



CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina de la Comunidad

Salud Mental
Comunitaria

Nuestro
Invitado

Carta de
lectores

Caso
Clínico

Salud
Pública

Medicina
Familiar

Medicinas
Alternativas

Noti Comunitaria

Revisión
de
artículo

Investigación

sobre
Medicamentos

La Lección
de Medicina

Bioética y
Ecología

Pedagogía

El peregrino
que toca

Seguridad Social

25
AÑOS



TABLA DE CONTENIDO

EDITORIAL

25 años de la Carta Comunitaria

Juan Carlos González Q.

INVESTIGACIÓN

Relación entre nivel nutricional e índice de masa corporal en población adolescente

Andrea Caballero N., María Fernanda Casas, Laura Camargo V., Luz Estefanía Betancur C., Elizabeth Jaramillo.
Tutor: Juan Carlos González Q. Colaboración: Jenny Pinzón.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Necesidad de la Atención Primaria y de la Medicina y/o Salud Familiar

Guillermo Restrepo Ch., Juan Carlos González Q.

SEGURIDAD SOCIAL

Recurso subvalorado

Juan Carlos González Q.

SALUD PÚBLICA

El salubrista en Colombia: Un recorrido a la memoria

Guillermo Restrepo Ch.

CASO CLÍNICO

Caso de tuberculosis cavernomatosa bacilífera como posible indicador de crisis social en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

Mario Villegas N.

SALUD MENTAL COMUNITARIA

Identificación de la salud mental en adolescentes y su relación con la familia

Karen Eliana Acevedo García, María Lorena Alfonso Pisco, Natalia A. Arévalo Quintero, Daniela Arias Lizcano, Henry Jared Beltrán,
Juan Sebastián Betancur Castro, Edwin Reinel Cadena Ortiz.
Tutor: Juan Carlos González Q. Colaboración: Jenny Pinzón.

REVISIÓN DE ARTÍCULO

A propósito de la vacuna del VPH

Jairo Echeverry Raad

NUESTRO INVITADO

¿Sabemos qué son los cuidados paliativos?

Luz Marina Cano Molano

BIOÉTICA Y ECOLOGÍA

La tragedia de los campos comunales

Juan Carlos González Q.

SOBRE MEDICAMENTOS

Usando la vacuna del VPH para entender el concepto riesgo/beneficio

EL PEREGRINO QUE TOCA

El valor del trabajo

Gabriel Sáenz

NOTICOMUNITARIA

Actividades que nos acercan a la comunidad

Beselink Quesada N., Karol Guzmán.





Editorial

25 AÑOS DE LA CARTA COMUNITARIA

Juan Carlos González Quiñones[‡]



Con este número celebramos los 25 años de la *Carta Comunitaria* y, de esta sección editorial, cuya dirección ha sido motivar con temas en torno a nuestra facultad de Medicina. La llegada de la plataforma OJS ha hecho posible uno de los anhelos de esta publicación, como lo es el estar disponible para quienes quieran y de forma permanente. Por hacer esto posible, es importante mencionar a la persona que mayor esfuerzo operativo ha hecho en los últimos 15 años: la ingeniera Jenny Pinzón. Ella ha sido responsable de diseñar y corregir en primera instancia cada número de esta publicación. También ella ha querido aportar a través de la traducción y resumen de artículos que hemos considerado claves para transmitir. Pero, además, y gracias a esas habilidades naturales, ha sido la encargada del paso a la plataforma. A ella, toda la gratitud y reconocimiento.

Un apoyo sostenido y de gran valía nos lo ha ofrecido la doctora Luisa Noguera Arrieta, quien ha asumido la ardua tarea de las correcciones gramaticales. Con paciencia y sapiencia nos revisa cada número. A ella nuestra gratitud. A nuestro diácono Gabriel Sáenz, que hace ya poco más de

cinco años que nos propuso tener una sección y que jamás nos ha fallado. Ellos han sido los incondicionales de esta publicación en los últimos cinco años. Pero tenemos otros aliados a quienes debemos agradecer. El doctor Mario Villegas Neira, que nos cuenta con mucha frecuencia esos sorprendentes casos de su diario vivir. El doctor William Buitrago G. con sus correcciones y diseños. Nuestro profesor Guillermo Restrepo CHavarriga, un comentarista constante acerca de nuestro sistema de salud. El doctor Carlo Rizzi que desde siempre nos ha hecho importantes reflexiones. El doctor Gonzalo Bernal, un docente impecable. El profesor Jairo Echeverry Raad con las inquietudes que nos plantea ("el trompo en la uña"). La doctora María Lucía Iregui y el doctor Jaime Ronderos, quienes además de otorgarnos interesantes enfoques de la Medicina familiar rural, han asumido la labor de motivación leyendo previamente cada número de la revista. Los doctores José Gabriel Bustillo y Víctor Hugo Forero con sus revisiones y, por supuesto, los maravillosos docentes del Departamento de Medicina Comunitaria que nos cuentan y describen su actuar al interior de la comunidad en cada número.

[‡] MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC- juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

Dos objetivos hacen vivir a la *Carta Comunitaria*. El primero es estimular entre la comunidad académica de la Corpas a escritores que quieran contarnos su quehacer o enseñarnos a ver más allá y, el segundo, es convertirnos, a través de lo escrito, en referentes útiles para nuestros estudiantes y la comunidad que nos lea. Por eso hemos diversificado la *Carta Comunitaria* en tantísimas secciones donde esperamos que, de acuerdo a cada interés, surjan quienes nos cuenten y quienes nos lean y, les sea útil a ambos. Hemos escogido un diseño donde lo escrito se acompaña de imágenes esperando así mejorar la trasmisión de los mensajes.

¿Hacia dónde vamos? Pretendemos convertirnos en un medio de comunicación que promueva la concepción social de la Medicina hoy por hoy, a través del fomento de la Atención

Primaria en Salud y de la Medicina Familiar. Quisiéramos que lo que se escriba en la revista, sea original, transcrito o resumido de otros escritos; sea siempre un llamado a hacer de la Medicina y la salud saberes más cercanos a nuestro prójimo, en especial a los más vulnerables. Nuestro mayor reto es, y será, lograr la vinculación permanente de la comunidad académica en la construcción de esta publicación y, el convertirnos en referentes dentro de la misma.

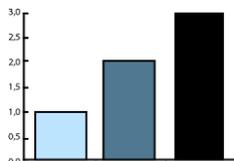
Como una forma de contribuir con la divulgación de los temas publicados en la plataforma OJS, en este número hemos colocado, en cada sección, el índice correspondiente con los enlaces de acceso.

Los invitamos a leerlos...

Índice de las editoriales publicadas de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Por la reacreditación de la facultad de Medicina.	Juan Carlos González Quiñones	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://goo.gl/PV37ko
Hacia dónde debe ir el Departamento de Medicina Comunitaria de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas.	Juan Carlos González Quiñones	Vol. 23, Núm. 133 (2015)	https://goo.gl/aHvGU3
Algunos no merecemos estar aquí.	Paula T. Martínez G., Giselle Pérez	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	https://goo.gl/E8xvG6
Una mirada a la Medicina Familiar desde un rincón de la Corpas.	Francisco Hernández	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://goo.gl/F1iKPF
El médico y un modelo de salud.	Guillermo Restrepo Chavarriaga	Vol. 24, Núm. 137 (2016)	https://goo.gl/dBhnqq
Por la utopía de la formación de médicos generales integrales y de calidad en un sistema sanitario paradójico.	Jairo Echeverry Raad	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://goo.gl/qkX73n
"La educación médica. Es posible cambiarla".	Juan Carlos González Quiñones	Vol. 24, Núm. 139 (2016)	https://goo.gl/gorkhb
Cómo sueño que debe ser un departamento de Medicina Comunitaria.	Juan Carlos González Quiñones	Vol. 24, Núm. 140 (2016)	https://goo.gl/EFxwHQ
Por la reacreditación.	Juan Carlos González Quiñones	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://goo.gl/KWSEP7
22 Años: ¡Vientos de cambio!	Juan Carlos González Quiñones	Vol. 25, Núm. 142 (2017)	https://goo.gl/acpSjj
Buscando la identidad en la formación médica: La Corpas y su camino.	Juan Carlos González Quiñones	Vol. 25, Núm. 143 (2017)	https://goo.gl/jvBP1p
Cómo formar al médico en Colombia.	Juan Carlos González Quiñones	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://goo.gl/E4kNcR
El toque de un médico.	Juan Carlos González Quiñones	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://goo.gl/oyZkXT
El fin de las clases magistrales.	Juan Carlos González Quiñones	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://goo.gl/vSNT7s
Propuesta para la formación de un médico en el momento actual en Colombia, 2018.	Guillermo Restrepo Chavarriaga, Juan Carlos González Quiñones, Alonso Belalcázar Urrea, Martha Isabel Sarmiento Osorio, José Gabriel Bustillo Pereira.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://goo.gl/Y94odY
Acerca de la ley de las residencias médicas y nuestro programa.	Juan Carlos González Quiñones.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://goo.gl/PMWxiB
25 años de la Carta Comunitaria.	Juan Carlos González Quiñones.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	Este número.

+++++



Investigación

RELACIÓN ENTRE NIVEL NUTRICIONAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

RELATIONSHIP BETWEEN NUTRITIONAL LEVEL AND BODY MASS INDEX IN AN ADOLESCENT POPULATION

Andrea Caballero N., María Fernanda Casas, Laura Camargo V., Luz Estefanía Betancur C., Elizabeth Jaramillo. **
Tutor: Juan Carlos González Q. ††
Colaboración: Jenny Pinzón. ††



Resumen

Objetivo: Describir los conocimientos y la percepción en torno a la alimentación, así como el índice de masa corporal (IMC), de un grupo de adolescentes escolarizados de la ciudad de Bogotá y establecer si existe relación entre estos aspectos y el nivel nutricional.

Tipo de estudio: Observacional, de corte transversal.

Metodología: Se aplicó un cuestionario a 1554 adolescentes escolarizados entre 10 y 21 años de edad en Bogotá (Colombia), indagando variables sociodemográficas, conocimientos y percepción en torno a la alimentación. Se usó el *Test Krece Plus* para identificar el estado nutricional. Se compararon las variables estudiadas con el índice de masa corporal (IMC).

Resultados: La edad promedio de los adolescentes es de 14 años. El 61,7% está dentro del rango normal del IMC y el 66,2% tiene un nivel nutricional alto. Se encontró diferencia al comparar el nivel nutricional con la estructura familiar y con los jóvenes con edades entre los 16 y los 20 años. No se halló asociación entre el nivel nutricional y el IMC.

Conclusiones: Estudios como este permiten tener una visión aproximada del nivel nutricional de los adolescentes escolarizados y aportan herramientas para saber en qué aspectos intervenir para evitar futuros problemas relacionados con trastornos de alimentación que afecten la calidad de vida.

Palabras clave: Adolescente, conducta alimentaria, estado nutricional, encuestas nutricionales, índice de masa corporal.

Abstract

Objectives: To describe knowledge and perceptions about diet as well as the body mass index (BMI) of a high-school teenagers group of Bogotá. To establish the relationship between these aspects and the nutritional level.

Type of study: Descriptive cross-sectional study.

Methodology: It was applied a questionnaire to 1554 high-school teenagers from Bogotá whose ages ranged between 10 and 21 years. The questionnaire inquired about sociodemographic variables, knowledge and perceptions concerning their diet. The *Krece Plus Test* was used in order to identify the nutritional level. Studied variables were compared with the body mass index.

Results: Average age is 14 years old. The 61,7 % is in BMI normal range and the 66,2 % presented a high nutritional level. Statistic difference was found when comparing nutritional level with both the family structure and the range of ages between 16 and 20 years old. There was not association between nutritional level and BMI.

Conclusions: Studies like this allow having an approximate vision of the nutritional level of high-school teenagers. Likewise, they provide tools to know in which aspects to intervene in order to avoid future problems related to eating disorders that affect the quality of life.

Keywords: Adolescent, feeding behavior, nutritional status, nutrition surveys, body mass index.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia



Imagen tomada de: <https://goo.gl/DHta84>

Es el período que comprende la transición de la infancia a la vida adulta (1). Se inicia generalmente entre los 8 y 11 años en las niñas y, entre los 10 y hasta 14 años en los niños, cuando empiezan a aparecer los caracteres sexuales y otros signos de la pubertad (2) y termina alrededor de los 20 años cuando cesa el crecimiento biológico y la maduración psicosocial (3). Se caracteriza por importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales (4).

** Estudiantes VII semestre 2018 – Facultad de Medicina FUJNC.

†† MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC–
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

‡‡ Coeditora Carta Comunitaria.



¿Qué pasa durante esta etapa?

En cuanto al desarrollo físico, los cambios incluyen la aparición de características propias de pubertad como el vello, distribución de la masa corporal, crecimiento peneano y testicular en los niños y, en las niñas, la aparición de la menarquia y el desarrollo de las glándulas mamarias (1, 2, 3). Se produce hasta un 45 % del crecimiento esquelético y de un 15 % a un 25 % de la estatura; asimismo, se puede acumular hasta un 37 % de la masa ósea total (5). Estos cambios implican un aumento de las demandas energéticas y, por tanto, de las necesidades nutricionales, debido a la

gran cantidad de reacciones químicas que tienen lugar durante el crecimiento (2, 6, 7).

Debido a la importante ganancia de talla y peso durante esta etapa, es usual que los adolescentes den mucha atención a su imagen corporal y a cómo los ven los demás, por esto son muy sensibles a los mensajes de publicidad, a la opinión de otros, a la imagen de los personajes populares, a su entorno familiar y escolar, etc. (7), condicionando así factores de riesgo trascendentales, entre estos la alimentación.

Respecto al desarrollo neurológico, cognitivo y psicosocial, el adolescente aprende a pensar de manera lógica y abstracta y a tomar decisiones razonables (1, 3, 7). Se produce un gran desarrollo neuronal y se fortalece la neuroplasticidad (9), demostrados por la capacidad de razonamiento deductivo y de resolución de problemas, así como una mayor autorregulación (10). Sin embargo, las actividades asociadas con las funciones ejecutivas (como planificar, priorizar y controlar impulsos) no se dominan totalmente; el adolescente es capaz de pensar las consecuencias de sus actos, pero es susceptible a factores emocionales y/o sociales y, por tanto, es vulnerable a tomar malas decisiones (7) que, en el contexto de este trabajo, se verían reflejadas en malos hábitos alimentarios conducentes a trastornos como la anorexia, la bulimia y el sobrepeso u obesidad, los cuales predisponen en la vida adulta a desarrollar múltiples enfermedades crónicas (4).



Imagen tomada de: <https://goo.gl/BiksgQ>

Alimentación y adolescencia



Imagen tomada de: <https://goo.gl/u6XNU1>

Los hábitos alimentarios de la población adolescente, al igual que los de gran parte de la población, se han modificado de manera negativa. Sin duda, la denominada "comida chatarra" tan publicitada ha sido determinante de ello (6). Situación que ha traído como consecuencia la aparición temprana de

riesgos de enfermedades como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, cáncer, artritis, etc. y la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria en esta etapa de la vida (11).

¿Qué es la nutrición?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la nutrición como la "ingesta de alimentos relacionada con las necesidades del organismo" (12). Una alimentación adecuada permite que las células incorporen los materiales necesarios para producir energía, esto garantiza un aporte calórico ideal para el buen funcionamiento corporal.

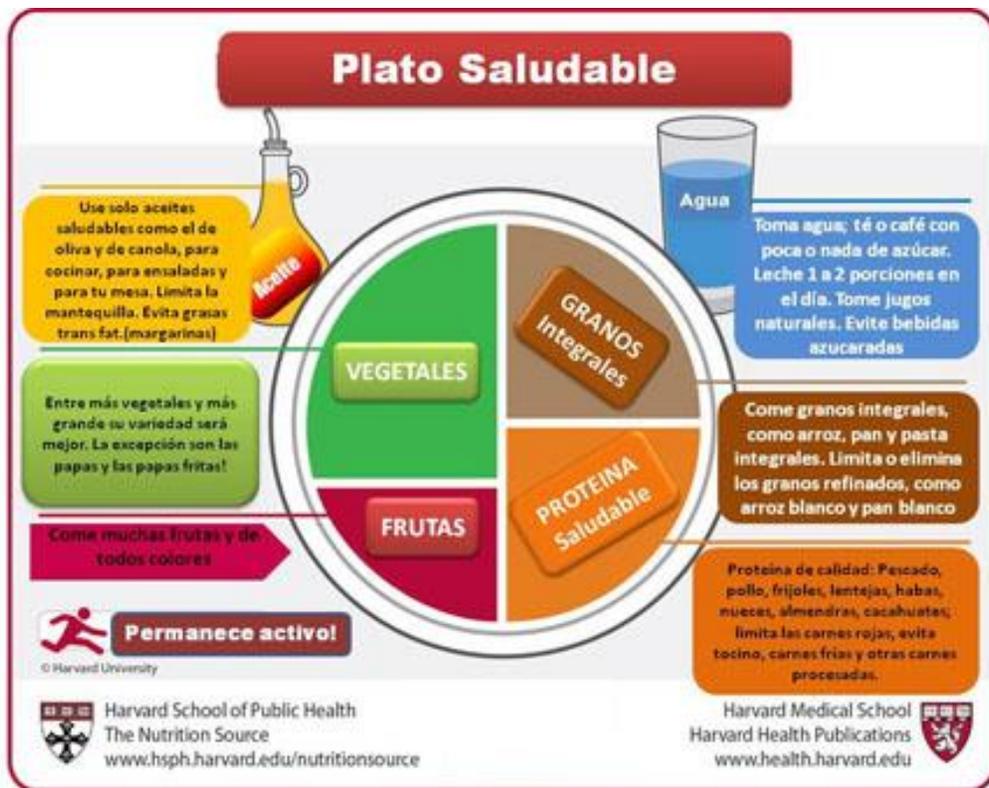


Imagen tomada de: <https://goo.gl/or4YLd>

Hábitos

Una alimentación equilibrada, tanto para un adolescente como para cualquier otra persona, es imprescindible para conseguir un óptimo estado de salud. Es importante iniciar el día con un desayuno completo. Por ser este una fuente importante de energía y nutrientes, contribuye a un mayor rendimiento físico e intelectual, especialmente en la adolescencia, etapa de constante aprendizaje. Algunos jóvenes, incluso, demandan más energía porque practican algún deporte, sea para ocupar su tiempo libre o simplemente como pasatiempo. Desayunar de manera saludable, y a diario, ayuda a una mejor distribución de las calorías a lo largo del día y, por ende, al mantenimiento del peso (13).

Se recomienda tomar de 5 a 6 comidas al día para no tener períodos de ayuno y que la mayor parte de los alimentos se consuman en las primeras horas; es decir, son convenientes un buen desayuno y un buen almuerzo, mientras que la cena debe ser ligera (6) De esta manera se puede controlar el peso, lograr mayor rendimiento y tener un estado nutricional y de salud adecuados. Se ha relacionado un mayor riesgo de obesidad con ingerir desayunos deficientes (14).



Un almuerzo balanceado y acorde con las necesidades energéticas incluye hidratos de carbono (pasta, arroz, legumbres o papas) y alimento proteico (carne, pollo, pescado o huevo). De igual forma, se considera beneficiosa una ración de azúcar o postre, es conveniente que sean de fruta fresca, sobre todo si no hay ensalada en la comida (6).

Entonces...

La evaluación del estado nutricional de un individuo consiste en determinar el estado de salud y bienestar a partir de su nutrición, la cual depende del grado de las necesidades fisiológicas, biológicas y metabólicas de cada ser humano. Navarro (15) relaciona el aumento de la prevalencia de

Sin duda, la familia ejerce gran influencia sobre las creencias, prácticas alimentarias y selección y consumo de alimentos. Los amigos, el colegio y los medios de comunicación, igualmente influyen en los hábitos de alimentación. Como lo refiere Osorio (6), "en la adolescencia se adquieren y se afianzan comportamientos alimentarios que resultan de la interacción con el contexto sociocultural".

enfermedades crónicas en Colombia, y en el mundo occidental en general, con "el mantenimiento de hábitos nutricionales inadecuados" como la omisión del desayuno, la reducida ingesta semanal de pescado, el bajo consumo diario de verduras frescas o cocinadas y el consumo de golosinas.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/IT3SxH>

Un indicador ampliamente aceptado para evaluar el estado nutricional de una persona es el índice de masa corporal (IMC), definido como el peso en kilogramos dividido por la talla en metros cuadrados, (IMC = peso en kg / altura en metros al cuadrado). El IMC se correlaciona con la grasa

corporal (tejido adiposo). Su relación varía con la edad y el género. Se clasifica en estas categorías: por debajo de 18,5 (bajo peso); 18,5-24,9 (normal); 25,0-29,9 (sobrepeso); 30,0-34,9 (obesidad tipo I); 35,0-39,9 (obesidad tipo II) y, 40,0 y superior (obesidad tipo III) (16, 17).

Problemática actual

Múltiples estudios muestran una realidad preocupante relacionada con el aumento de casos de sobrepeso, obesidad o desnutrición, reflejando una disminución en la preocupación respecto a la forma de alimentarse por parte del adolescente y el descuido (ya sea por falta de tiempo o de interés) de sus padres (8).



De acuerdo con la última encuesta de la situación nutricional en Colombia y el *Report Card* el 13,4 % de los niños presentan exceso de peso y, el 4,1 % de los adolescentes, son obesos. Diariamente en Colombia el 22,1 % de la población que está entre los 5 y los 17 años, es decir, 1 de cada 5 personas, consumen bebidas gaseosas, refrescos y 1 de cada 7 personas consume alimentos de paquete (16).

Es interesante que Cediell (18) menciona estudios que han encontrado una relación inversa entre el exceso de grasa corporal y el déficit de nutrientes como hierro, zinc, calcio, sodio y vitaminas. Alude, además, a las investigaciones que se están llevando a cabo sobre los efectos de la malnutrición por déficit o exceso durante el crecimiento, comentando cómo "la ganancia excesiva de peso en edades tempranas se relaciona con un aumento en la prevalencia de hiperinsulinemia, colesterol total, LDL y triglicéridos", siendo estos factores claramente determinantes en el desarrollo de enfermedades crónicas y cardiovasculares.

En Colombia, se han venido ejecutando programas de seguridad alimentaria y nutricional a nivel de departamentos, dentro de los que destacan, Bogotá, con su programa "Bogotá sin hambre", Antioquia con el programa "Mejoramiento alimentario y nutricional de Antioquia" y, recientemente, el Cauca con el programa "Cauca sin hambre", enfocados en el análisis del impacto social y económico de la desnutrición en infantes y adolescentes (19).

Por ello...

Del panorama antes descrito, surge la inquietud de investigar qué comen los adolescentes en los colegios por ser el lugar donde pasan gran parte de su tiempo y, además, donde, en general, tienen libertad para elegir sus alimentos. El objetivo es generar un diagnóstico del nivel nutricional del adolescente y la exposición que tiene a este factor de riesgo psicosocial y, a partir de la discusión de los resultados, motivar propuestas de intervención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio observacional, de corte transversal realizado durante el segundo semestre de 2017 y el primero de 2018.

Población: Adolescentes, con edades que oscilaron entre los 10 y los 20 años, vinculados a colegios públicos o privados

en la ciudad de Bogotá y que cursaban bachillerato. El único criterio de inclusión fue que pertenecieran a una de estas instituciones educativas y que quisieran hacer parte del proyecto.



Manejo ético: Se contactó a las directivas de los colegios seleccionados y se informó por escrito el objetivo del proyecto, asegurando el manejo confidencial de la información recolectada y su uso exclusivo para el análisis de la población. El colegio se encargó de obtener el consentimiento de los padres. Después de aprobada la visita en los horarios dispuestos, se informó a los profesores y estudiantes de cada curso el propósito del estudio. Por último, los investigadores se comprometieron a entregar a cada colegio un informe con los hallazgos de la comunidad estudiantil respectiva.

Instrumento: Se realizó una encuesta de 27 preguntas que incluían las características sociodemográficas de la población, la percepción hacia una adecuada alimentación y el *test de Krece Plus* (20) para evaluar el riesgo nutricional.

Variables

Sociodemográficas: edad, sexo, estrato, tipo de colegio en el que estudia (público o privado); variables en torno a la familia, peso, talla (para evaluar el IMC) y, variables psicosociales, como la percepción del ánimo.

Conocimientos y percepción en torno a la alimentación: Se indagó acerca de la percepción de los jóvenes frente a su alimentación, con preguntas como "¿Conoce los beneficios de una alimentación sana?", "¿Cree que usted se alimenta de una forma adecuada?", "¿Considera que hay relación entre la alimentación y la aparición de enfermedades?" y, "¿Ha recibido información acerca de una alimentación adecuada?".

Prácticas de alimentación: Se investigó acerca de las prácticas y hábitos alimentarios de los jóvenes utilizando el

cuestionario *Krece Plus* compuesto por 16 preguntas que entregan un balance del nivel nutricional en términos globales ("¿Normalmente desayuna?", "¿Desayuna un lácteo?", "¿Desayuna un cereal o derivado?", "¿Desayuna productos de panadería?", "¿Consume una fruta o zumo todos los días?", "¿Toma un segundo lácteo a lo largo del día?", "¿Consume verduras frescas o cocidas una vez al día?", "¿Consume verduras más de una vez al día?", "¿Consume pescado con regularidad?", "¿Consume una vez o más a la semana comidas rápidas?", "¿Toma bebidas alcohólicas una vez a la semana o más?", "¿Consume granos una vez a la semana o más?", "¿Come golosinas varias veces al día?", "¿Come papa o arroz más de cinco veces a la semana?" y, "¿Utilizan aceite de oliva en su casa?"). Este cuestionario fue elaborado y avalado dentro de un estudio denominado *Estudio enKid* (20, 21, 22). Cada respuesta tiene una valoración de +1 o -1. Si el puntaje obtenido se interpreta como nivel nutricional muy bajo (menor o igual a 5), conviene corregir urgentemente los hábitos alimentarios; si se clasifica como nivel nutricional medio (de 6 a 8), es necesario introducir unas mejoras en la alimentación; y, si es mayor o igual a 9, se considera como nivel nutricional alto.

Manejo estadístico: La información se tabuló en el programa Excel para obtener las frecuencias de las variables y calcular los puntajes que miden el nivel nutricional basado en la escala de *Krece Plus*. Se usó el programa Epi Info para comparar los jóvenes con nivel nutricional alto, regular y bajo con el IMC. Se obtuvieron los OR y los resultados de la prueba *p* de estas comparaciones.

RESULTADOS

El promedio de edad es de 14 años (DS ±2,04) con una moda de 12 años y una mediana de 14 años.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes de siete colegios de Bogotá, 2017.

VARIABLE	Nº	%
Rangos de edad		
10-12	418	26,9
13-15	728	46,9
16-18	384	24,7
19-20	24	1,5
Género		
Hombre	821	52,8
Mujer	733	47,2
Estrato		
1 y 2	209	13,5
3 y 4	1243	80,0
5 y 6	102	6,6
Estructura familiar		
Papá y mamá	870	56,1
Falta uno de los padres	447	28,8
Papá, mamá y otros	167	10,8
Padraastro y/o madrastra	23	1,5
Sin papá y mamá (otros)	34	2,2
Vive solo	10	0,6
Colegio		
Privado	1186	76,3
Público	368	23,7
Percepción de ánimo		
Feliz	581	37,6
Normal	872	56,5
Triste	91	5,9
IMC		
Bajo peso (<18,4)	406	34,6
Peso normal (18,5 - 24,9)	724	61,7
Sobrepeso (25-29,9)	37	3,2
Obesidad I (30-34,9)	5	0,4
Obesidad II (35-39,9)	1	0,1
Obesidad III (>= 40)	0	0,0



La mayoría de la población pertenece a los estratos 3 y 4 (tabla 1) y la estructura del hogar más prevalente es la nuclear (constituido por padre, madre e hijos). El 28,8 % son hogares donde falta uno de los padres (nuclear incompleto).

El 76 % de los encuestados pertenece a un colegio privado. La mayoría de los jóvenes tiene un IMC dentro del rango normal (61,7%), seguido del bajo peso (34 %) y del sobrepeso (3 %).

Tabla 2. Percepción de los conocimientos en torno a la alimentación, resultados del test *Krece Plus* y nivel nutricional de los adolescentes de siete colegios de Bogotá, 2017.

VARIABLE	Nº	%
Sí conoce los beneficios de una alimentación sana.	1435	92,3
Sí cree que se alimenta de una forma adecuada.	973	62,6
Sí considera que hay relación entre la alimentación y la aparición de enfermedades.	1310	84,3
Sí ha recibido información acerca de una alimentación adecuada.	1247	80,2
Test Krece Plus		
Sí desayuna normalmente.	1378	88,7
Sí desayuna un lácteo (leche, yogurt, etc.).	1238	79,7
Sí desayuna un cereal o derivado (avena, trigo, maíz, etc.).	945	60,8
Sí desayuna productos de panadería y pastelería.	1050	67,6
Sí consume una fruta o zumo todos los días.	1040	66,9
Sí toma un segundo lácteo a lo largo del día.	888	57,1
Sí consume verduras frescas o cocinadas una vez al día.	1140	73,4
Sí consume verduras más de una vez al día.	600	38,6
Sí consume pescado con regularidad (2 o 3 veces por semana).	580	37,3
Sí consume una o más veces a la semana comidas rápidas.	803	51,7
Sí toma bebidas alcohólicas una vez a la semana o más.	350	22,5
Sí consume granos (frijol, arveja, etc.) una vez a la semana o más.	1417	91,2
Sí come golosinas varias veces al día.	964	62,0
Sí come papa o arroz más de cinco veces a la semana.	1331	85,7
Sí utilizan aceite de oliva en la casa.	960	61,8
Nivel nutricional		
Bajo (≤ 5)	62	4,0
Medio (de 6 a 8)	463	29,8
Alto (≥ 9)	1029	66,2

El 92 % de los jóvenes encuestados conoce los beneficios de una alimentación sana (tabla 2) y un 84 % de los adolescentes reconoce con certeza la relación de la alimentación con la aparición de enfermedades, pero el 37 % de los adolescentes

cree que no se alimenta de forma adecuada. La mayoría de los jóvenes encuestados percibe como alto su nivel nutricional (66 %) de acuerdo a la puntuación que arroja el test *Krece Plus* (tabla 2).

Tabla 3. Odds Ratios de jóvenes con nivel nutricional alto versus jóvenes con nivel nutricional bajo relacionado con variables demográficas y el IMC de adolescentes de siete colegios de Bogotá, 2017.

VARIABLE	Nivel nutricional alto		Nivel nutricional bajo		OR	LI	LS	Valor P
	Nº	%	Nº	%				
Género								
Mujer	483	31,1	25	40,3	1,3	0,8	2,2	0,3104000
Hombre	546	35,1	37	59,7				
Edad								
10-12	786	50,6	40	64,5	1,8	1,0	3,1	0,0340000
16-20	243	15,6	22	35,5				
Estrato								
3 y 4	829	53,4	51	82,3	1,2	0,6	2,4	0,6890000
1 y 2	126	8,1	9	14,5				
5 y 6	74	4,8	2	3,2	2,7	0,6	12,7	0,2016000
1 y 2	125	8,1	9	14,5				
5 y 6	74	4,8	2	3,2	2,3	0,5	9,5	0,2475000
3 y 4	829	53,4	51	82,3				
Colegio								
Privado	806	51,9	43	69,4	1,6	0,9	2,8	0,0986000
Público	223	14,4	19	30,7				
Estructura familiar								
Nuclear completa	622	40,1	29	46,8	2,0	1,1	3,4	0,0180000
Nuclear incompleta	252	16,3	23	37,1				
Nuclear extensa	116	7,5	3	4,8	1,8	0,5	6,0	0,3311000
Nuclear completa	622	40,1	29	46,8				
Nuclear completa	622	40,1	29	46,8	-	-	-	-
Reconstituida	12	0,8	0	0,0				
Nuclear completa	622	40,1	29	46,8	8,8	3,4	23,0	0,0000000
No parental (sin padre y madre)	17	1,1	7	11,3				
Nuclear completa	622	40,1	29	46,8	-	-	-	-
Unipersonal	8	0,5	0	0,0				
IMC								
Normal	482	41,1	33	73,3	1,8	0,9	3,6	0,0817000
Anormal	317	27,0	12	26,7				



La tabla 3 muestra la relación entre el nivel nutricional alto versus el bajo, comparados con algunas variables sociodemográficas y el IMC. Se encontró que las edades donde más se presenta riesgo nutricional se ubican entre los 16 y los 20 años. No se encontró asociación entre el nivel

nutricional con el IMC. Se observó una importante relación entre tener un nivel nutricional alto y pertenecer a una familia nuclear completa, comparado tanto con familia incompleta como con familia donde no están presentes los padres.

DISCUSIÓN

El principal sesgo que enfrenta este estudio es que los jóvenes no hayan contestado con la verdad, a pesar de haberles explicado, en el momento de la aplicación del instrumento, su carácter anónimo y voluntario. Puede estar presente y no se pudo calcular.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/svapXb>

Esta investigación, a diferencia de las revisadas, indica que, en la mayoría de los jóvenes, el nivel nutricional es alto (tabla 2); por ejemplo, en un estudio realizado en el mismo tipo de población, también en la ciudad de Bogotá entre 2014 y 2015, se encontró que más del 50 % de los jóvenes siguen una dieta de baja calidad (15). Asimismo, otra investigación realizada en Cantabria (España), durante los años 2010 y

2011, mostró que el 35 % de los jóvenes tenía un nivel nutricional bajo, mientras el 15 % un nivel nutricional alto (20). Y, otro estudio realizado en Almería (España), en 2011, reportó que el 41,3 % de los estudiantes tenía un nivel nutricional bajo y un 18 % nivel nutricional alto (23). Por supuesto que de esta investigación no se pueden hacer inferencias pues no se trabajó con muestras representativas.

Nutr Hosp 2016; 33(4):915-922 ISSN 0212-1611 - CODEN NUHOEG S.V.R. 318



Nutrición Hospitalaria



Trabajo Original

Epidemiología y dietética

Nivel y estado nutricional en niños y adolescentes de Bogotá, Colombia.

Estudio FUPRECOL

Profile of nutritional status of children and adolescents from Bogotá, Colombia. The FUPRECOL study

Carmen Flores Navarro-Pérez¹, Emilio González-Jiménez¹, Jacqueline Schmidt-RioValle¹, José Francisco Meneses-Echávez², Jorge Enrique Correa-Bautista³, María Correa-Rodríguez¹ y Robinson Ramírez-Vélez³

¹Departamento de Enfermería. Centro de Investigación Mente Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada. Melilla, España. ²Norwegian Centre for the Health Services in the Norwegian Institute. Oslo, Norway. ³Centro de Estudios en Medición de la Actividad Física (CEMA). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. Bogotá DC, Colombia

En torno a la pregunta de investigación, en este estudio se encontró que no hay relación estadísticamente significativa entre el IMC y el nivel nutricional (tabla 3), a diferencia de lo observado por Navarro en su trabajo sobre nivel y estado nutricional en niños y adolescentes de Bogotá (15) y, por López, en su investigación con adolescentes chilenos (24). En esta investigación, el hecho de no haber trabajado con una muestra representativa puede ayudar a explicar dicha diferencia.



Este estudio demostró una importante diferencia en el nivel nutricional al compararlo con la estructura familiar (nuclear completa versus incompleta y nuclear completa versus sin papá ni mamá, respectivamente). Este resultado fue similar al obtenido por López en su estudio "Estructura familiar y estado de nutrición en adolescentes de Sonora, México" (25). Domínguez argumenta que la familia juega un papel determinante en la generación de los hábitos y prácticas alimentarias; en la infancia los padres son los principales responsables de la transmisión de las pautas nutricionales, sea mediante modelos autoritarios o permisivos, para la elección de la comida de los niños, en cuanto al tipo, cantidad y horarios de alimentación saludables, siendo esto un factor importante para prevenir trastornos alimentarios (26).

Lo anterior puede explicar por qué los jóvenes con edades entre los 10 y los 15 años tienen un mejor nivel nutricional,

comparados con aquellos entre los 16 y los 20 años (tabla 3), ya que, a medida que los jóvenes van creciendo, van siendo más independientes en muchos aspectos, entre ellos la elección de los alimentos que consumen. Este resultado fue similar al obtenido por Navarro en su investigación en adolescentes bogotanos (15) y, al obtenido por De-Rufino (20), en su estudio con adolescentes escolarizados de Cantabria.

Se pudo establecer que no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (tabla 3), de seguro, y como es bien conocido en la actualidad, la preocupación por la imagen corporal es similar para ambos sexos, y es, principalmente, influenciada por los medios de comunicación (27).



Imagen tomada de: <https://goo.gl/XQEuBS>

También se encontró en los resultados que no hay diferencia entre el nivel nutricional y el estrato socioeconómico; una de las probables razones de esto, puede ser que los colegios de todos los estratos cuentan con tiendas escolares donde los alimentos que se venden son similares. Un estudio realizado en la ciudad de Tunja mostró que el 100 % de las tiendas escolares de los colegios encuestados ofrecía alimentos y productos empaquetados, dulces, bebidas azucaradas o similares. Los jugos procesados se hallaron en el 91,6 % de

las tiendas escolares, las paletas y empanadas en el 58,3 % y las gaseosas en el 50 %. Las frutas o verduras no se ofrecían en ninguna de las tiendas estudiadas (28). Tomando en cuenta el estudio efectuado en Tunja (28), se puede pensar que la situación de Bogotá es muy similar y eso explicaría que no se hayan encontrado diferencias entre un estrato y otro. Si esta situación es generalizada, como se intuye, es necesario hacer una intervención que fomente la buena alimentación en los colegios.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/UVNK8D>

Investigaciones como esta son sencillas de hacer y de interpretar por lo que se propone que se realicen de forma rutinaria en todos los colegios. Ello puede dar pie a reforzar las buenas prácticas nutricionales. Con ese propósito, se entregó el informe respectivo a los colegios participantes. Aunque los resultados del estudio no arrojaron datos alarmantes, sí permiten hacer propuestas que son realmente importantes dada la repercusión que tiene la alimentación de los adolescentes en su vida adulta.

Agradecimientos

A las directivas de los colegios visitados por permitir la realización de la investigación y, de manera especial, al doctor Juan Carlos González por ser tutor y guía desde el inicio del proyecto.

