Uno (1)	1	0
Dos (2)	7	1
Tres (3)	11	2
Cuatro (4)	10	1
Cinco (5)	45	6
Seis (6)	49	7
Siete (7)	103	14
Ocho (8)	213	29
Ocho con cinco (8,5)	1	0,1
Nueve (9)	156	21
Nueve con cinco (9,5)	2	0,3
Diez (10)	129	18



De los pacientes que hicieron observaciones, un poco más del 27 % hizo referencia a mejorar la asignación de citas, especialmente la disponibilidad de las mismas. Igualmente los pacientes manifestaron que hay errores en la práctica médica y que hay falencias en la atención y comunicación médico-paciente. Por otra parte, 53 pacientes manifestaron que la atención era buena y no debería cambiar y 115 no dieron comentarios. Esto permite concluir que para los pacientes es importante el hecho de que haya más agilidad a la hora de obtener una cita, así como la calidad de la atención brindada por parte del personal.

Tabla 5. Clasificación de las observaciones sobre la consulta ambulatoria dadas por los pacientes encuestados en regionales de un régimen especial en abril de 2014

VARIABLE	Nº	%
Asignación de citas		
Mejorar disponibilidad	105	14,4
Dificultad con el call center	75	10,3
Impuntualidad en la atención	14	1,9
Implementar métodos diferentes	4	0,5
Fallas		
Falta de tiempo durante la consulta	31	4,3
Fallas en el sistema	7	1,0
Disponibilidad de personal		
Especialista y acceso a las citas	90	12,3
Médico	66	9,1
Administrativos		
Mejora en prescripción y entrega de medicamentos	14	1,9
Agilizar trámites y autorizaciones	12	1,6
Implementación		
Equipos	23	3,2
Instalaciones	17	2,3
Acceso a servicios adicionales	13	1,8
Atención en Medicina Familiar		
	2	0,3
Programas de P&D		
	1	0,1
Práctica médica		
Mejor calidad de atención	67	9,2
Mejor comunicación médico-paciente	18	2,5
Continuidad con el médico tratante	14	1,9
Otros		
Sin comentarios	115	15,8
Buena atención	53	7,3
Total observaciones:	741	

Estas fueron las principales observaciones que hicieron los pacientes, las de mayor frecuencia y, las que, según ellos, deben cumplirse para lograr la excelencia.

**Tabla 6.** Razones de riesgo de la percepción de la atención médica (excelente versus mala) comparadas con variables estudiadas en pacientes encuestados que asistieron a consulta ambulatoria en regionales de un régimen especial en abril, 2014

VARIABLE	Excelente Nº	%	Mala Nº	%	OR	LI	LS	Valor p																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Pudo contarle todo al médico																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sí	117	59	82	41	5,6	2,72	11,46	0,000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No	11	20	43	80					Examen completo									Sí	121	63	72	37	12,7	5,49	29,49	0,000	No	7	12	53	88	Grado de mejoría									Alivio completo	83	65	44	35	6,1	2,64	13,97	0,000	No ha mejorado	9	24	29	76	Médico explicó qué tiene									Sí y entendió muy bien	112	66	59	35	6,1	2,12	17,40	0,000	No le explicó	5	24	16	76	Médico le explicó la fórmula									Le explicó y entendió	89	52	82	48	2,5	0,97	6,34	0,052	No le explicó	7	30	16	70	Médico atiende otro familiar									Sí	37	48	40	52	0,8	0,49	1,44	0,537	No	92	52	84	48	Médico sabe si mejoró									Sí	81	71	33	29	4,5	2,58	7,71	0,000	No	44	35	80	65	Médico lo había atendido antes									Sí	88	59	62	41	2,2	1,34	3,73	0,002	No	40	39	63	61	Médico preguntó por relaciones familiares									Sí	53	82	12	18	6,7	3,33	13,28	0,000	No	75	40	113	60	Médico prescribió medicamentos									Sí	16	52	15	48	1,1	0,54	2,42	0,734	No	102	48	109	52	Médico solicitó exámenes de laboratorio									Sí	50	51	49	49	1,0	0,59	1,63	0,943	No	79	51	76	49	Lo han llamado para atenderlo									Sí	43	77	13	23	4,3	2,18	8,51	0,000	No	86	43	112	57	Tiempo transcurrido									Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023	Muy largo	30	35	56	65	Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No
Examen completo																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sí	121	63	72	37	12,7	5,49	29,49	0,000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No	7	12	53	88					Grado de mejoría									Alivio completo	83	65	44	35	6,1	2,64	13,97	0,000	No ha mejorado	9	24	29	76	Médico explicó qué tiene									Sí y entendió muy bien	112	66	59	35	6,1	2,12	17,40	0,000	No le explicó	5	24	16	76	Médico le explicó la fórmula									Le explicó y entendió	89	52	82	48	2,5	0,97	6,34	0,052	No le explicó	7	30	16	70	Médico atiende otro familiar									Sí	37	48	40	52	0,8	0,49	1,44	0,537	No	92	52	84	48	Médico sabe si mejoró									Sí	81	71	33	29	4,5	2,58	7,71	0,000	No	44	35	80	65	Médico lo había atendido antes									Sí	88	59	62	41	2,2	1,34	3,73	0,002	No	40	39	63	61	Médico preguntó por relaciones familiares									Sí	53	82	12	18	6,7	3,33	13,28	0,000	No	75	40	113	60	Médico prescribió medicamentos									Sí	16	52	15	48	1,1	0,54	2,42	0,734	No	102	48	109	52	Médico solicitó exámenes de laboratorio									Sí	50	51	49	49	1,0	0,59	1,63	0,943	No	79	51	76	49	Lo han llamado para atenderlo									Sí	43	77	13	23	4,3	2,18	8,51	0,000	No	86	43	112	57	Tiempo transcurrido									Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023	Muy largo	30	35	56	65	Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																			
Grado de mejoría																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Alivio completo	83	65	44	35	6,1	2,64	13,97	0,000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No ha mejorado	9	24	29	76					Médico explicó qué tiene									Sí y entendió muy bien	112	66	59	35	6,1	2,12	17,40	0,000	No le explicó	5	24	16	76	Médico le explicó la fórmula									Le explicó y entendió	89	52	82	48	2,5	0,97	6,34	0,052	No le explicó	7	30	16	70	Médico atiende otro familiar									Sí	37	48	40	52	0,8	0,49	1,44	0,537	No	92	52	84	48	Médico sabe si mejoró									Sí	81	71	33	29	4,5	2,58	7,71	0,000	No	44	35	80	65	Médico lo había atendido antes									Sí	88	59	62	41	2,2	1,34	3,73	0,002	No	40	39	63	61	Médico preguntó por relaciones familiares									Sí	53	82	12	18	6,7	3,33	13,28	0,000	No	75	40	113	60	Médico prescribió medicamentos									Sí	16	52	15	48	1,1	0,54	2,42	0,734	No	102	48	109	52	Médico solicitó exámenes de laboratorio									Sí	50	51	49	49	1,0	0,59	1,63	0,943	No	79	51	76	49	Lo han llamado para atenderlo									Sí	43	77	13	23	4,3	2,18	8,51	0,000	No	86	43	112	57	Tiempo transcurrido									Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023	Muy largo	30	35	56	65	Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																										
Médico explicó qué tiene																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sí y entendió muy bien	112	66	59	35	6,1	2,12	17,40	0,000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No le explicó	5	24	16	76					Médico le explicó la fórmula									Le explicó y entendió	89	52	82	48	2,5	0,97	6,34	0,052	No le explicó	7	30	16	70	Médico atiende otro familiar									Sí	37	48	40	52	0,8	0,49	1,44	0,537	No	92	52	84	48	Médico sabe si mejoró									Sí	81	71	33	29	4,5	2,58	7,71	0,000	No	44	35	80	65	Médico lo había atendido antes									Sí	88	59	62	41	2,2	1,34	3,73	0,002	No	40	39	63	61	Médico preguntó por relaciones familiares									Sí	53	82	12	18	6,7	3,33	13,28	0,000	No	75	40	113	60	Médico prescribió medicamentos									Sí	16	52	15	48	1,1	0,54	2,42	0,734	No	102	48	109	52	Médico solicitó exámenes de laboratorio									Sí	50	51	49	49	1,0	0,59	1,63	0,943	No	79	51	76	49	Lo han llamado para atenderlo									Sí	43	77	13	23	4,3	2,18	8,51	0,000	No	86	43	112	57	Tiempo transcurrido									Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023	Muy largo	30	35	56	65	Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																																																	
Médico le explicó la fórmula																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Le explicó y entendió	89	52	82	48	2,5	0,97	6,34	0,052																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No le explicó	7	30	16	70					Médico atiende otro familiar									Sí	37	48	40	52	0,8	0,49	1,44	0,537	No	92	52	84	48	Médico sabe si mejoró									Sí	81	71	33	29	4,5	2,58	7,71	0,000	No	44	35	80	65	Médico lo había atendido antes									Sí	88	59	62	41	2,2	1,34	3,73	0,002	No	40	39	63	61	Médico preguntó por relaciones familiares									Sí	53	82	12	18	6,7	3,33	13,28	0,000	No	75	40	113	60	Médico prescribió medicamentos									Sí	16	52	15	48	1,1	0,54	2,42	0,734	No	102	48	109	52	Médico solicitó exámenes de laboratorio									Sí	50	51	49	49	1,0	0,59	1,63	0,943	No	79	51	76	49	Lo han llamado para atenderlo									Sí	43	77	13	23	4,3	2,18	8,51	0,000	No	86	43	112	57	Tiempo transcurrido									Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023	Muy largo	30	35	56	65	Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																																																																								
Médico atiende otro familiar																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sí	37	48	40	52	0,8	0,49	1,44	0,537																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No	92	52	84	48					Médico sabe si mejoró									Sí	81	71	33	29	4,5	2,58	7,71	0,000	No	44	35	80	65	Médico lo había atendido antes									Sí	88	59	62	41	2,2	1,34	3,73	0,002	No	40	39	63	61	Médico preguntó por relaciones familiares									Sí	53	82	12	18	6,7	3,33	13,28	0,000	No	75	40	113	60	Médico prescribió medicamentos									Sí	16	52	15	48	1,1	0,54	2,42	0,734	No	102	48	109	52	Médico solicitó exámenes de laboratorio									Sí	50	51	49	49	1,0	0,59	1,63	0,943	No	79	51	76	49	Lo han llamado para atenderlo									Sí	43	77	13	23	4,3	2,18	8,51	0,000	No	86	43	112	57	Tiempo transcurrido									Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023	Muy largo	30	35	56	65	Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																																																																																															
Médico sabe si mejoró																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sí	81	71	33	29	4,5	2,58	7,71	0,000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No	44	35	80	65					Médico lo había atendido antes									Sí	88	59	62	41	2,2	1,34	3,73	0,002	No	40	39	63	61	Médico preguntó por relaciones familiares									Sí	53	82	12	18	6,7	3,33	13,28	0,000	No	75	40	113	60	Médico prescribió medicamentos									Sí	16	52	15	48	1,1	0,54	2,42	0,734	No	102	48	109	52	Médico solicitó exámenes de laboratorio									Sí	50	51	49	49	1,0	0,59	1,63	0,943	No	79	51	76	49	Lo han llamado para atenderlo									Sí	43	77	13	23	4,3	2,18	8,51	0,000	No	86	43	112	57	Tiempo transcurrido									Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023	Muy largo	30	35	56	65	Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																																																																																																																						
Médico lo había atendido antes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sí	88	59	62	41	2,2	1,34	3,73	0,002																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No	40	39	63	61					Médico preguntó por relaciones familiares									Sí	53	82	12	18	6,7	3,33	13,28	0,000	No	75	40	113	60	Médico prescribió medicamentos									Sí	16	52	15	48	1,1	0,54	2,42	0,734	No	102	48	109	52	Médico solicitó exámenes de laboratorio									Sí	50	51	49	49	1,0	0,59	1,63	0,943	No	79	51	76	49	Lo han llamado para atenderlo									Sí	43	77	13	23	4,3	2,18	8,51	0,000	No	86	43	112	57	Tiempo transcurrido									Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023	Muy largo	30	35	56	65	Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																																																																																																																																													
Médico preguntó por relaciones familiares																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sí	53	82	12	18	6,7	3,33	13,28	0,000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No	75	40	113	60					Médico prescribió medicamentos									Sí	16	52	15	48	1,1	0,54	2,42	0,734	No	102	48	109	52	Médico solicitó exámenes de laboratorio									Sí	50	51	49	49	1,0	0,59	1,63	0,943	No	79	51	76	49	Lo han llamado para atenderlo									Sí	43	77	13	23	4,3	2,18	8,51	0,000	No	86	43	112	57	Tiempo transcurrido									Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023	Muy largo	30	35	56	65	Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																																																																																																																																																																				
Médico prescribió medicamentos																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sí	16	52	15	48	1,1	0,54	2,42	0,734																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No	102	48	109	52					Médico solicitó exámenes de laboratorio									Sí	50	51	49	49	1,0	0,59	1,63	0,943	No	79	51	76	49	Lo han llamado para atenderlo									Sí	43	77	13	23	4,3	2,18	8,51	0,000	No	86	43	112	57	Tiempo transcurrido									Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023	Muy largo	30	35	56	65	Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																																																																																																																																																																																											
Médico solicitó exámenes de laboratorio																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sí	50	51	49	49	1,0	0,59	1,63	0,943																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No	79	51	76	49					Lo han llamado para atenderlo									Sí	43	77	13	23	4,3	2,18	8,51	0,000	No	86	43	112	57	Tiempo transcurrido									Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023	Muy largo	30	35	56	65	Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																																																																																																																																																																																																																		
Lo han llamado para atenderlo																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sí	43	77	13	23	4,3	2,18	8,51	0,000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No	86	43	112	57					Tiempo transcurrido									Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023	Muy largo	30	35	56	65	Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																																																																																																																																																																																																																																									
Tiempo transcurrido																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Rapidísimo	26	55	21	45	2,3	1,11	4,77	0,023																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Muy largo	30	35	56	65					Sexo									Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006	Mujer	43	41	63	59	Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																																																																																																																																																																																																																																																																
Sexo																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Hombre	86	58	62	42	2,0	1,22	3,37	0,006																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Mujer	43	41	63	59					Médico remitió									Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005	No remitió	60	62	37	38	Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Médico remitió																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sí remitió	68	44	88	56	0,5	0,28	0,79	0,005																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No remitió	60	62	37	38					Se hizo los laboratorios									Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050	No	21	35	39	65																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Se hizo los laboratorios																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sí	61	50	60	50	1,9	0,99	3,57	0,050																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No	21	35	39	65																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

Las razones de riesgo pusieron en evidencia que lo mejor calificado en torno a la satisfacción de los pacientes en la atención médica fue ser examinado, que el médico indague por la familia, obtener mejoría luego de la atención y que el médico explique al paciente lo que padece. Se observó también



que ser remitido por el médico y que el médico atienda a otro familiar no es relevante para lograr la satisfacción de los pacientes.

DISCUSIÓN

En una investigación como la presente se presenta el sesgo de información (respuestas verídicas), lo que se enfrentó a través de la insistencia en la voluntariedad. Dados los aportes que hicieron la mayoría de las personas se cree que se logró involucrar a los encuestados.

Partiendo de la premisa de cuál es la percepción que tienen los pacientes sobre la satisfacción durante la consulta médica ambulatoria, es indudable que hay múltiples aspectos que influyen en la satisfacción del paciente (9 y 10) y que, al contrario del pensamiento médico, no tiene mucho que ver con la tecnología de punta del lugar de atención, ni la diversidad de servicios ofrecidos, sino más bien, está relacionada con la calidad humana con la que el médico se dirige hacia ellos (11) que genera un tipo de alianza terapéutica, lo cual en algunas ocasiones ha incluso llegado a ser más efectiva que cualquier otro tipo de terapia específica (13). Es así como surgen múltiples aspectos que influyen en lo previamente descrito y que implican lo que se explica a continuación.

Inicialmente el saber y entender más acerca de su enfermedad es algo que hace al paciente sentirse participe en su proceso de curación (12), lo cual, y sin lugar a dudas, tiene un sustancial efecto positivo en el tratamiento y su eventual mejoría (13), siendo esto constatado en esta investigación con un OR de 6,1 en la variable referida a que el médico explicó al paciente qué padecía. El que el médico conozca con anterioridad la historia del paciente (12) y sus características psicosociales (como sus relaciones familiares) es un aspecto al que, por un lado el atendido le da mucha importancia y, por otro, genera más confianza hacia el galeno (13), permitiendo así un mejor cuidado de la enfermedad (12 y 13), hecho evidenciable en los resultados obtenidos en este estudio con un OR de 2,2 en la variable "el médico lo había atendido antes", y de 6,7 en la de "si indagó respecto a sus relaciones familiares".

El que el paciente identifique al médico como alguien constante en el cuidado de su salud, y más importante aún, según lo expresan Vitt y Scott (14), como alguien que permite expresar opiniones, dudas o temores de manera prudente y respetuosa (15), fueron aspectos que se abarcaron en este estudio bajo la variable "pudo contarle todo al médico", la cual obtuvo un OR de 5,6 (IC 95 %; 2,72-11,46) en pro de la satisfacción del acto médico, lo cual, dado el caso de cumplirse, hace que el paciente desee consultar al mismo médico en un futuro (13 y 15).

Sin embargo, la satisfacción del paciente, va más allá de lo previamente descrito, la cual desde el punto de vista de Wolff (16 y 17), es en sí un complejo de tres cosas; lo afectivo, que incluye el interés del médico; el comportamiento del galeno y, lo cognitivo, haciendo referencia esto último, a conocimientos y destrezas. Lo anterior coincide con el resultado que se obtuvo en este trabajo al abordar la parte cognitiva (variable "el médico lo examinó por completo" con OR de 12,7; IC 95 %, 5,5-29,5), y que, desde el punto de vista de Feletti (16 y 18), es un complemento técnico importante para que el paciente se sienta complacido con la consulta médica, lo cual a su vez, según Mira (16), le permite al paciente evaluar, en cierta forma, la competencia del médico tratante y, que de no percibir bien esta parte cognitiva, se generará una disminución de la satisfacción del paciente y, en consecuencia, de su confianza.