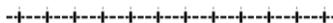
REFERENCIAS

- (1) Corral L, Pabón M. Alimentación en adolescentes. SEGHP-AEP. 2009; 75(5):307-312.
- (2) Martín S, Marcos, E. La nutrición del adolescente. Hábitos saludables. Farmacia profesional. 2008; 22(10):42-47.
- (3) Holland-Hall, Burstein, G. Desarrollo en la adolescencia. Medicina de la adolescencia. Nelson, Tratado de Pediatría. 20ª Ed. España: 2016 p. 969-980.
- (4) Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista Chilena de Pediatría. 2015; 86(6):436-43.
- (5) WHO. Nutrition in Adolescence: Issues and Challenges for the Health Sector. Issues in Adolescent Health and Development. Disponible en: <https://goo.gl/sZzjH>
- (6) Osorio O, Amaya M. La alimentación de los adolescentes: el lugar y la compañía determinan las prácticas alimentarias. Aquichan. 2011; 11(2): 199-216.
- (7) Hazen E, Abrams A, Mueriel A. Desarrollo del niño, del adolescente y del adulto. Tratado de Psiquiatría Clínica. Massachusetts General Hospital. 2ª Ed. Elsevier: España. 2018; 5, p: 47-61.
- (8) Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezeih AC, et al. Adolescence: A Foundation for Future Health. The Lancet. Abril de 2012;379(9826):1630-40.
- (9) Holder MK, Blaustein JD. Puberty and Adolescence as a Time of Vulnerability to Stressors that Alter Neurobehavioral Processes. Frontiers in Neuroendocrinology. Enero de 2014; 35(1):89-110.
- (10) Chulani VL, Gordon LP. Adolescent Growth and Development. Primary Care: Clinics in Office Practice. Septiembre de 2014;41(3):465-87.
- (11) Universidad de Antioquia, Hurtado C, Mejía C et al. Malnutrición por exceso y déficit en niños, niñas y adolescentes, Antioquia, 2015. Rev Fac Nac Salud Pública. Febrero de 2017; 35(1):58-70.
- (12) Organización Mundial de la Salud. (2018). Nutrición. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- (13) Bernal L, Serna I. Guía de nutrición y alimentación saludable en el adolescente. Ayuntamiento de Valencia, consejería de salud. 2008:1-46.
- (14) Carbajal A, Pinto JA. Nutrición y Salud. El desayuno saludable. Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://goo.gl/DWosbz>
- (15) Navarro C, González E, Schmidt J, Meneses JF, Correa JE, Correa M, et al. Nivel y estado nutricional en niños y adolescentes de Bogotá, Colombia. Estudio FUPRECOL. Nutr Hosp. 19 de julio de 2016; 33(4):392.
- (16) Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (2017). Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/>
- (17) Álamo A, González A, González M. Obesidad. Fisterra. Endocrinología y Nutrición. 2014; p. 55-62.
- (18) Cediel G, Castaño E, Gaitán D. Doble carga de malnutrición durante el crecimiento: ¿Una realidad latente en Colombia? Rev Salud Pública. 7 de octubre de 2016; 18(4):656.
- (19) Ortega RA, Chito DM. An assessment of the Nutritional Status of a School-aged Population from Argelia, Colombia. Rev Salud Pública Bogotá, Colombia. Agosto de 2014; 16(4):547-59.
- (20) De-Rufino PM. Evaluación del riesgo nutricional de los adolescentes escolarizados en Cantabria. Nutrición Hospitalaria. 1 de marzo de 2014; (3):652-657.
- (21) Correa M, Gutiérrez, JA, Martínez, JM. Hábitos alimentarios y de actividad física en escolares de la provincia de Granada. NURE Inv. 2013, 10(67):1-8.
- (22) Latorre P, Mora D, García F. Prácticas de alimentación, actividad física y condición física de niños preescolares españoles. Influencia de variables sociodemográficas. Arch Argent Pediatr. 2016; 114(5):441-447.
- (23) González E, Cañadas G, Fernández R, Cañadas G. Analysis of the Life-style and Dietary Habits of a Population of Adolescents. Nutr Hosp. 2013; 28(6):1937-1942.
- (24) López P, Olivares P, Almonacid A, Gómez R, Cossio M, García, J. Association between Dietary Habits and the Presence of Overweight/Obesity in a Sample of 21,385 Chilean Adolescents. Nutr Hosp. 2015; 31(5):2088-2094.
- (25) López C, López A, González R, Brito O, Rosales E, Palomares G. Estructura familiar y estado de nutrición en adolescentes de Sonora, México. Rev Med Chile. 2016; 144:181-187.
- (26) Domínguez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) Chile.
- (27) Vaquero R. Imagen Corporal. Revisión Bibliográfica. Nutrición Hospitalaria. 2013; (1):27-35.
- (28) Velandia NY, Cárdenas LM, Agudelo NA. ¿Qué ofrecen las tiendas escolares y qué consumen los estudiantes durante el descanso? Estudio en la ciudad de Tunja, 2009. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2011; July [cited 2018 May 20]; 16(1):99-109.



Índice de las investigaciones publicadas de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Estudio microbiológico del reúso y esterilización de limas endodónticas como práctica segura.	Ruth Yamile Gómez, Diana Marcela Rivera G.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://goo.gl/Wyr6sc
¿Qué está ocurriendo con el estado de salud, en cuanto a morbilidad, de 380 adultos mayores de 60 años de la localidad de Suba de la ciudad de Bogotá desde el 2014 al 2015?	Rosa Isabel Castro C., Natalia Gómez A.	Vol. 23, Núm. 133 (2015)	https://goo.gl/YEcGck
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, Stefania Ibarra, Alejandra Jiménez, Diana Lara, Isabel León, Estefany Lizcano.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	https://goo.gl/mm1rhm
Investigación formativa en Medicina Comunitaria en 2015.	Juan Carlos González Q.		https://goo.gl/DBqorC
Cambios en el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la localidad de Suba entre los años 2010 y 2015.	Juan Carlos González Q., Andrés Felipe Blanco H., Juan Camilo Borrás A., Johandra Viviana Camacho L., Karen Andrea Camacho S., Diego Alexander Camargo V.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://goo.gl/zY2V1W
Percepción del proceso de quejas y reclamos en una facultad de Medicina.	Juan Carlos González Q., María Mónica Montaña R., Juan Camilo Morales P., Erika Moreno, Ada Luz Olmos C., Laura Lucía Ortiz V., Juanita Ovalle M., Diana Paola Ramírez P.		https://goo.gl/Wq9z8N
Descripción de la participación estudiantil en una facultad de Medicina de 2010 a 2013.	Juan Carlos González Q., Laura Katherine Masmela, Daniel Enrique Mesa P., Jessica Paola Mora R., Laura Manuela Murillo A., Mitndbaim Aelohim Parra M., Natalia Pérez, Ximena Andrea Pinedo E., Maurent Prieto, Angélica María Quintero.	Vol. 24, Núm. 137 (2016)	https://goo.gl/uuTRBD
Influencia del inicio de relaciones sexuales en comportamientos violentos en adolescentes de colegios públicos de la localidad de Suba.	Juan Carlos González Q., Carolina Mendoza V., Angie Stephanny Mojica R., Ana Fernanda Nicola Y.	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://goo.gl/58NsrC
Relación entre violencia, consumo de alcohol y tabaco en adolescentes escolarizados en Suba en 2010.	Juan Carlos González Q., María Alejandra Miranda M., Angie Lizeth Monroy M., Liliana Andrea Naranjo A.	Vol. 24, Núm. 139 (2016)	https://goo.gl/spRTXA
Diferencia de comportamientos violentos entre un colegio de estratos 4 y 5 y uno de estrato dos, Suba (Bogotá).	Jesús David Achury G., Marialy Ariza R., Luisa Fernanda Arrieta U., María Camila Balanta M., Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 140 (2016)	https://goo.gl/5qhV4D
Entre el idealismo mágico Y racionalismo positivista. Sobre la eficacia sanadora de las cadenas de oración.	Jairo Echeverry R.		https://goo.gl/tXqLEA
Diferencias de riesgos psicosociales entre dos colegios, uno estrato bajo y otro estrato alto.	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://goo.gl/US1g9B
Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá).	Juan Carlos González Q., Diana Carolina Martínez C., Sonia Gisela Martínez M, Jenny Pinzón.	Vol. 25, Núm. 143 (2017)	https://goo.gl/xDD1ke
Relación entre comportamientos de riesgo en sexualidad y familia en adolescentes escolarizados, 2015-2016.	Juan Carlos González Q., Luisa Fernanda Molano, Natalia Carolina Montes, Daniela Alejandra Moreno, Laura Camila Nova, Erika Daniela Olaya, Jenny Carolina Páez, Jenny Pinzón.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://goo.gl/U95a9S
Relación entre violencia, género y familia en adolescentes de instituciones educativas distritales de Suba, Bogotá.	Juan Carlos González Q., Nicolás Méndez V., Ana María Morales G., Angie Paola Murillo R., María Mercedes Pallares V., Juan Diego Paloma M., Jenny Pinzón.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://goo.gl/5hBUA9
Determinación de los comportamientos de sueño en una muestra por conveniencia de estudiantes de Medicina.	Juan Carlos González Q., Libi Leonor Niño M., Jennifer Lissetd Pachón A., Cambell Johanna Perea, Jenny Pinzón.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://goo.gl/EbuRcC
Relación entre género y conocimientos, actitudes y prácticas respecto al uso del condón en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá), 2016	Juan Carlos González Q., Daniela Katherin Morales D., Juan José Murcia G., Natalia Muñoz B., Daniela Ospina G., Laura Catalina Nossa C.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://goo.gl/f4A8TJ
Prevalencia de trastornos del sueño en niños y adolescentes.	Juan Carlos González Q., Geraldinne Acevedo R., Paula Dayanna Alarcón C., Ángela Mileidy Casas V., Glendy Ardila R, Julian David Bernal A., Javier Leonardo Avella R., Jenny Pinzón.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://goo.gl/4R2eLL
Relación entre el nivel nutricional e índice de masa corporal en población adolescente.	Andrea Caballero N., María Fernanda Casas, Laura Camargo V., Luz Estefanía Betancur C., Elizabeth Jaramillo. Juan Carlos González Q., Jenny Pinzón.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	Este número





Atención Primaria en Salud

NECESIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LA MEDICINA Y/O SALUD FAMILIAR

Guillermo Restrepo Ch.**, Juan Carlos González Q.§§

Hace ya ocho años, que comprometimos esta publicación con la Atención Primaria de Salud, (APS) procurando que, al menos un artículo, fuese referido a motivar su práctica. Se ha dedicado esta sección para cumplir con ello, combinándola con algunos artículos ubicados en la correspondiente a Seguridad Social. El artículo inicial en el que nos comprometimos es el que reproducimos a continuación para compartirlo con nuestros lectores, considerando que la virtualización de esta publicación tan solo abarca desde 2015. A lo mejor, los motiva tanto como a nosotros en su momento.



“Asiste adolescente (15 años) en puerperio y el neonato (2 meses) junto con la abuela (40 años). Es evaluada por la IPS de primer nivel, donde pesan, tallan el niño y la citan en un mes. A la adolescente, en 15 minutos le verifican condición del puerperio y la citan nuevamente en dos meses. Tanto en el caso de la adolescente como el de su hijo se cumplió con lo esperado según la norma para sus respectivas atenciones. La abuela del recién nacido ha asumido al nieto dentro de su esquema de seguridad social. Ella no sabe qué será de su hija; no sabe si estudiará, no sabe si la pareja de la joven asumirá su rol de cabeza de familia y teme mucho que su hija quede pronto en un nuevo embarazo. Pero no ha podido conversar con alguien... la joven está algo deprimida y desconcertada. Siente conflictos en torno a su futuro mezclados con la alegría por tener su hijo, pero no ha podido comentar con nadie ese sentir”. En la IPS les reclamaron por qué asistieron una semana después de la cita. Para poder asistir a la consulta la madre de la adolescente tuvo que pedir permiso en el trabajo

y cancelar el transporte de ida y de venida, resintiendo su precaria economía”.

Para empezar: Usted... ¿cree que estos pacientes recibieron lo que necesitaban? ¿Piensa que el servicio de salud a que tienen derecho les está ofreciendo lo que requieren? ¿Cree que el acceso para ellos está a su alcance? ¿Cree que quedaron algunos aspectos por cubrir en la atención? Al contestar estos interrogantes es probable que exista coincidencia en que falta aún algo (o mucho) para concebir ese servicio de salud como ideal. De seguro muy pocos servicios califican como óptimos y, en particular, en nuestro país que no es una excepción. Aún el mundo está lejos de la cobertura universal (que implica que cualquier persona en caso de necesitarlo pueda asistir) o con un acceso sencillo (poder asistir cuando se necesita de manera inmediata) y, en general, las quejas de aquellos que asisten son más frecuentes que las felicitaciones.

** Médico Cirujano. Magister Salud Pública. Profesor Emérito. Director Departamento de Planeación, FUJNC - guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co
§§ MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC- juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



Atención inversa. Las personas con más medios – cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores – son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen¹⁰. El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres¹¹ en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos^{12,13}.

Atención empobrecedora. Cuando la población carece de protección social y suele tener que pagar la atención de su propio bolsillo en los puntos de prestación de servicios, puede verse enfrentada a gastos catastróficos. Más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligadas a costear la atención sanitaria¹⁴.

Atención fragmentada y en proceso de fragmentación. La excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la excesiva focalización de muchos programas de control de enfermedades impiden que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas y que se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial¹⁵. Los servicios que prestan atención sanitaria a los pobres y los grupos marginados casi siempre están muy fragmentados y sufren una gran falta de recursos¹⁶; por otra parte, la ayuda al desarrollo a menudo acentúa esa fragmentación¹⁷.

Atención peligrosa. Cuando los sistemas no están diseñados adecuadamente y no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, se registran unas tasas altas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos y otros efectos negativos evitables, que constituyen una causa subestimada de mortalidad y mala salud¹⁸.

Recuadro 1 Cinco fallos comunes en la prestación de atención de salud



Orientación inadecuada de la atención. La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad^{19,20}. Al mismo tiempo, el sector de la salud carece de los conocimientos necesarios para mitigar las repercusiones negativas en la salud desde otros sectores y aprovechar todo lo que esos otros sectores puedan aportar a la salud²¹.

Tomado de: <http://www.who.int/whr/2008/es/>

Existe una inequidad a nivel de atención muy evidente, donde los más pobres reciben, si acaso, unos servicios fragmentados y que poco responden a sus reales necesidades, según el informe de la exdirectora de la OMS, Margaret Chan (1). Los pobres se ven obligados a financiar buena parte de la atención por la incapacidad de los sistemas sanitarios de atenderlos cuando lo requieren. Los servicios necesitan ser más sensibles en el sentido humano y los políticos se deben comprometer a garantizar servicios de calidad para sus gobernados (2). Tocando estos aspectos comienza el informe de la exdirectora de la OMS. La prestación de la salud a todo nivel (administradores, prestadores y pacientes) debe cambiar en cada país hacia reformas donde se tenga más en cuenta al enfermo (la persona). El cambio debe ocurrir hoy, y de seguro en 20 o 30 años, los beneficios los recibirán nuestros hijos.

¡Sin duda debemos cambiarlos...! Debemos cambiar el hecho de que exista población que no tiene acceso. Es posible que titularmente lo tengan, pero en la práctica no pueden asistir cuando lo necesitan. Es el caso de aquellos que pertenecen a uno u otro régimen y, por una u otra circunstancia (distancia, costos de transporte, retardos en las citas etc.), se atrasa su atención.

Se debe cambiar la atención dirigida a la enfermedad para reenfoclarla a los enfermos (personas). La enfermedad ha sido una construcción del hombre y, como tal, no existe (3); las personas sí y son ellas las que, según sus cambios biológicos expresan sus padecimientos de acuerdo a sus vivencias, trayendo un poderoso componente emocional.

LO FUNDAMENTAL

Relación que establezcan



Equipo primario



Primer Nivel



Creemos que se debe cambiar la actual manera (en la mayor parte del país) como se atiende, como se administra, como se conciben los servicios de salud y, que la Atención Primaria puede ser la respuesta y, con ella, el enfoque de la Medicina familiar.

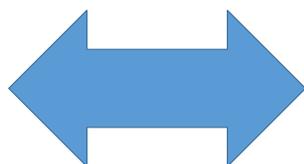


Atención Primaria... ¿a qué se refiere?



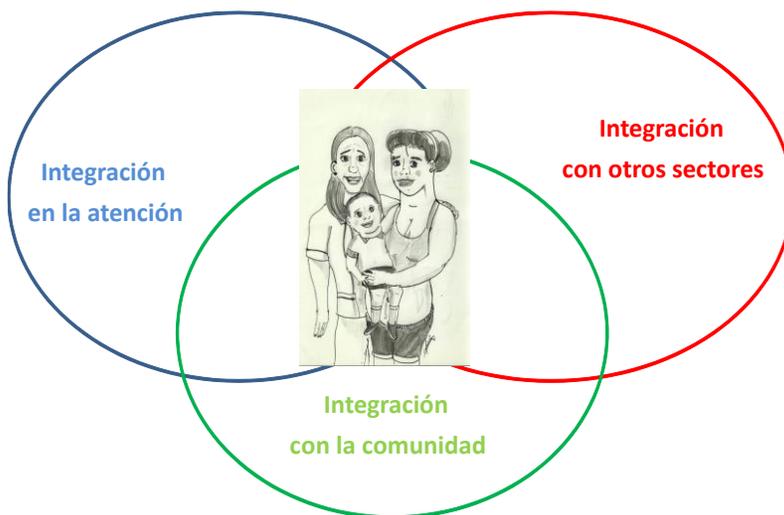
PRIMARY HEALTH CARE
USSR-ALMA-ATA 1978

<https://goo.gl/jyysc6>



<https://goo.gl/y6dKpS>

Este término ha sido, y es interpretado, de manera distinta lo cual determina una enorme confusión. Su origen puede estar situado hacia 1978 con la reunión de Alma Ata (4) por parte de la OMS (5). Allí se concretó, partiendo como una estrategia sanitaria que venía desarrollándose en numerosos países subdesarrollados y en la cual la **integración** fue uno de los principios claves concebida así:



- Integración entre los prestadores y las realidades del país. Así los prestadores se forman para ayudar a "su" población.
- Integración entre comunidad y prestadores a través de la educación. Así se hace un frente común contra los problemas de salud.
- Integración entre sector político, prestadores y comunidad a través de programas de nutrición (acceso a alimentos), vacunación y acceso a drogas para enfrentar las enfermedades prevalentes. Así surgen políticas que benefician a la población.

(Como se observa, el término de integración busca que al menos dos partes se unan y formen una).

El otro principio que se concretó fue el **acceso** de la población, particularmente aquella que más lo necesitaba dadas sus condiciones de pobreza. La correlación entre pobreza y enfermedad es evidente. Esta determinó un reconocimiento de las duras condiciones de esta población lo que, ulteriormente, daría las bases para identificar determinantes sociales de la salud (6) y planteó críticamente el asunto de la **inequidad** (7) en salud. Generó una serie de compromisos entre prestadores y población que dieron pie a la construcción de diseños o modelos de atención singulares y **humanizados**, queriendo decir con ellos que el contacto de los prestadores y la comunidad es intenso y comprometido.



Temas de actualidad / Current topics

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

Jaime Gofin¹ y Rosa Gofin¹

En los servicios de atención primaria ocurre el primer contacto entre las personas y los trabajadores de la salud. Sin embargo, las características de estos servicios, la gama de sus actividades, sus logros y su impacto en la salud de la población varían de un país a otro en función del sistema de servicios de salud y del contexto socioeconómico, cultural y político.



Por ejemplo, en el APOC (Atención Primaria Orientada a la Comunidad) (8), el conocimiento de la comunidad y el vínculo entre prestadores y una comunidad bien delimitada, es clave. La **educación** (promoción) se convirtió en piedra angular al ser usada para enseñarle a la comunidad cómo enfrentar sus enfermedades prevalentes, haciendo surgir el autocuidado

como un valor a fomentar dentro de la comunidad. Además, y como un elemento esencial, la Atención Primaria, se comprometió a dar lo mejor con los recursos que se tienen y acepta los saberes comunitarios que sean útiles en los procesos de salud y enfermedad (3).

Concepciones parcializadas de la Atención Primaria (9)

DE QUE SE PARTE:

Atención Primaria en Salud



“alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y económicamente productiva”.

Halfdan Mahler,

Los resultados en todos los países fueron tan notorios que dieron pie a cambios o diseños de políticas de salud hacia estos modelos creándose la denominación de **Atención Primaria de Salud (APS)** que fue por completo reconocida en la reunión de la OMS celebrada en la ciudad de Alma Ata en 1978 (4). Como se observa esta concepción es el resultado de éxitos que quedaron finalmente agrupados bajo el término. Sin embargo, y de seguro como resultado de su aplicación en países pobres, un pensamiento que se ha generalizado es el de creer que la Atención Primaria es solo para población deprimida económicamente (9). Esto no es así, aunque ciertamente se debe reconocer que la estrategia protege y contribuye a que los “pobres” y los que cuentan con más

recursos disminuyan sus diferencias en torno a la atención. Es decir, disminuye la **inequidad**.

Otra idea que se generalizó es considerarla como la puerta de entrada de los distintos modelos de prestación (9), es decir, como la consulta externa, para diferenciarla de la atención secundaria entendida como la remisión a la atención hospitalaria. Una vez más, el equívoco es pensar que solo es esto, pues no existe duda de que en la Atención Primaria la consulta externa, por ser la puerta de entrada al sistema sanitario, resulta particularmente importante, siendo, por ende, una de las áreas de mayor énfasis en la concepción de los servicios de salud enfocados con esta estrategia.



De todo esto surge, según Starfield en su texto (8), el concebir a la Atención Primaria como un **conjunto de actividades**, como un **nivel de atención** (complejidad), como una **estrategia organizativa** de atención y como una **filosofía** que impregna la atención en salud, siendo todas parcialmente válidas y solo integradas en un "todo" por completo real (el todo es mayor que la suma de las partes).

De todo lo anterior puede quedar claro que la **Atención Primaria de Salud** es una estrategia basada en unos principios y con una diversidad enorme de presentaciones. Lo importante son y serán los principios y su cumplimiento. ¿Cuáles son? Repitémoslo otra vez:



Imagen tomada de: <https://goo.gl/TCyh6w>

- INTEGRALIDAD:** en un amplio y ambicioso sentido, integralidad en la atención del ser humano significa verlo, no solo a través de la óptica biológica, sino también en el contexto social, psicológico y espiritual. Pero, también, concibe la integralidad de la atención, creando redes donde se ofrezca la oportunidad de ser atendido y que exista un mecanismo fácil para la atención que implique lo más específico (integración de los niveles de atención). Además, integra la salud con la educación dándole un inmenso valor a los procesos de promoción. Educa a la comunidad en torno a sus enfermedades prevalentes. Integra a la comunidad con sus prestadores buscando modelos de atención que respondan a las necesidades humanas - modelos de salud familiar o de Medicina familiar- (10, 11).
- UNIVERSALIDAD:** entendida como darle el acceso a toda la población a la promoción, atención y rehabilitación cuando lo necesite. La ubicación geográfica y la afiliación de la población son aspectos particularmente importantes para el desarrollo de este principio (2).
- EQUIDAD:** entendida como la disminución de las desigualdades de oportunidad entre el sector de población de escasos recursos con el de mayores posibilidades. Por tanto, bajo este principio la Atención Primaria, se esmera en lograr el acceso de los que menos tienen, buscando disminuir el inmenso riesgo de enfermarse derivado de la pobreza.
- HUMANIZACIÓN:** entendida como una prestación centrada en el ser humano, sensible y atenta a escuchar sus necesidades. Acá la dimensión ética desborda el panorama técnico.

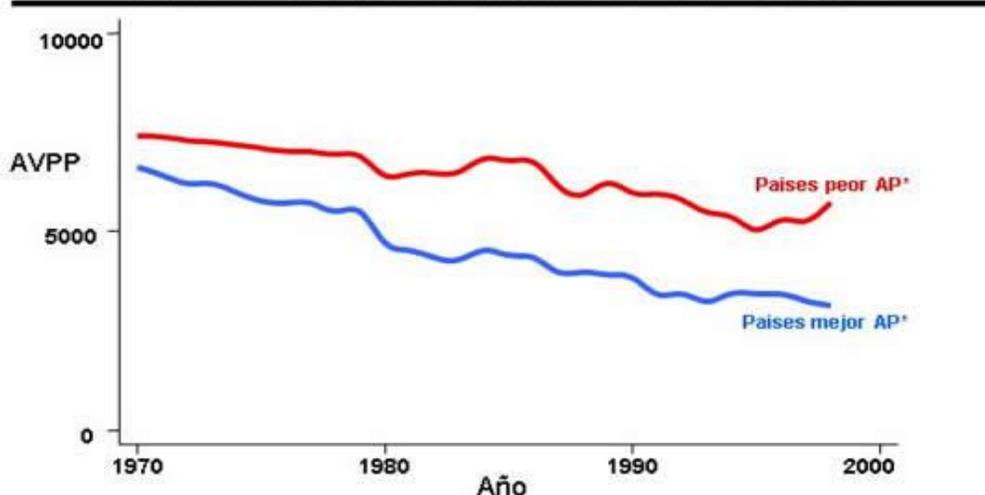


La carta de Ljubljana (12) ratifica, casi 20 años después de Alma Ata, de manera perfecta estos principios y el compromiso de los gobiernos (en este caso europeos) por trabajar basados en ellos. Las mejoras de salud se ven como indicadores de desarrollo humano. Posiciona la dignidad humana, la equidad y la solidaridad como tres principios en la concepción que se refuerzan con la ética de los prestadores.

Hace de la salud un compromiso político donde la participación ha de estar presente y activa.

Hoy la Atención Primaria de Salud se ha reconocido como la estrategia que, a través de los principios mencionados, alcanza el anhelo de un sistema de salud apropiado y de ello ya existen resultados.

Puntaje en Atención Primaria y Mortalidad Prematura en 18 países de la OCDE



* Pronóstico de AVPP (ambos sexos) estimado por efectos fijos, empleando el diseño de series de tiempo de corte seccional unidas. Análisis controlado por PIB, porcentaje de personas mayores, médicos per cápita, ingreso promedio, y consumo de alcohol y tabaco. R²(por dentro)=0.77.
 Fuente : Macinko et al, Health Serv Res 2003; 38:831-65. Starfield 10/04 IC 3009

Tomada de la presentación de la doctora Bárbara Starfield en la conferencia de "Equidad en servicios de salud" el 11 de octubre de 2006 en Buenos Aires.

Con la implementación de estos principios, los resultados son evidentes y, aceptando que no existe una "única" manera, cada país hace aplicación de manera muy particular; aunque se reconocen en casi en todos los países que los aplican, los siguientes elementos:

1. **Una política gubernamental de responsabilidad directa con la salud.** Ello quiere decir que son los gobiernos los directos responsables del modelo de atención, a veces, asumiendo la prestación; otras,

permitiendo el ejercicio privado, pero con unas condiciones por completo controladas por el Estado.

2. **Un acceso de la población garantizado por su ubicación geográfica,** donde el centro de salud queda habitualmente ubicado en el seno de la comunidad.
3. **Una preparación de los recursos humanos prestadores,** especialmente dirigida al primer nivel de la atención.

Las dificultades a que nos enfrentamos para desarrollar APS...

La relación entre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la Atención Primaria de Salud (APS) no ha sido fácil en Colombia. El Sistema General de Seguridad Social se ancla poderosamente del empleo y, países como el nuestro plantean en esto un problema crónico que se traduce en la financiación. Los recursos se dispersan entre las distintas EPS (no se integran), lo que promueve altos grados de ineficiencia.

Muestra de esto ha sido el retraso en alcanzar las coberturas en los programas preventivos. La prestación se fragmenta. La humanización no está cercana, aunque a través de la acreditación se está promoviendo. La preparación de los prestadores y su compromiso con las comunidades no son precisamente la norma de la situación actual, todo esto al menos visible claramente en el régimen contributivo.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/Ftps7w>

Por ello, surge un intento de renovación de la Atención Primaria (13) donde se hace un llamado a las adaptaciones de acuerdo a las circunstancias. Algunas secretarías municipales han implementado programas de Atención Primaria, en particular para la población subsidiada y vinculada. Salud en su Hogar, en Bogotá, fue un buen ejemplo. Pero, las IPS del régimen contributivo aun no parecen comprender las ventajas que pueden derivar. En ellas la ubicación de la población en IPS cercanas no cumple con los ideales que exige la Atención Primaria de Salud. Y ¿qué decir de los modelos de prestación? Hoy por hoy, en su mayoría están centrados en la enfermedad con evidente malgasto de recursos. La participación de la comunidad dentro del SGSSS es prácticamente nula. La integración ni siquiera es apreciada en la mayoría de las variedades que la Atención Primaria de Salud exige y requiere.

¿Y dónde queda la Medicina Familiar o la Salud Familiar?

Fecha actual: Jueves, 8 de noviembre de 2018 | Inicio de sesión



Observatorio de Talento Humano en Salud

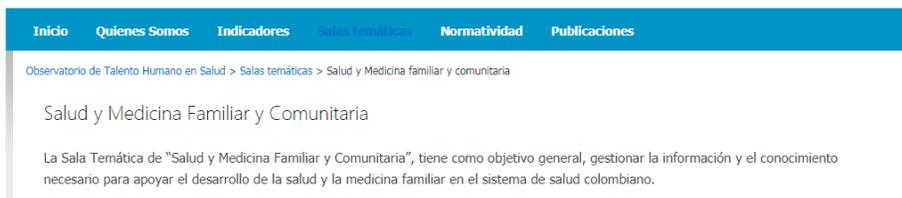


Imagen tomada de: <https://goo.gl/oRTLq8>

Un modelo de prestación basado en la Medicina Familiar, o la Salud Familiar, probablemente sea la mejor estrategia para humanizar los servicios y cumplir con tan importante principio de la Atención Primaria (11). La diferencia entre Medicina Familiar o Salud Familiar (14) radica esencialmente en que, con el término de *salud familiar*, se busca abarcar a más prestadores (específicamente del primer nivel) y no solamente a los médicos. Concebimos a la atención como aquella que:

1. Integre a los enfermos como seres bio-psico-socio-espirituales.

- 2. Haga participe a la familia del enfermo en las intervenciones que se requieran.
- 3. Se haga con un equipo multidisciplinario que permita una mayor resolución.
- 4. Garantice la continuidad (longitudinalidad) entre el enfermo y su equipo de salud.

Por tanto, un programa de Medicina Familiar o Salud Familiar deberá garantizar el cumplimiento de estos cuatro principios.

De suerte que...

Un caso como el expuesto al iniciar este ensayo implicaría a un equipo de profesionales preparados para ofrecerle a esta madre adolescente un apoyo emocional junto con el de la madre de la misma. Ofrecerle información de cómo vincularse (ella y su bebé) a la Seguridad Social de manera definitiva y darles información de las redes sociales de apoyo a las que pueden acudir. Ofrecerle un esquema de planificación y, al

hijo, todo su cubrimiento en prevención, haciéndoles entender, tanto a la madre como a la abuela, que ellas han sido identificadas dentro del centro de salud, que cuentan con un equipo de salud comprometido que espera que acudan de manera programada o de emergencia, sería en sí, una de las formas de expresar lo que es hoy la Atención Primaria.

Comentario:

De lo escrito en 2010 a la fecha, ¿qué ha pasado en torno a la APS? Sin duda aún no se ha hecho real pues el sistema de seguridad social persiste en una profunda crisis donde la brecha de la inequidad se ha ampliado, siendo evidente por el hecho de que, solo quienes tienen planes de salud complementarios, pueden aspirar a una atención humanizada.

La viabilidad de muchas EPS está en entredicho, determinando que la APS sea aún un anhelo a realizar. Sin embargo, creemos poder afirmar que se están dando los cambios jurídicos (15, 16), que se está fomentando la preparación de más recursos humanos (17) y vaticinamos que la APS se impondrá, casi de seguro, en el sistema de salud público.

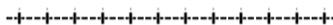


Referencias

- (1) Informe OMS. Regreso a la Atención Primaria de Salud. Disponible en: <https://goo.gl/VbZrJ4>.
- (2) Informe sobre la salud del mundo 2008. La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. OMS 2008.
- (3) Ardila E. Sánchez R. Echeverry J. Estrategias de investigación en medicina clínica. Bogotá Editorial Manuel Moderno 2001.
- (4) Declaración de Alma-Ata. Disponible en: <https://goo.gl/RsJfNv>.
- (5) Atención Primaria de Salud. A 25 años de la Declaración de Alma-Ata. Disponible en: <https://goo.gl/dBi99g>.
- (6) Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition / edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot. WHO 2003.
- (7) González JC. El asunto de la "Equidad". Carta Comunitaria. 2006; 14(79). Disponible en Biblioteca FUJNC.
- (8) Gofin J. Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: Un modelo de Salud Pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health, 2007; 21(2/3): 177-184.
- (9) Starfield B. Atención Primaria. Editorial Masson, SA. 2004.
- (10) Gottlieb L. Learning from Alma Ata: The Medical Home and Comprehensive Primary Health Care JABFM. 2009; 22(3).
- (11) Taylor R. The Promise of Family Medicine: History, Leadership, and the Age of Aquarius. JABFM 2006; 19(2).
- (12) The Ljubljana Charter on Reforming Health Care BMJ 1996; 312:1664-1665
- (13) Acosta N. ¿Renovar la Atención Primaria en Salud? Cendex Documento de Trabajo ASS /DT 014-05.
- (14) Mejía D. Salud familiar para América Latina. Impreso por Ascofame. Bogotá 1991.
- (15) Ley Estatutaria en Salud. Disponible en: <https://goo.gl/tTauYf>
- (16) Política de Atención Integral de Salud. Disponible en: <https://goo.gl/KbHt1g>
- (17) Programa único nacional de especialización de Medicina Familiar). Disponible en: <https://goo.gl/uWo79H>

Índice de los artículos sobre Atención Primaria de Salud publicados de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Resumen: "Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de atención primaria en Colombia".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://goo.gl/upY76H
Resumen: "Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la promoción de la salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de inequidades, articulado al sistema de salud colombiano".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 133 (2015)	https://goo.gl/rsAFwZ
"Política pública nacional de apoyo y fortalecimiento a las familias, 2015-2025".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	https://goo.gl/1jL9Zu
Resumen: "Prácticas familiares y comunitaria que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://goo.gl/qVHLD5
Análisis de la Política Integral en Salud.	Guillermo León Restrepo Ch., Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 137 (2016)	https://goo.gl/yW9TTF
Redes de apoyo... influencia positiva en el estado de salud de los adultos mayores.	Alejandra Cárdenas C, Yesica Katherin Botia L., Jenny Pinzón	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://goo.gl/TTSRwT
Resumen del artículo "Salud, resiliencia y seguridad humana: Avanzando hacia la salud para todos".	Jenny Pinzón.	Vol. 24, Núm. 139 (2016)	https://goo.gl/fnxBTb
"Atención primaria de la salud: Una nueva oportunidad".	Oscar Echeverry.	Vol. 24, Núm. 140 (2016)	https://goo.gl/zFKMcd
Qué deben tener los programas de pregrado en el área de la salud.	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://goo.gl/QRZTKf
Resumen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 142 (2017)	https://goo.gl/soesZT
Resumen: "Sabe Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento".	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://goo.gl/96NWjZ
Resumen: "Lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia".	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://goo.gl/oU7JP3
PIPSA: Programa Integral de Promoción de Salud del Adolescente.	Jenny Paola Salamanca P.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://goo.gl/8nsPbw
Requisitos europeos de formación para especialistas en Medicina Familiar.	Juan Carlos González Q., Adriana Alejandra Galindo M., Ángela María Álvarez H., Jaime Camilo Rodríguez C., Mayer Argenis Caguasango F., Jenny Pinzón.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://goo.gl/k4iStf
Necesidad de la Atención Primaria y de la Medicina y/o Salud Familiar.	Guillermo Restrepo Ch., Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	Este número





Seguridad Social

RECURSO SUBVALORADO

Juan Carlos González Q.***



Comentar 19

Facebook 240

Por: EDITORIAL | 22 de septiembre 2018, 12:00 a.m.
La cifra es escandalosa: hay 80.000 médicos generales en el país, la mayoría subutilizados, mientras que las listas de espera en las consultas de especialistas son interminables.

Imagen tomada de: <https://goo.gl/VmkIHJ>

En un sencillo y breve comentario, la editorial de El Tiempo del 22 de septiembre (1) pone de manifiesto el inmenso desperdicio del recurso humano médico que se vive en Colombia en 2018.

Expone y denuncia:

1. Cómo es posible que con 80 000 médicos generales el retraso en el acceso a las consultas sea lo frecuente (2).
2. Expone que el modelo dominante ha privilegiado a la especialidad de manera equivocada creando un modelo ineficiente y costoso.
3. Se sorprende de que 20 000 médicos desempeñen labores de auditoría o administrativas.
4. Denuncia que es un grave problema el que solo el 20 % de las consultas sean resueltas por los médicos generales. Considera que los administradores de la salud buscando defender el recurso económico, incapacitaron al médico general dando estos nefastos resultados para la resolutivez de la atención.
5. Considera como completamente errado que, en la práctica, y en un importante número de veces, la especialidad sea la puerta de entrada al sistema de salud, con ineficientes resultados.
6. Expone que el común de las personas ha dejado de creer en los médicos generales.
7. Expone que los expertos consideran que, de no cambiar rápidamente el paradigma actual, el sistema no podrá subsistir ni ofrecer lo que por leyes pretendemos.
8. Sostiene que el MIAS (3) (Modelo Integral de Atención en Salud) debe basarse en la Medicina general.
9. Finaliza haciendo un llamado para que el Gobierno y la sociedad le den al médico general el papel que les corresponde.

La identificación del editor de esta publicación con dicha editorial es completa y queremos reforzar lo allí planteado con algunos argumentos adicionales.



Número de médicos

Colombia tiene un poco menos del número de médicos generales necesarios para atender a la población, (1,6 por 1000) del ideal propuesto por la OMS (2,5 por 1000) (4). Probablemente tengamos un déficit de especialistas (5); pero, sin duda, tenemos el recurso humano suficiente para hacer que funcione la Política de Atención Integral de Salud a través del Modelo Integral de Atención en Salud.

En Colombia hay un médico por cada 846 habitantes

Salud 27 Feb 2012 - 11:53 AM
En el último año se registraron más de 12 millones de consultas para mujeres y más de 5 millones para hombres.

Según el estudio "Recursos humanos de la salud en Colombia" se estima que en 2011 Colombia contó con 77.473 médicos generales y 7.872 especialistas de los cuales son: 2.011 médicos internistas, 1.442 cirujanos generales, 2.120 pediatras, 1.513 anestesiólogos, 786 ortopedistas y traumatólogos.

Se estima que se requieren entre 91.897 a 103.253 médicos generales y de 9.066 a 10.187 especialistas de los cuales se requerirían entre: 2.217 a 2.491 médicos internistas, 1.659 a 1.864 cirujanos generales, 2.329 a

Imagen tomada de: <https://goo.gl/rdrRuZ>

*** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



¿Lo que se necesita?



Ese médico general ha de estar preparado en torno a la APS (6), comprometido con la persona, la familia de esa persona y la comunidad donde vive (7). Para ello ha de prepararse en el pregrado en ambientes comunitarios de forma dominante (8, 9) donde pueda ofrecer continuidad en la atención y, con ello, el compromiso necesario para atender de forma verdaderamente integral a sus pacientes, sus familias y la comunidad. El dominio de las enfermedades prevalentes que le permita la resolución de los problemas de sus pacientes, será la clave para el funcionamiento del sistema.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CÓMO RAZÓN A ENSEÑAR

LA CONVICCIÓN...