Por otra parte, teniendo en cuenta el artículo realizado por Comes (20), la parte administrativa es una de las barreras que se enfrenta al acceder a un servicio de salud. Es interesante que el 58 % de la población en este estudio accede a la consulta mediante el servicio de call center; sin embargo, el



10,8 % de la población total no está conforme con la asignación de citas por este medio, manifestando el 14,4 % que se debe mejorar la disponibilidad de las mismas. Respecto al tiempo transcurrido, se logró identificar que más de la mitad de la población considera como "normal" el tiempo transcurrido desde que solicitó la cita hasta que se la asignaron, con un predominio de los cero a los tres días, lo cual es coincidente con lo estipulado por el Ministerio de Salud de Colombia y por el Decreto 019 de 2012 (21), que establecen que el plazo máximo para citas con no especialistas no puede superar los tres días.

En países como la India los pacientes afirman sentirse más satisfechos cuando es un médico familiar el que está con ellos en el transcurso de su tratamiento (22) debido a que el médico es integral y está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular (23); este estudio difiere en este aspecto pues no se encontró diferencia significativa al comparar el grado de satisfacción con la variable "el médico tratante atiende a otro familiar" (OR de 0,8; IC95 % 0,49-1,44). Por el contrario, esta investigación mostró la importancia de la continuidad en la atención ("el médico sabe si mejoró", OR 4,5; IC95 %, 2,6-7,7), siendo este aspecto una manera de evitar las remisiones y las interconsultas innecesarias (24).

En muchos lugares la prescripción y el acceso a los medicamentos constituye una de las características de mayor peso a la hora de medir la calidad, organización y funcionamiento del servicio de atención en salud (25, 26); este estudio, sin embargo, muestra que en la población estudiada no existe relación entre la satisfacción del paciente y el hecho de que el médico formule medicamentos. Asimismo, se observó que la gran mayoría de las personas que fueron formuladas (89 %) se rigen a los tratamientos prescritos, lo cual podría tener relación con lo que afirma Baos (27) en su estudio donde la mayoría de los pacientes que fueron informados suficientemente y discutieron con su médico sobre el uso de medicamentos, se adhieren y aceptan mejor los tratamientos farmacológicos (en el presente estudio el 81 %, afirma que le explicaron y entendieron la fórmula prescrita). Solo es importante destacar que, según estudios realizados, es necesario estar pendientes a la hora de prescribir los medicamentos para no caer en uno de los errores más comunes asociado a la prescripción, a saber, la incorrecta redacción de los mismos (28).

Se puede concluir entonces que la satisfacción del paciente está influida por el comportamiento del galeno y su conocimiento, siendo parte de esto, aspectos particulares como el ser examinado, que se indague por la familia del atendido, que se pregunte respecto al grado de mejoría luego de la atención y que se den explicaciones para cada duda que tenga el paciente. Así, es congruente afirmar que para generar cambios positivos en nuestro sistema de salud, acciones sencillas como las previamente descritas, son importantes para mejorar el grado de satisfacción que tiene el paciente con el primer nivel de intervención en salud en nuestro país, particularmente la consulta médica.

AGRADECIMIENTOS

Reconocimiento especial a los estudiantes del posgrado de Salud Familiar/APS de la FUJNC pertenecientes a la Policía Nacional por la realización de cada una de las encuestas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Chang M, Alemán MC, Cañizares M, Ibarra A. Satisfacción de los pacientes en la atención médica. Rev cubana med gen integr. 1999; 15(5):541-7.
- (2) Rodríguez H. La relación médico paciente. Rev cubana Salud Pública 2006; 32(4).
- (3) Sánchez J. La relación médico paciente, algunos factores que la afectan. Rev CONAMED. 2007; 12(1).
- (4) Emmanuel E, Emmanuel L. Los cuatro modelos de la relación médico-paciente. Couceiro A, editora. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999: 109-126.



- (5) Herrera N, Gutiérrez M, Ballesteros M, Izzedin R, Gómez A. Sánchez L. Representaciones sociales de la relación médico-paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. [Internet]. Revista salud pública. 2010 [consultado 2014 mayo 1] Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a01>.
- (6) Cuevas M, Martínez I, Márquez J, Sumano M, Palomares G, Garduño Juan. Relación entre el médico y el paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención. 1991. [Consultado 2015 mayo 8]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633604>
- (7) Pantoja S. La crisis en el sistema de salud colombiano: problemas y desafíos del nuevo Gobierno Distrital en materia de salud de la población bogotana. [Internet]. Revista Económica Supuestos. 2011 Bogotá-Colombia. Disponible en: <http://revistasupuestos.uniandes.edu.co/?p=3188>.
- (8) Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5510 de 2013. [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%205510%20de%202013.PDF> [Consultado 2015 mayo 22].
- (9) Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica 2000; 114 (Supl 3):26-33.
- (10) Bowers MR, Swan JE, Kohler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? Health Care Manage Review. 1994; 4:49-55.
- (11) Reeves I, Binder J, Gnida J. More is not necessarily better. Mark Health Serv. 2008 Winter; 28(4):24-9.
- (12) Ardey R. Ardey R. Patient Perceptions and Expectations from Primary Health-care Providers in India. J Family Med Prim Care. 2015 Jan-Mar; 4(1): 53-63. [Consultado 2015 mayo 12]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4367007/>.
- (13) Mikesell L. Medical relationship: caring conversation. Medical education. 2013; 47:443-452. [Consultado 2015 mayo 12] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/medu.12104/epdf>.
- (14) Vitt S, Scott A. Agency in Health care. Examining patient's preferences for attributes of the doctor-patient relationship. J Health Econ. 1998; 17: 587-605.
- (15) DiMatteo MR, Prince LM, Teranta A. Patient's perceptions on physician behavior: determinants of patient commitment to the therapeutic relationship. J community health. 1979; 4: 280-90.
- (16) Mira J. Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica 2000; 114 (Supl 3):26-33.
- (17) Wolf M, Putnam, James, Stiles. The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a scale measure patient perceptions of physician behaviour. J Behav Med. 1978; 1:391-401.
- (18) Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. J Behav Med. 1986; 9:389-399.
- (19) Litchfield I, Bentham L, Lilford R, McManus R, Greenfield S. Patients perspectives on test results communications in primary care. British Journal of medical practice. 2015; 133-140.
- (20) Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios [consultado 2015 mayo 9]. Anu. investig. 2007; Vol.14. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019.
- (21) Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Decreto 19 de 2012 Nivel Nacional. Diario Oficial 48308 del 10 de enero de 2012 [consultado 2015 mayo 17]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45322>.
- (22) Ardey R, Rajeev R. Patient Perceptions and Expectations from Primary Health-care Providers in India [consultado 2015 mayo 9]. 2015; 4(1):53-63. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4367007/>.
- (23) Bustamante M. La Medicina Familiar en el Perú: evolución y desafíos. Revista Peru Med Exp Salud Pública. 2008; 25(3):309-15 [consultado 2015 mayo 9]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n3/a10v25n3.pdf>.
- (24) Gérvasa J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia.1995; 16(8). [consultado 2015 mayo 16]. Disponible en: http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/AtPrim_95.pdf.
- (25) Gasman N. Drifting through time: Pharmaceutical policies in Mexico. Dev Dialogue. 1995; 1:223-256.
- (26) Andrew M, Joldal B, Tomson G. Norway's national drug policy. Its evolution and lessons for the future. Dev Dialogue. 1995; 1:27-53.
- (27) Baos V. La calidad en la prescripción de medicamentos. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 1999; 23(2):45-54 [consultado 2015 mayo 16]. Disponible en: <http://msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/prescripcion.pdf>.
- (28) Lavalle A, Payro TJ, Martínez KA. El error médico en la prescripción de medicamentos y el impacto de una intervención educativa. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2007; 64(2) [consultado 2015 mayo 16]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462007000200003&script=sci_arttext.



Atención Primaria en Salud...

“POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE APOYO Y FORTALECIMIENTO A LAS FAMILIAS, 2015-2025”

Resumen efectuado por Juan Carlos González^{††}

En días pasados tuvimos el privilegio de recibir por parte del Ministerio este documento para su análisis. A continuación, y dándole todo el crédito al Ministerio, hemos creído útil ofrecer el siguiente resumen, recomendando como siempre la lectura original.



Ministerio de Salud y Protección Social
Ministerio de Justicia y del Derecho
Ministerio de Educación Nacional
Ministerio de Trabajo
Ministerio de las Tecnologías de la Información y la Comunicación
Ministerio de Cultura
Departamento Nacional de Planeación –DNP-
Departamento para la Prosperidad Social - DPS
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF

En la presentación del documento, al inicio, el Ministro Gaviria expone la premisa fundamental de esta política, como es la de impulsar un nuevo sistema de bienestar social que proporcione mejores oportunidades de vida para las familias colombianas.

El documento está dividido en:

- I. Introducción.
- II. Justificación.
- III. Antecedentes.
- IV. Marco jurídico.
- V. Marco conceptual.
- VI. Familia, situaciones y contextos.
- VII. Familia e integrantes.
- VIII. Principios y postulados centrales de la política.
- IX. Problemas que afectan las relaciones familiares.
- X. Objetivos.
- XI. Ejes de la política y líneas de acción.

^{†† ††} MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



I. INTRODUCCIÓN



<http://topquedemjer.com/wp-content/uploads/2011/06/91295620.jpg>

Pone de manifiesto la participación de distintas instancias y la intención de contribuir, a través del apoyo a la familia, a la construcción de una sociedad más incluyente, igualitaria, próspera, democrática y pacífica mediante el enfoque de derechos y con libertad e inclusión social. Reconoce que la familia es un entorno en donde se vive la realidad del país.

Políticas públicas

Interpretando la *política pública* como la forma en que el Estado responde a una necesidad de la sociedad, se plantea que los ejes en torno a los cuales se propone apoyar a la familia son:

- Seguridad ciudadana y participación.
- Convivencia.
- Desarrollo normativo.

Asimismo, se reconoce la complejidad (aludiendo a los muchos aspectos a tener en cuenta), que implica abordar a la familia estableciendo la necesidad de revertir la inequidad en la que viven muchas de ellas en nuestro territorio.

¿Que persiguen esas políticas?

Promover:

1. Aplicar y consolidar los derechos que garanticen cubrir las necesidades de las familias.
2. Promover planes de acción que enfrenten los problemas y ofrezcan soluciones.
3. Fortalecer respuestas a las familias víctimas del conflicto armado.
4. Vigilar que se cumpla la política.

II. JUSTIFICACIÓN

Dinámica social

Reconoce que la sociedad está cambiando y que esto influye mucho en las relaciones familiares. Mujeres cada vez más aportantes laboralmente, hijos con más tiempo libre, mayor número de adultos mayores, situaciones todas que hacen necesario fortalecer a la familia con la capacidad de responder. ¿Cómo afecta esto (y muchos cambios más) el funcionamiento de la familia? Bueno, eso es lo que busca justamente esta política, contribuir a apoyar la capacidad de la familia (y sus miembros) ante todos esos cambios en la dinámica social. De hecho, esa es la finalidad de la ley 1361 del 2009 (1).

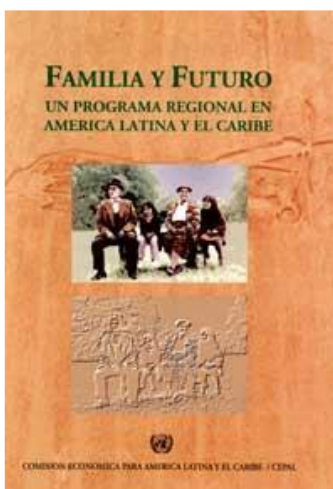


<http://www.ein-voices.com/images/msu/msu456/art-2.jpg>

Lo que se espera de la política

Fortalecer la unidad familiar ampliando los conceptos en torno a ella, hacerla más partícipe del Estado y darle más autonomía, dignidad y mejores condiciones de convivencia y estimularla en todo el territorio nacional.

III. ANTECEDENTES



<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/12553/37.jpg>

Se hace un reconocimiento a la familia desde el punto de vista jurídico internacional, quedando entonces como un deber del país y del Gobierno hacer una legislación que proteja y promueva a la familia. En tal sentido se reconoce la premisa desde los derechos humanos que dice: **“La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”**.

Sin embargo...

Se reconoce que en Latinoamérica, y claro en Colombia, la familia está sujeta a una serie de tensiones producto de la situación socioeconómica. De ahí que la CEPAL propone:

1. Tener un diagnóstico dinámico de la situación de la familia en la región.
2. Transversalizar a la familia en todos los programas que se sea posible del Estado.



IV. MARCO JURÍDICO

LEY	PROPÓSITO
Ley 70 de 1931	El patrimonio familiar es inembargable.
Ley 75 1968	Crea el ICBF.
Ley 21 de 1982	Subsidio familiar.
Ley 54 de 1990	Uniones maritales y régimen patrimonial.
Ley 82 de 1994	Reconoce a mujer cabeza de familia.
Ley 294 de 1996	Enfrenta la violencia intrafamiliar.
Política Nacional de construcción de Paz de 1999	Promueva la convivencia.
Ley 575 del 2000	Crea comisarías de familia.
Red de Solidaridad Social	
Red JUNTOS	Enfocada a familias vulnerables.
Red UNIDOS	
Ley 789 del 2002	Sistema de protección social.
Ley 1098 del 2006	Código de Infancia y Adolescencia.
Ley 1251 del 2008	Protección del adulto mayor.
Ley 1361 de 2009	Creación de políticas públicas pro familia.
Ley estatutaria 1622 del 2013	Ciudadanía juvenil.
Ley estatutaria 1618 del 2013	Protección a discapacitados.
Sentencia T-523 de 1992	Reconoce relaciones naturales.
Sentencia C-289 de 2000	Solidaridad por encima incluso de consanguinidad.
Sentencia T-2003	
Sentencias T-510 de 2003, y las C-029, T-388 y T-572 de 2009	Reconoce el pluralismo de y en la familia.
Sentencia C-577 de 2011	Protección a parejas homosexuales.
Sentencia T-012 de 2012,	Protege vínculos sanguíneos.

La tabla muestra, al menos una parte de la protección jurídica que Colombia le ha impartido a la familia, partiendo de su reconocimiento como el núcleo fundamental de nuestra sociedad. Por supuesto que reconociendo los cambios y dinámicas, la jurisprudencia se va incrementando, buscando siempre proteger a la familia y a sus miembros.

Principios rectores del derecho de familia



<http://www.fder.unr.edu.ar/upload/img/familia.jpg>

- La igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres.
- Los derechos de los niños, niñas y adolescentes.



- El principio de corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado como agentes garantes de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, y en la protección y asistencia de las personas de la tercera edad.
- La prevalencia de los derechos de las niñas, niños y adolescentes sobre los derechos de los demás.
- La responsabilidad del Estado, la sociedad y la familia en la educación de la población colombiana.
- La inviolabilidad de la honra, la dignidad y la intimidad de la familia.
- La obligación del Estado de sancionar la violencia intrafamiliar.

V. MARCO CONCEPTUAL

El documento en esta sección procura exponer los componentes teóricos fundamentales a tener en cuenta en torno a la familia. Para ello usa diferentes enfoques.



Enfoque de derecho

Se parte del reconocimiento de los derechos humanos y de ahí se deberá derivar toda jurisprudencia (nacional), todo reconocimiento, tanto al individuo como a la familia. Pero, además y según el texto, siempre se han de tener en cuenta las siguientes claves jurídicas:

1. Se reconoce los principios del pluralismo y la diversidad étnica y cultural. Y el **Estado está obligado a proteger todas las formas de familia presentes en el país.**
2. Se reconocen los **derechos de la familia.**
3. La familia **es agente corresponsable de la garantía de los derechos de sus integrantes.**
4. Los **niños, niñas y adolescentes, tienen derecho a tener una familia y a no ser separados de ella.**
5. Se concibe la unidad persona y familia y sus derechos son inalienables.
6. **En la sociedad actual la familia es un agente político con capacidad de agencia** y ello se debe reflejar en las disposiciones del Estado.



En esencia

Lo jurídico debe reconocer y proteger a la familia como garantía de los derechos de los individuos y concibe a la familia como el elemento social que protege a sus miembros de forma individual, a través de la cotidianidad, siendo esa cotidianidad el lugar donde las personas llevan a cabo su desarrollo integral.

La pluralidad como una esencia

Reconociendo que el origen habitual de la familia se hace por vínculos consanguíneos, se establece que la solidaridad, la fraternidad, el apoyo, el cariño y el amor establecen la cohesión de la familia y donde existen esas relaciones, existe familia, concibiendo de forma amplia y plural su conformación (**la familia es una unidad social compleja, diversa y plural**).

Familia como agente político

Se concibe a la familia como una fuerza que debe permitir:

- El desarrollo integral de sus miembros y ser mediadora de la búsqueda de soluciones ante el Estado de las necesidades de sus miembros.
- Ha de promover la convivencia de sus miembros y ser plataforma de la búsqueda y apropiación de la libertad a través de oportunidades que originándose en su interior han de ampliarse a los ambientes sociales.

Lo que surge relacionamente en la familia

Cita el documento que en la familia se desarrollan tres relaciones fundamentales para los seres humanos:

- Las relaciones sexuales amorosas.
- Las relaciones padre hijo.
- La amistad.

Establece lo que es una buena relación y, cito: "Es una [relación] de iguales en la que cada parte tiene los mismos derechos y obligaciones, en la que cada persona tiene respeto y quiere lo mejor para el otro".