De los escenarios comunitarios para enseñar



La prevención no se aprende en los hospitales; se aprende en el ambiente cotidiano de la persona (10); es decir, en el seno de su familia y en la comunidad donde habita, así que, junto a ese dominio de lo prevalente, deberá estar impregnado de cómo recomendar e insistir en mantener sanos a los miembros de las familias a su cargo. Es deber de facultades como la nuestra, comprometernos con esta formación.

La Medicina especializada es importante y se necesita, pero está enfocada en la enfermedad y no en la persona, que es la razón esencial de la APS. Crear una condición integral donde el médico general y el especialista creen un vínculo para resolver los problemas de salud de las personas resulta indispensable. Eso, de una u otra forma, es lo que son las redes integrales de servicios de salud (11). Resulta obvio que es y será la Medicina general, a través de su continuidad y compromiso, la puerta de entrada al sistema.

La Medicina Familiar (12) es y será, en el caso de Colombia, la especialidad puente entre la Medicina de la comunidad (Medicina general) y la hospitalaria (Medicina especializada), siendo su formación parecida a la que propone Europa (13) que no es diferente a la que se plantea en cualquier parte del mundo.



La revolución más importante del sistema de salud: la medicina familiar

Contundentes han sido las apreciaciones del Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Fernando Ruiz Gómez, frente a la necesidad de que el enfoque del nuevo modelo de salud sea la medicina familiar. "Si promovemos aún más la medicina familiar podemos decir que será la revolución más grande del sistema de salud en los últimos 40 años". En ese sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social adelanta diálogos intersectoriales para, entre otras cosas, construir los lineamientos y compromisos que permitan mejorar el modelo de formación de los médicos y así fortalecer la oferta de especialistas en el país.



MERCADO LABORAL EN SALUD: OTRO ASTERISCO

Salarios sector público vs. sector privado

	Público	Privado
Médico general	\$ 3.789.570	\$ 3.450.000
Médico espe. Anestesiología	\$ 6.427.442	\$ 8.614.000
Médico espe. Cirugía General	\$ 5.733.386	\$ 6.999.713
Médico espe. Cuidados Intensivos	\$ 5.331.526	\$ 9.875.250
Médico espe. Dermatología	\$ 4.945.151	\$ 7.037.096
Médico espe. Medicina Familiar	\$ 6.040.272	\$ 5.907.630
Médico espe. Medicina Interna	\$ 6.040.272	\$ 8.391.568
Médico espe. Nefrología	\$ 6.040.272	\$ 9.778.150
Médico espe. Ginecología	\$ 5.331.526	\$ 6.452.341
Médico espe. Ortopedia	\$ 6.427.442	\$ 6.356.000
Médico espe. Pediatría	\$ 6.040.274	\$ 6.356.000
Médico espe. Radiología	\$ 3.020.134	\$ 11.048.310

Fuente: Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales

Imagen tomada de: <https://goo.gl/2BVlPQ>

Para que el médico general pueda atender con la continuidad necesaria para ofrecer la máxima salud posible a la persona, su familia y la comunidad (14), se deben crear condiciones de ejercicio digno desde el punto de vista laboral. Debe, idealmente, ejercer en una comunidad que conozca (y que

mejor que fuera la propia) y allí ha de permanecer por siempre. Así, con la continuidad y el compromiso, no es difícil vaticinar que se establecerá una extraordinaria relación humana (15), base de la confianza para que la comunidad crea en él (16).



EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO: ¿BUENO O MALO?

Derecho | Desarrollo regional | Economía y negocios | Gobierno y política

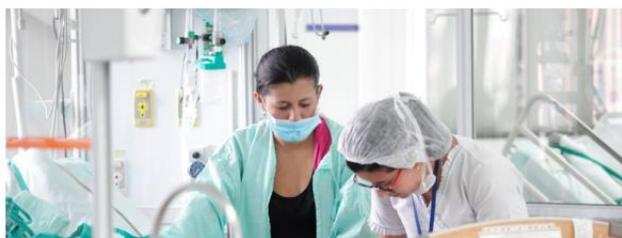


Imagen tomada de: <https://goo.gl/Rq4KJb>

Aun hoy, lo que yo veo es que el sistema de salud sigue basado de manera perversa en las condiciones económicas (ganancias para unos pocos y pérdidas para muchos) y eso se debe cambiar pronto para hacer posible que se cumpla la Ley Estatutaria (17). Sin embargo, reconozco que existen otras visiones, pero estoy seguro de que todas convergen en la necesidad de comprometer a los profesionales con las personas, sus familias y sus comunidades. ¿Cómo sería el modelo? De seguro, con base en cada lugar, habrá que diseñar lo operativo, porque en el planteamiento teórico, el MIAS, es hacia donde hemos de apuntar.

Estudiar y ejercer Medicina ha de ser un privilegio para aquellos que anteponen al prójimo como razón de existencia laboral y la sociedad debe volver a creer en sus médicos. Nosotros, en nuestra facultad, hemos de vivir para ello.

iCorpas vive!

REFERENCIAS

- (1) Editorial El Tiempo [Internet]. Recurso subvalorado. El Modelo Integral de Atención en Salud debe tener como punto central al médico general capacitado. Disponible en: <https://goo.gl/RDAUka>
- (2) Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015. Disponible en: <https://goo.gl/uet8Yi>
- (3) Minsalud [Internet]. Política de Atención Integral en Salud. "Un sistema de salud al servicio de la gente". Disponible en: <https://goo.gl/sgL5qW>
- (4) González JC. Cómo formar al médico en Colombia [Internet]. Carta Comunitaria. 2017; 25(144): 3-14. Disponible en: <https://goo.gl/2DpdVA>
- (5) Minsalud. Mineducación. Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/219ovj>
- (6) Informe OMS. El nuevo informe sobre la salud pide un regreso a la Atención Primaria de Salud. Disponible en: <https://goo.gl/VbZrJ4>.
- (7) Organización Panamericana de la Salud. Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2 [Internet]. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Disponible en: <https://goo.gl/8e3XdW>
- (8) Organización Panamericana de la salud. Serie La renovación de la Atención Primaria de Salud de las Américas [Internet]. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C. 2008. Disponible en: <https://goo.gl/NxMMKe>
- (9) Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: Un modelo de Salud Pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health, 2007; 21(2/3): 177-184.



- (10) Blanco RA, Taref EL. Atención primaria de salud (APS). Promoción y protección de la salud, prevención de las patologías. Disponible en: <http://www.cctba.com.ar>
- (11) Organización Panamericana de la Salud. Serie La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 4 [Internet]. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. 2008. Disponible en: <https://goo.gl/GoWkSv>
- (12) Minsalud. Programa Único Nacional de la Especialización en Medicina Familiar. 2015. Disponible en: <https://goo.gl/2vpPQF>
- (13) González JC, Galindo A, Álvarez AM, Rodríguez C, Cahuasango M. Resumen del documento "Requisitos europeos de formación para especialistas en Medicina Familiar [Internet]. Carta Comunitaria. 2018; 26(148). Disponible en: <https://goo.gl/cNDoh8>
- (14) Guthrie B, Wyke S. Personal Continuity and Access in UK General Practice: A Qualitative Study of General Practitioners and Patients Perceptions of When and How They Matter. BMC Family Practice 2006; 7:11.
- (15) González JC, Restrepo GL, Hernández AD, Ternera DC, Galvis CA, Pinzón JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá. Rev. Salud Pública [Internet]. 2014 [citado 2018 octubre 28]; 16(6): 871-884. Disponible en: <https://goo.gl/STqvZU>.
- (16) Schattner A, Rudin D, Jellin N. Good Physicians from the Perspective of their Patients. BMC Health Services Research 2004; 4:26.
- (17) Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/cGG4Fy>

Índice de los artículos sobre Seguridad Social publicados de 2015 a 2018

Esta sección pretende exponer ante los lectores la problemática cotidiana del sistema de salud, así como encender luces de esperanza en torno al mismo.

Título	Autor	Número	Enlace
Proceso de acción de tutela.	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://goo.gl/9DuMNA
A propósito de una respuesta.	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 133 (2015)	https://goo.gl/JT3Kzz
De lo particular a lo general: Intento por no dejar de lado la crisis del sistema de salud.	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	https://goo.gl/zS4F35
Resumen: "Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://goo.gl/gbXmSE
Artículos de la Constitución colombiana de 1991 relacionados con la participación política (P), social (S) y ciudadana (C).	Enrique Sabogal M.	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://goo.gl/5XajjU
Muriendo en nuestro sistema de salud.	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 139 (2016)	https://goo.gl/njYa8u
Medicina social privada: ¿Utopía?	Carlo Rizzi.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://goo.gl/Z3gkX9
Crónica de una muerte anunciada.	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://goo.gl/znm2tS
Ante un nuevo paradigma en la salud de Colombia.	Guillermo Restrepo Ch., Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 143 (2017)	https://goo.gl/bDzaYP
Ley Estatutaria 1175 de 2015.	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://goo.gl/TB2RX2
La situación de los hospitales en 2017.	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://goo.gl/acVWwP
Diez razones de optimismo.	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://goo.gl/nZVFhd
San Andrés y su salud: Entre la oscuridad y la esperanza de la luz.	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://goo.gl/3pNxFY
Transcripción: "Texto definitivo aprobado en comisión al proyecto de ley 261 de 2017. Senado, 272 de 2017 Cámara".	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://goo.gl/MDCsq5
Recurso subvalorado.	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	Este número





Salud Pública

EL SALUBRISTA EN COLOMBIA: UN RECORRIDO A LA MEMORIA

Guillermo Restrepo Ch.⁺⁺⁺

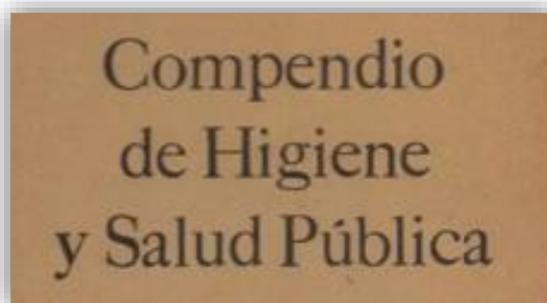


Si existe una figura intelectualmente emblemática al interior de la Facultad de Medicina de la Corpas es, y ha sido, el profesor Guillermo Restrepo Ch. Ha liderado importantes proyectos en el desarrollo de la facultad. Asesoró y diseñó la creación del Departamento de Medicina Comunitaria; ha dirigido el posgrado de Gerencia en Salud, asesoró el proceso de acreditación de la facultad y ha impulsado la creación de numerosos proyectos y programas.

Con motivo el Día del Salubrista, ya pasado, mantuvimos un extenso dialogo con él, preguntándole por la historia de cómo ha sido el recorrido vivencial de la Salud Pública en el que él ha participado. A continuación, se los presentamos, seguros de que, a través del mismo, encontrarán mucha enseñanza que podemos y debemos aprovechar.

Editor

El arrancón



La Salud Pública se origina de la concepción de la higiene (1) como respuesta a la salud poblacional. Se genera casi que de forma autodidacta en aquellos que ven cómo determinadas

condiciones son responsables de la enfermedad y, a través de ello, diseñan planes comunales para enfrentarlas. Cuando el Estado interviene, se crea la Salud Pública.

⁺⁺⁺ Médico Cirujano. Magister Salud Pública. Profesor Emérito. FUJNC - guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co



El laboratorio de Salud Pública

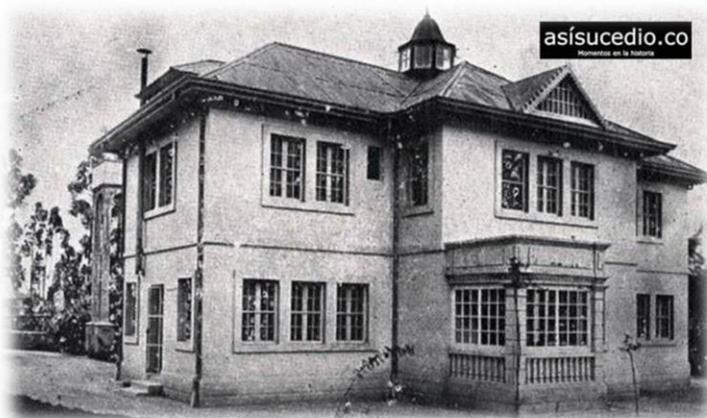


Imagen tomada de: <https://goo.gl/Ximva9>

Es indispensable mencionar que, por allá en el año 1922, dos visionarios, Jorge Martínez Santamaría y Bernardo Samper Sordo (2) fundaron el laboratorio que llevó su nombre, con una clara orientación a la Salud Pública, siguiendo el modelo

de laboratorios norteamericanos. Contribuyeron al estudio y control de importantes epidemias y endemias en nuestro país.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/75hBUZ>



Imagen tomada de: <https://goo.gl/t5GS1v>

En el campo administrativo hubo grandes aportes (3) del doctor Juan N. Corpas quien, ocupando el cargo de Ministro de Educación y Salud Pública durante el gobierno de Pedro Nel Ospina, impulsó cambios importantes en la enseñanza de la Medicina en el país y en el papel del médico y la sociedad.



Un antes muy importante



Imagen tomada de: <https://qoo.qi/6ZhaXM>

Por supuesto que es un deber remontarnos más atrás en el tiempo para mencionar a quienes, como médicos o enfermeros, trabajaron en la campaña de vacunación contra la viruela, cuando la Gran Expedición Filantrópica de la Vacuna (4), arribó a Colombia en 1804 al mando de su subdirector, el doctor Josep Salvany. Tal vez fue el primer intento de globalizar un beneficio y lo hizo España antes que cualquier país de habla anglosajona.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/YnvE9K>

Una gran influencia

Es importante agregar la gran contribución que hizo a la Salud Pública colombiana la Fundación Rockefeller (5), la cual, basada en el interés que tenía en el saneamiento en la zona del canal de Panamá, incursionó con esa experiencia en nuestro país impulsando, a través del Instituto Carlos Finlay, la campaña contra la fiebre amarilla y, posteriormente, contra otras patologías como la malaria y la uncinariasis (6).

Contra la malaria: preparar al recurso humano

Estas fundaciones comprendieron pronto que la continuidad es una condición para lograr transformaciones y que esta solo se logra mediante la capacitación del recurso humano; por ende, crearon programas bien estructurados contra la malaria, donde profesores como los doctores Arnoldo Gabaldon y Rodolfo Gómez Marcano en Maracaibo (Venezuela), fueron formadores del recurso humano. Luego

extendiéndose a México y Centroamérica, prepararon numerosos e insignes transformadores en cursos regulares de un año de duración y tiempo completo, dándonos con esto un ejemplo de formación de una escuela sólida y disciplinada de médicos eficientes que se comprometieron a más no poder. ¡Ese ha sido, por cierto, el gran don de muchos de los salubristas de Colombia!



Imagen tomada de: <https://goo.gl/Dh5Ntf>

Nombres para que el olvido no se complete

Vale la pena mencionar, entre otros, a los doctores José Antonio Concha y Venegas, Carlos Ferro, Agustín Lago, Daniel Flórez, Heraclio Ferrer, Alonso Benalcázar, Jaime Guzmán, José Forero, Claudio Cerón, Guillermo Sarmiento, Humberto Sandoval y Álvaro Aguilera, muchos de los cuales hicieron posteriormente el curso de Salud Pública y que,

además de consolidar en el país la lucha contra la malaria, trabajaron contra el pian y el carate. Ellos recorrieron el país, el campo y las selvas, llevando la promesa del control de estas enfermedades; diseñaron y construyeron los planes y los ejecutaron.



Contra la lepra



Imagen tomada de: <https://goo.gl/c1JPx>

Un hecho histórico importante de anotar ocurrió en 1903 durante el gobierno de Rafael Reyes, cuando se hizo una gran cruzada, mediante la cual se reunió a los enfermos de lepra en los diferentes leprocomios, siendo los más simbólicos los

ubicados en Agua de Dios, Caño del Loro y Contratación, donde eminentes médicos colombianos trabajaron con gran dedicación.

¿Cómo se formaron estos salubristas pioneros?

A inicios del siglo XX se formaron en el exterior, principalmente en Estados Unidos en los departamentos de Medicina Preventiva de sus facultades renovadas por el informe Flexner, donde se dio énfasis en microbiología y parasitología dado el perfil infeccioso dominante de la época. Posteriormente también se formaron en Chile (7) y en Sao Paulo, ciudades que fueron pioneras en la preparación de salubristas para América Latina. En estas últimas, el contenido fundamental del programa académico incluía

historia y filosofía de la Salud Pública, bioestadística, investigación e higiene privada y pública. Igualmente, para esa época, las sesiones de bacteriología, parasitología, la epidemiología con una orientación fundamentada en el método de investigación cuantitativo y, las medidas de vigilancia y control con énfasis en la aplicación del código sanitario internacional, eran parte nuclear de la formación (8).

La tisis: clínica y Salud Pública



Imagen tomada de: <https://goo.gl/FgkZ11>

En Colombia, como necesidad surgida desde la Salud Pública para enfrentar la alta prevalencia de la tuberculosis, se ofreció una amplia preparación en Tisiología a través de una serie de programas académicos, similares a las residencias de hoy, que posteriormente darían origen a especialidades

como la de Neumología, las cuales fueron desarrolladas principalmente en las ciudades de Bogotá y Medellín en centros hospitalarios dispuestos para ello. En la imagen anterior, el Hospital San Carlos en Bogotá, uno de los centros emblemáticos.



El retorno al país

A finales de la década de los años 1940 empezaron a llegar a nuestro país profesionales formados en escuelas de Salud Pública con una gran orientación hacia el modelo higienista y, junto con educadores médicos, iniciaron la modernización de las facultades de Medicina. Como ejemplo, el doctor Miguel Gracián, quien llega a Medellín al naciente Departamento de Medicina Preventiva, donde refuerza la

bacteriología y la parasitología, haciendo especial énfasis en la docencia de saneamiento ambiental, bioestadística y prácticas de campo en el matadero de la ciudad, dando así una aplicación práctica a lo que se aprendía. Luego, parte a la facultad de Medicina del Valle, donde refuerza su visión de la Salud Pública.

La salud ocupacional



Imagen tomada de: <https://goo.gl/Ud5GPa>

En ese incipiente desarrollo de la Salud Pública colombiana, el doctor Antonio Osorio Isaza dirigió la división de Salud Ocupacional del recién creado Instituto de los Seguros Sociales (ICSS) de la ciudad de Medellín y quien publicó el libro titulado *Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*, en 1958.



Foto: Guillermo Restrepo Chavarriaga

¡Tantos que dieron tanto!

Muchos médicos se dedicaron a realizar labores importantes en la transformación sanitaria del país, tanto en el campo investigativo como en su aplicación. Con el riesgo de no mencionar a muchos merecedores, vale la pena recordar los nombres de los doctores Augusto Gas Galvis, Hernando Grott y Luis Patiño Camargo, quienes dirigieron la salubridad pública en las primeras épocas del Ministerio de Salud - inicialmente de Higiene, creado por la Ley 27 de 1946- (9). Asimismo, los doctores Gerardo López Narváez, insigne combatiente en la erradicación del pian; Alfonso Mejía Vanegas, quien dirigió los primeros 100 distritos sanitarios colombianos en un intento muy importante de la regionalización de la salud en Colombia; Humberto Córdoba

con su trabajo para el control y manejo económico del Ministerio, además de ser profesor de la Escuela Superior de Higiene; Gabriel Escobar Ballestas, Secretario General del Ministerio de Salud y, Pedro Nel Saavedra en el campo de la educación para la salud, así como Bertha Muñoz, personas que aportaron al contenido sobre manejo del recurso, aspecto indispensable de la Salud Pública.

Es importante resaltar que los aportes a la Salud Pública no solo son efectuados por el ejercicio de la Medicina, sino que la administración de los recursos cobra singular importancia al momento de ejecutar los planes, es decir, en hacerlos reales.



Escuela Superior de Higiene (10)

Escuela Superior de Higiene.

Director:

Héctor Acevedo Ardila.

Consejo de la Escuela:

Presidente: el Director.

El Ministro de Higiene o su delegado.

El Director del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.

Representante de los Profesores:

Alberto Albornoz Plata, Profesor Agregado.

Representante del Estudiantado:

Señor Eduardo Gaitán Marulanda.

Secretario de la Escuela y su Consejo:

Señor Ignacio Calderón Durán.

Formar el recurso humano es una de las claves para que los cambios puedan darse. Con tal objetivo, y buscando que dicha preparación se hiciera en el contexto de la Salud Pública del país, se creó la Escuela Superior de Higiene que tuvo su origen en un convenio entre el Ministerio de Higiene y la Fundación Rockefeller en el año de 1948.

Su razón de ser

La Escuela Superior de Higiene tiende a organizar los *estudios de posgrado en Salud Pública para médicos, a partir del año de 1955 (11). Justo es recordar a aquellos que impulsaron esto* y fueron decanos de la misma, como los doctores Héctor Acevedo Ardila, Miguel Ignacio Tovar, Álvaro Aguilera, Santiago Rengifo, Guillermo Benavides y, profesores como los doctores José Antonio Concha y Venegas, Alberto Albornoz Plata, Humberto Córdoba Wiesner y Pedro Nel Saavedra. Importante resaltar a las enfermeras Pepa Ferro de Montiel, Lola Zapata y Thelma Bustillo, así como algunas

norteamericanas traídas por la Fundación Rockefeller, quienes se formaron y ayudaron a formar a **los primeros salubristas en el país**, con perfil de médicos, enfermeras y educadores sanitarios como Lucila Camacho, extendiendo su actuar a las facultades a través de los cursos de Salud Pública para los futuros médicos egresados, poniendo énfasis en los estudiantes de Medicina de último año con el fin de enviarlos a los municipios a prestar el año social obligatorio, según el Artículo 8 del Decreto 3842 de 1949.

Buscando la articulación entre la teoría y la práctica



**Cambiar realidades
sociales**

La Escuela Superior de Higiene tuvo importantes centros de práctica en la ciudad de Bogotá, como el Centro # 12 de los Mártires, en Cali y en otras ciudades del país, así como importantes conexiones internacionales tanto académicas

como de financiamiento. Sea el momento de afirmar que la Salud Pública solo puede enseñarse a través de prácticas que cambien realidades sociales. Dejarla solo en teoría hace su estudio inútil.

De la teoría a la práctica

Los salubristas formados en Colombia en esta Escuela eran preparados para dirigir los distritos sanitarios, organizaciones establecidas desde 1825 por el General Santander, que empezaron a llamarse *Cantones*. Dichos salubristas viajaron a Medellín para expandir los servicios de Salud Pública a través de la integración con los médicos de los centros de salud que acababan de ponerse en funcionamiento en los barrios Manrique (a cargo del doctor Hermenegildo De Fex), Nutibara (dirigido por el doctor Luis Carlos Ochoa) y

Guayaquil (dirigido por el doctor Fabio Montoya). Estos tres centros constituían el triángulo de la **nueva organización sanitaria**, donde se dio especial énfasis a la atención materno-infantil. Además, contaban con dispensarios contra las enfermedades venéreas, construyeron programas contra la tuberculosis y la lepra, e iniciaron el saneamiento ambiental y la odontología sanitaria.

¡Cambiar realidades... ese es la razón de la Salud Pública!



La vigilancia epidemiológica

Otro de estos ilustres salubristas, el doctor Hernán Ramírez de la Escuela Superior de Higiene, empezó a trabajar como epidemiólogo en la ciudad de Medellín, estableciendo por primera vez la vigilancia epidemiológica a través del informe periódico que les solicitaba a todos los médicos de la ciudad,

inicialmente, sobre la atención de enfermedades venéreas y, paulatinamente, sobre otras afecciones. Él y otros salubristas organizaron el primer Seminario de Salud Pública de la Ciudad de Medellín en 1959.

Tres componentes claves de la Salud Pública

En este período los salubristas tuvieron un gran impacto como pioneros en la academia de las facultades; entre quienes se destacan, por su organización y experiencia epidemiológica, el doctor Santiago Rengifo; por su orientación administrativa, los doctores Abel Dueñas Padrón

en Cartagena (quien organizó una regional de salud manejada por la academia) y Silvio Gómez (quien estructuró en Caldas centros de salud universitarios tanto en la zona urbana como en la rural) y, por su formación humanista y social, el doctor Héctor Abad Gómez.

Creando hilos conductores: el programa de familia



El doctor Santiago Rengifo, con su amplia experiencia en investigación y epidemiología, dirigió el Departamento de Medicina Preventiva de la nueva facultad de Medicina que iniciaba labores en la Universidad del Valle, a la cual se vinculó en 1952. Este departamento fue famoso por la gran transformación que logró en la preparación médica y la impronta que dio a los médicos del país, formados inicialmente en ese departamento en los aspectos epidemiológicos e investigativos y en Medicina Familiar.

Pública transversal que se extendía desde los primeros años de la carrera hasta el internado y, posteriormente, a las residencias clínicas, usando como hilo conductor un programa de Medicina Familiar (13) con énfasis en los aspectos de búsqueda de contactos y tratamientos de las enfermedades infecciosas que constituían la primera causa de morbilidad en esa época. Creó para ello un centro donde se integraban los departamentos clínicos de la facultad. En estos aspectos se puede comentar que comprometer a los estudiantes con las familias es una excelente manera de aplicar el conocimiento y evaluar cuánto transforma este la salud.

El doctor Rengifo se puede considerar el impulsor definitivo en la facultad del Valle en aspectos como la investigación, de la cual fue su iniciador (12). Creó un programa de Salud

Clave: un centro de atención



Imagen tomada de: <https://goo.gl/uZj7Gu>

En 1956, el doctor Rengifo estableció un centro de salud en el mismo edificio donde funcionaba el Departamento de Medicina Preventiva para desarrollar este programa, el cual atendía a las familias vinculadas que pertenecían a un barrio pobre y marginado de la ciudad de Cali (Siloé). Asimismo, estableció en un municipio cercano, Candelaria, un centro de salud para que los residentes clínicos pudieran realizar el año

social obligatorio en un ambiente con buenas condiciones para ejercer una Medicina de calidad.

En conclusión, el doctor Rengifo fue el salubrista que además de haber introducido la epidemiología en el currículo médico, fue el pionero de la investigación en salud incorporada a la docencia.



La facultad del Valle: un ejemplo



Universidad del Valle

El programa del Valle sirvió de modelo a otros del país, de Latinoamérica y del mundo, por la gran cantidad de visitantes que acudían a la facultad de Medicina de otros departamentos pares no solo de América, sino de Europa y Asia (11) para apreciar los logros de los trabajos que allí se realizaban. En los seminarios internacionales a los que asistió el doctor Rengifo, como el realizado en México en 1956 sobre la

enseñanza de la Medicina Preventiva, la participación de Colombia fue muy destacada.

En Colombia, a través de los seminarios de educación médica, pudo exponer sus ejecuciones, como ocurrió en el primero celebrado en Cali en 1955 y, el segundo, en la ciudad de Medellín en 1957 (14), donde presentó el programa que se llevaba a cabo con las familias de Siloé.

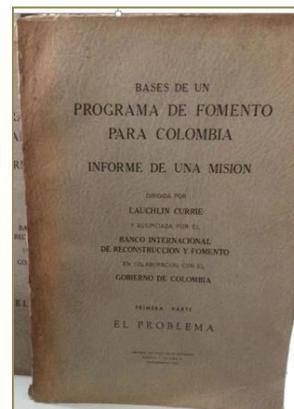
Siguiendo el ejemplo



Imagen tomada de: <https://goo.gl/PLTJV>

En la Universidad de Caldas, el doctor Silvio Gómez, jefe del Departamento de Medicina Preventiva siguió las orientaciones de la facultad del Valle y, en compañía de la enfermera Thelma Bustillo, organizaron un centro urbano en el barrio Fátima y un programa rural en el centro de salud del Hospital de Villa María, donde se ejecutaban los programas familiares con el esquema preconizado por el doctor Rengifo.

Otro salubrista de esta escuela, el doctor Héctor Abad Gómez, quien inicialmente trabajó en la División de Higiene del Ministerio de Trabajo y, posteriormente, en el Ministerio de Salud, hizo un estudio correspondiente a la situación de salud en Colombia para el plan *Bases de un programa de fomento para Colombia* de Lauchin Currie, presentado en 1950 al Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo. El doctor Abad posteriormente trabajó como funcionario de la OPS. También realizó en el Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Antioquia un programa muy interesante cuyo énfasis era social y, conjuntamente con el decano de la Facultad de Medicina, el doctor Ignacio Vélez Escobar, elaboraron un programa familiar para los estudiantes, de un corte fundamentalmente sociocultural.





Santo Domingo: todo un paradigma



Imagen tomada de: <https://goo.gl/Y78pEK>

Un programa con un poderoso impacto en la población fue el realizado en el municipio de Santo Domingo (15) por el recién graduado doctor Guillermo Restrepo Ch., que incluía la preparación de líderes campesinas urbanas y rurales, llamadas promotoras de salud. Este programa hacía parte del desarrollo social que el decano (doctor Ignacio Vélez Escobar) quería impulsar en la nueva orientación que estaba dando a la facultad de Medicina de Antioquia, estableciéndose así, en

1957, un primer programa de Atención Primaria que cumplía con los planteamientos hechos 21 años después en Alma Ata, por parte de la OMS (16).

Este programa acercó a los estudiantes de Medicina y Enfermería a la comunidad y, con base en dicha experiencia, se replicó en el barrio Antioquia de Medellín, en donde existían grandes problemas sociales y de marginalidad.



Como expansión del programa se formaron promotoras en los municipios de Caldas, Santa Bárbara, Montebello, Angelópolis, Amagá y Titiribí, que constituían la primera regional del país establecida en 1959. Las regionales fueron implementándose en toda Colombia cuando se puso en

marcha el Sistema Nacional de Salud, llegando a tener 3600 promotoras de salud comunitaria capacitadas, las que, junto a las formadas por el programa de malaria, sumaron en su momento cerca de 5000.



La organización para canalizar redes de apoyo



Imagen tomada de: <https://goo.gl/3dDbht>

Unir personas y entidades con pensamientos afines es clave para impulsar ideas y cambios. La Salud Pública no la hacen personas solitarias. En 1958 se formó la Sociedad Antioqueña de Salud Pública (17), cuyos socios fundadores fueron los doctores Héctor Abad Gómez, David Botero Ramos y la señorita Berta Arango, enfermera de Salud Pública. La junta directiva la formaban los doctores William Mondragón Mejía

(presidente, médico salubrista y bacteriólogo), Luis Carlos Ochoa (primer vicepresidente, médico salubrista de Sao Pablo), Bernardo Correa (segundo vicepresidente), Víctor Julio Betancur (secretario, médico de salud ocupacional) y Jairo Palacio Rada (tesorero, médico general). Sea esta la oportunidad de mencionarlos y que queden para el registro.



Tomada de: <https://goo.gl/mBmzVu>

Salubristas, sinónimo de organizadores

Los mencionados anteriormente, organizaron con mucho mérito el Primer Congreso de Salud Pública que incluía temas claves como el estado de la Salud Pública en Colombia, la nutrición de los colombianos, la trasmisión de las enfermedades, las condiciones de la vivienda, la asistencia sanitaria, la educación en salud, y la epidemiología para

enfrentar la violencia. Como se observa, la concepción de los determinantes sociales de la salud estaba presente, probablemente no de forma tan explícita como hoy. Para no dejarlo en el olvido, el presidente de este seminario fue el profesor Gustavo González Ochoa, pediatra con una gran orientación en los aspectos sociales de la Medicina.

Nuevas concepciones en la educación médica

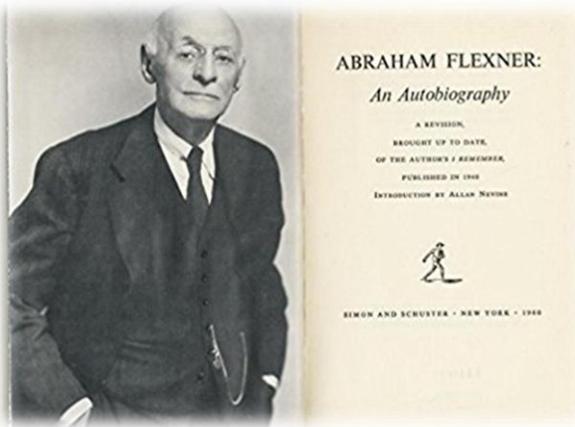


Imagen tomada de: <https://goo.gl/3jMMDk>



Como se ve, la concepción social de la Salud Pública y lo eminentemente clínico de la Medicina se entremezclan mucho al momento de hablar de educación médica. Muchas de las modificaciones que hemos anotado se produjeron como consecuencia de la gran reforma de la educación médica colombiana que trajo la implantación del modelo germano-

norteamericano (12) propuesto por Flexner (18) para Norteamérica, para producir un médico biólogo, pero que, gracias a lo que hemos descrito que se realizó en Colombia, se transformó en biofamiliar en Cali y en biosocial en Medellín y que, luego se proyectó a otras facultades y otras ciencias de la salud.

Divisiones: separar la clínica de la Salud Pública

Sin embargo, como en toda transformación hay aspectos de sincretismo que impulsan y, asimismo, existen momentos de separación. De un modelo integral donde la Medicina y la sociedad estaban juntas, los clínicos creyeron importante implementar las especialidades médicas en la segunda mitad de la década de los años 1950, y es así como la formación en

la Salud Pública se concibe a través de un magíster, siendo las primeras experiencias cursos de baja calidad, puesto que no profundizaron lo suficiente en áreas médicas, además de tener un alto componente teórico y ser de muy corta duración. No se comprendió que la Salud Pública solo se puede enseñar cambiando realidades.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/c2pQFN>

El dominio hospitalario determinó que a partir de la década de los años 1960 se impulsaran más las especialidades clínicas y la formación intrahospitalaria, dejando a la Salud Pública como un bloque menos importante en la mente de los futuros médicos. La enfermedad empezó a dominar el panorama y el contexto familiar, comunitario y social se

empezó a separar a través de la formación de la maestría en Salud Pública. La epidemiología, con la investigación social, empezó a ser relegada en el mundo hospitalario. ¡Nos fragmentamos y, si bien ganamos en lo pequeño, perdimos en lo grande!

Llegan las especialidades

Este movimiento hacia las especialidades médicas se convirtió en tendencia y la Salud Pública empezó a concebirse como otra especialidad. Un programa como el de Santo Domingo, donde tanto lo social como las enfermedades se

ven como el todo, no fue la norma, sino en la excepción. Con ese enfoque, para 1960, se forma bajo ASCOFAME, el Consejo Nacional para Especialidades Médicas, una de las cuales fue la de Salud Pública y Medicina Preventiva.

Otros impulsores



Doctor Gabriel Velázquez Palau
Imagen tomada de: <https://goo.gl/TWbkeb>

El doctor Gabriel Velázquez Palau, en el Valle, y el doctor Benjamín Mejía, en Antioquia, impulsaron la idea de la formación del salubrista como una especialista o un magíster; sin embargo, ambos vaticinaron que esa tendencia no

permitiría una visión integral entre la Medicina y la sociedad; por ejemplo, a través del programa de familia, y que llegaría una visión médica fragmentada para imponerse.



La formación del salubrista

Deberían ser médicos con calificaciones sobresalientes. El programa tendría una duración de tres años. El primer año (de magíster) se hacía en Bogotá, en la Escuela Superior de Higiene. Allí se adquirirían las bases teóricas. Seguían dos años

de trabajo de campo interviniendo uno de los problemas de salud del país o en un centro médico trasformando la salud de la comunidad alrededor del mismo.

Un multiplicador

El doctor Guillermo Restrepo Chavarriaga fue el encargado de multiplicar la visión y experiencia de Santo Domingo, la visión familiar del doctor Rengifo, así como las exigencias académicas para los nuevos salubristas impulsadas por el

futuro Ministro de Salud Velázquez Palau, a través de su paso por distintas universidades del país en las facultades públicas de Popayán, Cali y Medellín y, en facultades privadas de Bogotá (Javeriana, El Bosque y Corpas).

Para recordar



Imagen tomada de: <https://goo.gl/n1zdDF>

Con una visión integral de atención (Medicina y Salud Pública) se formaron, primero en Popayán en 1962, un centro de salud urbano de prácticas docentes asistenciales en el barrio Alfonso López y luego uno rural, en Caloto. Los

doctores ejecutores fueron Sofonías Yacup, quien después fue secretario general del Ministerio de Salud y coparticipó en el diseño del Sistema Nacional de Salud y, Alcides Estrada, destacado demógrafo colombiano.

Del barrio para el país

Posteriormente en Cali, también en la primera década de los años 1960, el doctor Raúl Hernández fue el director de un centro piloto con un modelo de Atención Primaria en el barrio el Guabal, donde se efectuó la primera encuesta de salud con la participación de todos los departamentos de la facultad y cuyo estudio de trastornos mentales, dirigido por el

psiquiatra doctor Carlos León, fue pionero en este aspecto en el país, así como el nutricional dirigido por el doctor Leonardo Sinisterra, jefe del departamento correspondiente. De esa manera, la clínica y la Salud Pública se unieron a través de la epidemiología.

Las segundas generaciones de los cambios

Algunos egresados de estas facultades lograron transformar realidades, particularmente a través de centros de salud al interior de los barrios. Entre ellos, el doctor Alfonso Villadiego o el doctor Humberto Montoya que, formados bajo la

experiencia de los programas de familia del doctor Rengifo, los exportaron a sus regiones con significativos logros, los que sorprendentemente hoy no recordamos para tomar de allí ejemplo y experiencias valiosas.



La Escuela de Salud Pública de Medellín

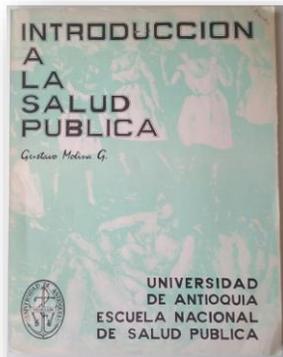


Imagen tomada de: <https://goo.gl/tjAZ4g>

En Medellín, gracias al impulso del ministro de Salud Pública de ese entonces, el formidable doctor Santiago Rengifo, y con la ejecución del humanista Héctor Abad Gómez, se crea la Escuela de Salud Pública (19), donde, a partir de 1965, se formaron eminentes doctores que fueron reconocidos en todo el país, entre ellos el doctor Luciano Vélez, quien dirigió la encuesta de salud en Urabá y posteriormente fue decano de la misma facultad; ocupando cargos de máximo reconocimiento a nivel nacional e internacional. Fue una escuela dependiente del Ministerio de Salud Pública y del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Antioquia. Vale la pena mencionar también al doctor Sixto Ospina, profesor de Salud Ocupacional de la Escuela de Salud Pública, por sus aportes en este campo, y al doctor Luis Fernando Duque, exviceministro de salud, exdirector del ICFES, exdirector del Instituto Nacional de Salud, exrector de la Universidad de Antioquia, formado en investigación y epidemiología.



Doctor Luis Fernando Duque
Imagen tomada de: <https://goo.gl/N8jY69>



Doctor Luciano Vélez

También fueron residentes de la misma escuela, el doctor Emiro Trujillo, creador, junto con el doctor Francisco Henao, de la Asociación Colombiana de Médicos de Salud Pública (ACOMSAP), organización que hizo importantes aportes para la construcción del Sistema Nacional de Salud en 1973. Con base en su amplio prestigio nacional alcanzó una máxima

visibilidad, ejemplar para la Salud Pública, con la creación de seccionales departamentales. Mucho hay allí para aprender.

Mención especial al doctor Pedro Luis Valencia, profesor de la Escuela de Salud Pública, quien fue inútilmente sacrificado junto con el profesor Abad y otros muchos por la violencia fratricida del país.

Mencionar para no olvidar



Doctor Mancel Martínez
Imagen tomada de: <https://goo.gl/AgC17G>

Ofrezco disculpas por aquellos que no se mencionan y que, sin duda, lo merecen, seguimos con el doctor Álvaro Moncayo, epidemiólogo que fue Jefe de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y epidemiólogo de la Organización Mundial de la Salud. El doctor Francisco Yepes, formado en el mismo lugar, y que, posteriormente, se desempeñó como jefe de recursos humanos del Ministerio de Salud y luego como director de los programas de Salud Pública de la Universidad Javeriana.

Otros ilustres egresados han sido los doctores Mancel Martínez, exdirector del Instituto Nacional de Salud; el doctor Mario Acosta, cofundador y exrector de la Universidad de la Sabana; el doctor Héctor Zuluaga, exdecano de la facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia; el doctor Francisco Correa; el doctor Leider Vergara, reorganizador del servicio de salud del Cauca; además de los citados en otros apartes de este mismo documento.

Queremos también destacar el número importante de salubristas del Valle del Cauca, formados la mayoría de ellos en el exterior y que ejercieron un gran impacto en la Salud Pública colombiana, como lo fueron los doctores Rodrigo Guerrero, Alfredo Aguirre Camacho, Pablo Medina, Himbad Gardner, Hipólito Pabón y Rodrigo Bustamante.



Una clave de la calidad

Es importante anotar el hecho de que los egresados de estos programas tuvieron una hoja de vida brillante en el ejercicio de su especialidad, un aspecto que nos lleva a reflexionar

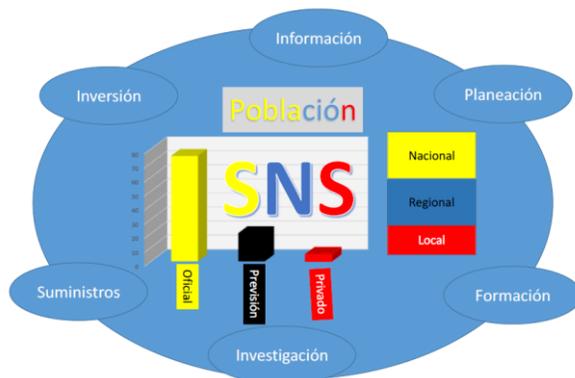
sobre la gran importancia que tiene la selección y la modalidad del programa que se realiza en las universidades para la formación de líderes en el campo de la Salud Pública.

En contraste

La formación actual se está viendo afectada, a juicio de quien hace estas remembranzas, por la formación de magísteres en salud exclusivamente de programas teóricos y de tiempos parciales. Es difícil aprender la Salud Pública sin un contexto real donde aplicarla. Además, la diversificación de

profesionales que ingresan al magister hace que el bagaje con el que se empieza no sea similar, determinado que los cursos no sean nivelados por lo alto y que el "producto final", a nuestro juicio, sea mediocre.

El logro más significativo



La cúspide del desarrollo de la Salud Pública se logró con la creación del Sistema Nacional de Salud en 1973 (20).

Unir recursos

El Sistema Nacional de Salud tuvo un antecedente claro en 1966 (14) en el gobierno del doctor Guillermo León Valencia, siendo Ministro de Salud el doctor Juan Jacobo Muñoz, al integrar los hospitales a todos los niveles (nacional, departamental y municipal), los cuales eran manejados por las beneficencias departamentales con los centros de salud oficiales.

Regionalización y planificación

Posteriormente, durante el gobierno del doctor Carlos Lleras Restrepo, y siendo ministro de salud el doctor Antonio Ordoñez Plaja, con la participación de importantes salubristas como los doctores Luis Carlos Ochoa y David Bersh, se produjo un gran adelanto en la regionalización de la salud (niveles de atención), con la planificación de los servicios de

salud, la extensión del programa de las promotoras, la ampliación de los programas materno-infantiles, -bajo la dirección del doctor Alberto Rizo- y, sobre todo, con la elaboración del Plan Nacional Hospitalario y con la creación del fondo del mismo nombre (reforma constitucional 1968) (21).

Un intento por integrar "todo"

Finalmente, durante el gobierno del doctor Misael Pastrana Borrero, siendo ministro de salud el doctor José María Salazar Buchelli y viceministro el doctor Guillermo Restrepo, se creó el Sistema Nacional de Salud en 1972, mediante la Ley 9, con la cual se integró el sector oficial, con sus hospitales, centros y puestos de salud, con los hospitales de la caridad (instituciones de utilidad común) creando el subsector oficial y mixto.

Fondo Nacional Hospitalario construyendo, ampliando y mejorando 150 hospitales, dotándolos gracias con préstamos que hicieron la Corona Inglesa (22) y la de Francia, haciendo énfasis a los niveles de atención, vigorizando el nivel local, las regionales de salud y las capitales departamentales.

Se vigorizó la previsión con extensión a las familias, tanto urbanas como rurales, comenzando en los departamentos del Atlántico, Meta y Huila; se les otorgó gran independencia a los servicios seccionales de salud de carácter departamental, sobre todo, en el manejo de los hospitales de cada departamento por parte de estos servicios, con el fin de organizar la salud de los respectivos seccionales, incluyendo los hospitales que a cada uno le correspondía. Se vigorizó el

Se dio mucho impulso a la política de drogas genéricas, se reorganizó el Instituto Nacional de Salud dando mucho impulso a la fabricación de las vacunas contra la difteria, tétanos y tosferina; se introdujo la vacunación contra el sarampión y se dio gran importancia al saneamiento ambiental rural con amplia participación comunitaria.

Se fortaleció la planeación en todos los niveles, lo que incluía la elaboración del Plan Nacional de Salud correspondiente de cada uno de los departamentos.



Otros logros

En este período se erradicaron y/o controlaron a niveles muy bajos el pian y la poliomielitis; se erradicó la fiebre de Tobia y el carate; se combatió el bocio endémico mediante la yodación de la sal, proceso liderado por el doctor Roberto Rueda Willianson. Se establecieron las regionales del ICBF, instituto creado en el gobierno del doctor Carlos Lleras bajo la experiencia piloto hecha en Puerto Berrio, encomendado su organización al doctor Ignacio Vélez Escobar, la dirección al doctor Guillermo Restrepo y la ejecución al doctor Argemiro Franco. Además, se iniciaron los subsistemas de salud, planeación y capacitación mediante el establecimiento de centros regionales de formación en Bogotá, Cali y la costa para la preparación de personal colaborador en salud.

En esta época se logró tener en servicio los puestos veredales con promotoras de salud; los puestos de salud en poblaciones pequeñas con médicos y auxiliares de enfermería; en poblaciones más grandes, los centros de salud -algunos de ellos dotados con camas- con médicos, odontólogos, un supervisor de saneamiento y auxiliares de enfermería y, en los hospitales regionales y en poblaciones intermedias, con

médicos generales, pediatras, internistas y obstetras, así como laboratorio clínico e imagenología y, finalmente, los hospitales de tercer y cuarto nivel; logrando un número de 17 millones de consultas.

En los centros de salud, a pesar de la resistencia clerical (23), se incorporaron las campañas de planificación familiar; se consolidaron los programas contra las enfermedades venéreas, así como contra la lepra; se promovieron con fuerza los programas materno-infantiles y la lucha antituberculosa.

En 1975 el número de camas era de 1,86 por cada 1000 habitantes, de las cuales un 92% eran de hospitales del sector oficial y mixto y el 8 % del sector privado; además de las que poseía el subsector de la previsión formado por el Instituto Colombiano del Seguro Social (ICSS) y las cajas de previsión, que atendían el 17 % de los habitantes de Colombia. Para lograr estas coberturas se construyeron 5665 camas nuevas, se reemplazaron 3995 y se mejoraron 13 096 en los distintos niveles de atención.

Un ejemplo de participación comunitaria

Queremos anotar finalmente la labor desempeñada por las promotoras (11) de salud en 1976 con una Colombia de poco más de 25 000 000 de habitantes.

ACTIVIDADES	1976 Total de Actividades
Personas enviadas al centro de salud.	218.107
Visitas a embarazadas, puérperas y niños.	381.055
Partos remitidos al hospital.	9.284
Partos inminentes atendidos por la promotora.	5.659
Primeros auxilios e hidrataciones orales.	90.305
Curaciones.	319.021
Inyecciones aplicadas.	514.695
Colaboración en instalación y mejoramiento de letrinas.	23.373
Charlas educativas a grupos.	62.673

Tomado de: Informe al Honorable Congreso de la República 1976-1977. Raúl Orejuela Bueno. Ministro de Salud. Tabla No 6. Instituto Nacional de Salud. Bogotá. Pág.



Doctor William Mejía
(Foto cortesía del doctor Juan Fernando Mesa)



Doctor Alonso Benalcázar
(Foto cortesía doctor Alonso)

Todo el proceso que acabamos de resumir fue realizado en una tarea conjunta entre el Ministerio de Salud Pública, sus servicios seccionales y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, cuyo cuerpo de docentes fue definitivo en la implantación y manejo del proceso donde cabe destacar a los doctores William Mejía, Hernán Ramírez, Pablo Isaza, Alonso Benalcázar y Claudio Cerón. Además de

lo anterior, en 1975, las promotoras que trabajaban en los programas contra la malaria tomaron 384 364 muestras de sangre en gota gruesa y realizaron en la campaña antiplánica 77 273 visitas con una población revisada de 183 750 personas y se visitaron 973 535 casas para la campaña contra la *aedes aegypti*.



En el Instituto Nacional de Salud en 1976 (12) se elaboraron los siguientes productos biológicos:

VACUNA	DOSIS
Fiebre amarilla	2.360.000
Antivariolosa	1.190.000
DPT (difteria, pertusis y tétanos)	360.000
DT (tétanos-difteria)	117.000
Toxoide Tetánico	243.000
Antitifoídica	342.000
BCG líquida	600.000
BCG liofilizada	113.000
Antirrábica humana	193.000
Antirrábica canina	1.452.000
Suero antiofídico (frascos de 10 ml)	2.840
Suero antirrábico (frascos de 10 ml)	3.900
Tóxina para prueba de Shick	56.000
Tuberculina	462.000
Gluconato de calcio	102.000
Vitamina B12	376.000
Diluyentes	141.000

Tomado de Informe al Honorable Congreso de la República 1976-1977. Raúl Orejuela Bueno. Ministro de Salud. Instituto Nacional de Salud. Bogotá. Pág. 88

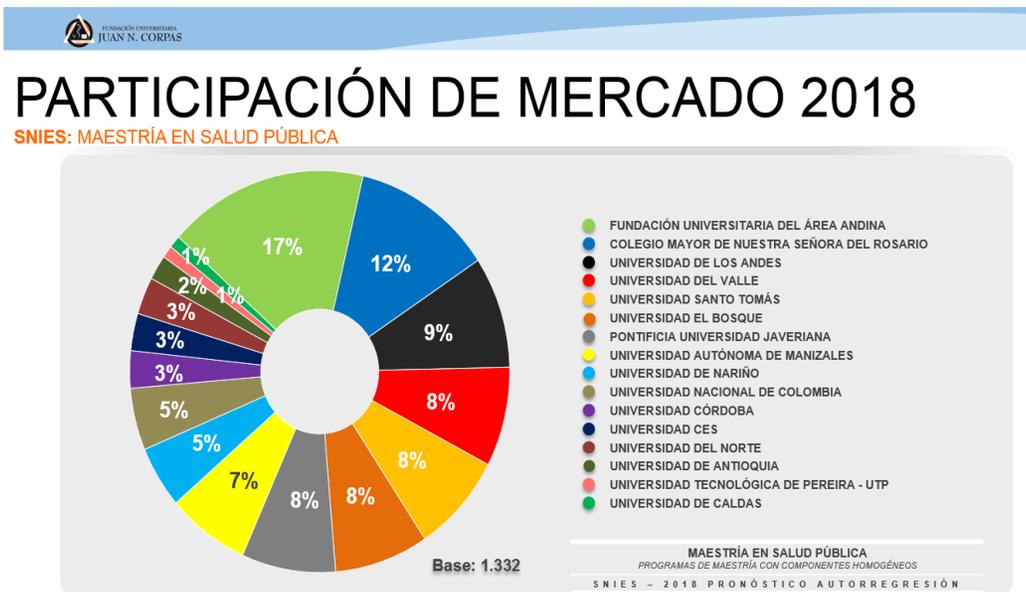
Queremos anotar que para 1985 Colombia tenía 29482000 habitantes.

El momento siguiente

Esta etapa de la historia de los salubristas en Colombia se inicia con la transformación neoliberal del Estado en la década de los años 1990, cuando ocurrieron hechos muy importantes:

1. La autonomía universitaria ocurrida en 1992 que dio como origen a la proliferación de universidades y facultades de Medicina, las cuales aumentaron en una

forma exponencial sus programas académicos hasta alcanzar en el momento actual 16 maestrías en Salud Pública y una especialidad en el mismo campo.



Tomado de Informe Maestría Salud Pública. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Estudio de Mercadeo 2018. 13 de agosto. Bogotá. Pág. 88

2. Se amplía el campo con otros profesionales de la salud, para esta época el abanico de ellos se había acrecentado con nutricionistas, psicólogas y terapeutas.
3. Se incorporan a los programas de la salud profesionales de las ciencias sociales, administrativas y económicas, dada la necesidad de ellos en el nuevo enfoque de previsión social que se había establecido con la implantación de la Ley 100 de 1993.
4. Se incorporan también los profesionales de Derecho y Biología.
5. La dependencia de los programas se modifica en una forma importante, algunos quedan subordinados a las facultades de ciencias económicas, otros a la universidad como departamentos, otros como escuelas de facultades de ciencias de la salud y, finalmente, otros a las escuelas de Medicina.



CARTA COMUNITARIA

6. Se amplía el perfil profesional del director de los programas.
7. Los programas son semestralizados y tienen una duración de cuatro semestres. La mayoría son semipresenciales (fin de semana), siendo muy pocos los que exigen la presencialidad (4 a 6 horas diarias).
8. Se preparan con dos modalidades de profundización e investigación, predominando esta última por adecuarse más al tipo de enseñanza que se imparte (fundamentalmente teórica).
9. Tienen de 45 a 75 créditos académicos, pero la mayoría de ellas están entre 50 y 55, hecho que refleja la autonomía universitaria y la disparidad que existe de la información que se imparte.
10. Algunos programas han incluido la enseñanza asincrónica.

Para resaltar

POSGRADOS ADMINISTRATIVOS EN SALUD

- SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD Y AUDITORÍA DE SERVICIOS DE SALUD
- GERENCIA EN SALUD
- GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
- EPIDEMIOLOGÍA

INSCRIPCIONES ABIERTAS

Para mayor información [haga click aquí](#)

Queremos anotar finalmente que, con el cambio de orientación del Sistema de Salud al de Previsión Social en 1993, surgieron una serie de especialidades, generalmente de dos a cuatro semestres de duración, todas programadas para desarrollarse los fines de semana, de las cuales las más

importantes son Gerencia de Instituciones de Salud, Auditoría y Epidemiología. Dichas especialidades se ofrecen a todo tipo de profesionales que aumentan la oferta de personal en estas áreas.

Pero...

A raíz de la Ley Estatutaria el futuro de las especialidades administrativas queda bastante incierto.

Lo que queda del gremio

En el nuevo milenio se creó la Academia Colombiana de Salud Pública, cuyo gestor y gran impulsor fue el doctor Germán Ortiz y la Asociación Colombiana de Salud Pública, cuyo presidente es el doctor Hernando Nieto.

Comentario especial

Estas reflexiones y remembranzas han sido recogidas a través de una entrevista al profesor Guillermo Restrepo Ch. Por ello, disculpándome (quien escribe), es probable que

algunos comentarios estén redactados de acuerdo a lo que interpreté. De todas maneras, creo que es valioso este intento por recuperar su recuerdo de la Salud Pública.

REFERENCIAS

- (1) Mustard H. Introducción a la Salud Pública. México. La Prensa Médica Mexicana. 1965; pág. 10-11.
- (2) Dáguer CF. Vigilantes de la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. 2018; pág. 43-49.
- (3) Tirado A. Nueva Historia de Colombia. Economía, café, industria. Tomo IV. Planeta Colombiana Edit., 1989.
- (4) Veiga J, Fuente E, Martín H. La Real Expedición Filantrópica de la vacuna (1803-1810). Med. segur. trab. [Internet]. 2007 Dic [citado 2018 octubre 10]; 53(209):71-84. Disponible en: <https://goo.gl/Nq35Ka>.
- (5) García C, Quevedo E. Uncinariasis y café: los antecedentes de la intervención de la Fundación Rockefeller en Colombia: 1900-1920. Biomedica 1998;18(1):5-21 DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v18i1.966>
- (6) Restrepo GL, Sabogal A. Desarrollo de la Salud Pública y de la Seguridad Social en Colombia. 1998; pág. 115-116. Innosalud Ltda. Bogotá, Colombia.
- (7) Salud en las Américas Edición de 2012: Volumen regional. Organización Panamericana de la Salud, 2012
- (8) Organización Mundial de la Salud [Internet]. Reglamento Sanitario Internacional. 2005; Disponible en: <https://goo.gl/1phkGR>
- (9) Minjusticia [Internet]. Ley 27 de 1946. Disponible en: <https://goo.gl/RNkW6x>
- (10) Universidad Nacional, Colombia. Escuela Superior de Higiene. Anuario de la Universidad Nacional de Colombia (1939-1954); 1954; 131-134.
- (11) Repositorio Institucional Universidad Nacional, (consultado 31 de julio de 2018). Pág. 1-4. Disponible en: <https://goo.gl/MUHT1r>
- (12) Restrepo G. Modernización de la educación médica en Colombia a partir de la influencia germano-norteamericana; 2014.
- (13) Restrepo GL, Sarmiento MI, Belalcázar A. Facultad de Medicina del Valle, ejemplo de creación de un programa enfocado en la familia. Carta Comunitaria. 2018; 26(146). Disponible en: <https://goo.gl/kaSC6s>
- (14) Ascofame. Seminario: El médico general, una respuesta al futuro. Bogotá, junio 7-10 de 1978. Editorial Andes, mayo de 1979.



- (15) Vélez I. Una experiencia maravillosa. La Fundación del Café. Libro Historia de la Nueva Universidad de Antioquia (segunda parte) y otros temas. Anuario de la Universidad Nacional de Colombia (1939-1954).
- (16) Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Declaración de Alma Ata. Disponible en: <https://goo.gl/i6mprV>
- (17) González G. Primer Congreso Colombiano de Salud Pública. Medellín, Colombia. Editorial Bedout. 1962.
- (18) Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910; Merrymount Press. Disponible en: <https://goo.gl/tCHDi8>
- (19) Borrero J. Medicina y humanismo. Una visión de la Medicina antioqueña en el siglo XX. Universidad de Antioquia. 2006; p. 100-101.
- (20) Salazar JM. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Ministro de Salud Pública. Imprenta del Instituto Nacional de Salud. 1973.
- (21) Presidencia de la República (Secretaría Jurídica). Historia de la reforma constitucional de 1968. Bogotá, D.E., 1969.
- (22) Salazar JM. Colombia. Minsalud (1971-1974). Informe al señor Presidente de la República: Programas de salud 1970-1974. Bogotá; 1974.
- (23) El Tiempo. Violento ataque de Mons. Duque al Control de Natalidad, 1972.

Índice de los artículos sobre Salud Pública publicados de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Salud Pública mundial.	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://goo.gl/B2UXsU
"Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia 1983-2011".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	https://goo.gl/Qk8NpP
Comer bien.	Víctor Hugo Forero S.	Vol. 25, Núm. 143 (2017)	https://goo.gl/GgBdrB
"¡Basta ya!"	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://goo.gl/cq5dMu
Comentario sobre el artículo: La higiene de las manos, clave para una atención segura y para prevenir la resistencia a los antibióticos.	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://goo.gl/JoShPF
Facultad de Medicina del Valle, ejemplo de creación de un programa enfocado en la familia.	Guillermo Restrepo Ch., Martha Isabel Sarmiento, Alonso Belalcázar U.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://goo.gl/Zd2FkG
Resumen: "Mujeres en movimiento".	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://goo.gl/m8SbYK
Cómo debe ser un hospital universitario para preparar médicos.	Guillermo Restrepo Ch., Martha Isabel Sarmiento, Alonso Belalcázar U.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://goo.gl/53bo4w
El salubrista en Colombia: Un recorrido a la memoria.	Guillermo Restrepo Ch.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	Este número





Caso clínico

CASO DE TUBERCULOSIS CAVERNOMATOSA BACILÍFERA COMO POSIBLE INDICADOR DE CRISIS SOCIAL EN EL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

Mario Villegas Neira^{***}



Recibí en la sala de observación de adultos a un varón de 33 años de edad, natural y residente en la isla, soltero, padre de un hijo de 13 años; actualmente en familia extendida con una hermana y su hijo, al que recientemente ha acogido debido a que "se estaba portando mal y necesitaba correa". Funcionalmente bien e independiente para todas sus actividades, sin usos de apoyo de marcha. Trabaja como

conductor de lancha para el transporte de turistas hacia los cayos cercanos a la isla.

En sus antecedentes negó toda enfermedad previa, aceptó una cirugía en su pierna izquierda a consecuencia de un accidente de motocicleta, negó alergias medicamentosas y aceptó fumar de forma rutinaria "weed" (cannabis), como es frecuente en las islas.

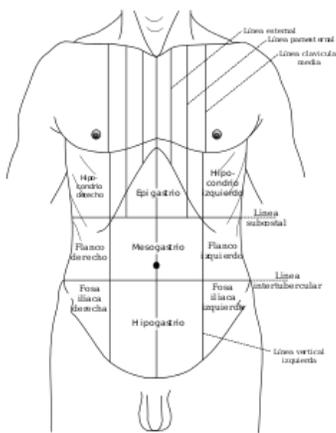


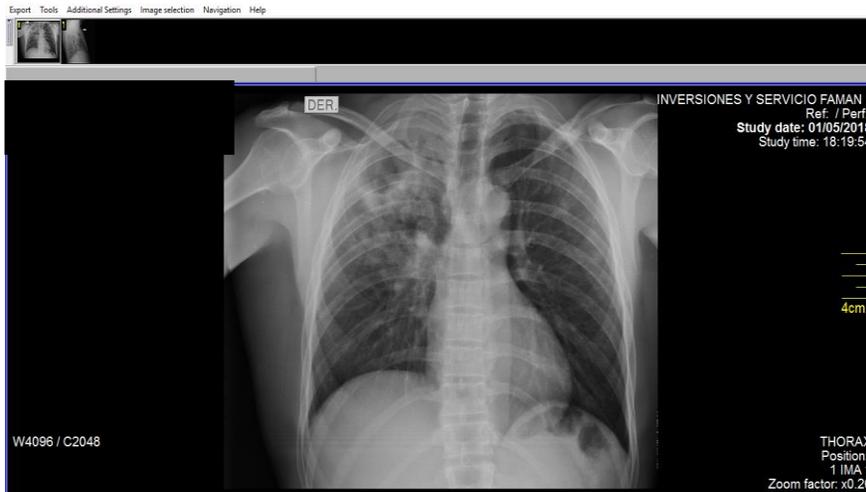
Imagen tomada de: <https://goo.gl/VNY3YU>

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



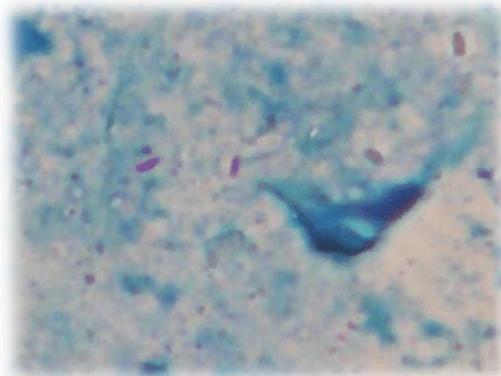
Describió, como enfermedad actual, un dolor abdominal persistente, de inicio el día anterior al ingreso, mesogástrico y en el epigastrio, no asociado a náusea o vómito o a síntomas urinarios o diarrea; razón del ingreso. Al examen físico se le encontró con los signos vitales dentro de los

límites de la normalidad; con un examen cardiorrespiratorio normal y, en el abdomen, con dolor en el mesogastrio, defensa voluntaria y sin signos de irritación peritoneal; un signo de Murphy negativo, los miembros superiores e inferiores, normales.



Se procedió, entonces, a la toma de laboratorios adecuados para un protocolo de dolor abdominal y, dentro de dicho protocolo, a la toma de unos rayos X de tórax que evidenciaran la presencia de un neumoperitoneo y, con sorpresa, apreciamos la presencia de una caverna en el ápice

pulmonar derecho. Se realizó el interrogatorio y se encontró la presencia de tos productiva de larga duración, de un período de internación en un presidio con condiciones de hacinamiento.



Imágenes tomográficas posteriores confirman la presencia de las cavernas derechas y nódulo cavitado izquierdo; las baciloscopias confirmaron la presencia abundante de bacilos ácido-alcohol resistentes y la tomografía abdominal sugiere la presencia de imágenes de un "plastrón" de asas de intestino delgado, que se interpretaron como de posible origen tuberculoso.

mejoría, el servicio de cirugía le llevó a una laparotomía de exploración el sexto día de hospitalización, dentro de la cual no se encontró otra cosa que una distensión de asas de intestino delgado y líquido peritoneal, del cual se tomaron muestras para cultivos normales y especiales para bacilos ácido-alcohol resistentes.

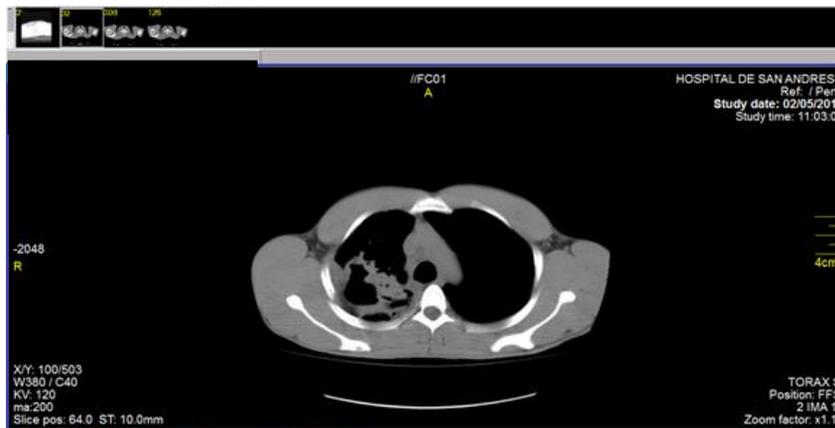
Se inició al siguiente día del ingreso la mediación antituberculosa, y se ha mantenido la observación del dolor abdominal por el servicio de cirugía, con mejoría progresiva del cuadro clínico del dolor abdominal, en la medida en que se administra el tratamiento antituberculoso. No obstante la

Se anota para este paciente, resultados de anticuerpos anti VIH 1 y 2, negativos.

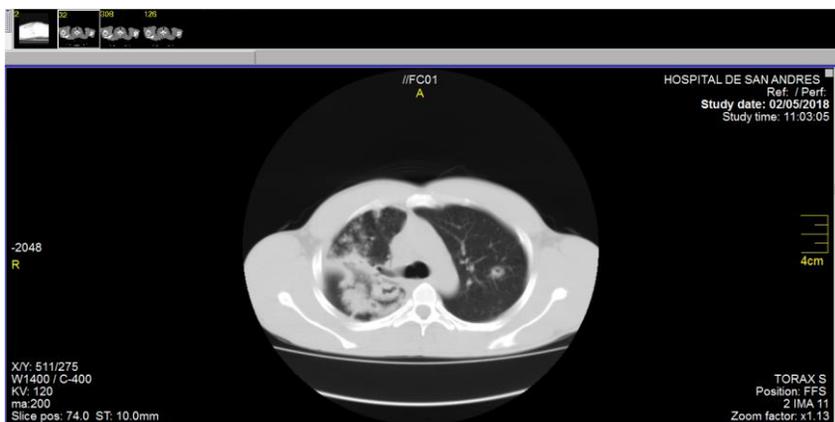
Para ilustración del caso, algunas de las imágenes de este paciente se muestran a continuación:



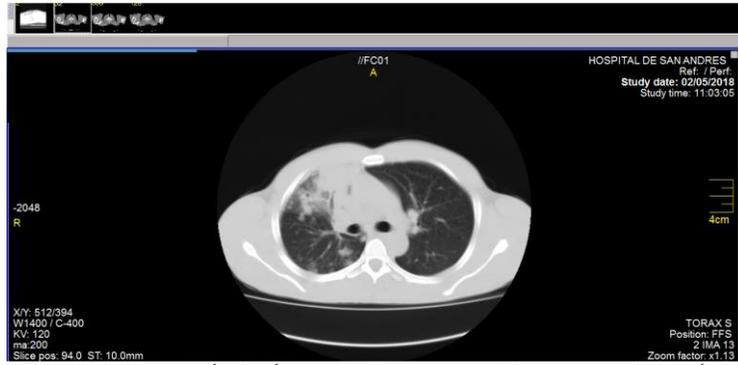
Rx de tórax inicial solicitada en busca de neumoperitoneo



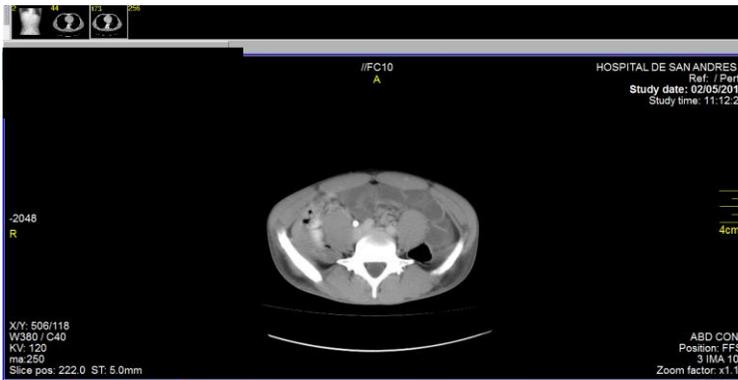
Corte de la tomografía de tórax que muestra caverna apical y consolidaciones e inflamación difusa en el pulmón derecho.



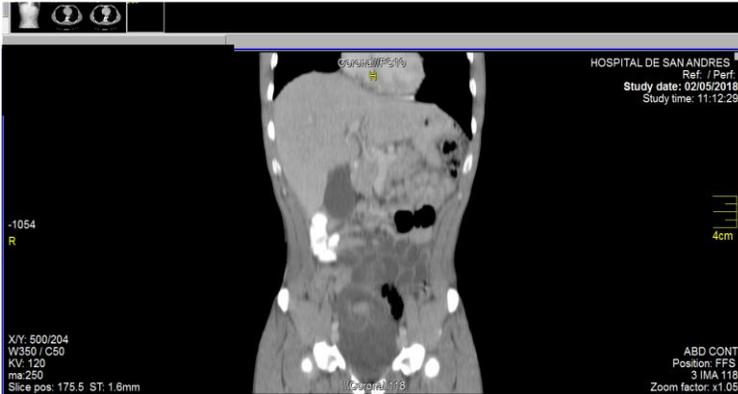
Corte de la tomografía de tórax que muestra caverna apical y consolidaciones e inflamación difusa en el pulmón derecho, macro y micronodularidad y nódulo cavitado en el pulmón izquierdo.



Corte de la tomografía de tórax que muestra consolidaciones e inflamación difusa en el pulmón derecho, macro y micronodularidad.



Distensión e inflamación difusa de asas de intestino delgado, con tendencia a la aglomeración central.



Distensión e inflamación difusa de asas de intestino delgado, con tendencia a la aglomeración central.

Para la ilustración de lo relacionado con la tuberculosis de este paciente, solo puedo recomendarles la guía nacional que para el manejo de la tuberculosis tiene el Instituto Nacional de Salud y que pueden encontrarse en <https://goo.gl/gYJyo9>.

Comentario del editor

Con este caso, a mi juicio muy ilustrativo, el doctor Mario Villegas se despidió de su atención a la población de San Andrés. En un número anterior (1) nos expuso la situación de salud del archipiélago que él mismo ha vivido, y que, como bien lo refleja este caso, es dramática. El hecho de que un raizal consulte por dolor abdominal concomitante con una tuberculosis bacilífera es realmente alarmante y lo es porque:

1. La tasa ajustada en el ASIS (Análisis de la Situación de Salud) de 2017 sitúa a la TBC en 8 X 100 000 hombres y 3 X 100 000 mujeres (2). Pero, conociendo la crisis de la prestación y la situación general de la población raizal, es muy probable que sea mayor. Así y todo, estas cifras están por encima del promedio nacional.
2. El seguimiento y acompañamiento de los casos no es el ideal. El ASIS 2017 informa que la TBC presenta una alta letalidad (2016) con dificultades para el acompañar los casos y evaluar el tratamiento.



Hace cinco años, vi la ilusión con la que partió el profe Villegas a cumplir con lo que él y su esposa consideraban una hermosa promesa, ir al archipiélago a cumplir un deber con Colombia. Una ilusión adicional que tenía, era impulsar la promesa del Ministerio de Salud sobre la vinculación del terreno del archipiélago con alguna universidad que contara con posgrado en Medicina Familiar. Vi cómo se propuso desde su llegada a capacitar a las personas a su cargo para impulsar la calidad de los servicios. Vi la constante orientación y ayuda que les brindó a los médicos que prestaban su servicio rural tanto de San Andrés como de Providencia. Vi con qué ilusión impulsó el uso de la cámara de descompresión para atender esa frecuente situación que se presenta entre los raizales que bucean a pulmón libre. Y lo escuché cuando luchaba por hacerle ver a la comunidad, a la administración del hospital, a las autoridades locales y al Gobierno nacional la importancia de construir un modelo de salud integral para la isla, el que, por cierto, al menos en teoría, consideraba muy

sencillo de implementar por la situación propia del lugar. Decía que, trabajando en conjunto con una universidad, se podría penetrar en la comunidad y formar gestores de salud comunitarios encargados de promover la salud de las familias asignadas. Además, que, abriendo centros en el corazón de los barrios, se constituirían estaciones de promoción de salud insertas en la comunidad. También pregonaba que la misma comunidad se encargara de impulsar el hospital, lo que, junto con una buena administración, sería una prestación ideal con la consecuencia obvia, a saber, el bienestar en salud de la población raizal. Concebía todo integrado; una sola EPS administradora y un solo servicio de salud.

Batalló con todo su coraje y, si bien fue escuchado, aún no sabe si se darán los cambios necesarios para acabar con casos como el presentado al principio de este artículo. Ahora el profe Villegas parte a buscar otros lares a donde ofrecerse:

iBuen viento y buena mar!, admirado doctor Villegas.

Referencias

- (1) González JC. San Andrés y su salud: Entre la oscuridad y la esperanza de la luz [Internet]. Carta Comunitaria. 2018; 26(147):26-33. Disponible en: <https://goo.gl/rUcsd1>
- (2) Gobernación del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. ASIS 2017 [Internet]. Disponible en página: <https://goo.gl/XE7vMQ>

Índice de los casos clínicos publicados de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Brote psicótico inducido por marihuana.	María Ana González A.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://goo.gl/CFxoZj
Accidente asociado al buceo.	Mario Alberto Villegas N.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	https://goo.gl/PBw8WW
Absceso epidural de columna.	Mario Alberto Villegas N.	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://goo.gl/HnkHst
Dolor en miembros inferiores.	Cristhian Leonardo Peralta R., Janyll Ernesto Pérez Ch., Effemberg Amin Pimienta F., Patrick Paolo Pimienta T., Nidia Yined Pinto R.	Vol. 24, Núm. 139 (2016)	https://goo.gl/c7a8Xz
Herpes Zóster oftálmico en la atención primaria de un caso clínico en Villa de Leyva.	María Lucía Iregui P, Jaime Ronderos O.	Vol. 24, Núm. 140 (2016)	https://goo.gl/Kz8LWN
Caso de absceso hepático bacteriano drenado a pleura y cavidad abdominal.	Mario Alberto Villegas N.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://goo.gl/UEf1nF
Buscando la integralidad.	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 142 (2017)	https://goo.gl/aX9j4i
Revisión de tema: EPOC.	Camilo Ayala M., Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://goo.gl/n3fkqf
Pielonefritis enfisematosa asociada a urolitiasis múltiple.	Mario Alberto Villegas N.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://goo.gl/RSyNs6
Análisis de caso: Disfunción sexual.	Camilo Ayala M., Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://goo.gl/1zBY1u
Caso de tuberculosis cavernomatosa bacilífera como posible indicador de crisis social en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	Mario Alberto Villegas N.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	Este número





Salud Mental Comunitaria

IDENTIFICACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA FAMILIA

IDENTIFICATION OF THE MENTAL HEALTH IN ADOLESCENTS AND ITS RELATIONSHIP WITH THE FAMILY

Karen Eliana Acevedo García, María Lorena Alfonso Pisco, Natalia A. Arévalo Quintero, Daniela Arias Lizcano, Henry Jared Beltrán, Juan Sebastián Betancur Castro, Edwin Reinel Cadena Ortiz^{§§§}.
Tutor: Juan Carlos González Q.^{****}.
Colaboración: Jenny Pinzón⁺⁺⁺⁺

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la función familiar y el riesgo de padecer trastornos mentales, (ansiedad y síntomas psicóticos), así como el consumo problemático de alcohol, en adolescentes que cursan los grados sexto a once en tres colegios de Bogotá.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal realizado en 1025 estudiantes. Se utilizó un cuestionario para indagar variables sociodemográficas que incluía, además, el Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos de la OMS (SRQ) y el APGAR familiar como herramientas de tamizaje para riesgo de trastornos mentales y funcionalidad familiar, respectivamente.

Resultados: Se encuestaron 1025 estudiantes. 68,1 % percibe una buena función familiar y 4,7 % disfunción severa. De acuerdo a los resultados del test SRQ, 48,2 % presenta riesgo de ansiedad, 16,6 % de consumo problemático de alcohol y 45,5 % de síntomas psicóticos. Se encontró relación estadística entre la funcionalidad familiar y el riesgo de presentar ansiedad y manifestaciones psicóticas.

Conclusión: Se debe fortalecer la dinámica familiar para promover una buena salud mental en los adolescentes.

Palabras claves: Trastornos mentales, adolescentes, depresión, trastornos de ansiedad, consumo de bebidas alcohólicas, trastornos relacionados con el alcohol.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between family functionality both with the risk of mental disorders (anxiety and psychotic symptoms) and the problematic alcohol use in adolescents ranging from sixth to eleventh grades who attend three schools in Bogotá.