Sin duda

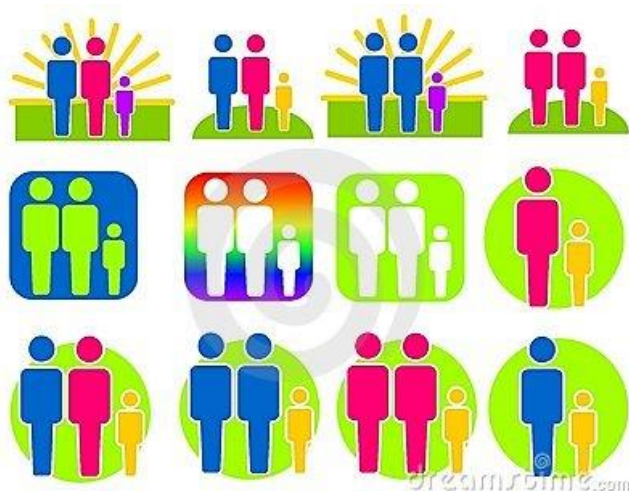
De esas relaciones, que surgen internamente en la familia, surgirán los proyectos individuales de sus miembros, los que tendrán oportunidad de acuerdo a la distribución de los recursos que la familia le otorgue.

En cuanto su concepción de familia

El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas promueve que cada país bajo una visión amplia, la defina, pues hecho esto, será el objeto de la protección.

Clasificaciones

Ciertamente son muchas y diversas y todas son escogidas con buenos criterios:



http://3.bp.blogspot.com/_JLXNp1pl0/T2tjr9ITC-I/AAAAAAAAACY/uPTHPIAPTS/s1600/capitulo3.jpg

- La OMS usa el ciclo vital como criterio (gestación, niñez, adolescencia, adulto joven y adulto mayor).
- La CEPAL usa las responsabilidades de cada ciclo como criterio (2).
- La psiquiatría clasifica a la familia como un "sistema vivo de tipo abierto".

Por supuesto que se debe tener en cuenta que no existe la clasificación perfecta pues siempre habrá múltiples formas de enfocar a la familia de acuerdo al contexto que se revise.

Familia y punto de encuentro

Sin duda el interior de la familia reúne las tensiones que se desencadenan del encuentro de las pretensiones de las parejas, de las niñas, niños, adolescentes, hermanos, hermanas, padres y madres, abuelos y abuelas o quienes formen parte del grupo, no siendo por cierto, siempre estimulante, debiendo ser necesaria muchas veces, la acción del Estado para proteger a sus miembros (por ejemplo, ante la violencia intrafamiliar). De hecho, la política de familia, pretende promover la forma armónica de las relaciones familiares y convertirse en una política de prevención e intervención contra la violencia intrafamiliar.

Familia y cotidianidad

La familia es el primer escenario de la vida cotidiana, dando paso luego al colegio, el trabajo y la comunidad. Por cierto, y en un mismo momento, todos estos espacios se combinan de acuerdo a los miembros. La crianza de los hijos ha cambiado en torno a que la mujer entró con fuerza en el mercado laboral. El uso del tiempo libre por parte de los hijos, asimismo, se ha modificado (menos supervisión). Las responsabilidades familiares se han redistribuido, disminuyendo cada vez esa figura del padre proveedor y muchas veces, por la misma razón, autoritario. Sin duda ello ha traído paradojas: más recursos, pero menos convivencia. ¿Qué impacto tiene eso en la vida? ¡Vaya uno a saber!



Las paradojas de la familia



Si bien se reconoce a la familia como una institución protectora de las personas, es evidente que puede ser un factor de riesgo y ello es más probable en la medida que la familia es más pobre y posee menos recursos. Si bien debería ser el lugar por excelencia para la expresión de los derechos, puede ser el sitio (incorporando familia por domicilio) donde se “oprime” al ser humano (violencia intrafamiliar).

La sociedad actual le da más valor a la producción económica que al tiempo para compartir con la familia. Si bien existe un imaginario en torno a lo que es la familia, la realidad muestra que hoy (por la pluralidad), como nunca, es de lo más diverso.

Enfoque de la política

Busca el reconocimiento del individuo y de la familia como una unidad que hace parte de la sociedad y de la comunidad.

Enfoque diferencial

Pretende hacer visibles las formas de discriminación, para restituir los derechos. Aquí se reconocen familias en situaciones particulares, por ejemplo, con miembros discapacitados o con adultos mayores, o conformados por miembros de comunidades LGTBI. La protección a la familia de las etnias del país, es considerada de forma muy particular.

Enfoque de ciclo vital

Este enfoque pretende resaltar el momento en la vida de los miembros de la familia y explica **el transcurso de la vida** como un continuo que involucra todos los momentos de la vida de los seres vivos.

Enfoque intergeneracional

Este enfoque se hace bajo la visión del desarrollo sostenible y busca racionalizar el uso de los recursos para las generaciones venideras.

Enfoque de familia

Basado en la red vincular y social y tendiente a mantener la cohesión entre sus miembros.

Enfoque apreciativo

Dice el texto: “Es un enfoque y a la vez un método de trabajo, que se centra en los elementos de alta eficacia, las aptitudes y recursos, la motivación y los factores impulsores, así como en las alternativas de acción positivas destinadas a la mejora de una situación determinada”.

Enfoque territorial

Dice textualmente: “es un proceso integral que articula diferentes políticas públicas –socioculturales, económicas, ambientales, políticas e institucionales– para alcanzar territorios sostenibles, competitivos, equitativos y gobernables. En tal sentido, el patrón de desarrollo se expresa en las formas como se utilizan los factores del territorio para producir, crecer y crear oportunidades de bienestar poblacional. En otras palabras, este enfoque refleja la manera como los agentes económicos, sociales y gubernamentales logran moldear los elementos geográficos y naturales, agregándoles valor y transformándolos en bienes y servicios públicos y privados”.



VI. FAMILIAS, SITUACIONES Y CONTEXTOS



<http://www.coffeeshrub.com/shrub/sites/default/files/imagecache/Full/La%20familia%20Gutierrez.jpg>

Dedicado a exponer los cambios que han sucedido en la familia colombiana. Expone:

Composición

Teniendo en cuenta que el promedio de personas por hogar en Colombia es de 3.5:

- En las regiones Valle del Cauca, Orinoquía - Amazonía, Oriental, Central, Atlántica, Bogotá, Antioquia y San Andrés se mantiene el promedio nacional de 1,0 hogar por vivienda.
- En la región Pacífica se registró un promedio de 1,1 hogares (familias) por vivienda.
- La región con menor promedio de personas por hogar es San Andrés con 3,0 personas.
- Las regiones Atlántica y Pacífica presentaron los promedios más altos con 4,0 y 3,6 personas por hogar, respectivamente.

Por edades

- El 27,3 % de la población total es menor de 15 años.
- La población de 15 a 59 años representa el 62 %.
- La población de 60 y más años representa el 10,5 % del total.

Por etnias

En Colombia



<http://familiasenruta.com/wp-content/uploads/2012/02/familia-indigena.png>

- Coexisten 102 pueblos indígenas (algunos con territorios reconocidos en 710 resguardos): 4 %.
- Comunidades negras (con 169 consejos comunitarios): 10 %.
- Grupos de afrocolombianos y afrodescendientes, habitantes de zonas rurales y urbanas; palenqueros (oriundos de San Basilio de Palenque): menos del 1 %.
- Raizales (del departamento insular de San Andrés, Providencia y Santa Catalina) y el pueblo Rrom-gitano que cuenta con diez Kumpanyas reconocidas: menos del 1 %.



Dónde están

Los pueblos indígenas se encuentran ubicados en gran parte del territorio colombiano, especialmente en Vaupés (75 %), Amazonas (72 %), Guainía (57 %), la Guajira (31 %), Cauca (29 %), Putumayo (19 %), Córdoba (17 %), Vichada (17 %), Nariño (14 %) y Sucre (11 %).

Los grupos afrodescendientes están ubicados especialmente en la costa Caribe y el litoral Pacífico. Los departamentos del país donde esta población es mayor son: Chocó (89 %), Bolívar (28 %), Valle (24 %), Nariño (22 %), Magdalena (21 %), Cauca (19 %), Atlántico (19 %) San Andrés y Providencia (16 %) (2).

Uniones

Los colombianos nos unimos en pareja a los 21 años, en promedio. La mitad de las mujeres están unidas conyugalmente a los 22 años en la ciudad y a los 19 años en el campo. El 39 % de las parejas está en unión libre.

Hogar para el DANE

Interesante y para tener en cuenta: "una persona o grupo de personas que ocupan la totalidad o parte de una vivienda y que se han asociado para compartir la comida y la dormida, pueden ser familiares o no entre sí. Los empleados del servicio doméstico forman parte del hogar siempre y cuando duerman en la misma casa" (2000).

	Familia nuclear tradicional: Papá, mamá e hijos
	Familia monoparental: Principalmente madres solas con hijos
	Familia sin hijos en casa: Principalmente jóvenes sin hijos aún, y mayores con hijos que ya se fueron
	Familia multigeneracional monoparental: Principalmente madres solas con hijos, más abuelos o tíos
	Gente que vive sola: Hogar unipersonal, principalmente jóvenes viviendo solos y mayores viudos(as) separados
	Familia multigeneracional tradicional: Papá, mamá e hijos, más abuelos o tíos
	Familias donde uno de los hijos asume la jefatura del hogar y lleva a su padre a vivir con él
	Familia multigeneracional sin hijos: Parejas sin hijos, que viven con otros familiares (sus padres, hermanos, etc.)
	Otros tipos de familias: Hogares compuestos por familiares y/o otras personas, sin ser pareja

http://www.revistacredencial.com/credencial/sites/default/files/images/3214porta_da.jpg



Condiciones de vida

Se mencionan los elementos que inciden sobre las personas y generan bienestar. En Colombia es diferente la zona urbana y la rural, siendo esta última más difícil para vivir. Prueba de ello son estos datos:

1. En las ciudades el 99 % de las viviendas están conectadas a la electricidad, en las zonas rurales el 91 %.
2. En las zonas urbanas el 90,8 % de las viviendas disponen de agua del acueducto público, en las áreas rurales solo el 17 %.
2.1. El acueducto comunal y veredal es la forma de provisión de agua generalizada en el campo (42,4 %).
3. En la zona urbana el 92 % de las viviendas están conectadas al servicio de alcantarillado y en las zonas rurales el 22 %.
4. En el país el 75 % de los hogares tiene conexión al inodoro y al alcantarillado, el 15 % está conectado a pozo séptico.
5. El gas es el combustible más usado en las ciudades, en las zonas rurales es la leña.
6. A nivel nacional el 80 % tiene servicio de recolección de basuras, el 12 % las queman y el 4 % las botan al patio, lotes, etc. En las zonas rurales el 46 % quema las basuras y el 27 % las recoge el servicio público.
7. El 23 % de las viviendas tiene un cuarto para dormir, el 38 % dos, y el 29 % tres dormitorios (3).

Los más pobres



http://estaticos02.elmundo.es/america/imagenes/2011/11/29/economia/1322594584_0.jpg

- Dos terceras partes de la población rural (66 %) se encuentra en el quintil inferior, o sea el más bajo en riqueza y el resto (33 %) en el segundo quintil, el quintil bajo, situación que contrasta con Bogotá, en donde el 46 % de los hogares se encuentran en el quintil superior y un 32 % en el quintil alto.
- En la región oriental alrededor del 20 % de los hogares pertenece a cada quintil. En la Orinoquía y la Amazonía, las dos terceras partes se encuentran en los dos quintiles más bajos. En las zonas urbanas el 53,4 % se encuentra en los dos quintiles más altos (4).



- La violencia es más evidente y cobra más víctimas en el campo. Los estudios demuestran que cada vez es mayor la brecha entre las zonas urbanas y las zonas rurales, siendo estas últimas las más afectadas por razones de la violencia y el conflicto armado.

La pobreza en Colombia, medida por el método multidimensional, muestra que para el 2011 más de quince millones de personas, equivalente al 34 % de la población, se encontraban en pobreza y en pobreza extrema más de cuatro millones, equivalente al 10,6 % (5).

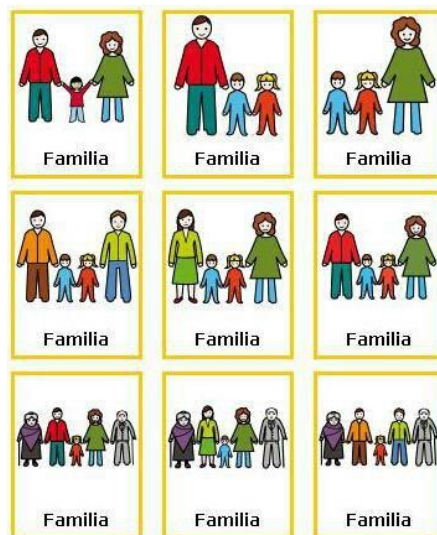
El estudio: hace diferencias

El documento menciona: "la prevalencia de inseguridad alimentaria en el hogar disminuyó con el incremento del nivel máximo de escolaridad alcanzado por el jefe del hogar y su cónyuge. En los hogares en donde el jefe no tenía escolaridad o habían cursado solo preescolar, la prevalencia fue de 66,6 % y en los que tenía estudios de postgrado fue del 7,6 %" (6).

Madres cabeza de familia

Existe un aumento de la jefatura femenina; en 1995 era del 24 % y en el 2010 es del 34 %.

Tipología de familias



<http://2.bp.blogspot.com/-XPmh1sneKH0/Uym-LggEER/AAAAAAAAABio/H4Qqw3Tbahc/s1600/Familias.jpg>

Menciona la Encuesta Nacional de Demografía y Salud:

- La familia monogámica nuclear constituida por el padre, la madre y sus hijos e hijas (familia tradicional).
- La familia monoparental conformada por el padre y sus hijos e hijas o por las madres y sus hijos e hijas.
- La familia extensa o extendida conformada por los abuelos y/o abuelas y sus nietos y nietas.
- La familia reconstituida, según el modelo nuclear, pero con uniones anteriores que conforman familias mixtas desde el punto de vista de los hijos e hijas.
- La familia sin hijos y sin intención de procrear.
- La familia trasnacional.
- La familia *unida por vínculos de solidaridad* o de amistad.



Clasificación de familia en ciclo de vida

Etapa Inicial	Parejas jóvenes sin hijos; la pareja generalmente tiene menos de 35 años.
Etapa I	"Etapa de constitución". En esta etapa el hijo mayor del jefe de hogar tiene menos de 12 años.
Etapa II	Etapa intermedia. El hijo mayor del jefe tiene entre 12 y 18 años.
Etapa III	"Etapa consolidada". El hijo mayor del jefe de hogar tiene más de 19 años y vive en el hogar con el jefe.
Etapa IV	Hogares conformados por parejas adultas, la pareja es mayor de los 35 años; no han tenido hijos o si los tuvieron ya viven fuera del hogar. Se le llama "el nido vacío".

Si el criterio a tener en cuenta es el jefe de hogar, la familia se clasifica (una forma):

- Familia unipersonal (10 %).
- Familia nuclear completa (35 %).
- Familia nuclear incompleta (12 %).
- Pareja sin hijos (8 %).
- Familia extensa completa (14 %).
- Familia extensa incompleta (10 %).
- Familia con jefes de hogar y otros parientes (3%)
- Familia compuesta por parientes y no parientes (4 %).

La Constitución clasifica:

- Familias nucleares.
- Familias monoparentales con jefatura femenina.
- Familias monoparentales con jefatura masculina.
- Familias recompuestas o reconstituidas.
- Familias extensas o extendidas.
- Familias nucleares transitorias⁺⁺.
- Familias homoparentales.
- Familias transnacionales.
- Familias conformadas por abuelos y nietos.
- Familias adoptivas.

¿Cómo se vincula la familia?

Se reconoce por consanguinidad, por alianza legal, por alianza voluntaria y por necesidades de orden económico. En la tipología se menciona SITUACIÓN PRESENTE donde aparecen familias víctimas de desplazamiento, de migración por razones económicas y afectadas por desastres naturales.

⁺⁺ Son familias constituidas por hombres migrantes transitorios que conforman familias nucleares en sus lugares de trabajo y cuando el migrante regresa a su lugar de origen se convierten en familias monoparentales con jefatura femenina.



Clasificación de la CEPAL

TIPOS DE HOGARES	Unipersonales: constituidos por una sola persona.
	Nucleares: jefe de hogar y cónyuge con y sin hijos, o solo jefe con hijos.
	Extensos: jefe y cónyuge con o sin hijos, o solo jefe con hijos, más otros parientes.
	Compuestos: igual que los nucleares o extendidos más otras personas que no son parientes (excluidos los trabajadores domésticos).
	Sin núcleo: jefe sin cónyuge ni hijos, aunque pueden haber otras relaciones de parentesco. En todos los casos pueden ser de jefatura femenina o masculina.
ETAPAS DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR	Etapas inicial: Pareja joven sin hijos donde la jefa de hogar o cónyuge es menor de 36 años.
	Etapas I de constitución de familia: hogares donde el hijo mayor del jefe tiene menos de 13 años.
	Etapas II de familia: hogares donde el hijo mayor del jefe tiene entre 13 y 18 años.
	Etapas III de familia: hogares donde el hijo mayor del jefe tiene 19 años y más.
	Etapas del nido vacío: Pareja adulta sin hijos donde el cónyuge es mujer mayor de 35 años y no tiene hijos que vivan con ellos.

Fuente: CEPAL, 1997

En los grupos étnicos

Considera el documento que se debe reconocer que la familia en las etnias es muy diferente a la concepción occidental. Ejemplo de ello son:

- El modelo matrilineal o patrilineal que establece que las familias son por la línea de la madre o del padre.
- El papel del adulto mayor, al cual se le da todo el respeto y autoridad.
- Los roles de la mujer y del hombre.
- En las afros, el papel que tiene el compadrazgo.
- Familias por afinidad, cuando se establecen sólidas relaciones entre cuñados.
- Familias por paisaje, cuando se establecen vínculos por venir de un mismo sitio.
- Por lazos simbólicos (lazos que se van creando dentro de la propia cultura y que tiene un gran significado para quienes pertenecen a dicha cultura).

Familia y mujer

Resulta muy evidente el cambio del papel de la mujer en torno a la familia, en la medida que ha alcanzado derechos por demás justos. Tan solo un 2 % de las mujeres hoy no han alcanzado escolaridad. Más de la mitad tienen un trabajo estable. Hoy deciden más. Tienen 3,2 hijos. El primer hijo nace a los 21 años. El embarazo adolescente está descendiendo, siendo aún alto (84 por mil). Una de seis adolescentes es madre. Un 56 % de los adolescentes usan métodos de planificación (alcanzando el 100 % a conocerlos).

La mujer que trabaja asume un doble rol, pues es también la encargada del trabajo doméstico, creando tensión severa al interior de la familia.

Existen leyes que protegen a la mujer cabeza de familia (Ley de 1993 y Ley 1232 del 2008, 731 del 2002 y ley 861 del 2003).



Leyes contra la violencia intrafamiliar



<http://www.psicoterapia.com/wp-content/uploads/2015/07/gritos.jpg>

La ley 294 de 1996 se creó para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar y fue modificada por las leyes 575 de 2000, 599 de 2000 y 1257 de 2008; todas en general, protegiendo a las mujeres y a los niños, niñas y adolescentes contra la violencia intrafamiliar, cuyas causas se tramitan por vía administrativa ante los Comisarios de Familia (ley 1098 de 2006, artículo 86) y por vía judicial ante la Fiscalía General de la Nación, los Jueces Penales Municipales con Función de Control de Garantías y los Jueces Penales del Circuito con Función de Conocimiento (ley 599 de 2000 y ley 904 de 2004) y ante los Jueces de Familia, en lo de su competencia (ley 1564 de 2012 o Código General del Proceso, artículo 21 numeral 8).

Hoy ya se reconoce también al hombre cabeza de familia (Sentencia C-184 de 2003).

Familia y reparación integral a víctimas de conflicto

La ley 1498 del 2011 reconoce a las familias víctimas de la violencia.

A quién acudir

La justicia para la familia la ejercen la Jurisdicción de Familia, las Comisarías de Familia y las Defensorías de Familia, pero desafortunadamente no están articuladas entre sí.

VII. FAMILIA E INTEGRANTES

Familia y protección a sus miembros

Queda muy bien expresado en la ley 1098 del 2006 con el Código de la Infancia y la Adolescencia. En resumen promueve:

- **Las expresiones de afecto y solidaridad y desarrollo** de momentos lúdicos y gratos que promuevan el sentido de pertenencia en las familias y la inclusión de niños y niñas como parte importante de ellas.



- **Las relaciones de poder de estilo democrático** entre géneros y entre generaciones, que faciliten la resolución de conflictos y se apoyen en estilos de comunicación abierta y constructiva.
- La participación de los niños y niñas, en la **toma de decisiones** que les atañen como individuos o como miembros de la familia.
- Los **ambientes familiares que promuevan la seguridad física** y social de los niños y niñas, su salud y nutrición y el desarrollo de sus capacidades intelectuales, artísticas, de lenguaje, de movimiento, de manejo corporal, de creatividad, entre otras muchas.
- La construcción, **el fortalecimiento y la participación de las familias en redes familiares** o de apoyo comunitario, para favorecer relaciones y proyectos en favor de los niños y niñas.
- El empoderamiento de las familias **para acceder a los servicios que garanticen** los derechos de sus integrantes y también sus derechos como grupo social.

En los jóvenes

La ley 1622 de abril 29 del 2013, por la cual se dicta el Estatuto de Ciudadanía Juvenil, establece que se entenderá como joven a toda persona entre los 14 y los 28 años cumplidos.

Familia y personas con discapacidad

La ley 1618 de febrero de 2013 tiene como objeto: "Garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la ley 1346 de 2009".

Familia, envejecimiento y vejez



<https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQ0xEJN70r-4-ndvuh01ABlg2-P7ugq-kt09GqHbzobWcfj9tF>

Dice textualmente: "La política de apoyo y fortalecimiento a las familias busca afirmar los lazos afectivos y los vínculos de las personas mayores con su grupo familiar para contribuir a mejorar su calidad de vida, reducir la presencia de patologías que afectan en mayor grado a las personas mayores, reduciendo condiciones adversas que les genere deterioro o fragilidad en la medida que estos son factores precursores de discapacidad funcional y cognitiva; se trata entonces de desarrollar estrategias que conduzcan a las familias a lograr un envejecimiento activo a través de procesos de aprendizaje, constitución de redes sociales, hábitos de vida saludables, cuidados en la vejez, entre otros aspectos".

Este aspecto cobra singular importancia por el incremento esperado de esta población y en condiciones no ideales.



Adultos mayores y familia

A continuación se describe algo de la situación de esta población:

- Tres de cada cinco adultos mayores son jefes de hogar, (61 %).
- El 20 % son cónyuges.
- El 13 % son padres o madres del jefe de hogar o de su cónyuge, otros son hermanos, hermanas o cuñados.
- El 10 % viven solos en hogares unipersonales, 33 % en familias nucleares, 52% en familia extensa y 5 % en familia compuesta.
- Desde el punto de vista de la educación, el 18 % de los jefes de hogar no tienen educación primaria, el 57 % tiene educación primaria, el 18 % secundaria y el 6 % educación superior.
- En salud, el 90 % de las personas mayores está afiliado sea a un régimen contributivo o subsidiado, solo el 6 % no está afiliado a ningún sistema.
- En vivienda, la tercera parte de las viviendas con personas mayores tienen dos o más condiciones desfavorables, mientras que dos terceras partes tienen viviendas favorables.
- Entre los hombres que trabajan, el 70 % lo hacen por cuenta propia. Otros son peones o jornaleros y trabajadores familiares sin remuneración.
- Entre las mujeres, el 71 % trabaja por cuenta propia, el 9 % son empleadas domésticas y el 8 % son obreras.

Un reflejo

Se indagó en la ENDS 2010 por el grado de satisfacción de los adultos mayores con sus familias y la respuesta fue:

- 34 % muy satisfechos.
- 34 % satisfechos.
- 20 % conformes.
- 10 % insatisfechos.

Existe un incremento en la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor, apareciendo ahora los cuidadores.

Los aportes de los adultos mayores

- Si cuentan con un ingreso, apoyan económicamente a sus hijos y nietos si lo requieren.
- Se constituyen en la red social primaria en situaciones de crisis.
- Asumen el cuidado de los nietos mientras los hijos desarrollan sus actividades productivas.
- Contribuyen en el hogar a desarrollar las actividades de la vida cotidiana, se encargan de los oficios del hogar, recogen a los niños en el colegio o se quedan a su cuidado cuando los padres necesitan salir.
- Son los transmisores de los valores familiares y la cultura, al mantener las relaciones entre las distintas generaciones y con el resto de los parientes.
- Otras veces tienen un rol de arbitraje y ayudan a minimizar conflictos entre sus hijos y nietos.
- Los abuelos suelen mantener una relación especial con sus nietos a través de los distintos momentos de sus vidas y de su desarrollo.
- Los niños generalmente los ven como divertidos y cariñosos y les gusta compartir con ellos.
- Tranquilidad, paz y consejo en los momentos de crisis familiar.
- Cuando son escolares cambian un poco los juegos y las actividades que se comparten; por ejemplo, pueden empezar a ir al cine.
- De adolescentes tal vez ya no se ven tan regularmente, pero el abuelo puede seguir siendo un amigo y una guía (7).



VIII. PRINCIPIOS Y POSTULADOS CENTRALES DE LA POLÍTICA



http://4.bp.blogspot.com/-4UTG0DchgbM/UEJ9CIO2AQI/AAAAAAAAAsw/p_t6jsiS1yl/s1600/cabezote.jpg

Son principios rectores de la política:

- ✓ **Protección integral:** hace referencia a las acciones y mecanismos con los que cuenta el Estado desde lo administrativo y legal en corresponsabilidad con la sociedad para dar protección a la familia como institución básica de la sociedad.
- ✓ **Equidad:** Generar la igualdad de oportunidades para las familias en su ciclo de vida y para cada uno de sus miembros individualmente considerados, implica dar un trato justo y proporcional a todas las familias y a sus integrantes sin distinción de edad, género, cultura, pertenencia étnica, creencias o condición social, psíquica o física.
- ✓ **Solidaridad:** Promover una cultura basada en el apoyo mutuo entre todos los integrantes de las familias, la sociedad y el Estado cuando la familia se encuentra en situación de vulnerabilidad para garantizar el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de sus responsabilidades (8).
- ✓ **Universalidad:** Incluir a todas las familias y sus integrantes en las acciones desarrolladas en el marco de la presente política en todo el territorio nacional (8).
- ✓ **Dignidad humana:** La dignidad es una condición inherente al ser humano que implica el respeto y la valoración de toda persona y no se puede renunciar a ella. Todas las familias y sus integrantes individualmente considerados, tienen derecho a una vida digna y segura; y el Estado y la sociedad tienen la responsabilidad de propender por un trato digno para todas y cada una de las familias y eliminar cualquier forma de explotación, trato cruel, maltrato, abuso o discriminación⁵⁵.
- ✓ **Igualdad entre los géneros y las generaciones:** Las mismas oportunidades para hombres y mujeres y para las generaciones (8) y formas de relacionamiento solidario.
- ✓ **Autodesarrollo de la unidad persona-familia:** Apoyar el desarrollo de cada uno de los miembros de la familia y de esta como sujeto colectivo de derechos.
- ✓ **Corresponsabilidad:** Concurrencia de actores y acciones tanto, públicas como privadas, para

⁵⁵ La Ley 1482 de 2011 tiene por objeto garantizar la protección de los derechos de una persona, grupo de personas, comunidad o pueblo, que son vulnerados a través de actos de racismo o discriminación.



garantizar los derechos de la familia y potenciar su desarrollo integral (8).

- ✓ **Participación.** Interlocución activa de todos los involucrados en los procesos de construcción de políticas de Estado, planes, programas, proyectos, estrategias y acciones para las familias de acuerdo a sus vivencias y necesidades (8).
- ✓ **Atención preferente:** Obligación del Estado y la sociedad en la implementación de acciones que minimicen o superen la vulnerabilidad de las familias, en el contexto del Estado Social de Derecho.
- ✓ **Integralidad y concertación:** Comprende el desarrollo de intervenciones eficientes, integrales y coordinadas desde lo público y lo privado, con acciones que impacten a las familias y sus integrantes, para alcanzar la finalidad de la política (8).
- ✓ **Descentralización:** El Gobierno Nacional, las entidades territoriales y las descentralizadas por servicios implementarán las acciones pertinentes dentro del ámbito de sus competencias para fortalecer y permitir el desarrollo integral de las familias y sus integrantes, teniendo en cuenta sus realidades (9).
- ✓ **Diversidad:** Protección de la diversidad étnica, cultural, de género y generacional como manifestación directa del pluralismo inspirado en la tolerancia y el respeto para la promoción de espacios de inclusión y participación de grupos o minorías tradicionalmente discriminadas (10).
- ✓ **Intersectorialidad:** Concurrencia de los diferentes sectores en el ámbito nacional y territorial, teniendo en cuenta sus competencias y responsabilidades para la integración de acciones conducentes al desarrollo de los ejes y estrategias propios de esta política.
- ✓ **Interdisciplinariedad:** Abordaje de diferentes disciplinas o ciencias que se relacionan, para implementar acciones integrales, encaminadas a la ejecución de la política, teniendo en cuenta la diversidad de las familias y sus integrantes.

IX. POSTULADOS CENTRALES



<http://eldoncello-caqueta.gov.co/apc-aa-file/36663664813665636362633363323462/concejo-de-politica-social.jpg>

La protección integral a la familia comprende:

- a) **Conocimiento de la situación de las familias** para determinar las problemáticas y las fortalezas que inciden en el ejercicio de sus derechos, en el cumplimiento de sus responsabilidades y en su desarrollo como sujeto colectivo de derechos.



- b) **Establecimiento de medidas conducentes a superar los obstáculos** que impiden el desarrollo integral de las familias y de sus integrantes individualmente considerados.
- c) **Establecimiento de medidas apropiadas para apoyar y fortalecer la capacidad de agencia en las familias** para su propio desarrollo y el cumplimiento de sus compromisos como garantes de los derechos de sus integrantes con autonomía y libertad.
- d) **Mecanismos de interlocución de las familias con el orden social**, político, económico y cultural, en su calidad de agente político y sujeto colectivo titular y garante de los derechos humanos.
- e) **Mecanismos de coordinación** entre la política para las familias y las políticas y estrategias relativas a sus integrantes individualmente considerados.

En este orden de ideas, la Política Pública de Apoyo y Fortalecimiento a la Familia y sus Integrantes plantea los siguientes postulados centrales:



<http://imagenes.bolivia.interlatam.com/sdi/2012/09/11/10a5e66b72b2404ba32f54a4ce2d2343.png>

- ✓ La familia es sujeto colectivo titular de derechos y corresponsable de la garantía de los derechos de sus integrantes individualmente considerados.
- ✓ La familia como agente político es interlocutor con los agentes externos que la rodean.
- ✓ La familia es una unidad compleja que se expresa a través de la relación persona-familia en su cotidianidad y en el diálogo permanente entre sus integrantes, la sociedad y el Estado.
- ✓ La articulación y armonización de la política pública de apoyo y fortalecimiento a las familias con otras políticas poblacionales, estrategias y programas que las beneficie a estas y a sus integrantes.
- ✓ El pluralismo y el enfoque diferencial en la política incluyen: género, relaciones intergeneracionales, territorio, pertenencia étnica, discapacidad, víctimas del conflicto armado y otros grupos de especial protección por parte del Estado.
- ✓ El interés superior de los niños, niñas y adolescentes y prevalencia de sus derechos (11).



X. PROBLEMAS QUE AFECTAN LAS RELACIONES FAMILIARES



http://healthcommunity.com.mx/bienestar/images/banner_relaciones.png

1. Desde las relaciones, el imaginario de la autoridad de los padres y la forma como se debe ejercer.
2. La violencia intrafamiliar, violencia verbal, el maltrato psicológico, la violencia física y el maltrato económico. Un reflejo de ello son los datos de la encuestas donde:
 - a. El 65 % de las mujeres entrevistadas afirma que sus esposos ejercen control sobre ellas, tiene que saber dónde está, la ignora, la acusa de infidelidad o le impide el contacto con sus amigas.
 - b. El 26 % dijo que el esposo o compañero se expresa de manera desobligante.
 - c. El 32 % recibió amenazas, como el abandono, quitarle a los hijos e hijas o quitarle el apoyo económico.
 - d. El 37 % ha sufrido violencia física (empujones 33 %, golpes con la mano 27 %, patadas y arrastradas 12 %, violación 10 %, golpes con objetos duros 9 %, amenaza con armas 7 %, ataque con armas 3 %, intento de estrangulación 5 %).
3. El incremento de los adultos mayores y su incorporación activa en la familia y no como "carga".

El asunto

Será deber de la política buscar dar recursos a la familia para que pueda desarrollarse a plenitud. Para ello se debe abordar:

1. Reconocimiento del Estado de la familia.
2. Fortalecer los vínculos afectivos de los miembros de la familia.
3. Reconocer el enfoque diferencial, para proteger la vulnerabilidad.
4. El acceso a los mecanismos dispuestos por la ley para promover y proteger a la familia y sus miembros.

XI. LOS OBJETIVOS DE LA POLÍTICA

Contribuir a la generación de condiciones que propicien el desarrollo de capacidades y recursos afectivos, culturales, económicos y jurídicos, para que las familias se constituyan en agentes de transformación y desarrollo social, que potencien su autoreconocimiento, como sujeto colectivo de derechos, para apoyar, fortalecer y orientar su propio desarrollo y el de sus integrantes individualmente considerados, en entornos de democracia, pluralidad y diversidad que le son propios.



<http://investigadoresprofesionales.org/drupal/sites/default/files/LibroFamiliaDesafio.jpg>

Específicos

1. Desde el punto de vista de las formas familiares existentes:

1.1. Promover la garantía de los derechos de las familias en los diferentes ámbitos de la vida nacional y en los territorios mediante estrategias de información, educación y comunicación por medios masivos y alternativos.

2. Desde el punto de vista de las relaciones internas y el desarrollo de capacidades:

2.1. Fomentar en las familias y en sus integrantes, el desarrollo integral, humano y sostenible, la gestión libre y autónoma de sus derechos y el cumplimiento de sus responsabilidades mediante el desarrollo de mecanismos que potencien sus capacidades para el establecimiento de relaciones democráticas, que contribuyan a la construcción de sus proyectos de vida y los de cada uno de sus integrantes, en espacios de convivencia democrática, pluralidad y diversidad.

3. Desde el punto de vista de la diversidad, las etnias y la cultura:

3.1. Reconocer a la familia como sujeto colectivo de derechos en su diversidad a partir de la aplicación del enfoque diferencial, con énfasis en la pertenencia étnica y cultural, de género, e intergeneracional, y en condiciones de vulnerabilidad como ser víctimas de conflicto armado, vivir en condiciones de pobreza y/o contar entre sus miembros con personas con discapacidad actora protagónica de su propio desarrollo, que conlleve a una comunicación efectiva intra e intercultural que afirme el pluralismo y la diversidad y genere equidad social y no discriminación.