Methodology: Transversal descriptive study was carried out on 1025 students. It was used a questionnaire in order to inquire about sociodemographic variables. It was included the Questionnaire of Symptoms for Adolescents, Youth and Adult and, the Family APGAR, as screening tools for risk of mental disorders and family functionality, respectively.

Results: 1025 students were surveyed. The 68,1 % perceives a good family function and the 4,7 % severe dysfunction. According to the results, the 48,2 % presents risk of anxiety, the 16,6 % of problematic alcohol consumption and, the 45,5 % of psychotic symptoms. Statistical relationship was found between the family functionality and the risk of presenting anxiety and psychotic manifestations.

Conclusion: Family dynamics must be strengthened to promote good mental health in adolescents.

Palabras claves: Mental disorders, adolescents, depression, anxiety disorders, alcohol drinking, alcohol-related disorders.

§§§ Estudiantes VII semestre 2018 – Facultad de Medicina FUJNC.

**** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC–
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

++++ Coeditora Carta Comunitaria



INTRODUCCIÓN

La salud mental y los adolescentes



Imagen tomada de: <https://goo.gl/YhRo9m>

Según la OMS, la salud mental es un "estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (1). Resulta por demás obvio la inmensa importancia de tener y mantener una adecuada salud mental a lo largo de la vida y, en los adolescentes, esto no es una excepción. En el informe presentado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) acerca del Estado mundial de la infancia 2016 se menciona: "Se calcula que el 20 % de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento. La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de

morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. En conjunto, unos 71.000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta. Alrededor de la mitad de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años de edad y el 70 % antes de los 24. La frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes ha aumentado en los últimos 20 y 30 años; dicho aumento se atribuye a la ruptura de las estructuras familiares, al aumento del desempleo entre los jóvenes y a las aspiraciones educativas y profesionales poco realistas que las familias tienen para sus hijos e hijas" (2).

Importancia de la salud mental

El Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia 2003, relaciona la salud mental "con emociones, pensamientos y comportamientos". Y afirma que "una persona con buena salud mental es generalmente capaz de manejar los eventos y obstáculos de la vida diaria, trabajar para alcanzar metas

importantes y funcionar de manera efectiva en la sociedad. Sin embargo, aún pequeños problemas de salud mental pueden afectar las actividades cotidianas, en una medida tal, que los individuos no pueden funcionar como quisieran o como se espera dentro de la familia y la comunidad" (3).

Nosotros

El mismo estudio menciona que "el Gobierno nacional ha reconocido que existe una serie de falencias alrededor del área de salud mental: no hay una adecuada investigación en esta área y falta información sobre la prevalencia de

trastornos mentales. Es por esto que desde 2002, el Ministerio de Salud vio la necesidad y pertinencia de realizar un estudio nacional de salud mental para cubrir estas necesidades" (3).

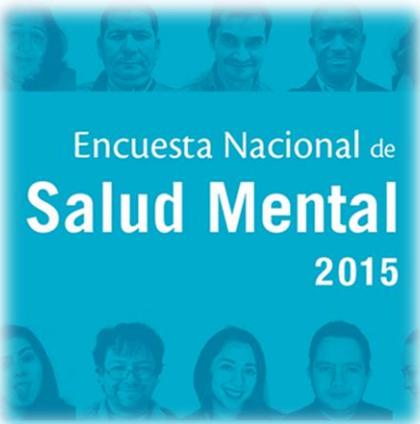


Imagen tomada de: <https://goo.gl/NkdZ9m>

El Ministerio de Protección Social de Colombia reconoce que los trastornos mentales y del comportamiento afectan, a nivel mundial, entre el 10 % y el 15 % de los niños, niñas y adolescentes (4). Tales trastornos tienden a aparecer al final de la infancia o al principio de la adolescencia con repercusiones importantes sobre la salud y desarrollo de esta población conllevando problemas sanitarios y sociales como consumo elevado de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas, embarazo adolescente, abandono escolar y conductas delictivas (1).



Identificar pronto

Un diagnóstico temprano de enfermedad mental en adolescentes resulta importante pues las intervenciones oportunas pueden determinar una mejor vida futura, siendo esto complejo de hacer, dadas las características, en ocasiones atípicas, de estos cuadros en este grupo de edad. Muchas personas, incluidos algunos médicos, consideran que los trastornos mentales son exclusivos del adulto y que, si estos se presentan en un adolescente, probablemente sean secundarios a una manifestación para llamar la atención o

para querer manipular su entorno psicosocial (5). De ello se deduce que existe desinterés por parte de los profesionales de la salud, familiares y profesores en conocer y reconocer este aspecto, lo que hace más difícil su identificación temprana, permitiendo que avance con consecuencias como ansiedad, depresión, trastornos psicóticos y problemas relacionados con el alcohol, todo lo cual puede tener desenlaces adversos como el fracaso académico, conductas suicidas o consumo de sustancias psicoactivas (5).



Imagen tomada de: <https://goo.gl/EvVSH2>

La adolescencia trae consigo cambios biológicos y profundas transformaciones psicológicas. Además, la situación social del país genera un aumento de trastornos mentales en los adolescentes muchas veces relacionados, entre otras situaciones, con el difícil acceso a la educación de calidad, la promoción para el inicio temprano de la vida sexual, la intensa y desordenada migración urbana y la falta de trabajo, factores todos que conllevan problemáticas como la delincuencia y violencia juvenil, el consumo de sustancias

tóxicas y el embarazo no deseado, evidenciando esa íntima relación entre la salud mental de los adolescentes con sus determinantes sociales (6). En Colombia, según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general es de 40,1 % y, en los adolescentes de 12 a 17 años, el 12,2 %, siendo más prevalente en mujeres (13,2 %) que en hombres (11,2 %) (7).

Ansiedad

En la adolescencia se exacerbaban las emociones; algunas, como el miedo y la ansiedad, son desencadenadas por sistemas biológicos que actúan como señales de alarma y barreras ante el peligro, constituyéndose en una herramienta adaptativa del ser humano (8). Sin embargo, si se vuelven malsanas, pierden su función fisiológica; por ejemplo, la ansiedad patológica se manifiesta en un trastorno consistente en la aparición de sensación de intenso malestar sin una causa objetiva que lo justifique con síntomas de aprensión que determinan sufrimiento (9).

Clínicamente la ansiedad presenta un componente motriz y otro neurovegetativo. Dentro del componente motriz se presenta inquietud, desasosiego, temblor e imposibilidad de permanecer sentado y, de manera atípica, se puede manifestar como inhibición motriz con dificultad del adolescente para hablar o moverse (10).

En el componente somático, pueden verse afectados todos los órganos y sistemas; apreciándose signos como aumento de frecuencia cardíaca, disminución del flujo sanguíneo periférico, diaforesis, palidez, temblor y modificaciones en el electroencefalograma (10).



Imagen tomada de: <https://goo.gl/8yrmcZ>

Los trastornos de ansiedad son comunes en la infancia y la adolescencia. Presentan una prevalencia mundial que fluctúa, según los informes, entre el 4 % y el 32 %, siendo más frecuentes en el género femenino e iniciando su desarrollo

antes de la pubertad. Estos trastornos afectan de forma negativa la autoestima, las relaciones sociales, la vida familiar, el rendimiento académico y, como consecuencia, los futuros logros laborales (8).

Cada vez se sabe más

Se ha demostrado (8) que existe influencia genética en el condicionamiento del miedo que parece subyacer a los trastornos de ansiedad y, aunque esta relación no se ha aclarado por completo, los estudios se han enfocado en "un polimorfismo en la región promotora del gen transportador de serotonina (5-HTT)", que indica que los individuos con la forma corta del gen (ss o sl) "presentan mayor neuroticismo y conductas evasivas hacia el peligro y la ansiedad", resultando en el aumento de riesgo estos trastornos, así como del comportamiento obsesivo compulsivo.

No obstante, a pesar de estos hallazgos, existe una importante influencia ambiental en los trastornos de ansiedad, especialmente debida a las pautas de crianza de los padres que, directa o indirectamente, inducen "patrones de respuesta poco adaptativas ante situaciones ambiguas" y por "presentar conductas intrusivas o controladoras y modelar ellos mismos las conductas ansiosas a sus hijos" (8). Otros factores como la edad, el nivel socioeconómico y la exposición a un medio violento, se asocian con tasas más altas de ansiedad (10).

Trastornos de ansiedad más prevalentes

Entre los trastornos de ansiedad más prevalentes a nivel mundial están:

- El trastorno de ansiedad relacionado con fobias simples que consisten en miedos irreprimibles, difíciles de superar y persistentes que solo aparecen ante la presencia de un estímulo o situación (por ejemplo, los animales, la oscuridad, las tormentas, la sangre, el ascensor, quedarse solos en la habitación, subir en avión, ir solos por el pasillo, etc.) (10).
- La ansiedad por separación es más común en la infancia, pero también se presenta en la adolescencia y se desencadena por el miedo a estar separado de los padres, siendo más frecuente en familias

sobrep protectoras, limitando el desarrollo de las actividades cotidianas y llegando al pánico (10).

- La ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva ante la vida en general (exámenes, relaciones con amigos, etc.) sin una base real y con una duración de por lo menos seis meses; afectando epidemiológicamente con mayor frecuencia a adolescentes mujeres (10).

En cuanto a la prevalencia a nivel mundial de estos trastornos, la ansiedad por separación afecta del 2 % al 4 % de los adolescentes; la ansiedad excesiva al 4 %; el trastorno de angustia afecta solo al 0,8 % de la población adolescente y, las fobias específicas del 1,5 % al 3 % (10).



Cifras dramáticas



Imagen tomada de: <https://goo.gl/9Jszxg>

En Colombia el 1,3 % de los adolescentes ha presentado trastorno de angustia con agorafobia, al menos una vez en la vida, siendo la prevalencia total en los últimos 30 días del 0,4% y, en los últimos 12 meses, del 1,1% (7).

El trastorno de ansiedad generalizada se presenta con una prevalencia total en los últimos 30 días del 0,1 %; en los últimos 12 meses del 0,5% y el comportamiento de prevalencia en la vida fue de 0,6 %. Por supuesto que las implicaciones de esto son la dificultad para vivir y el sufrimiento de los jóvenes y su entorno. Por cada hombre que presenta trastorno de ansiedad generalizada hay 2 mujeres que lo presentan (7).

El trastorno de estrés postraumático tiene una prevalencia total en los últimos 30 días de 0,1 %; en los últimos 12 meses de 0,8 % y el comportamiento de prevalencia en la vida fue de 1,4 %. Este trastorno tiene una etiología multicausal, sin embargo, en Colombia, un factor importante es la exposición de los adolescentes a los conflictos armados.

El trastorno de ansiedad por separación se presentó con una prevalencia total en los últimos 30 días del 0,8 % y, en los últimos 12 meses, del 1,7%. El comportamiento de prevalencia en la vida fue de 6,8 %. Siendo más prevalente en las mujeres que en los hombres (7).

Consumo problemático del alcohol



Imagen tomada de: <https://goo.gl/1JBzqB>

Otra expresión de la mala salud mental es el patrón perjudicial de consumo de alcohol que conlleva una gran cantidad de consecuencias negativas en la vida de una persona y que, de no tratarse adecuadamente, tiene un alto potencial de convertirse en una adicción.

Nosotros

El consumo excesivo de alcohol en adolescentes colombianos de los 12 a los 17 años, según la Encuesta Nacional de Salud Mental, tiene una prevalencia del 52 %, siendo mayor en hombres en un 7,7 % (7). La prevalencia de consumo de riesgo a abuso es del 2,8 % en adolescentes entre los 12 y los 17 años.

Ubicando las prevalencias geográficamente, el consumo excesivo de alcohol por parte de los adolescentes

colombianos es mayor en Bogotá, con un 20,5 %, seguido de la región oriental con un 13,9 %, la Atlántica con un 10,5 %, la central con 10,4 % y, finalmente la región con menor prevalencia, la Pacífica con 7,1%.

Relacionando el consumo de alcohol en los adolescentes con el factor social de la pobreza se obtuvo que el 22,7 % tiene asociación con esta condición mientras que el 21,6 % no la tiene (7).



Psicosis



Imagen tomada de: <https://goo.gl/pm9k8M>

La adolescencia es una etapa del desarrollo que tiene importantes marcadores de riesgo para psicosis (11), entre los que se pueden mencionar:

1. Proximidad temporal de la adolescencia con la edad de inicio de la esquizofrenia, estando la edad de inicio de los síntomas de este padecimiento entre los 15 y los 35 años (11).
2. Cambios a nivel madurativo, hormonal, cerebral, cognitivos y sociales que son estresores ambientales que aumentan el riesgo de desarrollo del espectro esquizofrénico (11).
3. Vulnerabilidad a acontecimientos estresantes y traumáticos en edades tempranas que aumentan la susceptibilidad a desarrollar trastornos psicóticos (11).
4. Alteraciones del neurodesarrollo, más frecuentes en la niñez y adolescencia (11).

Fonseca (11) relaciona una serie de estudios epidemiológicos que "parecen demostrar que los síntomas psicóticos son un fenómeno común dentro de los adolescentes". Entre estos, uno realizado con 761 niños japoneses donde se encontró que el 21 % informó sobre alguna experiencia alucinatoria; otro en Australia, en el cual 84 % de los adolescentes estudiados refirió haber tenido este tipo de experiencia (visual o auditiva); en Inglaterra, el 38,9 % de 6455 adolescentes anotaron más de un aspecto en torno a experiencias psicóticas y, en Alemania, el 16 % lo hizo en al menos un ítem relacionado con experiencias alucinatorias y/o delirantes. De igual forma Fonseca (11) alude a estudios longitudinales que demuestran que los niños o adolescentes que han presentado alguna manifestación psicótica a lo largo de su desarrollo tienen un riesgo mayor de psicosis u otro tipo de trastorno, relacionando las experiencias alucinatorias con la ansiedad y/o depresión.

Nosotros



Imagen tomada de: <https://goo.gl/hJElAo>

En Colombia el 10,1% de los adolescentes entre los 12 y los 17 años presentan riesgo psicótico, de este porcentaje, el 8,9% son hombres y 11,4% son mujeres, lo que muestra que los síntomas psicóticos son más frecuentes en el género femenino (7).



Síntomas psicóticos

La esquizofrenia, de acuerdo con la definición referenciada por Urrego del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (12), "es un trastorno psicótico de seis meses o más de duración en el cual el individuo presenta, durante un mes o más, por lo menos dos de los siguientes síntomas activos: ideas delirantes, alucinaciones, discurso desorganizado, conducta motora desorganizada o catatónica, o síntomas negativos como aplanamiento afectivo, falta de lógica en el discurso o falta de iniciativa para iniciar actividades".

Según ABS Salud (13), "la esquizofrenia típicamente empieza al final de la adolescencia y principio de la edad adulta. No se sabe la causa de la esquizofrenia, aunque se sabe que tiene un componente genético y hay más riesgo de presentarla si uno de los padres padece la enfermedad, o si se tiene un hermano gemelo afectado (hasta un 50 %). Se cree que por alguna causa prenatal se produce un desarrollo anómalo de las conexiones en algunos circuitos cerebrales".

Dentro de los síntomas de la esquizofrenia, enumerados por ABS Salud (13), se pueden destacar:

- **Alucinaciones:** "Generalmente suelen ser auditivas o visuales, si son olfatorias o gustativas hay que sospechar de un problema cerebral (tumor, epilepsia, etc.) y, si son táctiles, abuso de sustancias (alcohol...). Las alucinaciones auditivas son muy diversas, pueden ser voces comentando cosas sobre o criticando al paciente, o creer que los pensamientos se oyen en voz alta, o pueden

ser órdenes al paciente para que haga algo. Son muy incómodas y difíciles de soportar (13).

- **Delirios:** "Pueden ser de persecución (paranoia, estar vigilado o monitorizado), de grandeza (tener riquezas, percepción extrasensorial, ser alguien importante), somáticas (tener una enfermedad grave), o religiosas (haber cometido un pecado y estar destinado al infierno)" (13).

La familia



Mucho tiene que ver la familia con la salud mental de los jóvenes. Higuera (14) define la familia funcional como "aquella en la que se estimula la capacidad para resolver unidos las crisis que se presentan al interior y al exterior de la misma, en la que además se expresa afecto y apoyo, se permite el crecimiento y desarrollo de cada integrante y se genera interacción entre ellos, respetando la autonomía y el espacio individual" y menciona que "aspectos como la composición de la familia, el nivel educativo, el sexo y el estrato socioeconómico de los padres, son factores que influyen en el funcionamiento de las familias" (14).

adolescentes, puesto que la disolución familiar y los conflictos familiares se manifiestan de manera negativa principalmente en las esferas emocional y psíquica especialmente durante la pubertad y la adolescencia (15) cuando tiende a expresarse en su comportamiento. En contraste, un desarrollo sano en la infancia y la adolescencia, sin duda propiciado por una buena función familiar, contribuye a una buena salud mental pues mejora las habilidades sociales, la capacidad para resolver problemas y la autoconfianza del adolescente, lo que puede prevenir trastornos de la conducta, ansiedad, depresión y comportamientos de riesgo relacionados con las conductas sexuales, el abuso de sustancias o comportamientos violentos (1).

La disfunción familiar es un factor de riesgo para el aumento de trastornos mentales, psíquicos y el alcoholismo en los

En Colombia, la funcionalidad familiar en los adolescentes entre los 12 y los 17 años, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental (7), presenta las siguientes prevalencias:

- Disfunción familiar: 31,1 % y, según el género, en las mujeres la prevalencia es de 28,6 % mientras que en los hombres es de 33,8 %.

- Disfunción leve: 19,9 %, con una prevalencia por género de 17,3 % en las mujeres y de 22,6 % en los hombres.
- Disfunción moderada: 7,2 %, con una prevalencia de 6,8 % en las mujeres y 7,7 % en los hombres.



Comparando la prevalencia de disfunción familiar con la escolarización de los adolescentes se encontró que el 30,4 % de los adolescentes que se encuentran estudiando describen algún grado de disfunción familiar contra un 35,1 % que no estudia y describe disfunción familiar. Por lo tanto, a mayor grado de escolaridad es menor la prevalencia de disfunción familiar.

Este artículo tiene como objetivo describir la relación de la funcionalidad familiar con la presencia de trastornos

mentales, específicamente angustia psicológica, depresión, trastornos psicóticos y problemas de alcohol en adolescentes de los grados sexto a once de tres colegios de Bogotá. Adicionalmente, entregar los informes respectivos a los planteos educativos que participaron en el estudio con el fin de que propongan actividades que vinculen a los padres, buscando que, a lo mejor, interviniendo en este ciclo vital, se logre favorecer la felicidad de estos futuros adultos y de sus familias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio descriptivo de prevalencia de corte transversal.

Población objeto: Estudiantes de secundaria de tres colegios de Bogotá de las localidades de Suba y Bosa que participaron en el estudio durante los meses de febrero a marzo de 2018.

Criterios de inclusión: Estudiantes de secundaria con edades entre los 10 y 19 años que se encontraban el día del trabajo de campo en la institución educativa. La muestra de la población se obtuvo por conveniencia en tres colegios en los que nos permitieron aplicar la encuesta después de presentar una carta de permiso a las directivas de cada institución, respaldada por el Departamento de Medicina Comunitaria de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y de la debida autorización por parte de los padres de familia o acudientes responsables, a través de una solicitud de consentimiento que fue entregada a cada uno de los estudiantes. Se excluyeron aquellos estudiantes que no presentaron la solicitud firmada por los acudientes y los que de manera voluntaria se negaron a participar de la actividad.

Variables de estudio: Se indagó por *características sociodemográficas* (edad, género y estrato socioeconómico) y por *funcionalidad familiar* a través del test de APGAR, un cuestionario autoadministrado que consta de cinco preguntas cerradas. Cada pregunta tiene una puntuación de 0 a 2 sobre una escala de Likert de tres posiciones; puntuaciones iguales o superiores a 7 corresponden a familias normofuncionales o con buena funcionalidad, entre 4 y 6 puntos indican disfunción familiar leve y, entre 0 y 3, disfunción familiar grave (16). Además, se preguntó por *prevalencia de trastornos mentales*, a través del cuestionario SRQ diseñado por la Organización Mundial de la Salud (17) para ampliar la detección y atención de problemas mentales en la atención primaria de la salud. El cuestionario consta de 30 preguntas dicotómicas. Las *primeras 20 preguntas* son útiles para identificar trastornos ansiosos o depresivos: 1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?, 2. ¿Tiene mal apetito?, 3. ¿Duerme mal?, 4. ¿Se asusta con facilidad?, 5. ¿Sufre de temblor en las manos?, 6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?, 7. ¿Sufre de mala digestión?, 8. ¿No puede pensar con claridad?, 9. ¿Se siente triste?, 10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?, 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?, 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?, 13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?, 14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?, 15. ¿Ha perdido interés en las cosas?, 16. ¿Siente que usted es una persona inútil?, 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?, 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?, 19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?, 20. ¿Se cansa con facilidad? Las *preguntas 21 a la 25* ayudan a reconocer trastornos psicóticos: 21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?, 22. ¿Es usted una

persona mucho más importante de lo que piensan los demás?, 23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?, 24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?, 25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de lengua o pérdida del conocimiento? Y, mediante *las preguntas 26 a 28*, se reconocen problemas con el consumo de alcohol: 26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted está bebiendo demasiado licor? 27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?, 28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?, 29. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?, 30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado? (5). Cada respuesta positiva corresponde a un punto; el encuestado puede presentar riesgo de ansiedad o depresión si de la pregunta 1 a 20 tiene de 5 a 7 puntos; una sola respuesta positiva de las preguntas 21 al 25 indica riesgo de trastorno psicótico y una sola respuesta positiva a las preguntas de la 26 a la 30 indica riesgo de consumo problemático de alcohol (7).

Prueba piloto: Se realizó en febrero de 2018 y consistió en la aplicación del formulario, conformado por un encabezado con las variables demográficas, el test APGAR familiar y el Test SRQ, a dos estudiantes de cada grado (de sexto a once), muestra que fue seleccionada a conveniencia; durante la aplicación se les contabilizó el tiempo, obteniendo un promedio de 15 minutos necesarios para su resolución, y al finalizar se tomaron las sugerencias que consideraron pertinentes para mejorar el desarrollo y aplicación de la encuesta.

Recolección de la información: Se obtuvo permiso de las directivas de cada institución educativa y de los padres o responsables de los menores encuestados con el compromiso de entregar los resultados del estudio. Se realizó una encuesta presencial a los estudiantes de los grados 6 a 11 de los tres colegios. Una vez en las instituciones, los encuestadores se presentaron y explicaron el motivo de la encuesta, el tiempo requerido (15 minutos promedio), la libertad para contestar, la confidencialidad y el uso que se le daría a la información. Posteriormente se consolidaron en una sola tabla los datos obtenidos por cada encuestador.

Manejo estadístico: Se tabularon los resultados en una base de datos diseñada en el programa Excel. Se calcularon las frecuencias de las características demográficas, el grado de funcionalidad familiar y la prevalencia de los trastornos mentales evaluados con el SRQ. A través del programa *Epi Info* se calculó la relación de cada trastorno mental con el grado de funcionalidad familiar, obteniendo los resultados de los OR y la prueba *p*.





RESULTADOS

En total se aplicó el cuestionario a 1025 adolescentes. Se calcularon los porcentajes de acuerdo al total de respuestas obtenidas en cada pregunta respectivamente.

Tabla 1. Caracterización de la población y su funcionalidad familiar.

VARIABLE	Nº	%
Sexo		
Hombres	511	50,0
Mujeres	510	49,9
Edad		
De 10 a 12 años	257	25,3
De 13 a 15 años	561	55,2
De 16 o más años	199	19,6
Estrato socioeconómico		
Uno y dos	456	47,2
Tres y cuatro	482	49,8
Cinco y seis	29	3,0
Funcionalidad familiar		
Disfunción severa	46	4,7
Disfunción moderada	267	27,2
Buena funcionalidad	668	68,1

Para este estudio se encuestaron dos colegios públicos ubicados en la localidad de Suba y uno en la localidad de Bosa. El 32 % de los adolescentes dijo sentirse feliz (n=314) y un 7 % (n=67) triste. Dos de tres dijeron tener su ánimo normal. El 57 % de los jóvenes tiene un hogar nuclear y un

29 % dice vivir en un hogar incompleto (falta uno de los padres). Casi el 9 % (n=87) vive en hogar extenso, 2 % en hogares reconstituidos (n=20) y 33 (3 %) jóvenes afirman vivir en un hogar sin padres. Prácticamente 2 de 3 adolescentes perciben como buena la función familiar.

Tabla 2. Prevalencia del puntaje positivo obtenido en el SRQ aplicado a estudiantes de tres colegios, 2018.

COMPONENTE	Nº	%
Tiene frecuentes dolores de cabeza.	357	34,9
Tiene mal apetito.	182	17,8
Duerme mal.	196	19,2
Se asusta con facilidad.	318	31,1
Sufre de temblor en las manos.	164	16,1
Se siente nervioso, tenso o aburrido.	396	38,7
Sufre de mala digestión.	103	10,1
No puede pensar con claridad.	366	35,9
Se siente triste.	208	20,4
Llora con mucha frecuencia.	224	21,9
Tiene dificultad para disfrutar sus actividades diarias.	215	21,0
Tiene dificultad para tomar decisiones.	418	41,6
Tiene dificultad en hacer su trabajo. Sufre con su trabajo.	184	18,0
Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida.	193	18,9
Ha perdido interés en las cosas.	474	46,4
Siente que es una persona inútil.	196	19,2
Ha tenido la idea de acabar con su vida.	222	21,7
Se siente cansado todo el tiempo.	261	26,5
Tiene sensaciones desagradables en su estómago.	197	19,3
Se cansa con facilidad.	344	33,8
Siente que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma.	477	46,7
Se siente mucho más importante de lo que piensan los demás.	530	52,2
Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos.	369	36,3
Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír.	215	21,0
Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimiento de brazos y piernas; con mordedura de lengua o pérdida del conocimiento.	78	7,6
Alguna vez le ha parecido a sus familias, sus amigos, sus médicos o sus sacerdotes que bebía mucho licor.	57	5,6
Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido.	53	5,3
Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos.	40	4,0
Ha estado en riñas o le han detenido estando borracho.	52	5,1
Le ha parecido alguna vez que bebía demasiado.	60	6,0
RIESGO		
Ansiedad/angustia psicológica	495	48,2
Consumo problemático de alcohol	170	16,6
Síntomas psicóticos	467	45,5

La tabla 2 pone de manifiesto cómo casi 1 de cada 5 jóvenes no disfruta de su cotidianidad, junto con haber pensado en acabar con su vida y oír voces.



Tabla 3. Riesgo de trastornos mentales medido con el test SRQ versus funcionalidad familiar en estudiantes de tres colegios, 2018.

Riesgo de trastornos mentales	Sí riesgo		No riesgo		OR	LI	LS	Valor P
	Nº	%	Nº	%				
Depresión/angustia								
Disfunción severa	36	12,7	10	2,3	6,1	3,0	12,4	0,0000000
Buena funcionalidad	249	87,3	419	97,6				
Disfunción moderada	235	48,5	191	31,3	2,1	1,6	2,7	0,0000000
Buena funcionalidad	249	51,4	419	68,6				
Consumo de alcohol								
Disfunción severa	10	8,8	36	6	1,5	0,7	3,1	0,2691266
Buena funcionalidad	104	91,2	564	94				
Disfunción moderada	62	37,3	324	36,4	1,0	0,7	1,5	0,8322482
Buena funcionalidad	104	62,6	564	63,5				
Síntomas psicóticos								
Disfunción severa	27	9,5	19	4,5	2,2	1,2	4,1	0,0081516
Buena funcionalidad	260	90,5	408	95,5				
Disfunción moderada	201	43,6	225	28,5	1,9	1,5	2,5	0,0000006
Buena funcionalidad	260	56,3	564	71,4				

Salvo con el consumo de alcohol, la tabla 3 pone de manifiesto relaciones significativas entre la funcionalidad familiar y las manifestaciones de ansiedad y psicóticas.

DISCUSIÓN

La presente investigación está sujeta a las limitaciones propias de las encuestas tales como que no se conteste con la verdad y que las preguntas no se respondan en su totalidad. Sin embargo, tales limitaciones se enfrentaron a través de la insistencia de la sinceridad a la hora de responder la encuesta y de la explicación clara brindada a los estudiantes sobre lo que se preguntaba en cada ítem,

contestando de manera oportuna las inquietudes que surgían durante el desarrollo de la aplicación; lo que hace suponer que se superaron suficientemente como para darle validez al estudio que, además, está respaldado por una muestra importante, aunque no representativa de población (1025 estudiantes).



Imagen tomada de: <https://goo.gl/31R93W>

Un primer y llamativo hallazgo ha sido el riesgo de psicosis en estos adolescentes. Según la encuesta Nacional de Salud Mental es de 10,1% (7), en tanto que en esta investigación se obtuvo 45,5% (tabla 2). Esto puede estar relacionado con el porcentaje de jóvenes que presentan angustia psicológica (en este estudio el 48,2%, tabla 2), asociación identificada por Brañas (18). Lo propio se puede afirmar sobre las manifestaciones depresivas en los adolescentes colombianos, que se presentan en un porcentaje que oscila entre el 3,9% y el 15,8% (7), y en esta investigación, en un 22%, al menos en la pregunta de si llora con frecuencia (ver tabla 2). Alrededor del 40% de adolescentes con trastorno psicótico presentan comorbilidad con trastornos depresivos (18). El consumo de sustancias ilícitas, principalmente cannabis es otro factor que incrementa el riesgo potenciando síntomas de primer rango como manías y alucinaciones auditivas (18), estando la prevalencia del consumo de marihuana en Colombia en 3,5%, de los cuales el 48,8% la ha vuelto a consumir en los últimos ocho meses (7). Sin haberlo medido

específicamente, la tabla 2 muestra cómo el 5% de los jóvenes interrogados tiene criterios de riesgo de abuso de alcohol (Test de Cage presente). Adicionalmente el incremento de trastornos psicóticos tiene una importante relación con la disfuncionalidad familiar, aspecto que se demostró en este estudio (tabla 3), lo que puede indicar que la adolescencia es una etapa en la que el ser humano demanda atención y afecto y, en las familias disfuncionales, estas necesidades básicas pueden verse suprimidas. De igual manera, la falta de atención es un desencadenante de factores de riesgo como depresión y potencia la aparición de síntomas psicóticos (18).

Estos resultados, aunque no permiten hacer inferencias, indican la necesidad de indagar más sobre el probable riesgo de enfrentar una problemática de Salud Pública en Bogotá ante el creciente aumento de síntomas psicóticos. Valdrá la pena hacer un trabajo similar, pero con muestras representativas.

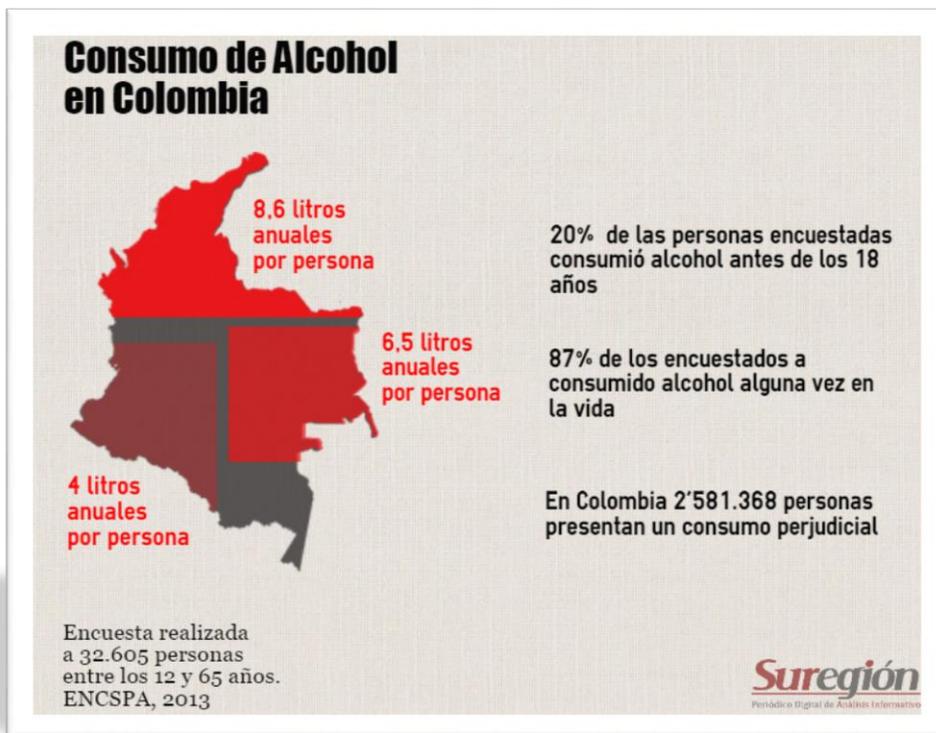


Imagen tomada de: <https://goo.gl/rmh6qB>

En cuanto al riesgo de consumo de alcohol, se encontró una prevalencia del 16,6% (tabla 2) en comparación con un 20,4% a nivel nacional (7), cifras a nuestro juicio altas, demostrando que, a pesar de las medidas de la legislación colombiana que prohíben el expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad y las diferentes campañas publicitarias que se han realizado para prevenir esta situación, la problemática sigue latente en nuestra sociedad, contribuyendo al aumento de conductas de riesgo para esta población en específico con consecuencias como embarazos no deseados, transmisión de enfermedades de transmisión sexual, accidentes, peleas callejeras, etc. En cuanto a la relación del riesgo de consumo de alcohol con el grado de funcionalidad familiar (tabla 3), en este estudio se encontró que la familia no tiene una influencia significativa sobre esta conducta, aspecto que se pone en duda por considerar que factores familiares como la ausencia de afectividad y de comunicación, la actitud permisiva y/o desinteresada, la falta de cohesión familiar, la pérdida de figuras de autoridad, la sobreprotección, la incoherencia educativa o la ausencia de tiempo familiar compartido, tienen importancia (19). No obstante, se reconoce que existen otros factores externos que pueden influir de manera más contundente en el consumo problemático de alcohol como campañas publicitarias de las empresas vendedoras y distribuidoras en los que se presentan mensajes a través de imágenes que muestran libertad y diversión, algo que resulta motivante y atrayente para un adolescente, siendo, de

seguro, la excesiva dependencia a un grupo social de pares que consume, una de las mayores influencias (19).

Se plantea que la solución para la problemática del consumo de alcohol en los adolescentes está principalmente en el mismo individuo (aunque en este estudio no se indagó) con la adquisición de herramientas enfocadas a reforzar aspectos como el sistema de valores, habilidades sociales, confianza y autoestima, control emocional y la disminución de conductas o ideas de riesgo como el individualismo, el escepticismo, la imprudencia, el hedonismo y el bajo autocontrol emocional.

En este estudio, la función familiar mostró tener una clara influencia en el riesgo de padecer ansiedad y síntomas psicóticos (tabla 3), resaltando cómo en toda la complejidad de factores asociados, la familia parece estar siempre presente, hallazgo similar al encontrado por otros autores a nivel nacional (5).

La dinámica de la familia es un factor clave (20) que puede influir negativa o positivamente en el joven. ¿Será que los adolescentes de hoy son más frágiles emocionalmente? Se cree que sí, y en particular, para la toma de decisiones que permitan afrontar obstáculos, razón por la cual tanto el ambiente familiar como el escolar han de asumir esta realidad a través de programas que promuevan las habilidades de convivencia y de desarrollo personal (21).