4. Desde el punto de vista de las relaciones con los agentes externos:

4.1. Generar espacios de participación y concertación entre las familias y los agentes externos públicos y privados, para que ellas actúen como actores políticos, económicos, sociales y culturales, y como interlocutores activos en planes, programas y políticas que apoyen la realización de sus proyectos de vida individuales y colectivos, y contribuyan a su desarrollo integral.

5. Desde el punto de vista de la efectividad de las normas y políticas de familia:

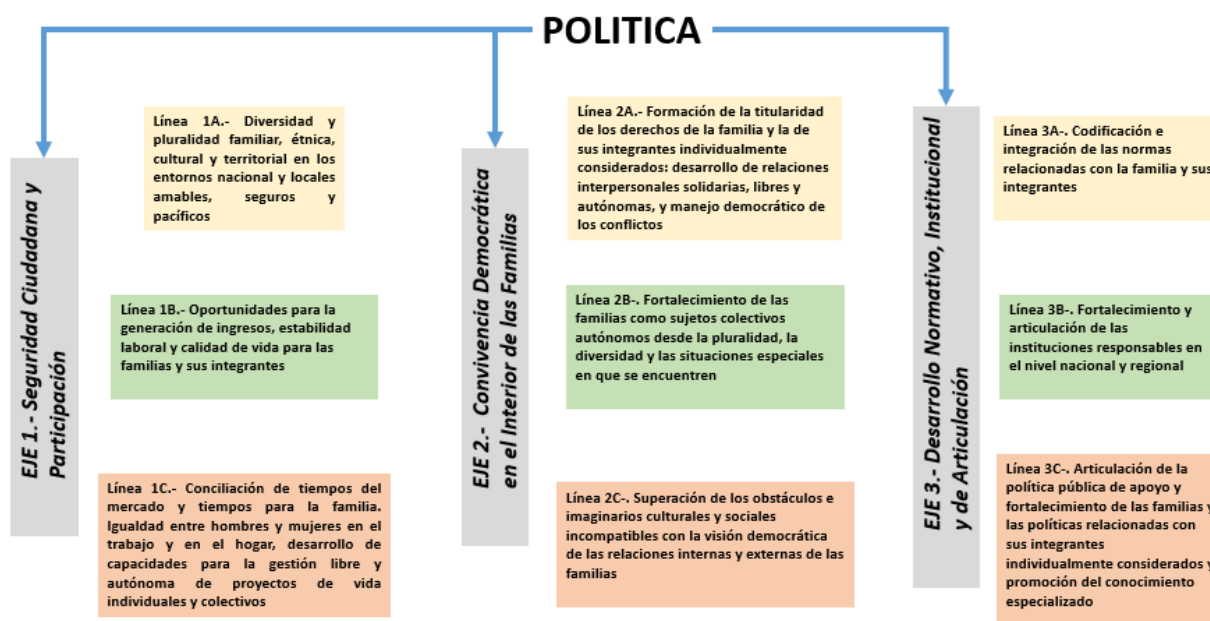
5.1. Promover articulación y coordinación de la política de familia con las de sus integrantes individualmente considerados, teniendo en cuenta su realidad en el entorno social y cultural, para garantizar el acceso a la justicia y su desarrollo integral, con énfasis en las que se



encuentran en mayor pobreza y vulnerabilidad social, particularmente aquellas víctimas del conflicto armado interno.

- 6. **Fortalecer los sistemas de información** del Estado para que den cuenta de la situación de las familias y su caracterización en el ámbito nacional y territorial, a través de los observatorios de familia conducente a la toma de decisiones, a la integración y actualización de normas que respondan a sus necesidades y a la eficacia de la política.
- 7. **Promover la gestión del conocimiento**, a través de la formación de capital humano en temas de familia, a nivel técnico y profesional y el fomento de la investigación sobre familia.

XII. EJES DE LA POLÍTICA Y LÍNEAS DE ACCIÓN



Se propone que **todas** las autoridades partan y reconozcan:

- ✓ **En la concepción:** La igualdad entre los integrantes de las familias, los géneros y las generaciones las formas, las etnias y los demás agentes del desarrollo.
- ✓ **En la realidad:** El enfoque diferencial por género, generaciones, ciclo de vida, discapacidad, pertenencia étnica, condiciones socioeconómicas, habilidades, territorio y formas de familia.
- ✓ **En la actuación:** La Coordinación y articulación inter e intrainstitucional-sectorial y entre la política de familia y las políticas y estrategias relacionadas con sus integrantes.

En esencia

Se pretende que todas las familias puedan y quieran participar y para ello se desarrollaran acciones donde se promueva la autonomía y la libertad. Estas acciones ofrecen:

- Derecho a la igualdad de oportunidades.
- Derecho a la paz.
- Derecho a la libertad y autonomía en la toma de decisiones.



- Derecho a tener una familia.
- Derecho a la participación y representación de sus miembros.
- Derecho a vivir en entornos seguros y dignos.
- Derecho al trabajo.
- Derecho a la salud y a la seguridad social.
- Derecho a la protección y asistencia social.
- Derecho a la seguridad alimentaria y nutricional***.
- Derecho a recibir apoyo del Estado y la Sociedad para el cuidado y atención de las personas adultas mayores y otras personas en situaciones de mayor vulnerabilidad.
- Derecho a la protección del patrimonio familiar.
- Derecho a la recreación, la cultura y el deporte.
- Derecho al descanso.
- Derecho al respeto y libertad en la formación de los hijos de acuerdo a sus principios y valores.

Las líneas

Pretende crear acciones que:

1. Promuevan la interlocución de las familias con el Estado.
2. Generen bienestar y estabilidad en los ingresos de la familia, mejorando la calidad de vida de la familia y sus miembros.
3. Promuevan el reconocimiento de la familia y sus necesidades en los ambientes laborales, generando acciones que protejan la unión y estabilidad familiar. Ofrecer espacios para lactancia y tiempo para el cuidado de los hijos.

Eje de convivencia al interior de la familia



http://4.bp.blogspot.com/-tKwAp2rw-vs/TtdmNBwVII/AAAAAAAAAABs/KP12qPuvdTO/s1600/familia_vacia.jpg

Sin duda y al interior de la familia es donde se gesta la democracia. Este eje busca estimular justo esto. Hace énfasis en las relaciones intrafamiliar donde se espera promover el respeto, la libertad, la autonomía y la igualdad. Por ende esta línea busca estimular, con todo, la convivencia y combatir la violencia intrafamiliar.

*** Disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos, en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa. Incluye la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Conpes 113 de 2008.



Estimula

1. El eje garantiza derechos al libre desarrollo de la personalidad,
2. Derecho a la participación y representación de sus miembros,
3. Derecho a tener una familia,
4. Derecho a la recreación, la cultura y el deporte, derecho al descanso,
5. Derecho al respeto y libertad en la formación de los hijos de acuerdo a sus principios y valores,
6. Derecho a la vida libre de violencias,
7. Derecho a la honra, dignidad e intimidad,
8. Derecho a la igualdad entre los miembros de las familias,
9. Derecho a la educación,
10. Derecho a la orientación y asesoría en el afianzamiento de la relación de pareja,
11. Derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos,
12. Derecho a la armonía y unidad familiar,
13. Derecho a la igualdad entre hombres y mujeres en el trabajo y en el hogar,
14. Derecho al respeto recíproco entre sus miembros,
15. Derecho al bienestar físico, mental y emocional.

Las líneas

Buscan promover los derechos de la familia y de sus integrantes, fortalecer la pluralidad y diversidad de la familia, y enfrentar y superar los obstáculos que impidan la visión democrática en las relaciones internas y externas de la misma. La lucha contra la violencia intrafamiliar es enfatizada (red del buen trato). Busca así mismo que cada miembro alcance sus derechos. Y finalmente esta línea busca sancionar la violencia y los abusos al interior de la familia.

Eje de desarrollo normativo, institucional y articulación



Pretende fortalecer las instituciones para garantizar el cumplimiento de las políticas; capacitar a quienes trabajan en las entidades y promover la investigación. Desarrollará como líneas:

- La unificación de normas, buscando una codificación integral.
- Fortalecer los entes territoriales para que las entidades a cargo se apersonen.



- Promover la construcción de los observatorios de familia.
- Promover el trabajo intersectorial.

Textualmente:

“En cumplimiento de la ley 1361 de 2009, la Entidad responsable de la elaboración, ejecución y seguimiento de la política pública de apoyo y fortalecimiento a la familia es el Ministerio de la Promoción Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social. Igualmente, este Ministerio tiene la facultad de coordinar y articular sus acciones con las entidades correspondientes en el orden nacional, departamental, distrital y municipal. En este orden de ideas el Ministerio de Salud y Promoción Social asume la responsabilidad de coordinación con entidades del orden nacional como los Ministerios de Educación, Hacienda, Cultura, Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo, el Departamento Nacional de Planeación, el Departamento para la Prosperidad, el DANE, La Dirección Nacional para la Equidad de la Mujer y las demás entidades que directa o indirectamente contribuyan a que las familias colombianas cumplan con su finalidad en la sociedad contemporánea. Igualmente, tiene la función de coordinar la política nacional con las políticas departamentales, distritales y municipales relacionadas con la familia, sus integrantes y las políticas sectoriales que la complementen”.

Esperamos que este resumen acompañado de imágenes, cumpla con el objetivo fundamental, que es promover el trabajo en salud en torno a la familia.

REFERENCIAS

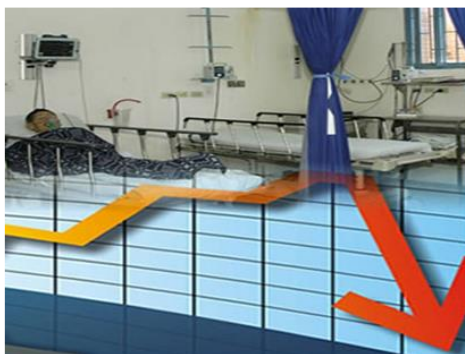
- (1) Congreso de la República de Colombia [Internet]. Ley 1361 de 2009. Diario Oficial Nº 47.552 de 3 de diciembre de 2009. Disponible en: <http://portalterritorial.gov.co/apc-aa-files/40743db9e8588852c19cb285e420affe/l1361009.pdf>
- (2) Arriagada I. Familias latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo [Internet]. Serie Políticas Sociales. Naciones Unidas. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile, diciembre de 2001. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/2001/S01121052.pdf>
- (3) Referencia ECV, p.27 a 33.
- (4) MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ICBF. PROFAMILIA. USAID. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Cap. Sobre Características de las Viviendas y los Hogares.
- (5) DANE. Boletín. 17-05-2012. Bogotá D.C. Oficina de Prensa.
- (6) ICBF. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010.
- (7) Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia [Internet]. Colombia Aprende. Disponible en: <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/familia/1597/article-71072.html>.
- (8) Congreso de la República de Colombia [Internet]. Ley 1361 de 2009, artículo 2.
- (9) Constitución Política, artículo 1; Ley 1361 de 2009, artículo 2.
- (10) Constitución Política, artículos 1, 7, 246, 286 y 329 y ss.
- (11) Constitución Política, artículo 44; Convención sobre los derechos del Niño –Ley 12 de 1991-, artículo 3 y Ley 1098 de 2006 o Código de la Infancia y de la Adolescencia, artículo 8.



Seguridad Social...

DE LO PARTICULAR A LO GENERAL: INTENTO POR NO DEJAR DE LADO LA CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD

Juan Carlos González⁺⁺⁺



<https://lh4.googleusercontent.com/m/1-2i4-D-HHEETVj3gHUG01AAAAAAAAAAPEw095-EQFsl=1600/LaCrisisDelSistemaDeSaludColombiano1.jpg>

A dos muy bien preparados colegas, luego de haber ofrecido sus servicios a una pujante y ambiciosa clínica durante más de 10 años, se les informó del cierre de la agenda de su servicio debido a que la EPS a la que históricamente le han ofertado los servicios, no paga de forma oportuna. Dado que el contrato de la clínica con ellos es de prestación de servicios, de la noche a la mañana se dan cuenta de que se han quedado desempleados y no cuentan con cesantías para tal situación. Ellos, que le apostaron todo a dicha clínica, que invirtieron y trajeron los equipos necesarios para poder ejercer su especialidad, ellos, han quedado súbitamente cesantes... Paradójicamente, el servicio que prestaban era de alta calidad según la percepción de los pacientes, quienes encontraron en la atención que ellos ofrecían, una clara y asegurada información de su condición de salud. Además cumplían con todos los estándares de habilitación y ciertamente con el trascurso de los 10 años, ajustaron sus tarifas a las necesidades de la dirección de la clínica, con la que mantuvieron muy buenas relaciones, hasta la nueva administración, la que llegó para enfrentar un notorio y creciente déficit, resultado del no pago ni a tiempo ni en la totalidad de la supuesta EPS aliada. Pero la paradoja está en que la oferta del servicio de los dos colegas, así como la del resto de la clínica, en la dirección anterior consiguió ser reconocida por el país como de alta calidad, a tal punto que se obtuvo la acreditación y apenas seis meses después de ser visitados. La clínica, bajo la nueva administración, ha decidido cerrar buena parte de todos esos servicios con los que consiguió la acreditación e impulsar aquellos que le ofrecen rentabilidad (los puede vender, así sean fraccionados), tales como hospitalización y cirugía. La razón: no puede seguir sosteniendo los gastos derivados de atender cuando no le pagan.

Crisis del sector salud

Lo anterior, describe muy bien la crisis del sector salud, crisis prolongada y evidenciable por la persistencia de situaciones similares a la descrita (1). Lo expuesto no es la excepción; es lo frecuente. En la situación narrada se pone de manifiesto, y como algo absurdo, que hacer las cosas bien (lograr la acreditación) no trae las consecuencias obvias esperadas, como sería, entre otras, garantizar el buen funcionamiento de los servicios a través del pago de la prestación (2).

⁺⁺⁺ MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



EL PULSO

Periódico para el sector de la salud

A. SURAMÉRICA AÑO 15 No. 185 FEBRERO DEL AÑO 2014 ISSN 0124-4388 elpulso@elhospital.org.co

GENERALES

La paradoja del talento humano en salud en el sistema de salud colombiano

Gloria Molina, Andrés Ramírez, y Adriana María Ruiz - Edición académica - Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia - elpulso@elhospital.org.co

A pesar de la importancia que el personal de salud tiene para el desempeño del sistema de salud, en la práctica las políticas en este campo tienden a deteriorar sus condiciones laborales.

También pone de manifiesto cómo profesionales idóneos, están desprotegidos desde el punto de vista laboral (3), reflejando la situación de empleo de la mayoría de los prestadores actuales bajo el Sistema General de Seguridad Social (4), reiterando que lo descrito en este caso, no es la excepción, es lo frecuente.

La consecuencia obvia derivada de todo esto es la falta de acceso de la población a los servicios de salud (5), ello como indicador contundente de mala calidad. ¿Qué hará la población afiliada a la EPS que contrataba con esta IPS? Buscar citas yendo a los servicios de autorización, que se congestionarán y que, casi con seguridad, no le resolverán su situación, exponiendo a esa población a todos los riesgos atinentes a la no atención. Las tutelas se disparan (6), en ese intento de los enfermos por ser atendidos.

Postura del gobierno 2009: Causas de la crisis

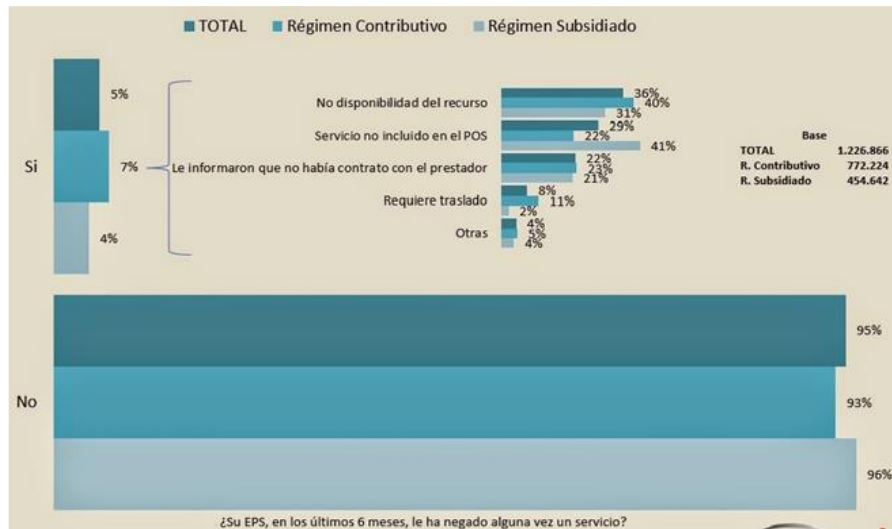
- Tutelas y atenciones No POS
- Corrupción
- Flujo de recursos
- Desvió de fondos
- Igualar el POS



Sea por lo que sea, lo que necesito es que me ayuden cuando estoy enfermo

En el 2010 el Gobierno declaró la crisis de salud y lo descrito refleja qué poco ha cambiado la situación. Lo que ha sucedido en estos cinco años no es distinto, es más, se ha convertido en la situación esperada. Las intervenciones a las EPS cuestionadas (7) no resolvieron los problemas, y como situación lamentable, pareciese que se empeoraron sus manejos, dejando entrever que el manejo por parte del Estado no trajo las soluciones anheladas.

Sin embargo, el ministro de salud afirma que el sistema está funcionando (8), tal vez no de forma ideal, pero sí respondiendo a la inmensa mayoría de la población. Pudiera plantearse (y eso lo interpreta el que escribe), que situaciones como la descrita no son la norma, son la excepción. Ante ello, solo le pido a los lectores, que observen la realidad que viven en sus entornos y que analicen si lo descrito es la norma o la excepción.



Retomando el caso descrito, tratemos de identificar los puntos problema. A lo mejor esto nos permitirá acercarnos a analizar si los problemas son estructurales y ameritan concebir un nuevo sistema o, ajustar el que vivimos (como dice el ministro). Al respecto:

Existe el recurso, pero no llega...

La plata para pagarle a la clínica existe, pero no le llega a la EPS. Esta situación implica que el recurso, que es suficiente, es derivado a otros sectores, o es hurtado por la corrupción.

¿Será falta de recursos?

Según este planteamiento, a la clínica no se le paga porque los recursos asignados para la salud (UPC más rentas del Estado) son insuficientes. Tal situación, por ejemplo, es la derivada de tener un Plan Obligatorio de Salud (POS) que no se puede costear con los recursos asignados.

Son las EPS



La otra posibilidad es que a la clínica no se le paga porque la EPS no lo puede o no lo quiere hacer. No lo puede hacer porque no tiene cómo (esta ilíquida) o no lo quiere hacer porque está usando esos recursos en otras cosas o porque no confía en la IPS.



Las IPS

En este caso, el problema es que la EPS no cancela porque no confía en las cuentas que le pasa la IPS ya que cree que está sobrefactura, es decir, que "exprime" al paciente atendido para que la EPS cancele todo lo que pueda cobrarle.

En este sentido, el problema puede ser de las directivas de la clínica o de los prestadores (médicos), quienes buscando promover sus ingresos solicitan o piden atenciones o exámenes no necesarios. Otra posibilidad de este mal uso es la debida a presiones de los pacientes que, bajo amenaza de demandas, obligan a los prestadores a pedir de forma innecesaria intervenciones, medicamentos o pruebas (ejercicio de medicina defensiva).

Reconociendo que estos aspectos pueden estar presentes en cualquier sistema, el o los problemas serán aquellos que se presentan con mayor frecuencia.



<http://www.arsenal.cl.com/wp-content/uploads/2013/08/BMS-comision.jpg>

Resulta evidente que la corrupción es inmensa y está presente en todos los niveles descritos. Para ello, solo el castigo que evite la impunidad sería la solución. Leyes, normas... ya existen, pero en general la percepción que se tiene es que acá no pasa nada. Sería pues un problema de justicia.

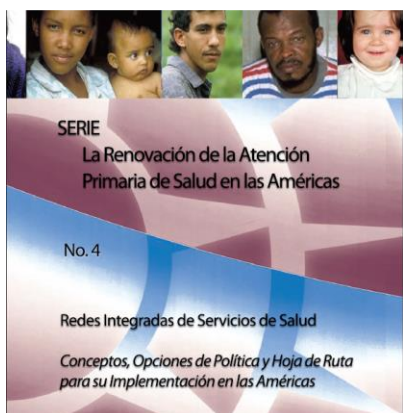
El Ministerio sostiene que el problema es de recursos, que se deben aumentar y que se debe "controlar" el POS.

Un amplio sector de salubristas sostiene que el problema son los agentes intermediarios, en concreto las EPS y que ellas tienen como función primordial ganar dinero.

En torno a la prestación, si bien resulta evidente que existe el conflicto de interés de algunas prestaciones, estas, al igual que los pacientes, no son en general los causantes del problema... más bien son las víctimas.

Sin duda, será tarea de todos analizar estos aspectos y concluir si el sistema actual es o no viable. Pero bien vale la pena mencionar un ideal de cómo debería ser:

Esta clínica, acreditada (en su nivel correspondiente), es la encargada de atender, como parte de la red, a todas las IPS y equipos extramurales unidos de la localidad donde está ubicada. Allí, acuden todos los pacientes de esa zona. La atención que se brinda se hace teniendo en cuenta las guías construidas o promovidas por las sociedades científicas en asocio con el Ministerio. Los profesionales de la clínica, en la medida que resuelven las interconsultas de la población, contra remiten a los paciente a las IPS de donde acuden. Al hacerlo, promueven un plan de capacitación con los prestadores de esas IPS de primer nivel para prepararlos en las remisiones más prevalentes. Allí, los equipos de atención primaria diseñan acciones integrales buscando evitar la aparición de esas enfermedades y hacer detecciones tempranas, donde a través de sus controles se eviten en un futuro hospitalizaciones.



La clínica, asimismo, estimula a sus profesionales en un programa de educación continuada, donde se presentan periódicamente los impactos de las intervenciones efectuadas en la población. Además existe una alianza de usuarios que promueve el buen trato entre usuarios y prestadores. La clínica es reconocida por la comunidad por la calidad de la atención.

La clínica no tiene problemas de caja... su facturación está elaborada bajo esos estándares de acreditación donde el girador sabe y reconoce su buena gestión.



La intención de este artículo es poner de manifiesto que identificar los puntos donde están las dificultades del actual sistema de seguridad social en salud no es difícil, así como tampoco vislumbrar cómo debería funcionar. La pregunta es: ¿se pueden corregir los puntos problema o el daño es tal que se debe pensar en otro sistema?

REFERENCIAS

- (1) Portafolio. [Internet]. Crisis de la salud. Disponible en: <http://www.portafolio.co/noticias/crisis-la-salud-2>
- (2) Incontec internacional [Internet]. Beneficios de la acreditación en salud. Disponible en: <http://www.icontec.org/index.php/ec/inicio-4/acreditacion-en-salud/beneficios-de-la-acreditacion-en-salud>
- (3) Bernal F. Panorama de la contratación laboral médica en Colombia. RML. 2011; Año XVII N° 1. Disponible en: <http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2011/1/Bajas%20RML%20Mayo%20-%20Septiembre/Aspectos%20Laborales.pdf>
- (4) La paradoja del talento humano en salud en el sistema de salud colombiano [Internet]. El Pulso. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/1402feb/general/general-07.htm>
- (5) Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional es una publicación del Banco de la República. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf
- (6) Noticias RCN. Tutelas interpuestas para asuntos de salud han aumentado en Colombia. Disponible en: <http://www.noticiasrcn.com/nacional-pais/tutelas-interpuestas-asuntos-salud-ha-aumentado-colombia>
- (7) Preguntas y respuestas para entender la intervención a Saludcoop. Revista Semana. <http://www.semana.com/nacion/articulo/preguntas-respuestas-para-entender-intervencion-saludcoop/239802-3>
- (8) Gaviria A. Contra la extrapolación amarillista [Internet]. Disponible en: <http://agaviria.blogspot.com/2015/02/contra-la-extrapolacion-amarillista.html>





“RESUMEN DE SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA POR VIH/SIDA EN COLOMBIA 1983 - 2011”

Juan Carlos González***



Libertad y Orden
Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

25 de mayo de 2012

https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIH%20FINAL%2021%20mayo_2012.pdf

Este es un resumen del documento publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la infección por VIH en Colombia desde el diagnóstico del primer caso hasta el 2011. Como siempre, invitamos a leer el artículo original. Entre los datos muy interesantes que mencionan resaltamos:



1. La infección por VIH está **concentrada** en tres grupos poblacionales:
 - 1.1. Hombres relacionados sexualmente con otros hombres (prevalencia algo más de 5 %).
 - 1.2. Trabajadoras sexuales (2,8 %).
 - 1.3. Población que usa drogas inyectables (algo más del 1 %).

*** MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



2. **La prevalencia de infección por VIH** para el 2011 fue de 0,52 %.
 - 2.1. El número de casos reportados fue 129 630 casos de infección por VIH (y SIDA incluidos).
 - 2.2. La incidencia en el 2011 fue de 7 991 casos:
 - 2.2.1. Hombres: 5 685.
 - 2.2.2. Mujeres: 2 306.
 - 2.3. La proporción de hombres es de 71 % y de mujeres es de 29 % (razón de 2,4 hombres por 1 mujer).
 - 2.4. El 98 % de los casos son debidos a relaciones sexuales.
 - 2.5. La mortalidad por SIDA fue de 4,5 por 100 000:
 - 2.5.1. Quindío, Risaralda y el Valle fueron los sitios con mayor mortalidad.
 - 2.6. La prevalencia en mujeres embarazadas de seropositividad fue de 0,09 %.
 - 2.6.1. La transmisión vertical fue 4,9 % (2009).



https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSHuLUDB_M-tjvGuea1b-YOIeWdzNrxqQELVY0LK0ieEyUSRmEYA

3. La recopilación de casos desde 1983 hasta 2011 muestra:
 - 3.1. Infección por VIH 59 035 infectados.
 - 3.2. Pacientes con SIDA: 17 279.
 - 3.3. Fallecimientos: 10 676.
4. En cuanto a las regiones de mayor prevalencia:
 - 4.1. Barranquilla y Quindío tienen las tasas por 100 000 más altas con 33 y 32,9, respectivamente.
 - 4.2. La más baja, Vichada con 3,1 por 100 000.
 - 4.3. Amazonas, Bogotá, Cartagena, Córdoba, Norte de Santander y Valle, presentan una tasa entre 20 y 30 por 100 000.
 - 4.4. Tasas entre 10 y 20 por 100 000 están presentes en Antioquia, Caldas, Caquetá, Guaviare, Huila, Guajira, Magdalena, Meta, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima y Vaupés.
 - 4.5. Tasas menores de 10 por 100 000 se encuentran en Putumayo, Nariño, Guainía, Cundinamarca, Chocó, Cauca, Casanare, Boyacá, Bolívar y Arauca.



Caso clínico...

ACCIDENTE ASOCIADO AL BUCEO

Mario Alberto Villegas N.^{§§§}

Fecha: septiembre 1 de 2015

Contexto:



<http://static.panoramio.com/photos/large/75647917.jpg>

Paciente varón de 23 años de edad, natural de la isla de San Andrés, en familia extendida y en proceso de formación de pareja, padre de lactante menor, no reporta adhesión a ninguna fe en particular. Pescador con arpón y a pulmón libre, independiente para todas sus actividades y para quien su familia inicialmente niega antecedentes patológicos de importancia, condición que posteriormente él confirma.

Niega alergias medicamentosas, niega cirugías previas, niega uso regular de sustancias de abuso y describe hábitos urinario e intestinales normales.

Revisión por Sistemas: Negativa.

Enfermedad actual: se recibió en la sala de reanimación, previa llamada de aviso desde la Armada Nacional, traslado primario helicoportado, a varón adulto, joven, posteriormente identificado como de 23 años de edad, casado, sin antecedentes patológicos de importancia, sin cirugías previas, y quienes entregan los datos clínicos no reconocen el uso regular de sustancias de abuso.

^{§§§} MD. Especialista en Medicina Familiar Integral, Educación médica, Gerencia en Salud, Pedagogía, Educación Médica y Sistemas de Calidad.





Describen a posteriori sus acompañantes un trabajo de pesca en buceo a pulmón, con inmersiones repetidas y su último buceo a unos 20 metros de profundidad, describen el episodio como: "Arponeó una cherna grande" y peleó con el animal en la profundidad por unos 20 a 25 segundos, seguidos de un ascenso rápido. Describen que el paciente perdió la conciencia antes de emerger a la superficie y cayó a plomo hacia la profundidad hasta unos 20 metros.

Es rescatado por sus compañeros de pesca que se sumergen y lo rescatan con poca demora y describen que, desde la salida a superficie, se mantiene inconsciente, no responde a los estímulos de llamado y se evidencia relajación de esfínteres.

Lo colocan de costado en la lancha y navegan hasta el cayo de Albuquerque "donde están los soldados" tardando unos 10 minutos en el viaje y, desde esa locación, solicitando a la Armada Nacional, traslado helicoportado.

Describen una demora en la llegada del helicóptero de aproximadamente una hora y, posteriormente a la evaluación de llegada, la oficial médica del helicóptero describe una condición neurológica propia de una escala de Glasgow de 7-8/15, con bradicardia asociada. Describe compresiones torácicas iniciales durante el traslado. No describe la médica ninguna condición relacionada con la actividad del buceo, se desconocen profundidad y tiempos de fondo y al momento de la evaluación inicial, se desconoce si la actividad incluía buceo con tanques de aire comprimido (es el gas más frecuentemente usado por los buzos en las islas) y un tiempo total aproximado de traslado al hospital dos horas. Durante el transporte sin colocación de cristaloides intravenosos u oxígeno y sin cambios en el examen físico general o la escala de evaluación neurológica de Glasgow.

Examen físico: al momento de llegada a la sala de reanimación, un estado neurológico alternante, por momentos combativo y por momentos deprimido, desorientado en persona, tiempo y lugar, pupilas mióticas, trismo y actitud de flexión de los miembros superiores. La escala de evaluación neurológica de Glasgow así: apertura ocular 3-4 alternante; respuesta verbal 1, no responde; movilidad 4, retira con flexión, para un puntaje de 8-9/15.

Se aprecia sangrado espumeante alrededor de su boca y se presencian varios episodios de vómito, con relajación del esfínter rectal.

Signos vitales: presión arterial 140/80, frecuencia cardíaca y pulso 116', saturación de oxígeno al aire ambiente del 84 %, temperatura 36°C.

No se aprecia sangrado ótico, el cuello sin enfisema subcutáneo, ni desviación traqueal, los ruidos respiratorios mostrando estertores finos universales, los ruidos cardíacos taquicárdicos sin soplos o agregados, RsrS y Rscs normales, no se aprecian timpanismo ni matidez torácicas, el abdomen blando y depresible sin masas o defensa pero de muy difícil exploración, los pulsos periféricos simétricos y de amplitud adecuada y la movilidad de las cuatro extremidades es normal en todos los segmentos óseos y las articulaciones.

Análisis: varón adulto y joven, evidenciando severa enfermedad neurológica y cardiorrespiratoria asociada al buceo, con posible embolismo gaseoso arterial vs síncope asociado a apnea "shallow water blackout" y casi ahogamiento en agua salada con encefalopatía hipóxica.

Plan: se coloca oxígeno por bolsa reservorio, se toman dos líneas venosas y se inicia hidratación suficiente, se coloca sonda vesical a bolsa recolectora de orina, se toman paraclínicos de trauma, se toman radiografías de tórax de urgencia en portátil que muestran imágenes sugestivas de infiltrado intraalveolar generalizado, sin imágenes que sugieran neumotórax, se inicia contención física en la camilla y se prepara sedación con Haloperidol y Midazolam intramuscular.

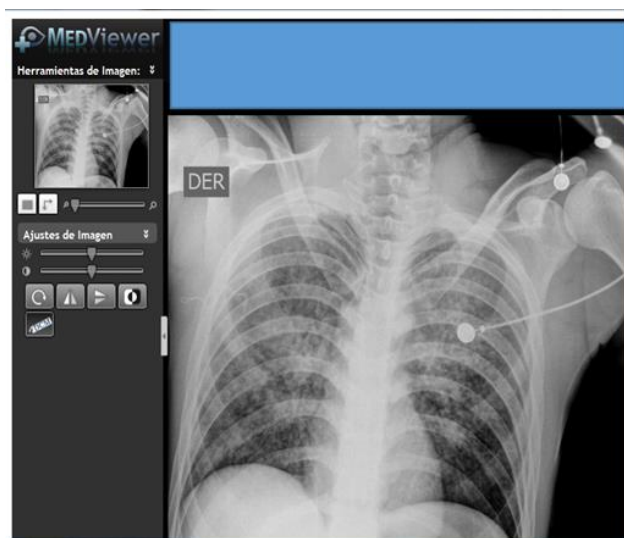


Figura 1. Primera radiografía portátil en sala de reanimación

Se prepara, con criterio de emergencia, sesión de recompresión en cámara y se da aviso a la unidad de apoyo de la Armada Nacional en Cartagena, que confirma el plan de tratamiento en tabla 6 de descompresión, del Manual de Buceo y Procedimientos de Descompresión de la Armada Nacional. Se procedió a recompresión de urgencias y tratamiento con la tabla mencionada, requiriendo de la presencia de un "tender médico permanente" y un "tender" enfermero permanente durante las cinco horas de tratamiento.



Fotografía tomada a través de los portillos de la cámara hiperbárica del Hospital Departamental de San Andrés.

Requirió infusión permanente y a dosis basales de cristaloides intravenosos y dosis repetidas de sedación hasta un total de 20 miligramos de haloperidol intramuscular y 15 miligramos de midazolam intramusculares y se administraron 40 miligramos de furosemida.

Terminado el procedimiento, se realizó extracción desde la cámara, apreciándose en estado de sedación profunda, respiración espontánea, con buen patrón ventilatorio, saturación al aire ambiente 85 %, saturación con máscara de reservorio 95 %, pupilas mióticas y simétricas, actitud muscular general de relajación, reflejos osteotendinosos presentes en las cuatro extremidades.



Se trasladó de inmediato bajo uso de oxígeno en máscara de reservorio a tomografía simple de cráneo, apreciándose la presencia de tejidos blandos normales, tabla ósea sin evidencia de lesiones, circunvoluciones con edema ligero general, hemisferios normales línea media normal, cisternas de la base y ventrículos normales, sin evidencia de sangrado intracerebral o intracraneal.