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la salud 2001 [Internet]. Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra; 2001. Disponible en: <https://goo.gl/swJyd1>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Estado mundial de la infancia 2011 [internet]. Nueva York: Unicef [citado 2018 ago]. Disponible en: <https://goo.gl/imdkqw>



3. Ministerio de Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia 2003. Cali 2005. Disponible en: <https://goo.gl/TMf1c1>
4. Torres Y, Berbesí D, Bareño J, Montoya L. Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia [Internet]. Ministerio de Protección Social. 2010. Disponible en: <https://goo.gl/Q12p9N>
5. Ospina F, Hinestrosa M, Paredes M, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev. Salud Pública. 2011;13(6):908-920. Disponible en: <https://goo.gl/PezQfM>
6. Alba Lh. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una Medicina de prevención. Universitat de medicina [Internet]. 2010; 51(1):2942. Disponible en: <https://goo.gl/Q6ciBG>
7. Ministerio de Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. MINSALUD [Internet]. 2015 [Citado 11 agosto 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/hS3LQg>
8. Tayeh P, Agómez PM, Chaskel R. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. CCAP [Internet]. 2016 [01 de sep de 2018]; 15(1):06-18. Disponible en: <https://goo.gl/khDcXW>
9. Ruíz AM, Lago B. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. AEPap [Internet]. 2005 [01 de sep de 2018]; 265-280. Disponible en: <https://goo.gl/qk33Jw>
10. Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad en el adolescente. Pediatr integral [Internet]. 2005 [citado 11 agosto 2018]; 9(2):125-134. Disponible en: <https://goo.gl/L6gyzB>
11. Fonseca E, Lemos S, Paino M, Villazán U, Sierra S, Muñiz J. Experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente. Papeles del psicólogo [Internet]. 2009 [01 de sep de 2018]; 30 (1): 63-73. Disponible en: <https://goo.gl/AWfjnz>
12. Urrego D, Cocoma J. Por la salud mental. Revista de Salud Pública [Internet]. 1999; 1(1). Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/22343/1/18940-61789-1-PB.pdf>
13. ABC Salud. Patologías [Internet]. La esquizofrenia y otras causas de psicosis en adolescentes. 2013 [28 de noviembre]. Disponible en: <https://goo.gl/dPStSD>
14. Higueta L, Cardona J. Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín (Colombia), 2014. Rev CES Psicol. 2014; (2):167-178.
15. Morla R, Saad E, Saad J. Depresión en adolescentes y destrucción familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Rev Colombiana de Psiquiatría. 2006; 35(2). Disponible en: <https://goo.gl/PGGL9C>
16. Martín A., Cano JF, Gené J. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina Familiar [base de datos en Internet]. Vol. 5. 7^{ma} ed. España: Elsevier; 2014. [Citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/ezmCp9>
17. Romero AD, Sánchez FN, Lozano A, Ruíz P, Vega J. Estructura de la sintomatología psiquiátrica según el SRQ-18 en pacientes ambulatorios con trastornos mentales evaluados en un hospital general de Lima. Rev Neuropsiquiatr. 4 de octubre de 2016;79(3):142.
18. Brañas A, Barrigón ML, Lahera G, Canal-Rivero M, Ruíz M. Influence of Depressive Symptoms on Distress Related to Positive Psychotic-like Experiences in Women. Psychiatry Research [base de datos en Internet]. 2017 [citado 8 de sept de 2018]; 258: 469-475. Disponible en: <https://goo.gl/azsQmy>
19. Rodríguez FD, Sanchis ML, Bisquerra R. Consumo de alcohol en la adolescencia consideraciones médicas y orientaciones educativas. Salud mental [Internet]. 2014 [Citado 08 de sep de 2018]; 37:255-260. Disponible en: <https://goo.gl/9GgYy1>
20. Mendizábal JA, Anzures B. La familia y el adolescente. Rev Med Hosp Gen Mex [Internet]. 1999 [Citado 12 agosto 2018]; 62(3):191-197. Disponible en: <https://goo.gl/P7gxfh>
21. OMS. Skills for Health Skills-based Health Education Including Life Skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School [Internet]. Document 9 Information Series On School Health. 2001. Disponible en: <https://goo.gl/LfHvVj>

Índice de los artículos sobre salud mental publicados de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Presentación del Estudio de Salud Mental 2015.	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 136 (2016)	https://goo.gl/abC56A
Tendencias de investigación en ciencias de la salud sobre la salud mental y su orientación comunitaria.	José Camargo, John Pedraza, Amanda Ortiz Doncel, Luciana Restrepo, Carlos Cortés.	Vol. 24, Núm. 137 (2016)	https://goo.gl/N41BrV
La Ley de Salud Mental colombiana en el contexto latinoamericano. Una apuesta por el respeto a los derechos humanos.	Jesús Andrés Sánchez, Laura Carolina Castro B., John Pedraza Palacios, Mariam Verbel R.	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://goo.gl/gVqVui
Salud mental infantil: Una mirada desde la salud mental comunitaria.	Diana Carolina Díaz M, Asiri Cuyay Nathalie Nino P, Luisa Fernanda Ramírez N, Jessica Fernanda Gómez J.	Vol. 24, Núm. 140 (2016)	https://goo.gl/K7vMXB
Detección y notificación del maltrato infantil.	Jessica Fernanda Gómez J.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://goo.gl/G8AQev
Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario.	Asiri Cuyay Nathalie Niño, Diana Carolina Díaz M, Luisa Fernanda Ramírez N.	Vol. 25, Núm. 143 (2017)	https://goo.gl/ZKPMru
Factores de riesgo psicosocial intralaboral en docentes universitarios en Girardot (Cundinamarca, Colombia), 2016.	Amanda Ortiz D.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://goo.gl/Zj9MC3
Identificación de la salud mental en adolescentes y relación con la familia.	Karen Eliana Acevedo G., María Lorena Alfonso P., Natalia A. Arévalo Q., Daniela Arias L., Henry Jared Beltrán, Juan Sebastián Betancur C., Edwin Reinol Cadena O., Juan Carlos González Q. Jenny Pinzón.	Vol. 25, Núm. 149 (2017)	Este número

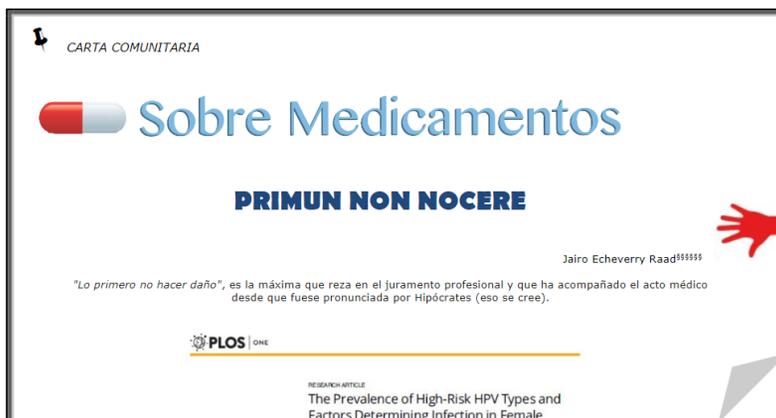




Revisión de artículo

A PROPÓSITO DE LA VACUNA DEL VPH

Jairo Echeverry Raad****



Aunque hace un tiempo escribí a ustedes respecto a este tema (1), ha surgido un nuevo e inusitado capítulo en el libro de las vicisitudes y dificultades de la vacuna VPH que ha causado consternación.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/aEp8Q8>

A raíz de la vacunación, como estrategia de Salud Pública, se ha formado un grupo, naturalmente encabezado por la industria farmacéutica productora de las susodichas, que las defiende a mesiánica ultranza.

La presión

Logran alarmar a la población (*léase padres de familia*) presionándolos para que opten por la vacunación a través de diferentes estrategias; por ejemplo, recientemente emitiendo la lista (negra) de casos emergentes de sarampión y tosferina en aquellas ciudades de la unión americana donde la incidencia de no vacunación por razones no médicas sino

religiosas o filosóficas ha aumentado (2). La lista negra está compuesta por Phoenix (Arizona), Salt Lake City, Provo (Utah), Seattle, Spokane (Washington), Portland (Oregon), Detroit, Troy, Warren (Michigan), Houston, Fort Worth, Plano, Austin (Texas), Pittsburg (Pennsylvania) y Kansas City (Missouri).

**** Profesor Titular, Head Professor. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia
jecheverryr@unal.edu.co - Docente investigador, Fundación Universitaria Juan N. Corpas. jairo.echeverry@juanncorpas.edu.co

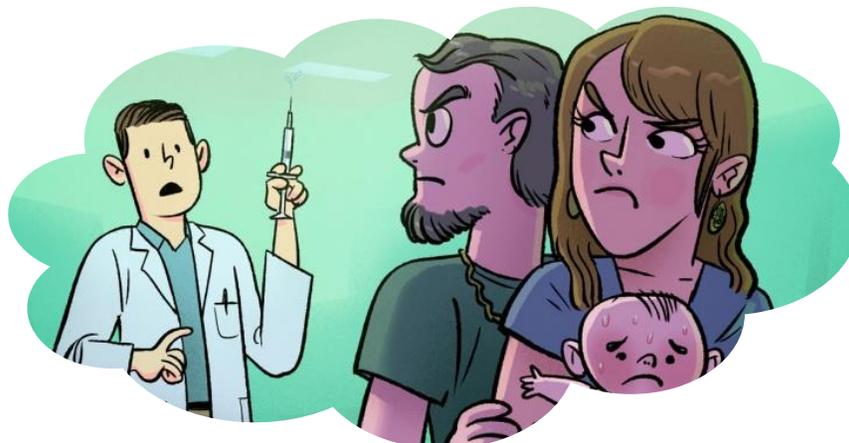


Imagen tomada de: <https://goo.gl/eTmxuZ>

Paralelamente un grupo de visibilidad creciente, en especial desde la epidemia de trastornos del espectro autista en Estados Unidos y Europa, ha conformado el "grupo antivacuna" (3). Este grupo, lógicamente, está encabezado por individuos que han experimentado en "carne propia" los efectos indeseables de las vacunas, los cuales, a pesar de ser infrecuentes, son generalmente devastadores e incorregibles

y, paradójicamente, afectan más intensamente a individuos que por su propia inmunidad tendrían bajo riesgo de contraer la infección (causa necesaria) que se está queriendo prevenir con la vacuna. Ahora bien, un número importante de bufetes de abogados tienen listo el "colmillo" para caerles a las casas de la industria farmacéutica.

Depende

Creo que sería menester acudir a un punto neutral en un grupo que podría responder a la pregunta de si es adecuado vacunar a un individuo o grupo en particular, con la socorrida respuesta epidemiológica: "Depende".

Los grupos extremos no quieren entender, al igual que connotados clínicos y miembros de la administración del sistema sanitario, que una eficacia de una vacuna del 95 % **no significa** que de cada 100 vacunados se evita o previene

la enfermedad en 95. Realmente es la magnitud en que se reduce el riesgo basal de padecer o desarrollar la condición de cada individuo en particular. Tampoco se tiene en cuenta que, dado que es una tecnología diseñada o ideada por el hombre (y no por Dios), es una intervención antinatural en la historia de la enfermedad y, por tanto, es susceptible a desencadenar, además de los tentativos beneficios, efectos adversos.

El planteamiento crítico

Qué decisión tomarían las madres si les explicásemos antes de vacunar a sus hijos contra el polio, que el NNT (número necesario a vacunar para obtener un beneficio clínico) de dicha vacuna es 3384 (4); es decir, que se requiere vacunar a ese número de niños con tres dosis (10152 dosis) para evitar un caso de polio; pero que el NNH (número necesario de pacientes que hay que tratar para que 1 paciente sufra un

evento adverso, en este caso el polio vacunal) es del orden de 100000, lo que determina que la razón de ayuda/daño está en alrededor de 30 a favor de la vacuna... y unos señores (generalmente lo son), allá en los escritorios, han definido que eso está bien; que el riesgo es mínimo (para ellos, que no lo padecerán) y el beneficio suficiente para la mayoría.

La prevalencia: factor a tener en cuenta

El NNT se hace cada vez más grande en la medida en que el riesgo basal del evento en una población está reducido y, viceversa; siendo este último escenario donde sería privilegiada la vacunación.

La toma de decisiones

La toma de decisiones en Salud Pública, particularmente en el caso de la inmunización activa, se hace diferencialmente si el que toma dichas decisiones es el ministro de salud, el secretario de salud departamental o municipal, el pediatra, el médico tratante o los propios padres de familia. Conspicuamente la decisión de indicar la vacunación se hace más liberalmente, en la medida en que dicha decisión es tomada en abstracto y sin individualizar la misma, por parte

de los niveles jerárquicos más elevados porque para estos, predominan o se ponderan con mayor intensidad los beneficios con una subvaloración de los tentativos y escasos efectos secundarios desastrosos. Para los padres de familia, por el contrario, estos últimos son los que determinan la vacunación por encima de los beneficios, aunque sean abrumadores.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/PgZy1H>

Los clínicos creemos, con algo de inocencia, que una vacuna que masivamente se coloca por dictados de la OMS, inmediatamente elimina sus efectos adversos, especialmente aquellos que se producen a mediano y largo plazo, porque paradójicamente, estos no están obligados a ser evaluados por las casas farmacéuticas (“ni bobos que fueran”) sino que

los asume el Estado a través de sus tristes sistemas de vigilancia. Así se enfrentan situaciones como la del riesgo incremental de invaginación intestinal en los primeros seis meses pos vacuna del rotavirus en niños eutróficos (5), el cual sigue allí, “vivito” y produciendo casos, sin que la mayoría de nosotros esté al tanto de ello.

Un camino diferente

Me pregunto, ¿no sería más adecuado optimizar el sistema inmune de los individuos mejorando genérica y totipotencialmente su capacidad secular de responder, no solo al virus del polio, sino a todos los patógenos viejos, mutados y futuros?

Es algo realmente miope pensar que la vacunación, por sí sola, erradicará las enfermedades “*inmunoprevenibles*”, a

menos que se tenga en cuenta el contexto *biopsicosocial* de los receptores de las mismas y el control de los factores de riesgo asociados a la causa suficiente de las enfermedades derivadas, donde las infecciones son **simplemente** la causa necesaria pero no suficiente.

La interpretación de los resultados

RESEARCH

Quadrivalent human papillomavirus vaccination in girls and the risk of autoimmune disorders: the Ontario Grade 8 HPV Vaccine Cohort Study

Erin Y. Liu MSc, Leah M. Smith PhD, Anne K. Ellis MD MSc, Heather Whitaker PhD, Barbara Law MD, Jeffrey C. Kwong MD MSc, Paddy Farrington PhD, Linda E. Lévesque PhD

■ Cite as: *CMAJ* 2018 May 28;190:E648-55. doi: 10.1503/cmaj.170871

Mientras llegamos al meollo del asunto, “ojo” al estudio de Liu (6) que presenta el seguimiento a largo plazo de la vacunación VPH en Canadá del reporte de eventos inmunológicos (6) y en el que los autores hacen una

desafortunada, eufemística e inadecuada lectura de sus propios resultados, generando una gran falacia destinada a convencer incautos y analfabetas científicos.

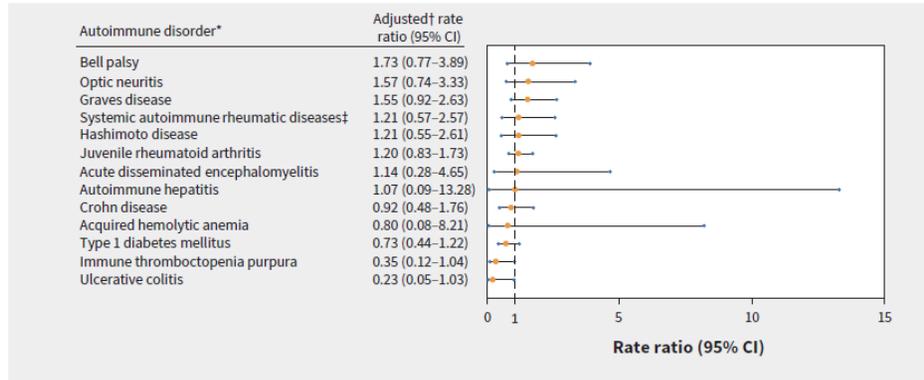


Figure 3: Adjusted rate ratios for individual autoimmune disorders diagnosed in the 7-60 days after quadrivalent human papillomavirus (HPV4) vaccination. *Autoimmune disorders with 10 or more vaccinated cases. †Adjusted for age at diagnosis, seasonality (Table 2), receipt of non-HPV vaccines (7-60 d before diagnosis) and recent infection (7-60 d before diagnosis), and implicitly adjusted for time-fixed confounders through the use of a self-matched analysis. ‡Includes systemic lupus erythematosus, systemic sclerosis, Sjögren syndrome, dermatomyositis and polymyositis. Note: CI = confidence interval.

Mucha atención, por favor, a la figura anterior sobre los efectos de esta tecnología, que aún no ha demostrado que reduce significativamente el cáncer de cuello uterino (ese que mata más gente por estos lares), sino proxis o subrogados

de él. Así lo atestigua el más reciente metaanálisis (7) en relación con el riesgo incremental de enfermedades autoinmunes y compromiso del sistema nervioso central que genera.

El asunto

Este efecto o impacto en los grupos poblacionales o en individuos particulares, realmente solo se puede estimar en función del **riesgo basal** de contraer la enfermedad que ostenta cada grupo o individuo en particular, de tal manera que, dependiendo de su nivel, los beneficios de vacunar, dada la efectividad estimada, supere de lejos los efectos secundarios.

¿Les parecería que un incremento del 12 % en enfermedades autoinmunes, 55 % de enfermedad de Graves, 57 % de mielitis óptica y 75 % de parálisis de Bell más en el grupo

vacunado que no vacunado, (6), sea clínicamente no significativo a pesar de que no fuese estadísticamente significativo?

A aquellos que participaron en los ensayos clínicos de las vacunas, pero especialmente a las casas farmacéuticas se les olvida de manera mojonada que, ante la presencia de significación clínica, como se muestra en el estudio de Liu (6), la cuestión es aumentar el tamaño de la muestra y del umbral temporal de observación para obtener el poder suficiente que permita lograr estimadores significativos.

Tipos de error

- Error tipo I: ocurre cuando la hipótesis nula es rechazada cuando en realidad es verdadera (riesgo del productor α)
- Error tipo II: ocurre cuando la hipótesis nula es aceptada cuando en realidad debió ser rechazada (riesgo del consumidor β)

		Hipótesis nula	
		Verdadero	Falso
La decisión tomada	No rechazar H_0	$p=1-\alpha$ Decisión correcta	$p=\beta$ Error tipo II
	Rechazar H_0	$p=\alpha$ Error tipo I	$p=1-\beta$ Decisión correcta

Imagen tomada de: <https://goo.gl/LJCAo2>

Dicho de otra manera, tienen ante sus narices el típico error tipo II para los efectos adversos graves e infrecuentes que está generando la falacia referida. He escrito en dos ocasiones a la doctora Erin Liu, lideresa de la investigación, haciéndole esta pregunta, pero no he obtenido respuesta.

Tienen que revisarlo con cierta premura porque, como están las cosas, y según los resultados presentados en el estudio referido con desafortunadas conclusiones, es probable que

"off label" se empiece a promover la vacunación VPH a toda la humanidad para reducir el riesgo de diabetes mellitus tipo I, púrpura trombocitopénica inmunológica y colitis ulcerativa!

Ahora bien, la disrupción, la transgresión, el juicio crítico y el sarcasmo son potentes actitudes didácticas para el aprendizaje y generación del conocimiento, al punto que son el centro de mi ejercicio pedagógico (a veces un poco intenso, debo reconocer).



La valoración de los riesgos y los beneficios

Departamento de Política de Salud de Harvard

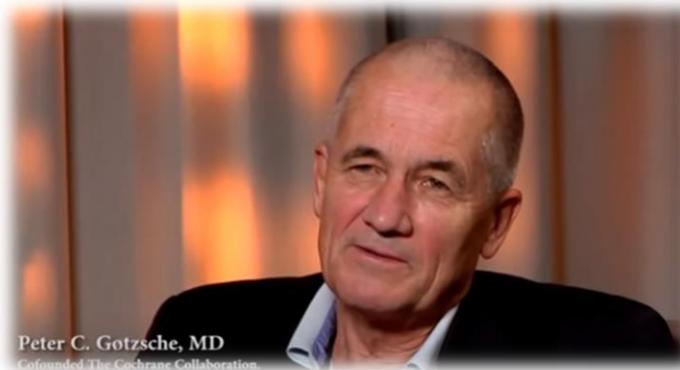
Beneficios y riesgos de la mamografía no se están valorando de la misma manera, según advierten expertos

Una revisión completa promovida por el Departamento de Política de Salud de la Universidad de Harvard, sobre estudios internacionales realizados para evaluar los beneficios y daños de la mamografía de cribado deduce que los aspectos positivos de esta prueba a menudo se sobreestiman mientras que los negativos se subestiman

Imagen tomada de: <https://goo.gl/1bj23u>

Desde los primeros cursos que dicté en Medicina basada en evidencias, tomaba prestada la disrupción, la transgresión, el juicio crítico y el sarcasmo de un conspicuo investigador (ahora en el Centro Nórdico Cochrane), quien a través de la más juiciosa revisión sistemática que se conoce, encontró que tomando en cuenta solo aquella evidencia existente de máxima validez y calidad, por cada 2000 mujeres invitadas a tamización bienal con mamografía a lo largo de 10 años, solo

una mujer pudo haber prolongado su vida por esta tamización, pero, al mismo tiempo, 10 mujeres saludables, quienes pudieron no haberse "diagnosticado" si ellas no hubiesen sido tamizadas, estarían siendo tratadas inoficiosamente. Más aún, en este juego de riesgos, más de 200 mujeres podrían haber experimentado durante todo este tiempo el estrés psicológico que significa haberse cargado de un "INRI" de cáncer de mama por la mamografía siendo estos falsos positivos.



Peter C. Gotzsche, MD
Co-founder of The Cochrane Collaboration

La "industria" de todo lo que rodea a la mamografía, airada, enfiló su pool de científicos mercenarios y abogados, tratando de que hubiese retractación de lo expresado en el artículo del doctor Gotzsche, pero no lo han logrado; la publicación está aún vigente (8) y, podrán ver el relato del mismo doctor acerca de toda la presión de la que fue objeto por ello, en el video alojado en <https://goo.gl/REmLDo>.

Como una extraña coincidencia Gotzsche y Jorgense acaban de publicar esta vez, una revisión del metaanálisis del VPH realizado por Arbyn en 2018 (9); es decir, hicieron una especie de revisión crítica del mismo (es como un "meta-meta-análisis"), el cual arroja resultados realmente desconcertantes que ponen en tela de juicio la validez del mismo. Los errores, omisiones y decisiones políticas equivocadas tomadas por los autores del meta-análisis resultan tan obvios y protuberantes como difícilmente defensables.

Con claridad meridiana Gotzsche y Jorgensen ponen en evidencia los siguientes errores:

1. La revisión omitió cerca de la mitad de la evidencia experimental disponible pudiendo nutrirse de 20 ensayos clínicos más, de tan solo los 26 contemplados finalmente por ella.
2. La revisión omitió aquellos ensayos clínicos en los cuales el comparador hubiese sido placebo; solo incluyó aquellos en los que el comparador fue otro biológico activo (vacuna de hepatitis B). El uso de un comparador biológico activo, claramente hace desaparecer las diferencias clínicamente significativas en los efectos adversos (inmunológicos) compartidos entre los dos brazos por ambos biológicos.
3. Los ensayos clínicos contemplados en la revisión, sin excepción, incluyeron resultados subrogados compuestos de cáncer cervical o de lesiones preneoplásicas, pero los desenlaces, cáncer cervical y muerte por ello, brillan por su ausencia.
4. La revisión evaluó de manera incompleta los eventos adversos serios y sistemáticos.
5. La revisión no evaluó los signos de seguridad asociados con la vacuna.
6. La financiación de la industria, los conflictos de interés y las relaciones de los revisores con todo esto fueron poco transparentes.



Por ello

En la práctico, y mientras la evidencia necesaria para una mejor toma de decisiones llegue, ¿no podría abordarse, al menos la vacunación VPH con criterio de riesgo? En una preadolescente en particular, cuáles serían los riesgos competitivos que estaremos impactando, si su probabilidad incrementada de cáncer de cuello uterino es inferior a la de enfermedades inmunológicas y neurodegenerativas que la vacunación produce como para hacer una gruesa estimación

del riesgo-beneficio en cada paciente en particular. ¿No es eso lo que llaman -y que la gente merece- "Medicina individualizada" o traslacional? Si ese balance señala que los riesgos inmunes superan a los beneficios neoplásicos, ¿no sería más ético incrementar, mediante educación y demás, los factores protectores del cáncer de cuello uterino y estimular el sistema inmune de una manera natural?

Les dejo ese "trompo en la uña".

REFERENCIAS

- (1) Echeverry J. Primun non nocere [Internet]. Carta Comunitaria. 2017; 25(143). Disponible en: <https://goo.gl/KNAh54>
- (2) Olive JK, Hotez PJ, Damania A, Nolan MS. The State of the Antivaccine Movement in the United States: A Focused Examination of Nonmedical Exemptions in States and Counties. *PLoS Med* 2018; 15(6): e1002578. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002578>
- (3) Gómez JJ, Zamanillo I. Grupos anti-vacunas. Análisis de sus causas y consecuencias. Situación en España y resto de países [Internet]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/13322523.pdf>
- (4) Francis T. Evaluation of the 1954 Poliomyelitis Vaccine. Field Trial Further Studies of Results Determining the Effectiveness of Poliomyelitis Vaccine (Salk) in Preventing Paralytic Poliomyelitis. *JAMA*. 1955; 158(14):1266-1270. doi:10.1001/jama.1955.02960140028004
- (5) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Withdrawal of Rotavirus Vaccine Recommendation. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999;48:1007.
- (6) Liu EY, Smith LM, Ellis AK, Whitaker H, Law B, Kwong JC et al. Lévesque Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccination in Girls and the Risk of Autoimmune Disorders: The Ontario Grade 8 HPV Vaccine Cohort Study. *CMAJ* 2018 May 28;190:E648-55. doi: 10.1503/cmaj.170871
- (7) Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic Vaccination against Human Papillomaviruses to Prevent Cervical Cancer and its Precursors. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5:CD009069.29740819
- (8) Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for Breast Cancer with Mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jan 19;(1):CD001877. doi:10.1002/14651858.CD001877.pub4.
- (9) Jørgensen L, Gøtzsche P, Jefferson T. The Cochrane HPV Vaccine Review was Incomplete and Ignored Important Evidence of Bias. *BMJ Evid Based Med*. 2018 Jul 27.

Índice de las revisiones de artículos publicadas de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Resumen: "Bienestar, felicidad y políticas públicas".	Jenny Pinzón R.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://goo.gl/3xQnTM
Resumen: "Relaciones entre los puntajes obtenidos en las escalas de Jefferson para la empatía médica y las percepciones del paciente y el enfoque humanista en la atención".	Jenny Paola Salamanca P.	Vol. 23, Núm. 133 (2015)	https://goo.gl/boRTAE
Resumen: "Habilidades para la vida. Una estrategia para promover la salud y el bienestar infantil y adolescente".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://goo.gl/bzpJ3v
Donación de órganos y trasplantes en Colombia: ¿Cómo vamos?	Jenny Paola Salamanca P.	Vol. 24, Núm. 140 (2016)	https://goo.gl/jpKyrr
Herramientas prácticas para la consulta de crecimiento y desarrollo	Andrés M. Cárdenas T.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://goo.gl/yxVw1e
Resumen del artículo: "Guía sobre precisión y exactitud del examen clínico".	Jenny Pinzón R.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://goo.gl/xFq1H2
Tweets geotiquetados como predictores de resultados en salud.	Jenny Pinzón R.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://goo.gl/WnjEha
Resumen: Siete habilidades que promueven el dominio del "arte de la Medicina".	Jenny Pinzón R.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://goo.gl/VZ8fMe
A propósito de la equidad de género.	Jairo Echeverry R.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://goo.gl/4q3c9q
La vida está en lo más sencillo. A propósito de la recuperación de la falla cardiaca.	Jairo Echeverry R.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://goo.gl/HTGbQD
A propósito de la vacuno del VPH.	Jairo Echeverry R.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	Este número



Nuestro Invitado

¿SABEMOS QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?

Luz Marina Cano Molano^{§§§§}

Contexto



Imagen tomada de: <https://goo.gl/hw7Dph>

PM es una paciente en la quinta década de la vida con el diagnóstico de esclerosis múltiple, enfermedad que se caracteriza por ser un trastorno neurodegenerativo desmielinizante con pérdida de los oligodendrocitos, y que provoca debilidad, parestesias, pérdida de coordinación muscular y pérdida de la visión, el habla y el control de la vejiga, entre los síntomas más relevantes. Aunque el inicio del cuadro clínico es bizarro. Es crónica y paulatinamente incapacitante.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/mof2K>

#ADAM

La etiología de la enfermedad aún es tema de debate, pero la destrucción de diferentes componentes dentro del sistema nervioso central incluye varios mecanismos inmunes donde el sistema inmunitario del cuerpo destruye la mielina. La

mielina es una sustancia, que contiene tanto proteína como lípidos, y sirve de aislante al nervio y ayuda a transmitir las señales nerviosas (1). La prevalencia de la esclerosis múltiple en Colombia es de 4,4 por cada 100.000 habitantes.

^{§§§§} MD. Mg. Ph. D en Educación, Ph. D en Pensamiento Complejo con énfasis en Cuidados Paliativos. Docente investigador de la FUJNC y Clínica JNC. Presidente suplente de la Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia, ASOCUPAC.



Nuestra paciente

PM tiene afiliación al régimen contributivo y por su condición ha requerido de múltiples hospitalizaciones por causas diferentes, neumonía por broncoaspiración, gastrostomía y sobreinfección de úlceras de presión. Ella está postrada en cama, se debe mover cada dos horas, le deben lubricar la piel

cada dos horas, cambiar el pañal y, en ocasiones, amarrarla para que no se caiga de la cama. No deglute, por lo tanto, se debe suministrar la alimentación por la gastrostomía cinco veces al día, al igual que los medicamentos.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/yNLweU>

Su cuidadora es su madre, de 70 años, quien tuvo que dejar de trabajar para estar con ella todo el tiempo y vivir de su pensión. Han pasado más de 15 años desde su diagnóstico y, hace nueve meses, dieron orden de cuidados paliativos. En nueve meses solo ha sabido de traslados desde su casa al

centro de atención de urgencias y de trámites y autorizaciones para cuidados paliativos y, únicamente ha escuchado del personal sanitario decir, "ya no hay nada que hacer, para qué la trae", "la EPS no cubre eso", "esta clínica no la recibe por falta de autorización de su EPS".



Imagen tomada de: <https://goo.gl/IN6feS>

No ha recibido la explicación médica del diagnóstico y sus complicaciones, no ha recibido la educación para manejar la comida por la gastrostomía ni tampoco las úlceras de la paciente, no ha tenido entrenamiento en la cocción de la mezcla artesanal para nutrirla, no ha recibido apoyo para comprender el diagnóstico y la muerte. Su guía espiritual ha sido su religiosidad y su amor de madre para no dejar sufrir

a su hija. No ha podido enfrentar su ansiedad y su miedo por estar en medio de trámites, autorizaciones y traslados en ambulancia. Los reingresos a urgencias han sido dolorosos para PM, días enteros en una camilla en urgencias esperando un traslado a la unidad de cuidados paliativos que ha sido negada en varias ocasiones; y la razón, "la EPS no le cubre esa unidad ni el tratamiento de alto costo allá".

CADA 4 MINUTOS UN PACIENTE MAL ATENDIDO PONE UNA TUTELA EN COLOMBIA

Imagen tomada de: <https://goo.gl/FH9gHZ>

Recurrió a la acción tutelar para acceder al programa de cuidados paliativos de su prestador de servicios en salud, pero la cita con el especialista en cuidados paliativos nunca llegó.





Imagen tomada de: <https://goo.gl/Qpq84B>

PM falleció en un centro de urgencias, llena de médicos, enfermeras, estudiantes y residentes, pero sola, en una camilla. Su madre desconsolada llora en una silla, en sus manos solo hay un kleenex y un celular sin minutos para llamar a su familia que vive en el campo. "Me acerqué a ella para ponerle mi mano en su hombro en señal de que entendía

su dolor, pero fue en vano, yo sabía que la madre de la paciente no soportaría el dolor de perder a su hija. En el fondo yo sabía que nada iba a quitarle el dolor, rabia y frustración de una cadena de indolencia perpetuada por quienes nos ufamamos del salvar vidas".

¿Por qué en uno de los países con reglamentación tan clara y precisa, se mueren los pacientes solos, con dolor y en sufrimiento?

¿Dónde está la compasión, que se supone, es la esencia de quienes por vocación nos decidimos por la profesión médica?

No quiero pensar que, como algunas investigaciones canadienses sostienen, cuanto más tecnicización de la salud, menos compasión y menos razonamiento moral. Sentada allí, con la madre de PM, vi cómo se ha deshumanizado la Medicina (2), se ha cambiado el sentido de altruismo y responsabilidad social por el pago por evento.

La razón de los cuidados paliativos

#CuidadosPaliativos

Los #CuidadosPaliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes que enfrenten enfermedades incurables y progresivas.

- Buscan influir positivamente en el curso de la enfermedad, hasta la muerte y durante el duelo.
- Proporcionan alivio del dolor y síntomas con un enfoque social, biológico y psicológico.
- Apoyan a las familias de los pacientes.

#SaludEnNúmeros en el Mundo (Organización Mundial de la Salud)

20 millones de las personas que los necesitan al final de la vida, son niños.

Una **tercera** parte de quienes los necesitan tiene cáncer.

42% de la población mundial con esta necesidad no tiene acceso.

Personal médico:
Consulta la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos
http://www.calidad.salud.gov.mx/site/calidad/docs/dmp-paliar_00E.pdf

Última actualización: Octubre del 2013 / Oficina Dirección General de Información en Salud

SALUD Fuentes: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Imagen tomada de: <https://qoo.gl/tMNU5>

El fin último de los cuidados paliativos es el alivio del sufrimiento, tanto del paciente como de su familia, mediante la adecuada comprensión, detección y control de los síntomas físicos, psicosociales y espirituales, experimentados por los

pacientes al final de la vida, independiente del diagnóstico. Pero, si bien es cierto que la muerte es un fenómeno natural, el proceso de morir se trata como una enfermedad y, hoy por hoy, vivimos la medicalización de la muerte (3).



Imagen tomada de: <https://goo.gl/jgDqLK>

Como consecuencia de ello, muchas personas mueren en los hospitales en la más extrema soledad y dolor. En otros casos, los modelos de prestación de servicios se han dicotomizado al punto de proveer tratamiento curativo agresivo y establecer medidas paliativas ante la falla terapéutica. La consecuencia de esta realidad es que los pacientes y sus familias quedan en medio de un conflicto económico y social, ya que no encuentran un equipo que les ayude a comprender la naturaleza de la enfermedad, el diagnóstico y el pronóstico, siendo esto un aspecto crucial para la toma de decisiones al final de la vida.

Necesidad de entender significados vitales



Imagen tomada de: <https://goo.gl/uLs9G3>

Lo anterior significa que, para una eficaz puesta en práctica, se requiere un profundo conocimiento de la realidad humana, no solo de sus aspectos somáticos o biológicos, sino de todas las dimensiones del individuo ambiental, psicológico, social y espiritual. Adicionalmente, la muerte constituye uno de los temas fundamentales de la Filosofía, la Psicología y la

Medicina. Los interrogantes sobre el sentido de la muerte, su razón de ser, y las demás preguntas que surgen alrededor de ella, son un tópico constante en la historia humana. Pero más allá de la muerte, uno de los aspectos más estudiados, y menos intervenidos multidisciplinariamente, es el sentido del sufrimiento.

Un contexto



Imagen tomada de: <https://goo.gl/KG1bzB>

En Colombia, el 42% de los usuarios del Sistema de Seguridad Social se quejan de la falta de atención oportuna por especialistas, esto equivale a 48862 pacientes; el 15% reclama demora en las autorizaciones; el 10% por fallas en el traslado. 2999 usuarios se quejan de la demora en los sistemas de referencia y contrarreferencia, demora en la asignación de citas con especialistas, con una espera de hasta 68 días, demora en la autorización de medicamentos, especialmente los de alto costo; falta de autorización en exámenes diagnósticos. Para 2015, había 5436 tutelas en contra del sistema de salud, en su mayoría por dificultad para acceder a servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y

cuidados paliativos, falta de humanidad del personal sanitario y maltrato, demora en la asignación de citas en oncología y servicios de cuidados paliativos y demora en el inicio de tratamiento de alto costo. Para 2015, la Superintendencia de Salud recibió 115438 tutelas y para el primer semestre de 2016 las quejas al sistema de seguridad social se incrementaron en un 22%, de las cuales 99684 fueron por restricción a los servicios de cuidados paliativos y demora en la autorización de estos servicios; 20955 por fallas en la afiliación, 48 666 por falta de atención oportuna por médicos especialistas en oncología y, 9755, por demora en los sistemas de referencia y contrarreferencia (4).



Una necesidad: cuidados paliativos

A nivel mundial, sólo alrededor del 14% de las personas que necesitan cuidados paliativos actualmente los reciben



Imagen tomada de: <https://goo.gl/gSA2NM>

Actualmente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos (5) como el "enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales" y, propone los siguientes principios (5):

1. Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
2. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, no intentan ni acelerarla ni retrasarla.
3. Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
4. Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
5. Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional.
6. Cuando esté indicado, mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente el curso de la enfermedad.

Entender el sufrimiento

El sufrimiento es el fenómeno de la existencia humana consciente, cuya intensidad es determinada por el número y la severidad de los factores que disminuyen la calidad de vida, su valoración y su percepción. El fracaso para la valoración del sufrimiento, puede ocasionar confusiones en las estrategias terapéuticas. Por lo tanto, el alivio del sufrimiento es universalmente conocido como el objetivo cardinal del cuidado médico. Para resolver el problema del que sufre, se necesita un entendimiento clínico importante de la naturaleza del problema.

Legislación

LEY 1733 DE 2014

(septiembre 8)

Diario Oficial No. 49.268 de 8 de septiembre de 2014

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

<Jurisprudencia Vigencia>

Con respecto a la normatividad vigente (6), la Ley 1733-14; Resolución 1216-2015:



Artículo 1°. "Por medio de la presente resolución se imparten directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científicos Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las sentencias C239 de 1997 y T-970 de 2014".

Artículo 2°. Enfermo en fase terminal.
"De conformidad con el artículo 2° de la Ley 1733 de 2014, se define como enfermo en fase terminal a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces".

Artículo 4°. Derecho a cuidados paliativos.
"Las personas con enfermedades en fase terminal tienen derecho a la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales. Además, incluye el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de

proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente".

Artículo 15. De la solicitud del derecho fundamental a morir con dignidad.

"La persona mayor de edad que considere que se encuentra en las condiciones previstas en la sentencia T-970 de 2014, podrá solicitar el procedimiento a morir con dignidad ante su médico tratante quien valorará la condición de enfermedad terminal. El consentimiento debe ser expresado de manera libre, informada e inequívoca para que se aplique el procedimiento para garantizar su derecho a morir con dignidad. El consentimiento puede ser previo a la enfermedad terminal cuando el paciente haya manifestado, antes de la misma, su voluntad en tal sentido. Los documentos de voluntades anticipadas o testamento vital, para el caso en particular, se considerarán manifestaciones válidas de consentimiento y deberán ser respetadas como tales".

Resolución 5592-2015. ARTÍCULO 68. ATENCIÓN PALIATIVA (7).

"El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 26 del presente acto administrativo".

Resolución 2665/2018 (8).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 2665 DE 2018

(25 JUN 2018)

Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada

El Ministerio de Salud expidió la resolución 2665 de 2018, que deroga la resolución 1051 de 2016 sobre el Documento de Voluntad Anticipada (DVA) (8), ampliando sus disposiciones y reglamentando parcialmente ley 1733 de 2014, conocida como la Ley Consuelo Devis Saavedra

(nombre dado en honor a una mujer que permaneció 14 años en coma, caso por el cual se planteó la posibilidad de regular los cuidados paliativos), que regula los servicios de cuidados paliativos para enfermedades terminales, degenerativas, crónicas e irreversibles.

Ampliando el horizonte

"La anterior normativa se cerraba a pacientes que padecían enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles con alto impacto en la calidad de vida, pero, a partir de ahora, se amplía su interpretación a que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con conocimiento total de las implicaciones que acarrea este derecho, podrá suscribir el DVA".

"Es decir, que no se centra solo en la decisión de ser sometido o no la eutanasia, como muchos lo interpretan, sino que hace alusión a que la persona podrá decidir el tipo de cuidados paliativos que quisieran recibir, por ejemplo, si desea ser sedado o sometido a ciertos procedimientos, si desea estar acompañado por familiares, pasar sus últimos instantes en un hospital o en casa" (5).



Necesidad de que los médicos pensemos en esto



Imagen tomada de: <https://goo.gl/H4rYGE>

Los diferentes dilemas que se presentan en la práctica médica, mirados desde la ética, se hacen particularmente notables en los confines de la vida. Es decir, al comienzo y al final de la vida. Esto permite entender por qué son el centro de los problemas morales ya que no son fortuitos y obedecen a una lógica profunda que sienta sus raíces en la condición particular de la realidad humana, donde y, como resultado del crecimiento tecnocientífico acelerado y su uso, ha tratado

de sobreponerse al ciclo vital natural y, sin embargo, al hacerlo se ha llegado al olvido del paciente y sus deseos. En este olvido, no se reconoce a un ser humano doliente al frente, que realmente implora por calidad en el trato, comunicación asertiva y veraz, independiente de los resultados; no se reconocen en el paciente necesidades diferentes a la intervención fútil o un tratamiento obstinado (9).

El campo inmenso de los cuidados paliativos



Imagen tomada de: <https://goo.gl/2ofxZM>

Considero que, en el contexto de un paciente con diagnóstico de enfermedad terminal, si cuenta y dispone de todos los recursos y garantías para una atención oportuna, los cuidados paliativos son una alternativa válida y eficaz para acompañar al paciente desde el principio de su enfermedad. Estos cuidados resultan útiles para controlar los síntomas y el sufrimiento tanto en el paciente, como en su familia. El éxito en este recorrido, empieza con la comunicación médico-paciente, esto, para construir el diario de campo con el que

sufre, así como con sus familiares y equipo de salud. Lo anterior permitirá finalmente tomar las decisiones pertinentes, en el momento en que el paciente las puede asumir de manera libre y sin coacción. Es un reto cambiar la historia de la mayoría de los pacientes con enfermedades terminales avanzadas y progresivas que sufren de manera innecesaria por dolor y síntomas no controlados desde la práctica asistencial.