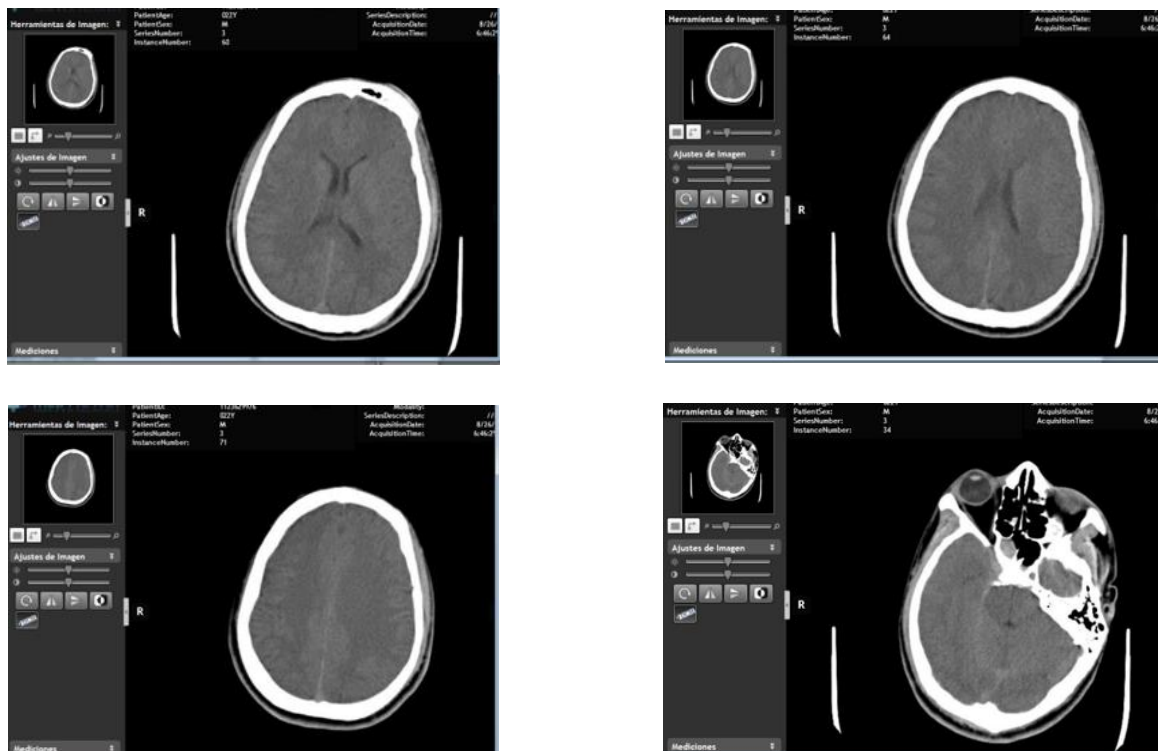


Figura 2. Serie de imágenes de la TAC simple de cráneo, a la salida del tratamiento de descompresión

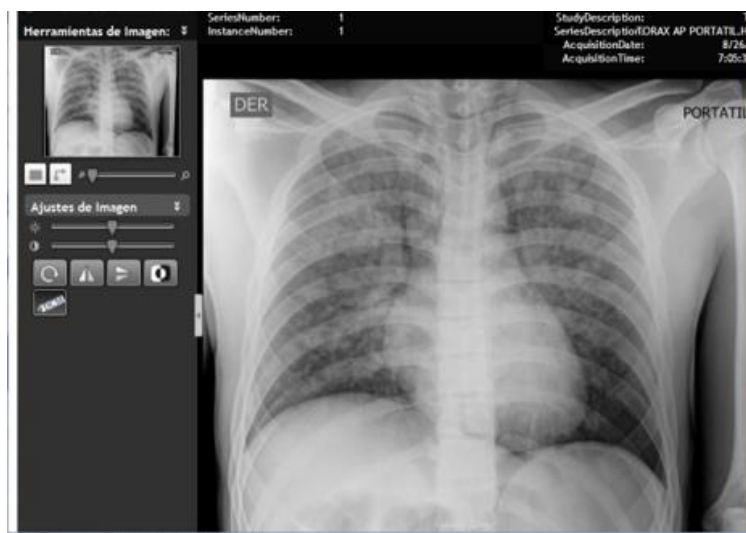


Figura 3. Radiografía segundos luego de la salida del procedimiento de descompresión en la cámara hiperbárica



Se tomaron radiografías de control que muestran una vía aérea central, parénquimas pulmonares con infiltrado alveolar difuso similar al del ingreso, silueta cardiovascular normal.

Se traslada a sala de reanimación y allí se verifican los signos vitales así: presión arterial: 137/85, frecuencia cardíaca y Pulso: 112', saturación de oxígeno con máscara de reservorio 96 %, temperatura 36,4°C.

Se traslada a cubículo en la unidad de cuidado intensivo.

Se anota acompañamiento por psicología a la familia según protocolo de atención de la Unidad de Terapia Hiperbárica durante todo el proceso, particularmente luego de la salida de la cámara.

Evolución: se mantuvo en cubículo de cuidado intensivo recibiendo oxígeno por máscara de reservorio, infusión de cristaloides a cantidades basales ajustadas a su peso, elevación de cabecera a 30°, infusión de furosemida 20 mg cada ocho horas y restricción del movimiento. Monitoría cardiovascular y neurológica permanente.

Se dio aviso y consulta a la Unidad de Medicina Hiperbárica del Hospital Naval de Cartagena y al referente para América Latina de la Divers Alert Network, Dr. E Cuautémoc Sánchez.

A las 12 horas de egreso de la cámara, se lo apreció con estabilidad hemodinámica, con una escala de Glasgow alternante entre 11 y 13/15, respondiendo al llamado con una forma que hace difícil entenderlo y aún requiere de restricción para la movilidad.

Mantiene una adecuada diuresis y las gasimetrías arteriales tienden de manera progresiva a la normalidad, las radiografías de control de tórax evidencian gran mejoría del infiltrado alveolar difuso inicial (*figura 4*) y una tomografía de control muestra normalidad estructural y signos de ligero edema cerebral (*figura 5*).

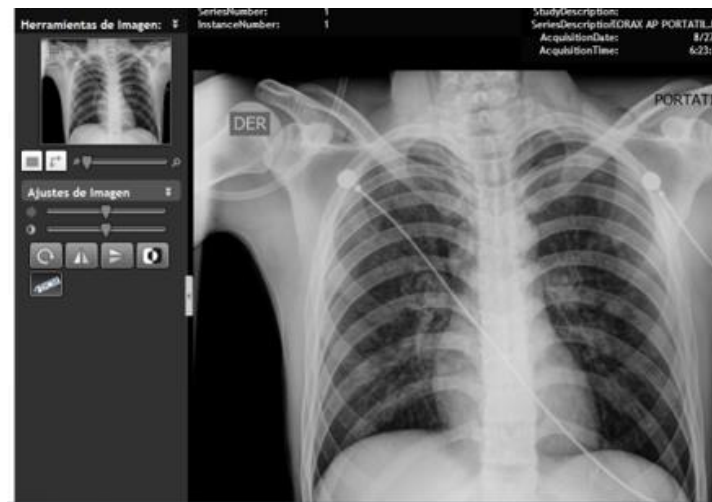


Figura 4. Radiografía de control de tórax

A las 26 horas del egreso de la cámara, se lo encuentra mucho más estable en su cuadro neurológico, con una escala de Glasgow estable en 14/15, respondiendo al llamado de forma adecuada y con una conversación en monosílabos - frases cortas. Se aprecia normalización de la gasimetría arterial.

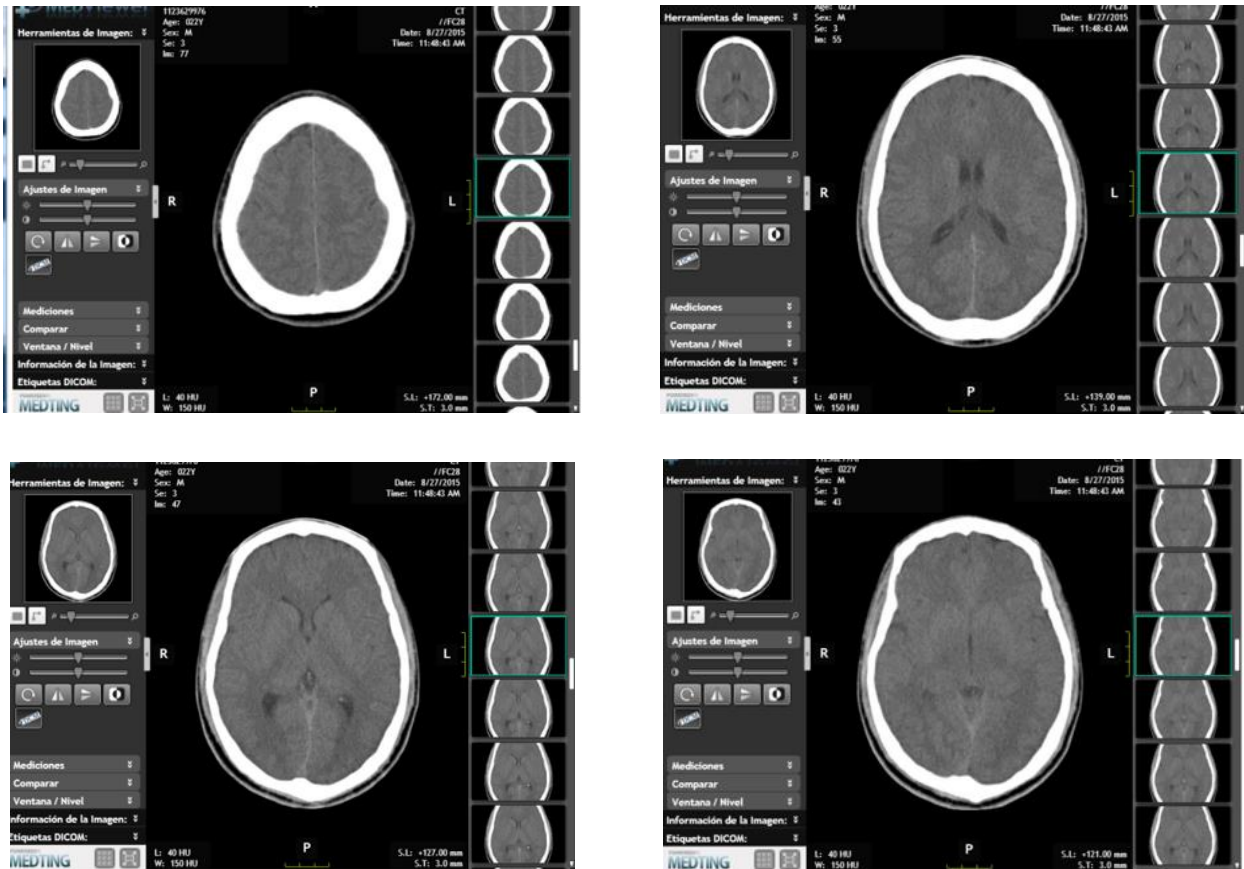


Figura 5. Tomografía de control

A las 38 horas de evolución, se lo aprecia con estabilidad hemodinámica, una escala de Glasgow estable de 15/15, con amnesia del evento y se le ofrece segunda sesión de tratamiento al interior de la cámara, esta vez en tabla 9, según el Manual de Buceo y Procedimientos de Descompresión de la Armada Nacional. Previo apoyo de psicología y con acompañamiento de su pareja y bajo consentimiento informado por ella, se lo lleva a tabla 9 de oxígeno hiperbárico, duración total de 112 minutos sin complicaciones.

A la salida de la cámara, se aprecia estabilidad hemodinámica, sin uso de oxígeno suplementario, una escala de Glasgow de 15/15, movilidad espontánea en las cuatro extremidades, camina solo, se acuerda retiro de sonda vesical.

Se mantuvo en cubículo de cuidados intermedios por 48 horas adicionales, se retiró la sonda vesical previos ejercicios vesicales propios del protocolo de retiro, recibió apoyo por psicología mostrando una recuperación de la memoria del evento hasta el momento de la pérdida de la conciencia y con amnesia hasta el despertar en la unidad de cuidado intensivo.

Con un examen físico dentro de los límites de la normalidad, sin déficit neurológico, motriz, sensitivo ni cognitivo, evidenciando una excelente adaptación y ajuste al episodio, es dado de alta con solicitud de controles médicos y de psicología de manera ambulatoria.



Fotografía del paciente sentado luego del egreso por sus propios medios, de la segunda sesión de oxígeno hiperbárico al interior de la cámara

Discusión: varón adulto joven, involucrado en accidente asociado a la actividad de buceo y pesca a pulmón, inicialmente en duda de un cuadro clínico de embolismo gaseoso arterial y posteriormente con impresión diagnóstica de síncope asociado a apnea "shallow water blackout" y casi ahogamiento en agua salada con encefalopatía hipóxica.

De acuerdo con la guía para la atención de pacientes con enfermedad asociada al buceo del Hospital Departamental de San Andrés, se procedió a descompresión terapéutica en cámara de recompresión, tabla 6 del Manual de Buceo y Procedimientos de Descompresión de la Armada Nacional, con una duración cercana a las cinco horas y la intervención de dos "tender" internos y un equipo médico y de "tender" externo.

Según las guías del Manual de Buceo y Salvamento de la Armada de los Estados Unidos de América y bajo asesoría de la Unidad de Medicina Hiperbárica del Hospital Naval de Cartagena y del referente para América Latina de la Divers Alert Network, Dr. E Cuatémoc Sánchez, se llevó a segunda tabla (9) realizando terapia de oxígeno hiperbárico con recuperación posterior del cuadro neurológico y cardiopulmonar hasta la normalidad.

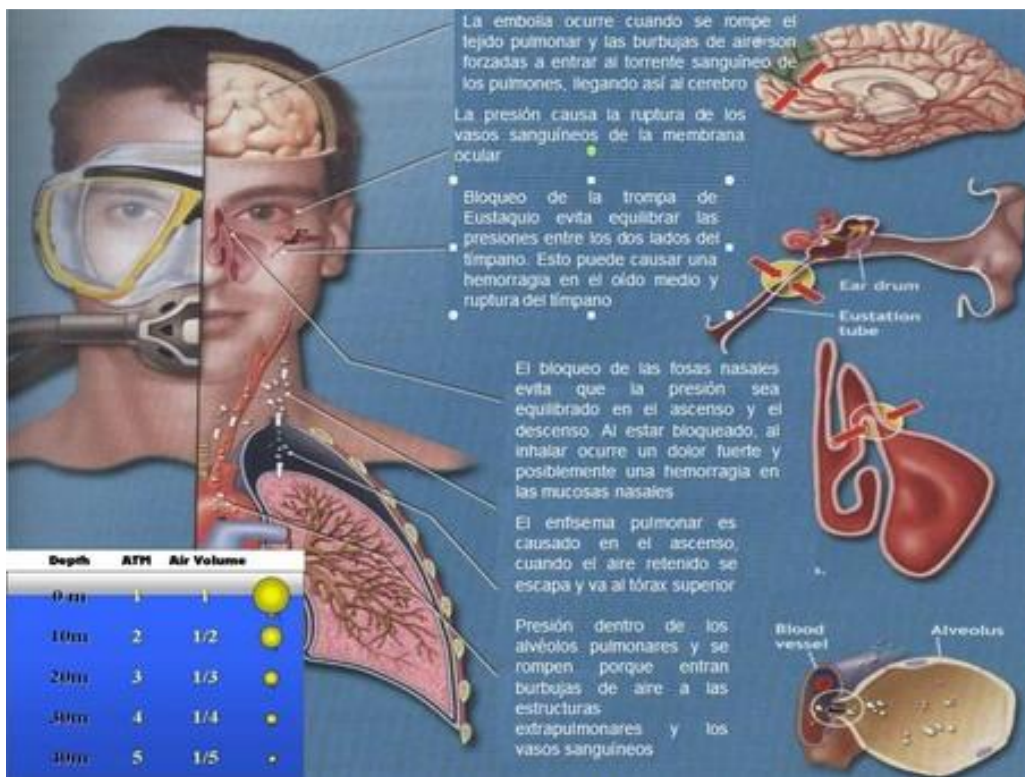
Se evidencia en la literatura general y, particularmente en las páginas de las asociaciones de promoción del buceo, tanto con gas comprimido como a pulmón (free diving or apnea) investigación y seguimiento de los accidentes asociados al buceo.

Asociaciones como la Divers Alert Network, la divewise.org, o la australianfreediving.org, educan permanentemente sobre las técnicas asociadas al free diving y las condiciones de seguridad asociadas a este. Una revisión de sus reportes y de sus análisis sobre la investigación relacionada, ilustran de manera parcial sobre la fisiología del buceo de apnea, entendiendo que las condiciones de investigación son difíciles y que el volumen de la misma es escaso.

Existe evidencia de una importante cantidad de situaciones clínicas de enfermedad asociadas al buceo a pulmón, que incluyen enfermedad descompresiva por acumulación progresiva de nitrógeno asociada al elevado número de inmersiones que acompañan a las actividades de pesca (síndrome de Taravana), síncope asociado a la apnea ("shallow water blackout"), casi ahogamiento en agua salada, encefalopatía hipóxica, edema - hemorragia pulmonar asociado a la inmersión (squeezing) y barotrauma entre otros.



<http://blogs.comunitatvalenciana.com/buceo/files/2010/08/CNC3%A1mara-hiperb%C3%A1rica-del-Hospital-de-Castell%C3%B3.jpg>



http://img.scoop.it/Tgrn8IX3L2_UOOFdn90MXTI72eJkfbmt4t8yenImKBVaiQDB_Rd1H6kmuBWtceBJ

Se han propuesto como causas que expliquen el síncope asociado a la apnea, la hipoxia, un aporte insuficiente de glucosa al tejido cerebral, reflejos vagales, e hipocarbica, sin que se conozca con certeza su causa. Asimismo, no hay claridad suficiente sobre los mecanismos fisiopatológicos que generan el edema - hemorragia pulmonar del "squeezing" pulmonar.

MANUAL DE BUCEO Y SALVAMENTO



PROCEDIMIENTOS DE DESCOMPRESION PARA BUCEOS CON AIRE

La revisión del Manual de Buceo de la Marina de los Estados Unidos, revisión 6 del 2008, ilustra de la mejor manera posible sobre la práctica del buceo seguro, la identificación de las enfermedades asociadas a la actividad y el tratamiento de descompresión en cámaras de recompresión.