Humanizar la educación médica



Imagen tomada de: <https://goo.gl/Ap3Ait>

Con respecto a la creación de nuevos programas académicos con una cosmovisión contraria a la actual, es necesario incorporar nuevos conceptos desfragmentadores que vuelvan las disciplinas menos impersonales. Actualmente se han desplazado los procesos académicos y formativos a cifras y puntajes de prestigio. Los espacios formativos son cada vez más individualistas a hiperespecializados, lo que se traduce

en profesionales incapaces de reconocer problemas reales y tomar decisiones asertivas. El hecho de que las instituciones sean cada vez más reduccionistas minimiza el trabajo en equipo, la productividad y la cooperatividad. Esto último también trae inconvenientes a las instituciones de salud pues el profesional no reconoce el potencial de cada disciplina en la intervención de un paciente.

Nosotros



ASOCUPAC (10) (Asociación Cuidados Paliativos de Colombia) es clara en determinar que el encuentro con la enfermedad terminal es una causa suficiente de sufrimiento, que el alivio del dolor y otros síntomas, son derechos del paciente; por tanto, los cuidados paliativos se centran en la persona y su familia, relación fundamentada en la comprensión de los sistemas de valores y creencias de los pacientes y familias, ejecutando acciones ligadas al marco

legal de forma crítica y racional. En ninguna medida significan acciones para acortar la vida.

No hay lugar en la tierra, en el que la muerte no nos encuentre; el cuidado paliativo es en esencia el campo más humano, morir es el fenómeno más humano y el acto de amor que vamos a enfrentar con o sin enfermedad.

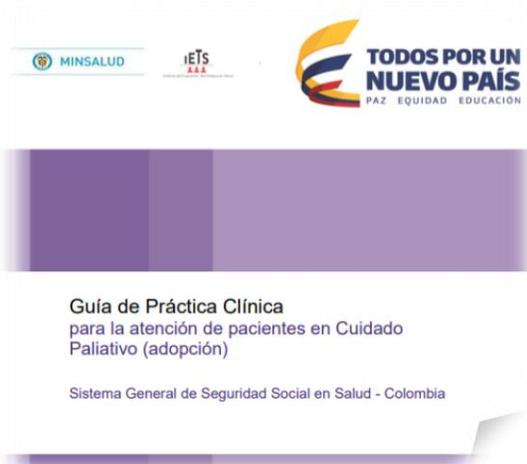


Qué hubiese necesitado PM



Imagen tomada de: <https://goo.gl/kwqR8F>

La atención paliativa en un deber de los prestadores de servicios en Colombia. Por tanto, es obligación de los prestadores formar a todo su personal (11) en los sitios de más afluencia de pacientes con condiciones terminales o crónicas sin curación. Las estrategias paliativas eficaces, eficientes y efectivas incluyen decisiones biológicas, psicoespirituales y legales.



Es necesario el conocimiento científico de la enfermedad, así como la comprensión de la muerte como un fenómeno natural y, especialmente, espiritual.

Entonces, PM necesitaría...

En primer lugar, un profesional comprometido con ella y su familia y debidamente preparado. Él establecería una relación médico-paciente e incluiría al personal de enfermería encargado de ese cuidado permanente durante la hospitalización. Esta aproximación es vital para establecer conversaciones complejas para que el paciente interiorice su realidad clínica, el pronóstico y sus alternativas paliativas. Así se puede empoderar el paciente

para que tome decisiones racionales en consonancia con su sistema de valores y creencias y estilo de vida, maximizando su autonomía. El costo de no hablar con los pacientes sobre su enfermedad, pronóstico y muerte es alto, pues desarrollan rápidamente sufrimiento existencial y es muy probable que los cuidadores presenten signos tempranos de claudicación.

Un equipo

La Enfermería es la disciplina encargada de establecer las metas a corto y mediano plazo, así como de la pedagogía al paciente y los cuidadores.

La Psicología hace las aproximaciones pertinentes para establecer la emocionalidad del paciente y la familia para intervenir oportunamente los estadios de labilidad emocional

o disfuncionalidad familiar que impacten negativamente la evolución del paciente.

Junto con trabajo social, se establece una red de apoyo para encontrar un cuidador apto. En el caso de PM, su cuidadora no era la adecuada para cuidarla.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/53JLRZ>

En este momento existe el movimiento Ciudades Compasivas. Este movimiento es una buena opción para encontrar un cuidador cerca del paciente. Ellos han logrado desarrollar nichos de voluntarios capacitados para cuidar y educar a cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas evolutivas y oncológicas.

El acompañamiento espiritual se establece una vez el paciente lo manifieste. Es necesario comprender primero el sistema de valores y creencias de los pacientes y sus familias; establecer una intervención espiritual antes podría conllevar al rechazo.

Las conversaciones con el paciente y la familia son de orden complejo, se discuten tanto los aspectos profundos sobre el final de la vida como los legales, la voluntad anticipada y el derecho a morir dignamente.

Es necesario manifestar que el acompañamiento de los pacientes y familias con condiciones amenazantes para la vida, debe ser ofrecido por un equipo sanitario formado para ello; de lo contrario, se cae en el abandono terapéutico, las decisiones erradas, las intervenciones paternalistas y fragmentadas, la distorsión de las expectativas de los pacientes y el manejo inadecuado de la realidad clínica.

¿Cómo haremos para “pegar el consuelo en el alma”?

REFERENCIAS

- (1) Goldenberg MM. Multiple Sclerosis Review. Pharmacy and Therapeutics. 2012; 37(3):175-184.
- (2) Ávila JC. La deshumanización en Medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia. 2017; 30(2):216-229.
- (3) Ceriani JM. La creciente medicalización de la vida: ¿Somos los médicos conscientes de los perjuicios que produce? Arch Argent Pediatr. 2012;110(6):459-461.
- (4) Ministerio de la Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Informe País. 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2rN8Kmp>
- (5) OMS. Cuidados paliativos [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/2LJnLND>
- (6) Ministerio de la Protección Social. Ley Consuelo Devis Saavedra, 1733. Resolución 1615. Disponible en: <https://bit.ly/2FCXPAq>
- (7) Ministerio de la Protección Social [Internet]. Resolución 5592 de 2015. Disponible en: <https://bit.ly/2cxLYDD>
- (8) Ministerio de la Protección Social [Internet]. Resolución 2665 de 2018. Disponible en: <https://bit.ly/2FEXItI>
- (9) Gómez R. El médico frente a la muerte. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (113), 67-82.
- (10) Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/2KsZeZo>
- (11) Ministerio de la Protección Social [Internet]. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en cuidado paliativo (adopción). Disponible en: <https://bit.ly/2FGHsXZ>

Índice de los artículos de nuestros invitados publicados de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Efecto multiplicador de la academia orientada a capacitar médicos generalistas como abordaje integral de la diabetes en nuestras comunidades - Relato de una experiencia.	María Lucía Iregui P., Jaime Ronderos O.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://bit.ly/2zn1n4s
¿Sabemos qué son los cuidados paliativos?	Luz Marina Cano M.	Vol. 26, Núm. 149 (2015)	Este número





Bioética y Ecología



LA TRAGEDIA DE LOS CAMPOS COMUNALES

Juan Carlos González Quiñones****



Imagen tomada de: <https://goo.gl/xTQifd>

“Imaginemos que en un pueblo viven 20 familias, que tienen 20 vacas productoras de leche y que pastan en un campo que está en perfecto equilibrio entre las vacas y la leche. La leche que produce la vaca de cada familia es suficiente y cubre las necesidades lácteas de todos los miembros de la comunidad. En tanto las familias solo tengan una vaca, el campo las soportará y la producción de leche se mantendrá.

Pero una familia, decide “meter” una vaca más (desea “ganar” vendiendo la leche en otro sitio). Siente que está en “su” derecho. Ahora las 21 vacas comen menos pasto (no mucho menos pasto) y, por ende, producen menos leche (no mucha menos leche). Todas las familias reciben menos leche a excepción de la que tiene dos vacas, que recibe más leche (a expensas de los miembros de las 19 familias). Al darse cuenta de lo anterior, las 19 familias alegando “sus” derechos deciden “meter” una vaca más cada una. Así el campo se “pela”. Las 40 vacas mueren de hambre y las 20 familias se quedan sin leche y sin vacas”.

Esta es la tragedia de los campos comunales escrita por **Garret Hardin** y que expresa el meollo del problema del medio ambiente en toda su extensión. El artículo general plantea una serie de reflexiones por demás interesantes que sintetizo, partiendo de que el doctor Hardin considera que la **sobrepoblación** es el problema ecológico en el que basa este artículo. Plantea:

1. Una amplia gama de problemas de la humanidad, no tienen solución técnica, entendida esta como “una que requiere un cambio solo en las técnicas de las ciencias naturales, que exigen poco o nada en cuanto al cambio en los valores humanos o las ideas de moralidad.”

Sostiene que el problema de la población (sobrepoblación) es justo uno que no tiene solución técnica. La interpretación que hago es que el ser humano y sus intereses son determinantes en las respuestas de los problemas, solucionándolos o no.

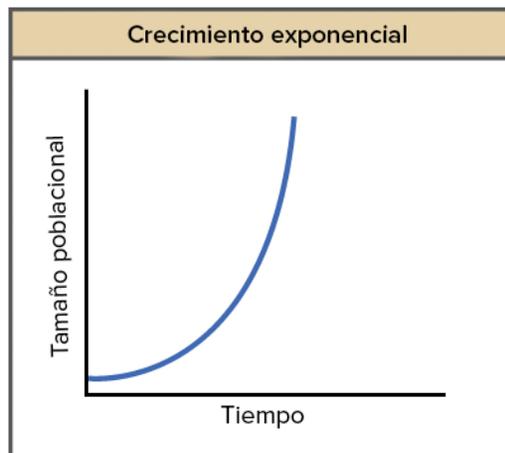


Imagen tomada de: <https://goo.gl/XJrXcM>

2. Parte de una realidad: la población crece exponencialmente, los recursos del mundo no.
 - 2.1. Plantea que, si los recursos del mundo son finitos, entonces el crecimiento poblacional debería ser finito.

**** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

**** Hardin G. Science. 13 Dec 1968; 162(3859):1243-1248. DOI: 10.1126/science.162.3859.1243



CARTA COMUNITARIA

3. Considera que no es posible alcanzar el mayor bien posible para el mayor número de personas. ¿Por qué? Aparte de una razón matemática (no es posible maximizar dos variables al mismo tiempo), sostiene

que los seres humanos consumen recursos para subsistir. Dado que el mundo (los recursos) son finitos, en algún momento del crecimiento de la humanidad, acabará con el mundo (los recursos).



Imagen tomada de: <https://goo.gl/vJNl8r>

4. Sostiene que no conocemos cuál es la población ideal para el mundo.
5. Afirma que en la población lo que es bueno para uno no lo es para otro.
- 5.1. Sin embargo, esto se puede resolver estableciendo un sistema de ponderación (valoración) universal. La naturaleza lo ha hecho a través de su modelo de evolución basado en la supervivencia



Imagen copiada de: <https://goo.gl/Ug3TQz>

6. El asunto es que, hoy por hoy, donde más se crece poblacionalmente es donde hay menos recursos (pobreza). Por ende, la población crece, no buscando su bienestar.
7. Plantea que no es cierto que, a través de la "mano invisible" (el libre comercio), que permite a cada ser

buscar lo mejor para sí, se beneficien las naciones. Por ende, no cree que se le deba permitir a los seres humanos decidir libremente acerca de su reproducción. Por ello cree que hemos de revisar hasta dónde debe llegar la libertad individual.

8. Acá es donde plantea la "tragedia de los comunes" y que sintetiza así: "Cada hombre está encerrado en un sistema que lo obliga a aumentar su rebaño sin límite, en un mundo que es limitado. La ruina es el destino hacia el cual todos los hombres se apresuran, cada uno persiguiendo su mejor interés en una sociedad que cree en la libertad de los bienes comunes. La libertad en un lugar común trae ruina a todos".



Imagen tomada de: <https://goo.gl/d8k92b>

- 8.1. Sostiene que ese actuar es lo "natural" y cree que tal vez la educación podrá hacernos pensar diferente.
- 8.2. Expone numerosas y cotidianas situaciones que demuestran cómo sacrificamos **lo común** por el beneficio individual o de una minoría. Por ejemplo, el saqueo de algo que se considera que es de todos, como lo es el mar; la contaminación del aire o, cómo el dueño de una finca por la que pasa un arroyo, se cree con el derecho de contaminarla si ello lo beneficia sin pensar en que recibirán el agua más abajo.





- 9. ¿Qué hacer para proteger lo común? En tal sentido, pone como ejemplos los parques nacionales, el agua o el aire, y propone como alternativas:
 - 9.1. Venderlo como propiedad privada.
 - 9.2. Mantenerlo como propiedad pública, en donde su uso sea por:
 - 9.2.1. Subasta (que el que pueda pagar lo use).
 - 9.2.2. Méritos.
 - 9.2.3. Sorteo.
 - 9.2.4. Orden de llegada.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/dzt1GX>

- 10. Insiste en que, cuanto más población exista, el problema se agrava más. De hecho, si una persona contamina con su deposición un río, el recorrido del mismo podrá limpiarlo. Pero, eso no es posible cuando son muchos los que lo hacen.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/BwBt6>

- 11. El asunto es que invocamos a una conciencia, que no existe cuando se trata de "mi beneficio". Por ello es mejor usar lo coercitivo o los impuestos. Lo "moral" existe con base en el momento y el contexto. Procuramos crear leyes que protejan lo común, pero las leyes las legislan los hombres y ellos son corruptibles por su propio beneficio.
 - 11.1. ¿Cómo tener leyes que protejan lo común y que las creen hombres justos?

- 12. Expone cómo la reproducción humana ha quedado en manos de la libertad individual.
- 13. Considera que la Declaración de los Derechos Humanos en torno a la reproducción ha dejado el problema de la población con una clara tendencia hacia la "tragedia de los comunes". Por ello afirma la validez de la frase de Robert Louis Stevenson: "La verdad que es suprimida por los amigos es el arma más rápida del enemigo". "Si amamos la verdad - afirma el autor-, debemos negar abiertamente la validez de la Declaración Universal de los Derechos Humanos", en torno a la reproducción.
- 14. No cree que la conciencia sirva para el control poblacional. Reitera que pensamos solo en

satisfacernos individualmente por encima del bienestar de todos.

- 14.1. En tal sentido, dice que es válido apelar a la conciencia, siempre y cuando se acompañe de otro mensaje, que es el de rechazo de la mayoría cuando alguien obre violentando la "conciencia" colectiva.
- 14.2. Cree que es importante que los no cooperadores con el bien común experimenten sentimientos de culpa. Solo así no impondrán lo individual sobre lo común. Afirma que el culpable solo se preocupa por sí mismo y no por violentar lo común.
- 14.3. Cree que así, a lo mejor, se asuman las responsabilidades sociales (que son arreglos sociales definidos).



Imagen tomada de: <https://goo.gl/Q2uQpz>

- 15. La coerción mutua (ambas partes la acuerdan y ponen las sanciones por no cumplirla) es un mecanismo para hacer valer lo común. Un ejemplo es que todos los que podemos pagamos impuestos pues, de dejarlo al libre albedrío, los que no tienen "conciencia" no lo harían.

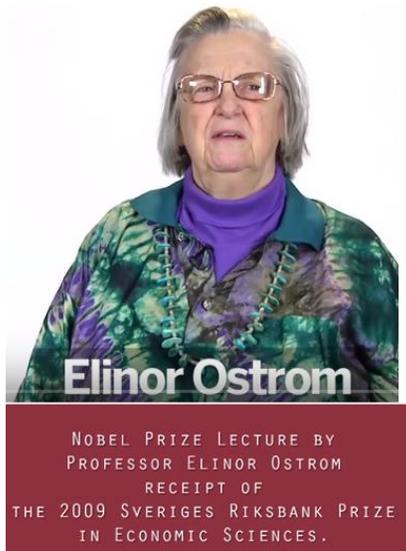


- 16. Plantea que enfrentar la tragedia de los campos comunes se hará bajo la visión de los que quieren mantener el *statu quo* y los que promueven reformas.
- 17. Afirma que lo común desaparecerá en la medida que aumente la población.



- 18. Que solo es posible defender lo común restringiendo la libertad individual y, hacerlo, nos hace más libres a todos.

El pensamiento del profesor Hardin



Su pensamiento ha sido desarrollado de forma esperanzadora por la profesora Ostrom, quien ha elaborado todo un modelo económico sobre lo común, que le mereció el premio Nobel de economía.

Los invito a conocer su pensamiento en el video ubicado en: <https://goo.gl/NRGseU>

Los servicios de salud

Entiendo a la perfección el pensamiento del profesor Hardin. La reflexión que hace acerca del consumo de recursos con la variable de sobrepoblación es a mi juicio válida y comprendo que nosotros como humanidad, no estamos dispuestos a controlarla. Entiendo, asimismo, que esa metáfora descrita como la tragedia de los campos comunales se cumple día a día. ¡Ahí está el problema! Intuyo que la profesora Ostrom ha desarrollado toda una teoría acerca de que sí es posible impulsar lo común. Percibo que es una de las respuestas probables al problema. Entiendo que deberé profundizar más en ello.

Solo, y como una idea en borrador, creo que los servicios de salud pueden y deben ser concebidos como lo *común*. Como responsabilidad de *todos*; tanto de los pacientes como de los prestadores y de los administradores. Los recursos para atender son finitos y la demanda en salud puede hacerse infinita. Pero intuyo que deberemos hacer algún acuerdo social para el uso más eficiente, en donde el bien *común* deberá prevalecer por encima de la "ganancia" individual de cualquiera de los tres actores del sistema de salud mencionados. ¿Será posible?

Índice de los artículos sobre bioética y ecología publicados de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Manifiesto: "El planeta sí es contigo".	Gustavo Urrea P.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://goo.gl/8TtQjS
Breve resumen sobre el artículo: "Un camino sin más muertos".	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://goo.gl/hhnYSM
La tragedia de los campos comunales.	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	Este número






Sobre Medicamentos

USANDO LA VACUNA DEL VPH PARA ENTENDER EL CONCEPTO RIESGO/BENEFICIO

Juan Carlos González****



En este número, el profesor Jairo Echeverry una vez más nos hace un llamado a la reflexión en torno a la vacuna del **Virus del Papiloma Humano (VPH)**. Debido a que, lo que él escribe hace que entienda y me inquiete sobre distintos tópicos, me ha parecido útil hacer una breve revisión de lo expuesto sobre este tema en particular en el sitio web de la organización

internacional *Salud y Fármacos*****, escritos en los últimos cinco años.

Aprovecho este espacio para exponer aspectos relacionados con el **beneficio** y el **riesgo de las intervenciones** y hacer un llamado a la relación médico-paciente y a la forma como tales apreciaciones se pueden explicar.

Contexto

El siguiente caso ha sido tomado de Salud y fármacos (1).

"Hace tres años, en un soleado día de otoño, cuando Kesia Lyng tenía 30 años, recibió la visita de su hermana menor, Eva. Eran amigas íntimas, y mientras estaban sentadas en la mesa de la cocina del departamento de Lyng, Eva enfrentó a su hermana, afectada por una enfermedad crónica, con un hecho doloroso: "Casi no puedes cuidar de tus propios hijos", le dijo. "No puedes seguir con tantas cosas"".

"Lyng, que vivía con su esposo y sus dos hijos en una zona humilde de Copenhague, Dinamarca, llevaba años enfrentando problemas de salud inexplicables: dolores articulares y musculares que surgían y desaparecían, fuertes dolores de cabeza y un agotamiento aplastante que ni siquiera durmiendo muchísimas horas se solucionaba. Estaba trabajando a tiempo parcial en la cocina de la guardería de su hija, el último de una serie de trabajos esporádicos. Pero, una vez más, sus días de enfermedad se volvían a multiplicar. A menudo llamaba a su marido al trabajo, lloraba de cansancio y pedía que la recogieran. En casa, estaba agotada, sin energía para limpiar, cocinar o acostar a los niños. En su historia clínica, que compartió conmigo, su médico señaló que estaba "pasando por un momento muy difícil" y que le preocupaba perder su trabajo si pedía una baja por enfermedad".

"Cuando tenía un mal día, los síntomas de Lyng eran incapacitantes. "Me he sentido increíblemente frustrada con mi cuerpo, porque es muy limitante"".

"El problema comenzó a fines de 2002, justo antes de que Lyng cumpliera 19 años. Al principio se sentía como si tuviera una gripe, pero no mejoraba. Por las mañanas, su cuerpo estaba rígido y dolorido, y levantarse era cada vez más difícil. Cuando lograba levantarse e ir a la escuela, a menudo se quedaba dormida durante la clase. Si se aventuraba a salir a más de unos pocos minutos de la casa, tenía que tomar una siesta en un banco del parque o en un café para recuperar la energía necesaria para volver. Finalmente, abandonó la escuela".

"Su abrupta transformación desconcertó a la gente con la que se relacionaba. Vieron cómo una persona animada se convertía en alguien que incumplía citas, pasaba gran parte de su tiempo en la cama y usaba analgésicos sin parar. "Pensamos que era una depresión", recordó su amiga. "No podía hacer las mismas cosas que el resto de nosotros. Para mí fue difícil saber qué le pasaba"".

"Justo antes de que Lyng enfermara, se había inscrito para participar en un ensayo clínico de una vacuna (Gardasil) que en ese momento era experimental". Su médico cree que esta relación puede ser la desencadenante de su sorprendente e incapacitante cuadro clínico.

Este caso representa muy bien el problema que se está presentando con la vacuna del VPH y bien merece la pena hacer una breve revisión al respecto.

Contexto del problema

Sin duda el descubrimiento de la asociación entre el virus del papiloma y el cáncer de cérvix es uno de los grandes avances en el mundo médico. Que un agente infeccioso sea responsable del origen de algunos tipos de cáncer abre muchísimos caminos con enormes implicaciones, siendo la posibilidad de vacunar uno de los más esperanzadores.

**** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co
**** <http://www.saludyfarmacos.org/>





Harald zur Hausen



"La vacuna contra el VPH salva muchas vidas": Nubia Muñoz Calero

Octubre 05, 2014 - 12:00 a.m. | Por: Alida Mera, Reportera de El País



Nubia Muñoz Calero. Médica y especialista en Patología en la Universidad del Valle, Epidemióloga y Vírgen de la Universidad John Hopkins, EE.UU. Premio Calvo Castejón (2004), Premio Nacional de Investigación (2010), Premio en Agencia de Investigación en Cáncer en León, Francia.

Imagen tomada de: <https://bit.ly/2Osenu2>
Imagen tomada de: <https://bit.ly/2D2dCpG>

El doctor Harald Zur Hausen mereció el Nobel de Medicina por identificar al VPH como responsable del cáncer y, a mucho honor para Colombia, es justo mencionar a la doctora Nubia Muñoz que estuvo, y ha estado, a la par en torno a ese descubrimiento y en el avance de la vacuna.

Un problema del mundo y, en especial, de las mujeres más pobres

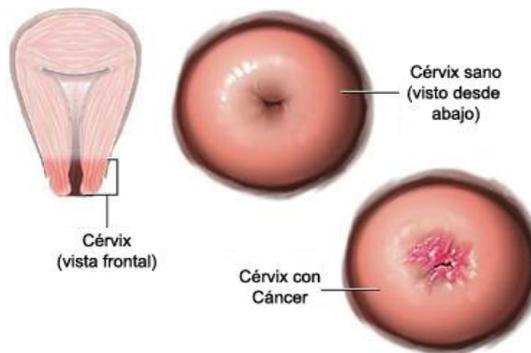
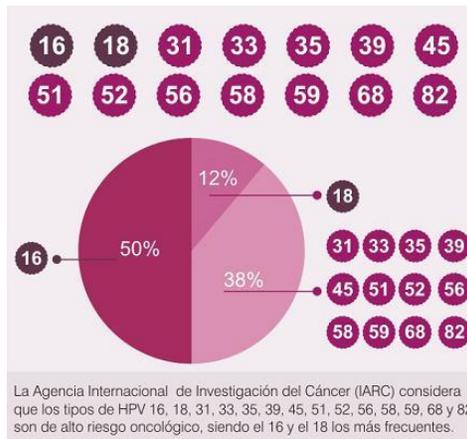


Imagen tomada de: <https://bit.ly/2PbCltu>

En 2012 el cáncer de cérvix era el cuarto tipo de cáncer más frecuente del mundo entre las mujeres (2). Los países de bajos recursos económicos son los que llevan la principal carga de la enfermedad. En África se calculó la más alta tasa de incidencia con 43 por 100 000 mujeres y, en Australia, la más baja con 6 por 100 000 mujeres. En Colombia, de 2007 al 2011, estaba en 19 por 100 000 (2). La mortalidad para 2009 fue de 8 por 100 000 mujeres y es importante reconocer que la tendencia a la mortalidad está en descenso en Colombia. El grupo de edad entre 45 y 59 años es el de mayor prevalencia.

Relación entre tipos del VPH y el cáncer



La infección por VPH es de una frecuencia inmensa y está asociada a la vida sexual (3).



VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Qué es y cómo prevenirlo

Más de 600 millones de personas en el mundo se encuentran infectadas y muchas de ellas no lo saben por falta de información y educación sexual. Aquí otros datos de la enfermedad.

- 630 millones infectados**
- 100 cepas conocidas**
- 75% causan verrugas o papilomas en la piel**
- 25% de tipo mucoso (o genital)**

¿QUÉ SON LOS VPH?
Son más de 100 virus atraídos a las células epiteliales escamosas del cuerpo, que se encuentran en la superficie de la piel o en las superficies

TIPOS DE VIRUS
Bajo riesgo
7 de cada 10 causan verrugas genitales, papilomas y otro tipo de infecciones que pasan desapercibidas. La mayoría

Imagen tomada de: <https://bit.ly/2PaTMzH>

En Colombia los VPH 16 y 18 son los hallados en (1):

1. El 4,6 % de las mujeres con citología normal.
2. En el 76,2 % de las lesiones de bajo grado (NIC I).
3. En el 54,3 % de las lesiones de alto grado (NIC II-3).
4. Y en el 62,2 % del cáncer invasor.

Pero, cuidado con la interpretación

Sin embargo, se debe tener en cuenta que lo usual no es que el contacto con los virus del VPH provoque **siempre** el cáncer. Esto es lo **menos frecuente** (4), por lo cual se dice que es causa necesaria pero no suficiente. De las 150 variedades de tipos, existen 50 que provocan cambios

epiteliales, 14 tienen la capacidad de inducir cáncer, el tipo 16 es responsable del 60 % de los casos, y el VPH 18 de un 15 % (estos dos tipos responsables de 3 de cada 4 cánceres) (4).

Los paradigmas: antes de la vacuna y después de la vacuna

Dada la altísima frecuencia de las infecciones por VPH, antes de la vacuna habíamos aprendido a convivir con los virus, sabiendo que cerca del 80 % de las mujeres en países en vías de desarrollo estaban infectadas y que la gran mayoría de estas infecciones se resolvían espontáneamente (5),

provocando respuestas coherentes con tal pensamiento. Intuitivamente la que más se usó fue el control periódico de la citología. El surgimiento de la vacuna ha modificado tal manera de pensar, para bien o para mal, y es que tener una vacuna contra el cáncer casi que no permite matices.

El curso clínico de la infección por VPH

El cáncer de cérvix ocurre en poblaciones infectadas por el virus; va provocando cambios a lo largo del tiempo, requiriendo casi de 20 años para que aparezca. Por ende, a través de la citología se pueden identificar esos cambios, de hacerla periódicamente, antes de llegar a la condición *in situ*. Los pasos obligatorios para el desarrollo del cáncer son:

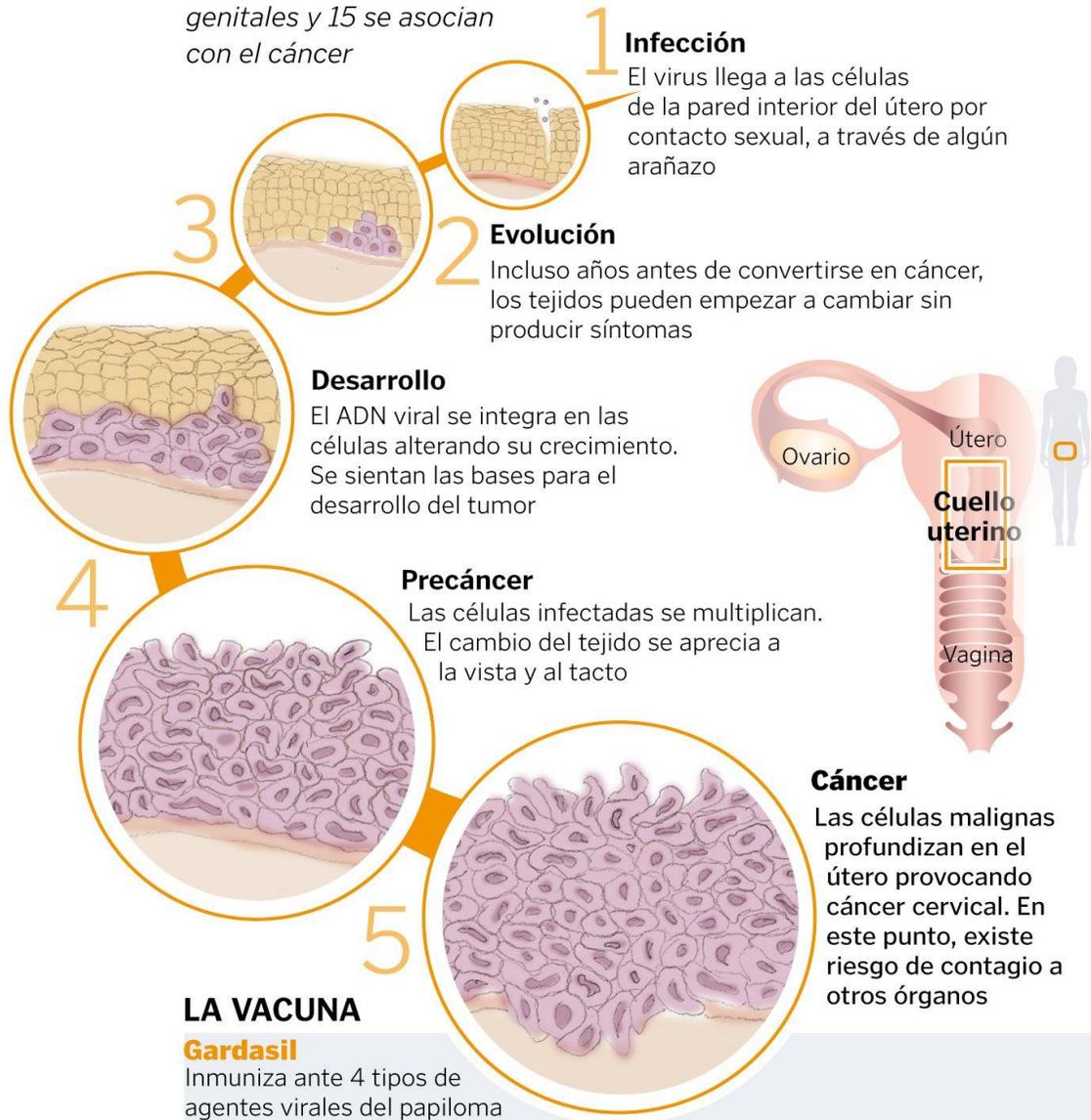
1. Infección del epitelio metaplásico.
2. Persistencia del virus.
3. Transformación del epitelio a precáncer (lesión de alto grado o neoplasia intraepitelial).
4. Y, finalmente, invasión (2).

Desde el momento del contacto con los virus del VPH oncogénicos con el cérvix hasta la aparición del cáncer, trascurren por lo menos 20 años (4).



Del papiloma al cáncer de cérvix

Los papilomas son unos 100 tipos de virus que producen verrugas. De estos, una parte atacan a los genitales y 15 se asocian con el cáncer

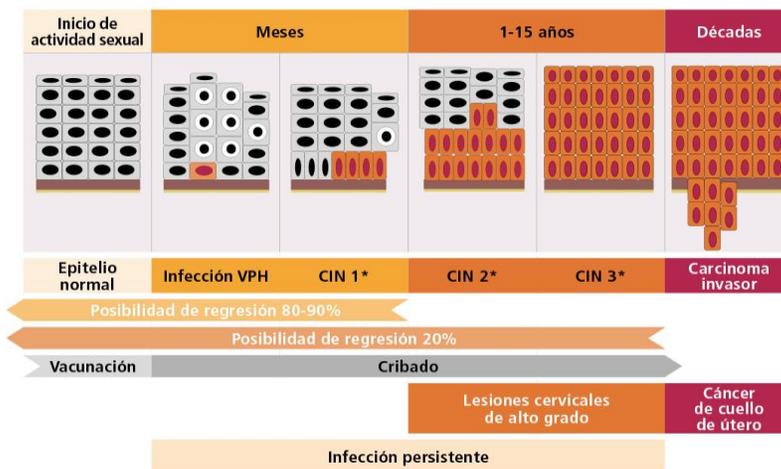


Fuente: Elaboración propia

Imagen tomada de: <https://goo.gl/qmj3BH>

LA VOZ

Lo más frecuente: remisión espontánea de la infección



*CIN (Neoplasia Cervical Intraepitelial)

Imagen tomada de: <https://bit.ly/2Dnug44>

En torno al paso 1, las infecciones por VPH son muy frecuentes en las mujeres menores de 30 años (casi 1 de 3) y, si bien provocan cambios epiteliales, estos pueden remitir de forma espontánea (es lo que ocurre en la mayoría).

La citología: piedra angular para detectar casos establecidos



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2ParMfD>

Ciertamente la citología se ha convertido en un ejemplo de prevención secundaria al detectar el paso 3 en fases iniciales y permitir la debida intervención. El asunto es que su sensibilidad es baja (no detecta siempre el daño), pero al repetirla periódicamente esto se cubre de forma práctica (si se pasa en esta medición es probable que se descubra en la siguiente que es en poco tiempo después) (5). Cuando se hace cada 2 o 3 años es capaz de detectar la aparición del cáncer en una fase temprana, cuando se puede prevenir el desarrollo del cáncer con tan solo con una intervención menor (6).

Pero... la vacuna es la gran esperanza

Si los virus del VPH son los responsables, entonces el uso de una vacuna que impida el contagio con el virus, es la estrategia **más prometedora** para combatir el cáncer. Se ha considerado que la vacuna del VPH puede proteger alrededor de un 75 % de los casos de cáncer de cérvix, así como los cánceres menos frecuentes de pene, ano, vagina, vulva y orofaríngeos.

En el país están aprobadas la tetravalente que protege contra los virus responsables del cáncer 16 y 18 y los responsables de las verrugas (el tipo 6 y el tipo 11) y la bivalente (VPH 16 y 18). Se vacuna idealmente a niñas antes del inicio de su vida sexual (9 años) y se inició en 2012, con tres dosis (iniciar, reforzar a los 6 meses y reforzar a los cinco años).



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2RHf54f>



Cómo se hace la vacuna

Textualmente (6):

1. El VPH consta de una doble cadena de ADN circular protegida por una cápside que tiene dos proteínas, la L1 y la L2.
2. Para fabricar las vacunas se toma un trozo del ADN del VPH que codifica la proteína L1 y se introduce en el genoma de una levadura.
3. Cuando la levadura se replica, lo hace también la proteína L1 del VPH.

4. Las proteínas L1 así obtenidas se combinan entre sí para formar unidades mayores que se llaman VLP-L1 (en inglés: 'virus-like particles L1'; es decir, no son virus de verdad sino 'partículas semejantes al virus 'que contienen la proteína L1).
5. Estas partículas VLP-L1 se sumergen en un preparado de sales de aluminio que se llama 'adyuvante' y que está destinado a excitar de forma artificial al sistema inmunitario para que el cuerpo fabrique más anticuerpos L1 y hacer que estos sean más potentes y duren más tiempo"

Lo confirmatorio

Se espera que la vacuna **muestre** sus beneficios pasados entre 15 y 20 años a través de la disminución de la incidencia del cáncer de cérvix. Eso quiere decir que, en el seguimiento de las pacientes vacunadas, aún no hemos llegado a la edad en que hace su aparición el cáncer de cérvix (2). Por ahora se puede demostrar que ciertamente protege contra la

aparición de lesiones premalignas y de verrugas. Además, se hace notar que, al menos hasta ahora y en un estudio de seguimiento en EE. UU., no se ha visto que la protección de la vacuna contra los tipos de VPH más frecuentes (VPH 16 y 18) provoque el surgimiento de otras variedades oncogénicas en las vacunadas.

Hoy sabemos respecto a la vacuna

Y estas son las grandes conclusiones (3):

1. Cuanto más jóvenes, más protección.
 - 1.1. Ideal que no hayan tenido contacto sexual antes de la vacuna, ya que es justo a través de esa vía como se adquieren los muy frecuentes virus del VPH.
2. Cuanto menos contacto con el virus antes de la vacuna más protección.

3. La protección, por el momento, es evitar la aparición de las lesiones premalignas.
 - 3.1. Por ahora, se está en una etapa donde ya se demuestra que aparecen menos lesiones premalignas, pero aún no ha pasado tiempo suficiente como para poder asegurar que se evitó la aparición del cáncer de cérvix.

Cifras de protección de hoy (octubre 2018)

Si se quiere tener datos de lo anterior, refiere el documento (3):

1. Mujeres sin VPH entre 15 y 25 años:
 - 1.1. Las vacunas contra el VPH reducen el riesgo de lesión premaligna de cuello uterino asociado con VPH16/18 de 164 a 2/10 000 mujeres (certeza alta).
 - 1.2. En las mujeres más jóvenes, las vacunas contra el VPH reducen el riesgo de lesión premaligna asociada con VPH16/18 de 113 a 6/10 000 mujeres (certeza alta).
 - 1.3. Las vacunas contra el VPH reducen el número de mujeres con cualquier lesión premaligna de 231 a 95/10 000 (certeza alta).

2. En las mujeres de más de 25 años, las vacunas reducen el número con lesiones premalignas asociadas con VPH16/18 de 45 a 14/10 000 (certeza moderada).
3. Mujeres con o sin VPH, vacunadas entre 15 y 26 años:
 - 3.1. Reduce el riesgo de lesiones premalignas asociadas con VPH16/18 de 341 a 157/10 000 (certeza alta).
 - 3.2. En mujeres vacunadas entre los 25 y los 45 años los efectos son más pequeños, de seguro porque ya había tenido contacto con el virus y el daño ya estaba en evolución. Los datos del estudio dicen que disminuye de 145 a 107 por 10 000 mujeres.



Posibilidades de la vacuna



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2D66etx>

La vacuna contra el VPH ha sido para la Salud Pública una de las mejores respuestas en la lucha contra el cáncer desde que se aceptó a nivel mundial la lucha contra el tabaco (7).