 **Sobre medicamentos...**

EFICACIA DE LA VACUNA DEL VPH A FINALES DE 2014

(Efficacy of the HPV vaccine in late 2014)
Prescrire International 2015; 24(160): 126-127
Traducido por Salud y Fármacos

http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/ago201501/farmacovigilancia_1/

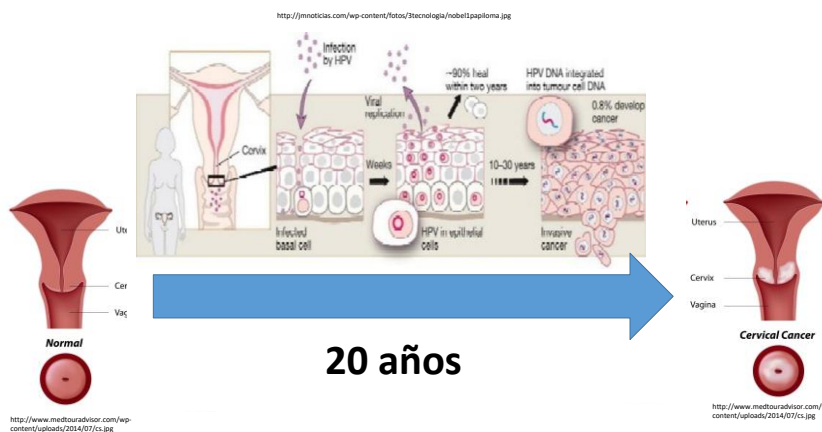
Juan Carlos González****



<http://www.revistaviva.com/fr-viva/uploads/2014/08/vacuna-vph.jpg>

El artículo hace una revisión acerca de la eficacia de la vacuna del VPH contra el cáncer. Al respecto, hace unos comentarios muy interesantes tales como:

¿Ya se confirmó que la vacuna previene el cáncer?

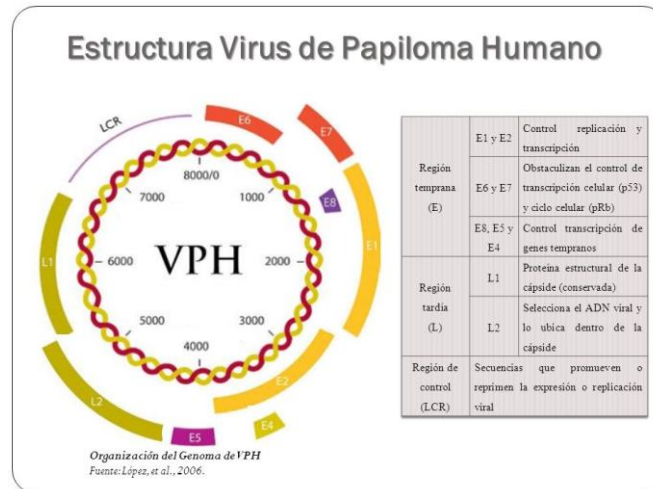


Aún no. Toda la evidencia apunta hacia ello, pero falta más tiempo para poder demostrarlo. El tiempo que transcurre entre exponerse al virus y que aparezca el cáncer es al menos de 20 años. Ello es importante porque para obtener resultados concluyentes las mujeres que han sido vacunadas aún no están en el momento de mayor incidencia del cáncer. Sin duda, y hasta el momento, se disminuye la displasia cervical de alto grado, pero falta la confirmación absoluta en torno a la prevención del cáncer.

**** MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



De los virus



http://images.slideplayer.es/8/2269484/slides/slide_7.jpg

Los papilomas virus son muchos (más de 150 genotipos) y al menos 40 se adquieren por la actividad sexual. Pero, y hasta ahora, solo 15 presentan poder oncogénico. De estos:

1. El genotipo 16 es responsable de tres cuartas partes del cáncer cervical.
2. El genotipo 18 del 19 %.
3. El genotipo 31 del 7 %.

En general, una de cinco mujeres presenta infección por varios tipos de papiloma virus y menos del 0,3 % de las infecciones desarrollan cáncer, siendo la inmunosupresión un factor que aumenta la incidencia. La infección se adquiere entre los 15 y 29 años (inicio y plenitud de vida sexual). La displasia cervical (predecesora del cáncer) suele aparecer a partir de los 39 años.

Ya demostrado

Existe evidencia de que en las mujeres vacunadas se disminuye la displasia cervical de alto grado. Por supuesto que la disminución de esta lesión traerá como consecuencia esperada la disminución del cáncer in situ. Pero, y por la evolución de la historia natural, aún no se ha demostrado. El tiempo lo hará.

¿Se reemplazaran los genotipos de VPH por otros oncogénicos como consecuencia del uso de la vacuna?

No, al menos hasta ahora no ha ocurrido. De hecho, se ha visto una disminución del riesgo relativo de infecciones por VPH en las mujeres vacunadas, pero no de forma definitiva. No se ha visto que otros VPH oncogénicos aparezcan en las vacunadas. Pero se deben seguir observando las cohortes, pues aun el tiempo transcurrido es demasiado corto.

Lo cierto es que hasta ahora y en las vacunadas...

La incidencia de lesiones cervicales de alto grado ha descendido aproximadamente en un 40 %. Por ende, es muy probable que reduzca el cáncer cervical.

Comentario: ¡Fascinante el mundo que vivimos! Estamos en el siglo de las demostraciones.



CATORCE DÍAS ES LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO IDEAL PARA LA ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI

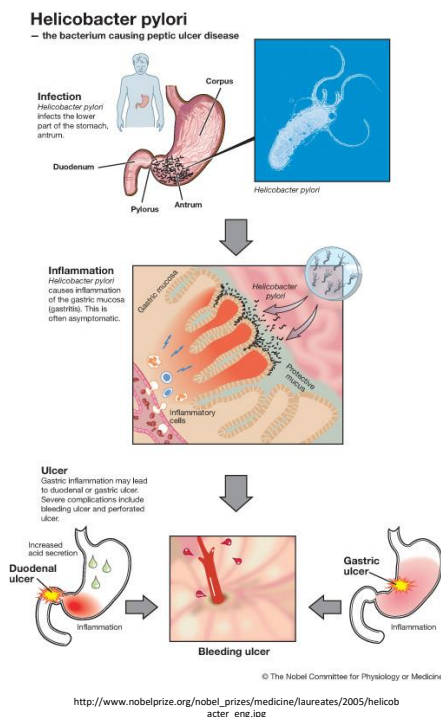
(Fourteen days is ideal treatment duration for Helicobacter pylori eradication)

Cochrane Pearls, 2014; 441

Traducido por Salud y Fármacos

<http://www.cochraneprimarycare.org/pearls/fourteen-days-ideal-treatment-duration-helicobacter-pylori-eradication>

Juan Carlos González^{****}



Ante la pregunta de **cuál es el tiempo ideal de terapia** para erradicar la infección por *Helicobacter Pylori* si de 7 a 10 días o de 10 a 14, las revisiones efectuadas por los autores describen:

1. Las terapias recomendadas son:
 - 1.1. Inhibidor de bomba de protones + claritromicina + amoxicilina.
 - 1.2. Inhibidor de bomba de protones + claritromicina + metronidazol
2. El tiempo recomendado hoy por hoy es 14 días para cualquiera de los tratamientos; sin embargo, la revisión presente considera que aún la evidencia es controvertida.

Comentario: La evidencia se construye con la demostración con el paso del tiempo. El ideal sería poder comparar “toda una vida” de pacientes expuestos a las intervenciones recomendadas. Pero aún, y desde que se iniciaron estos seguimientos prácticamente en todas las áreas de la Medicina, no ha pasado el tiempo suficiente para estar seguros (demostrado) de lo que hoy hacemos y recomendamos. De ahí que conclusiones como la presente no sorprenden... Las conclusiones de las intervenciones en Medicina se están construyendo.



**** MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co





El Peregrino que toca...

¿CÓMO CONVIVES EN TU COMUNIDAD CORPISTA?

Gabriel Sáenz^{***}



Esta vez el peregrino toca a la puerta de la convivencia corpista y nos pregunta: ¿Cómo convives dentro de esta comunidad?

Tienes todo el derecho de avanzar, sobresalir, colaborar y luchar por ser el mejor, pero ¿a qué precio?

La pregunta del peregrino nos cuestiona sobre algo que a muchos les puede sonar como un tema religioso, me refiero a las **virtudes!**

Realmente el término virtud (del latín *virtus*) nace dentro de un ambiente pagano, es decir antes de la era cristiana. Muchos filósofos griegos, como Aristóteles, Platón y Sócrates se refieren a las virtudes. Luego, con el cristianismo, las virtudes se cristianizaron, ya que Jesús fue un hombre virtuoso. San Agustín se refiere a ellas en el Kempis Agustiniano. "Nos hiciste para ti Señor" (1).

En forma sencilla, las virtudes son hábitos moralmente buenos, contrario a los hábitos malos llamados vicios. Existe un grupo de virtudes principales (cardinales), pues de estas se desprenden todas las demás y son:

- ✓ La prudencia.
- ✓ La justicia.
- ✓ La fortaleza.
- ✓ La templanza.

Para referirme a la convivencia, se debe hablar de la virtud de la **templanza**, es decir: **"la moderación en los bienes naturales, en la búsqueda de honores y éxitos, y en la templanza de la ira"**, en otras palabras, luchar contra la **arrogancia, la vanagloria, la petulancia, la omnipotencia, la ostentación, el abuso del poder y los arrebatos de ira.**

Si no dominamos estos instintos, nuestra comunidad se verá afectada en una convivencia difícil, agria y ácida, contrario a las directrices y normas de caballerosidad y decencia de nuestro fundador, el Doctor Jorge Piñeros Corpas.

A este respecto, el Peregrino nos propone el mensaje de San Pablo a la comunidad de los efesios:

*** Capellán CJNC. Consejero Estudiantil FUJNC.



“Eliminen la mentira y díganse la verdad unos a otros... El que robaba no robe más y póngase a trabajar honestamente con sus manos para ganar algo y poder socorrer al que tiene necesidad. No salga de sus bocas ninguna palabra ofensiva, sino las palabras buenas que ayuden a crecer a quien lo necesita y agraden a quien los escucha... Eviten toda amargura, pasión, odio, gritos, insultos y cualquier tipo de maldad. Sean amables y compasivos unos con otros. Perdónense unos a otros como Dios los ha perdonado en Cristo” (Efesios 4: 29-32).

Querida comunidad corpista, San José es nuestro patrono de la Sala de Paz de la Clínica, pues es el abogado de la buena muerte, hombre virtuoso, nos enseña a comportarnos en nuestra comunidad a través de la siguiente oración:

Bienaventurado San José:
Enséñanos a no hacer protagonismos,
a avanzar sin pisotear a nadie,
a colaborar sin imponernos,
a amar sin reclamar
a ser humildes como tú.
Dinos San José
cómo se vive siendo “número dos”
y cómo se hacen cosas extraordinarias
desde un “segundo puesto”.
Explícanos San José
cómo ser grandes sin exhibirnos,
cómo luchar sin aplausos, cómo perseverar y morir
sin esperar homenajes.
AMÉN.

PROPUESTAS:



Reflexiona sobre el siguiente pensamiento de San Agustín (2):

“Vale más una piadosa ignorancia que una ciencia presuntuosa”.

“Es más apreciable una sencilla confesión de carencia de ciencia que la jactancia temeraria de mucho saber.”

Referencias:

- (1) San Agustín. Nos hiciste, Señor, para ti. Kempis agustiniano. Madrid: BAC, 206. 675 p, ISBN. 10:84 – 7914-043-7.
- (2) Ibídem p. 520.





NOTICOMUNITARIA

Fundación Jorge Otero y María Liévano de Otero, poniéndole el corazón a las niñas de Suba

Karol Guzmán^{§§§§}

La fundación Jorge Otero y María Liévano de Otero, que funciona hace más de 50 años, es una entidad privada, católica, sin ánimo de lucro. Cuenta con dos sedes, una en Bogotá, en la localidad de Suba y otra en Piedecuesta Santander, amparando aproximadamente 300 niñas en edades preescolar y escolar hasta la adolescencia.



https://www.google.com.co/search?q=fundacion+otero+lievano&bih=1366&bih=667&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMI5d3bsq2yyAVIC5oeCh0xewpK#imgcr=04z25pg175IT-M%3A

Acoge a niñas con alto riesgo psicosocial, familiar y económico, dándoles un espacio de encuentro, compañía, amor, apoyo, esperanza, ilusión, alegría y protección, durante las horas libres, antes de iniciar o al terminar sus actividades escolares, con el fin, de apoyar su desarrollo integral, formación en valores, principios morales y potenciamiento de sus capacidades.



https://www.google.com.co/search?q=fundacion+otero+lievano&bih=1366&bih=667&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMI5d3bsq2yyAVIC5oeCh0xewpK#imgcr=z0U2s3U-3j2pVM%3A

§§§§ MD. Docente Departamento de Medicina Comunitaria – FUJNC * karol.guzman@juanncorpas.edu.co



Adicionalmente, cuenta con un grupo de profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, psicopedagogas y una nutricionista), quienes ofrecen acompañamiento efectivo en las tareas escolares, refuerzo académico, apoyo social y espiritual, fortalecimiento de proyecto de vida, formación en música, danza, deportes y alimentación balanceada.



Esta fundación, abre las puertas a la Fundación Universitaria Juan N Corpas mediante un convenio docente asistencial de cooperación mutua, en las secciones de preescolar, primaria y bachillerato, que permite al Departamento de Medicina Comunitaria (Rotación Pediatría Comunitaria) realizar actividades académicas y asistenciales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto a nivel individual como colectivo.



Se realizan actividades de tamizaje nutricional, de malformaciones rotacionales y alteraciones visuales, de neurodesarrollo, así como valoración de factores de riesgo psicosocial y acciones lúdicas con el propósito de la promoción de hábitos de vida saludable y comportamientos resilientes en todos los ciclos vitales que acuden a la fundación.

La fundación nos ha permitido involucrarnos en manejos en múltiples niveles. Las acciones realizadas multi e interdisciplinariamente nos permiten una relación más estrecha con otros perfiles profesionales que buscan como objetivo común el bienestar de las niñas. A niveles transdisciplinarios, se ha logrado realizar acuerdos con los colegios de la localidad y otras instituciones de Suba.

Corpas comprometida con la comunidad!!!



Participación de Medicina Comunitaria en la Feria Expo Jóvenes 2015

Reseña: Ángela María Hernández P.****



El pasado 26 de septiembre del año en curso en la Feria Expo Jóvenes realizada en Corferias, el Departamento de Medicina Comunitaria participó con el programa PIPSA. Nuestro auditorio, un grupo de niños entre los 6 a 11 años de edad, sus padres y un maestro, quienes participaron activamente de la charla "Programa integral para la promoción de la salud en adolescentes - PIPSA".



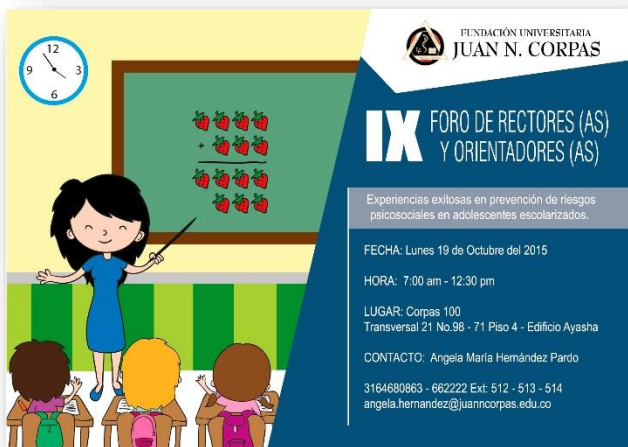
Gracias a la FUJNC, a sus directivas y al Departamento de Mercadeo por permitir este espacio para dar a conocer una de tantas actividades que se desarrollan en la Escuela de Medicina.

**** MD, Magíster Educación. Especialista en Salud Familiar. Profesor Agregado FUJNC. angela.hernandez@juanncorpas.edu.co



IX foro de Rectores(as) y Orientadores(as)

Ángela María Hernández P.⁺⁺⁺⁺



El lunes 19 de octubre de 2015 se realizó el IX foro de Rectores(as) y Orientadores(as), cuyo tema central fue "Experiencias exitosas en la prevención de riesgos psicosociales en adolescentes escolarizados". Ese día se contó con la exposición de los programas desarrollados en la Universidad Manuela Beltrán, Colegio Aníbal Fernández de Soto, Gonzalo Arango y Abraham Lincoln.



Al finalizar se realizó un conversatorio donde los diferentes participantes opinaron acerca de los programas expuestos y la necesidad de las entidades distritales para fortalecer ese tipo de iniciativas.

⁺⁺⁺⁺ MD, Magíster Educación. Especialista en Salud Familiar. Profesor Agregado FUJNC. angela.hernandez@juanncorpas.edu.co.



Un agradecimiento especial a la doctora Ana María Piñeros (Rectora de la FUJNC), quien con su apoyo incondicional hacia el Departamento de Medicina Comunitaria ha permitido que año tras año se desarrolle con éxito este foro.



Agradecemos, de igual forma, a la Dirección Local de Educación de Suba, su directora, doctora Magnolia Agudelo, a todos los participantes, docentes del Departamento de Medicina Comunitaria, docentes de la FUJNC y en especial al Doctor Juan Carlos González, director del Departamento de Medicina Comunitaria, quien con su entusiasmo y dedicación ha permitido que encuentros como estos fortalezcan los lazos con los colegios distritales y privados de la localidad.



Carta Comunitaria

ISSN 0123-1588

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

Coeditores:

Jenny Pinzón R.

William Buitrago

Colaboradores:

Luisa Noguera

Gonzalo Bernal F.

Gabriel Sáenz

José Gabriel Bustillo P.

Carlo Rizzi

Guillermo Restrepo Ch.

Mario Villegas N.

Juan Carlos Velásquez

Docentes Departamento de Medicina Comunitaria