Los resultados encontrados desde 2006, cuando se inició la vacunación, han sido tan prometedores que incluso países como La Argentina, que empezó a usarla en las niñas en 2011, ha decidido extenderla a los varones (8) para proteger de forma indirecta a las mujeres; pero, además, de los riesgos de las infecciones del VPH (cuadrivalente que protege contra VPH 16, 18, 6 y 11) en los hombres (cáncer de pene, ano, boca y verrugas genitales). Se propuso ponerla a partir de los 11 años y una segunda dosis a los seis meses. Sin embargo, otros países como Reino Unido, en sus análisis, no creen que sea tan ventajosa la vacunación masculina (7) Ellos consideran que la vacunación femenina ha sido suficiente para reducir el contagio masculino. Ciertamente tal

decisión ha sido muy discutida en el Reino Unido y otros países no están de acuerdo, siendo el caso de Canadá y Australia que están promoviendo la vacuna en hombres. En Estados Unidos, el departamento de salud no vacuna, el CDC promueve solo la vacuna para mujeres antes de que cumplan 27 años y hombres antes de los 22 años, extendiéndola hasta los 27 años si han tenido prácticas sexuales con otros hombres, pero son las aseguradoras las que la autorizan con base en los planes de salud que las personas paguen (9).

Colombia, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, ha propuesto incluirla en su calendario de vacunación (10) a partir de los 9 años, con refuerzo a los seis y a los 60 meses, este último refuerzo con el fin de responder a la pérdida de anticuerpos que se había visto en algunos estudios (6).

El coste/beneficio de la vacuna (5)



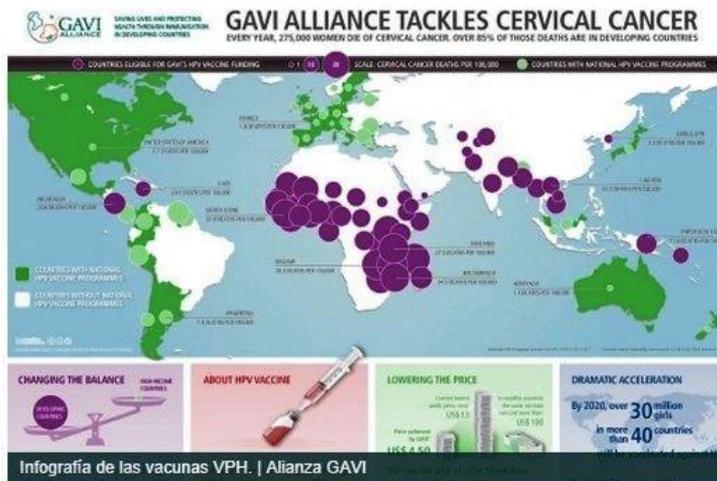
Imagen tomada de: <https://bit.ly/2PegruW>

La vacuna del VPH ha sido bien estudiada con respecto a esto: Se trata de hacer un análisis supuesto de modelos matemáticos (no probados) en donde se puedan calcular los costos derivados de la atención en salud de las mujeres vacunadas, comparadas con los costos derivados de la población no vacunada. Tiene en cuenta aspectos de

cobertura de la vacunación, protección de la misma, cambios y toma de decisiones en la población con base en la citología y el cálculo del ahorro en vidas y costos económicos en donde se contrasta la población vacunada con la no vacunada. Hoy por hoy, el análisis costo-benéfico ha sido suficientemente demostrado.



La vacuna, una forma de promover la equidad en salud



Si el cáncer de cérvix impacta mucho más en países pobres, en donde el acceso, por ejemplo, a la citología, se ve muy afectado, la vacuna se convierte en un excelente mecanismo para disminuir la brecha al máximo de salud posible entre los que tienen más y los que tienen menos.

Expresa el comentario como ejemplo que en Austria al 80% de las mujeres se les ha hecho el tamizaje citológico, en tanto que en Etiopía o Bangladés a menos del 1% (8). La vacuna es para ellas la mejor oportunidad de combatir el cáncer de cérvix.

Pero si es así de buena, entonces ¿cuáles son las dudas?



El beneficio de la vacuna se ha podido seguir y cuantificar, **pero la búsqueda de daño por la vacuna no se ha hecho como es debido** (1). No se da toda la información y, en cambio, cada vez se reportan más casos de problemas en mujeres en que, al menos existe la sospecha, están

relacionados con la vacunación. Esto ha determinado un manto de incertidumbre acerca de los riesgos de la vacuna que, de no enfrentarse adecuadamente, pondrá en duda los beneficios ante la población, e incluso ante la misma comunidad científica.

El asunto de por medio

Si bien está bien demostrado que el riesgo de morir por causa de la vacuna es mucho menor que el de morir por cáncer de cérvix, el dilema (6) se establece porque la vacuna se aplica a una preadolescente, por demás sana, en tanto que el

cáncer de cérvix se presentará en una mujer madura que ha tenido numerosas oportunidades de contrarrestarlo a través de la citología (diagnóstico precoz).

La farmacovigilancia

Se trata de la búsqueda de relaciones causales entre un evento adverso y una vacuna o un fármaco que no estaba documentado (11). Es, por así decirlo, buscar situaciones nuevas (y adversas) que se puedan asociar. Por supuesto que

a todas luces es necesario hacerlo y, lo es, máxime en el caso de las vacunas ya que, como es el caso, se van a generalizar en muchísima población y de ahí que eventos poco frecuentes hagan su aparición.



¿Quién lo debe hacer?

Lo ideal es que sea una entidad diferente al laboratorio farmacéutico pues el conflicto de intereses hace dudar de que los investigadores dependientes de la farmacéutica, en caso de encontrar hallazgos que pongan en riesgo las ventas, lo expresen.

Casos inquietantes

En 2015, la Agencia Europea de Medicamentos (11) encontró necesario buscar si existía relación entre “dos “síndromes disautonómicos” (una serie de signos y síntomas que se piensa que forman parte de una reacción autoinmune) – síndrome de dolor regional complejo (CRPS) y taquicardia

postural ortostática (POTS)-. Si bien las conclusiones de tal estudio no muestran que la asociación exista, grupos independientes ponen en duda la forma de hacer la indagación.

El asunto de la confidencialidad en los investigadores independientes

La verdad es que las farmacéuticas son responsables del manto de duda permanente sobre ellas cuando hacen sus investigaciones. En lo referido a la salud, la transparencia de todo proceder debe estar reflejada en mostrar los resultados sin tapujo alguno. Pero eso no ocurre con la frecuencia debida. Por ejemplo, si lo que se busca es esa asociación,

pero durante el proceso se encuentran otros hallazgos (distintos al estudiado, pero tal vez relacionado), los investigadores han de guardar confidencialidad. ¿No es acaso una tontería? Lo obvio sería informar todo. Esto es un ejemplo más de esa dificultad ética que se plantea entre el bien común y las ganancias.

¿Cómo quedó la asociación?

Volviendo a las disautonomías relacionadas con la vacuna del VPH, si bien por ahora no se han podido demostrar, es importante seguir vigilando. Encontrar las relaciones que orienten la búsqueda de explicaciones puede demorarse por los pocos casos. Los laboratorios farmacéuticos y las

autoridades deben llegar a acuerdos de transparencia para poner al público al tanto de lo evidentemente bueno, pero dejando plasmado los riesgos, y así dejar la autonomía para decidir.

Por ahora

Un caso bien documentado (1) tiene un inmenso valor en la búsqueda de eventos adversos, así no provoque cambios estadísticos, pero se convierte en una excelente plataforma para las hipótesis.

Una forma de seguir los eventos adversos

Es muy difícil anotar en el protocolo de seguimiento lo que no se conoce, pero resulta por demás obvio que cada vez que se intervenga a una población con algún producto ha de hacerse un seguimiento, incluso, hasta el final de sus días. Solo como ideal, propongo que el equipo responsable de atender la salud de las personas es la mejor fuente

informante. A través del conocimiento (continuidad) que tiene de los sujetos, podría apreciar mejor los sucesos que les van ocurriendo. Por supuesto que implica unos niveles de organización sanitaria que desafortunadamente solo se alcanzan habitualmente en países desarrollados.

Las investigaciones en curso pueden cometer errores

Así lo afirman varias revisiones de las mismas (1), señalando a la forma de seguimiento a los vacunados como uno de los puntos problema; de ahí que no sea fácil encontrar los eventos adversos. De seguro, es más sencillo observarlos cuando la relación entre poner la vacuna y la aparición del

evento adverso es cercana, pero cuando ha pasado mucho tiempo y aparece, buscar la relación es difícil. Acompañar a los vacunados por largo tiempo permitirá ver esa relación mediante el análisis de las bases de datos.

Además

Los ensayos efectuados antes de comercializar la vacuna tenían un defecto en torno a cómo evaluar la seguridad de la misma. Joelving afirma (1) “el fabricante de medicamentos utilizó un método complicado que imposibilitó que se hiciera una evaluación objetiva y solo permitió que se informaran los posibles efectos secundarios durante algunas semanas, cuando los ensayos eran de varios años”.

Es más, se pone como ejemplo un caso de una paciente que estaba en el ensayo y presentó severas manifestaciones neurológicas, luego de la vacuna y que, sin embargo, aparecen como si fueran de otra índole (y no de la vacuna). Afirma el comentario (1) que esto ha sido bien expuesto y, tal es el caso de la editorial del doctor Jhon Ioannidis (12), titulada “Eventos adversos en ensayos aleatorizados: descuidados, restringidos, distorsionados y silenciados”.

Este es justo el problema

Casos como el descrito, donde se descarta la relación de una forma sospechosa, o sencillamente negligente, lo único que hacen es dejar un manto de duda.



Por ello: los eventos adversos se ubican...

Solo con el acompañamiento de los vacunados y comparando con los no vacunados. Se debería acompañar a las poblaciones a lo largo de su vida y ver si todo lo que les suceda se repite más en las vacunadas (búsqueda de relaciones) que en las no vacunadas. Pero eso no se hace, porque es realmente difícil. Se hace en grupos en que es

logísticamente más fácil el acompañamiento. Intuyo que no se hace en poblaciones donde los sistemas sanitarios son más deficientes, dejando por fuera, justamente poblaciones en las que, por sus determinantes sociales, es más probable la aparición de relaciones que pueden ser eventos adversos.

El asunto: el secreto del secreto



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2D4hrdU>

Si bien la Agencia Europea de vigilancia aprobó el uso de la vacuna Gardasil, también lo es el hecho de que detectó un método subóptimo para identificar eventos adversos, lo que le da debilidad al estudio de seguridad. ¡Carambas!, ahí es donde debería existir una intención clara de las farmacéuticas en reconocer y mejorar sus diseños, incluso permitiendo publicar esas dudas. Pero no lo hacen, de hecho, establecen estrictas cláusulas de confidencialidad. Es como si creyeran

que cualquier duda influirá en las ventas y, si bien, eso puede ser cierto, es la forma como se resuelven, lo que nos acerca más a la seguridad de su uso en las personas (1). Cuando se oculta o no se presenta toda la información se favorece la desconfianza del público y el surgimiento de las llamadas teorías de la conspiración; el ocultamiento de la información es malintencionado y no producto de un error.

Respuestas autoinmunes a las vacunas

Las verdades hoy pueden dejar de serlo mañana en la medida que las investigaciones progresan. Como dijo Brian Nosek, la ciencia no trata de lo verdadero o lo falso sino de reducir la incertidumbre. El excelente comentario (1) agrega que "no reconocer esa incertidumbre cuando es legítima probablemente solo atrasa el avance científico".

Para la muestra un botón



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2zv7PhB>

Hoy están demostrados una clase especial de autoanticuerpos "agonísticos" fabricados por el cuerpo muy relacionados con el síndrome de fatiga crónica (SFC), con el síndrome de hipotensión ortostática (SPOT) y con el síndrome de dolor regional crónico (SDRC), aunque no sabemos aún cómo, pero se sospecha son provocados por la vacuna contra el VPH (1). Lo cierto es que tal relación debe buscarse, así sea poco frecuente, pero dada la masividad de las vacunas, es muy probable poder encontrarla y estudiar la asociación (1).

Un balance

Los efectos adversos son una inevitable consecuencia de las intervenciones. El asunto clave es determinar su causalidad y su mecanismo. Así se pueden establecer propósitos para contrarrestarlos. Creería que todo lo revisado apunta a que los beneficios de la vacunación superan con creces los efectos

adversos (1), pero el hecho de no proceder con la transparencia debida pone en tela de juicio el actuar de las farmacéuticas y de la Salud Pública que respalda la intervención.

Igual, afirmar sin confirmar puede ser grave ante el público

Así es, y tal el caso (13) de la desconfianza mundial hacia las vacunas que surgió con la publicación de Andrew Wakefield en *The Lancet* sobre una asociación sorprendente y alarmante entre la vacunación triple viral y autismo en niños (14).

Hoy reconocemos

Con la evidencia existente no se puede dudar de las ventajas de la vacuna del VPH (3); pero, asimismo, es indispensable que la actitud de la Salud Pública (por ser la que está promoviendo la vacuna en el mundo) sea transparente y de permanente inquietud ante las probables asociaciones de

eventos adversos. En un mundo donde la información está al alcance de todos, no comunicar solo provoca suspicacias. De hecho, resulta por demás obvio que las personas y las comunidades han de ser partícipes de las decisiones que de una u otra forma les atañen.

El comercio de la vacuna

Países con vacunación pública contra VPH Las Américas, hasta Diciembre de 2015



Junto con la protección de la vacuna va también el “negocio”. Desde 2005 y hasta 2015 se habían vendido cerca de 57 millones de la bivalente y 190 millones de la quadrivalente (11). Por supuesto que eso en sí mismo no es malo, pero sí nos permite entender la magnitud del negocio que puede determinar conflictos de interés entre los laboratorios productores, pues según las regulaciones de la mayor parte del mundo, son justo esos laboratorios, con sus recursos, los

encargados de hacer el seguimiento de la eficacia y seguridad de las mismas. Resulta obvio que la vigilancia imparcial se puede ver influenciada por las ventas y por ello podrán tener serias dificultades para contar lo adverso. Esto ha sucedido y sucede y, en el mismo comentario se narra cómo los laboratorios responsables del seguimiento, no cuentan todo lo hallado, hasta que lo analizan (con el riesgo del sesgo por el conflicto de intereses), en particular eventos adversos.

La evidencia hasta hoy

Tomado la revisión del grupo Cochrane (15) en su resumen: “No encontramos un mayor riesgo de efectos adversos graves. Aunque el número de muertes es bajo en general, hubo más muertes entre las mujeres mayores de 25 años que recibieron la vacuna. Las muertes reportadas en los estudios han sido consideradas no relacionadas con la vacuna. No se puede excluir un mayor riesgo de resultados

adversos del embarazo después de la vacunación contra el VPH, aunque el riesgo de aborto involuntario y la interrupción son similares entre los brazos del ensayo. El seguimiento a largo plazo es necesario para monitorear el impacto en el cáncer cervical, la aparición de daños raros y los resultados del embarazo”.

Y esa tranquilizadora conclusión sobre efectos adversos, ¿es definitiva?

Lo es, pero por ahora pues el tiempo va corriendo y aún no vemos todo lo que está sucediendo. En teoría, lo que hemos de hacer es mantener en “vigilancia” a todos esos jóvenes vacunados y estar atentos a todas las manifestaciones adversas que surjan y analizarlas caso por caso para tratar de identificar si tienen o no relación con la vacuna. Es mi impresión que los programas de seguimiento entre la

población vacunada y no vacunada no son suficientemente abarcadores (no ven todo), aunque reconozco que no lo sé con certeza. Eso es lo que pretenden los metanálisis; sumar el análisis de las investigaciones para ver más... Lo cierto es que, aún hoy, muchos ensayos clínicos no han sido diseñados para evaluar la seguridad (efectos adversos).

Relaciones preocupantes, aunque no significativas

En el comentario de 2016 de *Salud y Fármacos* (16) se menciona que se encontró una asociación de entre **1 y 2 casos de Síndrome de Guillen Barré por 100 000 vacunados contra el VPH**. Ciertamente ya se había encontrado relación de esta enfermedad con la aplicación de otras vacunas y esto hace sospechar una relación causal plausible, así todavía no entendamos cómo. Lo que se ha

visto es que se presenta luego de la última dosis de la vacuna y, en la medida que pasa el tiempo, menos aparece la relación. Más débil es la relación de la vacuna con la enfermedad intestinal inflamatoria (colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn). A comienzos de 2016, no se había hallado una relación significativa entre la tiroiditis y la vacuna del VPH 6/11/16/18.

Casos que han sucedido: sospecha del aluminio adyuvante

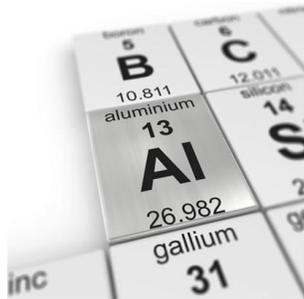


Imagen tomada de: <https://bit.ly/2PFJT1f>

En el sitio de *Salud y Fármacos* de 2012 (17) se narra el estudio que se hizo de dos jóvenes que fallecieron en las que sospecharon relación con la vacuna y en cuyos cerebros encontraron una vasculitis autoinmune que pudo ser causada por el aluminio que tiene la vacuna del VPH para estimular

justamente la respuesta inmune. Existe sospecha de que el aluminio que acompaña a tantas vacunas tenga relación con el daño neurológico. El asunto que ahí plantean es que no se ha estudiado suficientemente, ya que cuando se compara la vacuna con el placebo ambos usan el aluminio.

La vacunación en Colombia

En esta revisión de los comentarios de *Salud y Fármacos* encontré un interesante llamado al uso con precaución de la vacuna que nos hace un grupo de reconocidos salubristas (18) en 2014 (19), a propósito de un informe que hace la autoridad sanitaria de Dinamarca acerca de la vacuna.

A screenshot of a news article from the website 'EL TIEMPO'. The article title is 'Dos años del enigmático desmayo de niñas vacunadas contra el papiloma'. Below the title is a sub-headline: 'Caso que visibilizó los supuestos efectos contrarios de vacuna produjo un debate que sigue abierto.' The article includes a list of social media sharing options (Comentar, Facebook, Twitter, Guardar, Enviar, Google+, LinkedIn) and a photograph of a group of young women sitting on a bench. At the bottom of the screenshot, it says 'Por: YOLANDA GÓMEZ T. 28 de mayo 2016, 08:41 p.m.' and 'Imagen tomada de: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-166061>'.

En el municipio de Carmen de Bolívar, como consecuencia de la aplicación masiva de la vacuna a las adolescentes de un colegio, se presentó una reacción en 200 de ellas que determinó, por la forma como se divulgó la noticia, un daño inmenso a la confianza en el Ministerio de Salud y Protección

Social y a la consabida vacuna. Tal vez el error ha sido vacunar sin informar debidamente. Lo sucedido véase como se quiera (reacción psicógena masiva o reacción a la vacuna), es un efecto adverso y ha de ser analizado como tal.

Cómo informar a los pacientes sobre beneficios y riesgos de las intervenciones



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2SLbjwN>

Es justo de lo que se trata. Repito que toda intervención tiene efectos adversos, a veces muy bien identificados. Por el beneficio es que se recomienda o se prescribe. Pero, asimismo, se debe explicar el riesgo. ¿Cómo hacerlo? Creo que es un asunto para el cual no nos preparamos suficientemente. En el caso de la formación médica, al menos en lo que yo conozco, hemos sido preparados para prescribir mucho y explicar poco. Pero este aspecto se magnifica cuando las intervenciones provienen de la Salud Pública, donde la comunidad a la cual se dirigen las intervenciones no se puede concretar. ¿Cómo explicarle los beneficios y los

Lo cierto es que...

El caso de las 200 niñas amerita (no sé si se hizo, pero creería que sí) una exhaustiva indagación de su condición clínica y la vigilancia futura. De hecho, y no sé si son parte de ese grupo, a tres adolescentes procedentes de Carmen de Bolívar, se les hizo un diagnóstico confirmado de síndrome autoinmune

La Salud Pública y las vacunas

Los beneficios de las vacunas son grandes, pero no incuestionables. Hoy existen interesantes cuestionamientos acerca de las mismas (20). Por su alcance masivo, deben ser tenidas en cuenta no solo por el evidente beneficio, sino por la búsqueda de esos eventos adversos. La del VPH, en especial, amerita ser muy vigilada. En este caso existe un asunto clave de por medio. En general, por ejemplo, la triple viral provoca protección inmediata a un riesgo inmediato (el

Un debate para la Salud pública

El comentario de *Salud y Fármacos* de abril de 2016 (5) pone de manifiesto el caso de una mujer a quien, 24 horas después de vacunarse, le apareció un cuadro de paraparesia espástica que la tiene incapacitada y con un pésimo pronóstico de rehabilitación. Ella acusa al Estado por permitir la circulación de la vacuna que pudo generar esa clara relación ante sus ojos de causa-efecto. Siendo debatible tal demanda, surge la

El papel del Gobierno y la Salud Pública

Es deber de todos los gobiernos procurar la salud de su población. Las vacunas son una de las principales formas de hacerlo, pero resulta más que evidente que han de tener un inmenso cuidado por el daño que de ellas se pueda derivar, así sea mínimo desde el punto de vista poblacional. Por

riesgos? De la forma como se conteste esta pregunta de seguro se descubrirá la adherencia a la intervención, así como en la relación médico-paciente. Por mencionar a manera de propuesta, partiendo de que en los colegios es donde está la población a vacunar, ¿no sería importante reunir en los colegios a los padres cuyas hijas serán vacunadas y explicar y/o aclarar las dudas que surjan? Claro, implica inmensos esfuerzos; pero ¿qué tal involucrar a las facultades de salud o al programa de salud escolar para que lo hagan?

inflamatorio desencadenado por el adyuvante. El mismo comentario (18) hace notar que a 19 adolescentes vacunadas, habitantes de dicho municipio, se les está haciendo seguimiento por dolor neuropático.

de enfermarse). Por decirlo de alguna forma, se le pone a un niño para evitar una enfermedad que le puede dar incluso ahora siendo niño... pero el caso del VPH es diferente: Se ofrece protección para una enfermedad que aparecerá al menos de 20 a 30 años después. En cambio, los eventos adversos se pueden presentar relativamente pronto, así sean de muy baja frecuencia. Esto se debe considerar para la toma de decisiones.

pregunta de si cuando es el Estado el que recomienda la vacunación, puede hacerse responsable de sus efectos adversos. No sé bien qué contestar, solo me queda en claro que aun el Estado, cuando tome decisiones para el beneficio de todos, ha de asegurarse de que se entienda no solo el beneficio sino también el riesgo.

ejemplo, Japón, en 2013 (5), luego de vacunar a cerca de 9 millones de jóvenes, se vio obligado a parar su impulso, ya que tenía un informe con cerca de 2000 eventos adversos, de los cuales un 5 % fueron catalogados como graves.

¿Cómo manejar esto?

No hay duda de que hacer partícipe a la comunidad resulta clave. Claro, suena bien de palabra, pero hacerlo es un asunto de gran esfuerzo.

El construir procesos de comunicación (21), donde se ofrezca la información y se explique en un lenguaje que la mayoría

Un llamado a la relación médico-paciente

En los comentarios de Salud y Fármacos, de seguro para ponerle rostro a los eventos adversos, se narran unos casos dramáticos. Sabiendo que constituyen la minoría ante los muchísimos más vacunados. Estos me han servido para pensar qué he de hacer cuando atienda pacientes si me piden consejo para vacunar o no a una niña. Hoy me queda en claro que debo dedicar tiempo para explicar los beneficios, pero

de las personas entienda, resulta clave. Luego de lograr esto, se debe escuchar lo que la población piensa, siente y dejarlos decidir. Tal vez esta sea una de las formas de generar confianza y adherencia a las políticas de Salud Pública.

también para explicar los riesgos, pues no puedo tener certeza de lo que sucederá, así las probabilidades estén a favor de que solo recibirá los beneficios. Cómo hacer entender, ese es justo el asunto tanto de la relación profesional-paciente, como de la Salud Pública y la comunidad a la que le sirve.

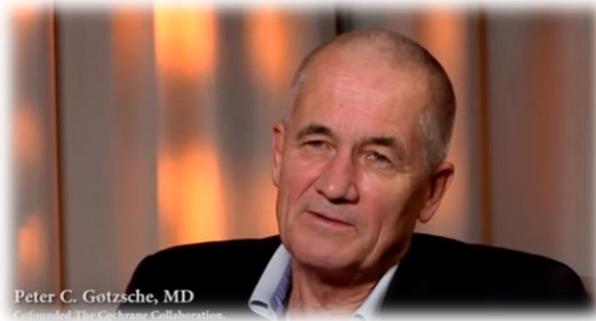
La duda

Todos, pero en particular los profesionales de salud, hemos de formarnos con un sentimiento de incertidumbre que nos obligue a estar revisando de forma constante. La verdad de hoy, deja de serlo mañana, los nuevos hechos pueden producir ese giro. Por ende, la incertidumbre se convierte en

nuestra compañera, lo que debe determinar la necesidad de compartir con nuestros pacientes las decisiones que, en últimas, los va afectar positiva o negativamente. Para ello, la continuidad en la atención resulta clave porque genera compromiso.

El asunto de la confianza

En todo esto surge una cuestión clave y es el asunto de la confianza. La filósofa Onora O'Neill lo plantea muy bien en un video de diez minutos (<https://bit.ly/2yS7kWK>).



Peter C. Gotzsche, MD
Co-founder of The Cochrane Collaboration

Me atrevo a afirmar que un sector de los profesionales de la salud no tenemos confianza en los laboratorios farmacéuticos y, sin querer generalizar, creo que con razones más que válidas, como lo afirma el doctor Gotzsche (22) o lo describió de forma tan contundente la doctora Marcia Angell en su denunciador texto "La verdad de la industria farmacéutica" (23), la industria farmacéutica tiene problemas de transparencia y serios conflictos de intereses.

¿Cuál será la confianza de la población en las políticas de Salud Pública?

Asumo que puede variar de país a país y, en el nuestro, ha de estar afectada por los numerosos escándalos en torno a la salud. Sin embargo, esto toca más a las antiguas Empresas Promotoras de Salud (EPS). Las vacunas, creería yo, que son más del imaginario del país y del Gobierno y es positivo. Es mi impresión que Colombia es un país "vacunador" donde la

confianza de la población es grande hacia tal actividad. Pero lo ocurrido en el municipio de Carmen de Bolívar debe haber golpeado duramente la confianza y pone de manifiesto que, a lo mejor, no hacemos partícipe a la población como deberíamos hacerlo.

A manera de conclusión

El caso de Kesia con el que se inició este ensayo pone de manifiesto el asunto. Todos los datos desaparecen ante el conocimiento directo de un caso. ¿Será que la vacuna es responsable de un cuadro tan dramático, incapacitante y conmovedor? Así lo cree el médico que la atiende. Sería clave para todos el que se pudiera profundizar en esto. ¿Será que, si a Kesia se le hubiese explicado los muy probables beneficios y los raros y escasos riesgos, ella hubiese tomado otra decisión respecto a vacunarse? No lo sabremos, pero ¿cómo podemos explicarle a un paciente que el riesgo de que algo muy malo le pase es muy bajo, pero casi de inmediato

y, el beneficio es muy grande, pero por lo menos a 25 años? Es todo un reto de la comunicación y de la relación médico-paciente.

Yo, luego de lo revisado, estoy, más que nunca, dispuesto a promover la comunicación en torno a la salud con y para la comunidad y a sensibilizar a los futuros médicos insistiendo en fortalecer el diálogo y la relación con sus pacientes. Y si volviera a tener a mi hija en la adolescencia, creo que la volvería a vacunar.

Bibliografía

1. Salud y Fármacos. Boletín fármacos: Agencias reguladores y políticas [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/2OWussH>
2. Misalud. [Internet]. Guía de práctica clínica para el manejo de cáncer de cuello uterino invasivo. Disponible en: <https://bit.ly/2AdxgMk>
3. Salud y Fármacos [Internet]. Uso apropiado de medicamentos. Disponible en: <https://bit.ly/2DSCn8W>
4. Salud y Fármacos [Internet]. Advierten. Disponible en: <https://bit.ly/2SaGxMH>
5. Salud y Fármacos [Internet]. Prescripción, farmacia y utilización. Disponible en: <https://bit.ly/2Kvruuo>
6. Salud y Fármacos [Internet]. Una reflexión y una propuesta en relación a la vacuna del virus del papiloma humano (VPH). Disponible en: <https://bit.ly/2PKCI9z>
7. Salud y Fármacos [Internet]. Políticas. Disponible en: <https://bit.ly/2zmqZ1s>
8. Salud y Fármacos [Internet]. Prescripción. Extienden la vacuna del VPH obligatoria a los varones de 11 años. Disponible en: <https://bit.ly/2S9Y0F4>
9. Centers for Disease Control and Preventon [Internet]. Questions and Answers. Disponible en: <https://bit.ly/2hPpzBm>
10. Minsalud. Instituto Nacional de Cancerología. Instituto Nacional de Salud [Internet]. Vacunación contra el virus del papiloma humano. Disponible en: <https://bit.ly/2yRpV3z>
11. Salud y Fármacos [Internet]. Vacunas contra el virus del papiloma humano, síndrome de dolor regional complejo, síndrome de taquicardia ortostática postural y disfunción autonómica – una revisión de la evidencia de la Agencia Europea de Medicamentos. Disponible en: <https://bit.ly/2S5g4A3>
12. Ioannidis JPA. Adverse Events in Randomized Trials. Neglected, Restricted, Distorted, and Silenced. Arch Intern Med. 2009;169(19):1737-1739. doi:10.1001/archinternmed.2009.313
13. Salud y Fármacos [Internet]. Las vacunas no causan autismo. Disponible en: <https://bit.ly/2R99RTy>
14. Battistella M, Carlino C, Dugo V, Ponzio P, Franco E. Vaccines and Autism: A Myth to Debunk? Ig Sanita Pubbl. 2013 Sep-Oct;69(5):585-96. Italian.
15. Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PPL Cochrane Gynaecological, Neuro-oncology and Orphan Cancer Group, 9 de mayo de 2018 DOI: 10.1002/14651858.CD009069.pub3
16. Salud y Fármacos [Internet]. Vacuna del virus del papiloma humano y el síndrome de Guillain-Barré: gestionando incertidumbres. Disponible en: <https://bit.ly/2FDwuy3>
17. Salud y Fármacos [Internet]. Una reflexión y una propuesta en relación a la vacuna del virus del papiloma humano (VPH). Disponible en: <https://bit.ly/2PKCI9z>
18. Sánchez LE, Yepes FJ, Hernández LJ. La vacunación contra el virus del papiloma humano en Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2014; 13(27). <https://bit.ly/2Tz8RJU>
19. Chaves V, Yepes F, Hernández LJ. Reseña: Informe de la autoridad danesa de salud y medicamentos. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2015;14(29): 193-196. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgypps14-29.iads>
20. Lyons AC. Morality, Responsibility and Risk: The Importance of Alternative Perspectives in Vaccinationresearch. Int J Behav Med. 2014 Feb;21(1):37-41. doi: 10.1007/s12529-013-9346-6.
21. Mosquera M. Comunicación en salud: Conceptos, teorías y experiencias. Disponible en: <https://bit.ly/2kga6xe>
22. Youtube. Dr. Peter Gøtzsche: la industria farmacéutica es crimen organizado. Disponible en: <https://bit.ly/2DE1o4v>

Índice de los artículos sobre medicamentos publicados de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Condiciones clínicas y terapéuticas que requieren gastroprotección.	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://bit.ly/2SaHPY3
Perlas de la biblioteca Cochrane sobre hipertensión clínica.	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 133 (2015)	https://bit.ly/2AooZWb
Comentario del artículo: "Eficacia de la vacuna del VPH a finales de 2014".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	https://bit.ly/2BqMr6T
Comentario sobre el artículo "Catorce días es el tratamiento ideal para la erradicación del helicobacter pylori".	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2QcN5wQ
Comentario del artículo: "El uso excesivo de antibióticos causa estragos entre los residentes en asilos de ancianos".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://bit.ly/2DG1ATI
Comentario del artículo: "Reduciendo la polimedicación. Una aproximación lógica".	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2Krl3IF
Comentario sobre el artículo "Reino Unido: un 7 % de los ingresos hospitalarios se debería a reacciones adversas a medicamentos".	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 137 (2016)	https://bit.ly/2OXHR3x
Comentario sobre el artículo "Hipotiroidismo en adultos: Tratar pacientes sintomáticos".	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2FE1xd6
Comentario sobre el artículo: "La prescripción diferida de antibióticos puede ayudar a su uso más racional".	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://bit.ly/2Tz9T8K
Comentario sobre el artículo: "Características clínico-epidemiológicas de pacientes hospitalizados en tratamiento con antibióticos de uso restringido en un hospital de segundo nivel: Análisis de prescripción".	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2Aewdf4



Título	Autor	Número	Enlace
Comentario del artículo: "¿Por qué es tan difícil usar los inhaladores?"	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2BrDav6
Comentario sobre el artículo "¿El conocimiento de la contracepción de emergencia afecta su uso entre adolescentes de enseñanza media en Brasil?"	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2znvoRt
Comentario sobre el artículo "Adultos mayores: Cuides los medicamentos para cuidar su salud"	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 139 (2016)	https://bit.ly/2KrO4nw
Comentario sobre el artículo "Conocimientos y prácticas de pacientes sobre disposición de medicamentos no consumidos. Una aproximación a la ecofarmacovigilancia.	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2TBhTGw
Juan Carlos González Q.	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2DDQ4HT
"El desperdicio de medicamentos y la creación de súperbacterias".	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 140 (2016)	https://bit.ly/2QetaO9
"La OMS diseña un plan de acción para combatir el abuso de antibióticos".	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2Ktde5d
Resumen de: "¿El Ensayo SPRINT cambia nuestro enfoque sobre los objetivos de tensión arterial?" y otros artículos de "Salud y Fármacos".	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2DWqXkC
Primun non nocere.	Jairo Echeverry R.		https://bit.ly/2DDGgxE
Un nuevo informe presenta casi 100 conclusiones sobre los efectos para la salud de la marihuana y los productos derivados del cannabis.	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 143 (2017)	https://bit.ly/2PPxweY
Transcripción del artículo: "Este médico quiere que sus pacientes consuman menos medicamentos".	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://bit.ly/2DWr3bY
Comentario sobre el artículo: "Uso de la mejor evidencia para el manejo de la hipertensión".	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://bit.ly/2FE1QVi
Comentario sobre el artículo: "La iniciativa de la desprescripción".	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2R5Pbfe
Comentario sobre el artículo: "Morir por un medicamento que no es necesario es un escándalo".	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://bit.ly/2FFczPI
Comentario sobre el artículo: "¿La revisión de la medicación mejora la salud?"	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2DEIiNZ
Comentario del artículo: "Los medicamentos para suprimir la acidez se asocian a infecciones severas y diarrea".	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2QjE2Kq
Comentario del artículo: "Medicamentos que acaban mandando a los pacientes a la sala de emergencia".	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://bit.ly/2TCBczk
Comentario del artículo: 11 medicamentos que debería considerar seriamente desprescribir".	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2PPxJyM
Resumen del artículo: "Efectos adversos de los antihipertensivos que no suelen monitorearse ni se tratan"	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2Q97xyP
Resumen del artículo: "Medicamentos y conducción"	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://bit.ly/2S9zMdX
Resumen: "Cómo reducir el riesgo de errores en la prescripción".	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2Tzx2rL
Usando la vacuna del VPH para entender el concepto de riesgo/beneficio.	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	Este número





El peregrino que toca

EL VALOR DEL TRABAJO

Gabriel Sáenz*****

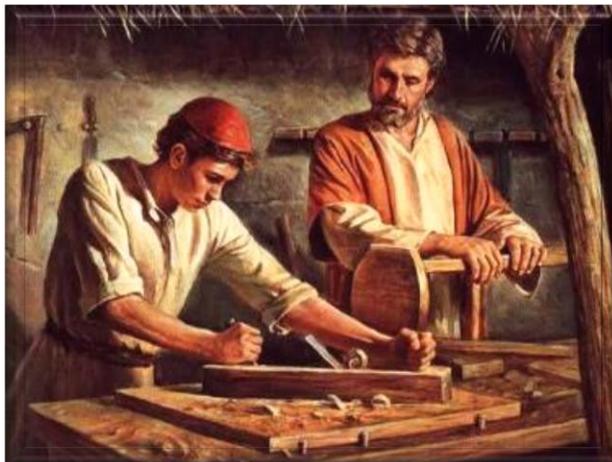


Imagen tomada de: <https://goo.gl/ppb2DQ>

Hoy encontramos a nuestro peregrino como un humilde carpintero en su pequeño taller, glorificando siempre a Dios por su trabajo y contemplando el cielo bajo el radiante sol de Israel o la bóveda celeste poblada de estrellas en la noche.

Le preguntamos: "Dinos peregrino de Nazareth, ¿de dónde salió todo lo que existe? ¿Por qué hay "algo" en lugar de "nada"? ¿Qué es lo que ha dado origen a todo? Después de breves reflexiones, meditamos en nuestras propias ideas.

Nuestro origen

La ciencia habla de la teoría del *big bang*, la teología habla de un Dios creador. Sea lo que sea, todo lo que existe es el resultado de fuerzas cósmicas casi incomprensibles. Desde el estallido de la primera explosión, todo el cosmos trabaja incansablemente. En algún momento aparece el *Homo sapiens* procedente de cientos de evoluciones, a tomar posesión del planeta, todo gracias a un trabajo intenso de la

misma naturaleza, y el hombre que actualmente conocemos comenzó, igual que todo el cosmos, su aventura por el trabajo, pero no como un castigo ni para remplazar el trabajo de los dioses, ni ser esclavo de labores humillantes y vergonzantes sino como algo digno de su presencia en el universo.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/tS5abu>

Personalmente, y aunque sé que son "reflexiones simbólicas y míticas, siempre me ha fascinado el relato de la creación del universo y del hombre por Dios en la Biblia. Es hermoso el relato de la creación del Sol y la Luna:

***** Capellán CJNC. Consejero Pastoral FUJNC- gabriel.saenz@juanncorpas.edu.co



“Hizo Dios los dos luceros mayores; el lucero grande para regir el día y el lucero pequeño para regir la noche y las estrellas; y las puso Dios en el firmamento celeste para alumbrar la Tierra, y para regir el día y la noche y apartar la luz de la oscuridad; y vio Dios que estaba bien”. (Génesis 1: 16-19).

Hoy la ciencia de la astrofísica puede concluir que el cosmos es un sistema vivo en continuo movimiento y nuestro planeta una minúscula partícula en todo este engranaje. Nuestra Tierra vive gracias al trabajo del Sol en constante incandescencia, al trabajo de las aguas, mares y ríos y todas sus criaturas dentro de ellas. Vivimos y respiramos y nos

alimentamos de los frutos de la tierra y el mar y nos deleitamos de paisajes hermosos y atardeceres con arboles casi mágicos. Todo ello gracias al trabajo de todas las fuerzas de la naturaleza.

Así las cosas, el hombre como ser viviente ligado a toda la creación, trabaja para ser digna su presencia en el universo.

Aunque todo lo creado está hecho de la misma materia, el ser humano posee el privilegio de poder escoger su propia actividad, a diferencia de los animales y plantas sujetas siempre a su condición creadora.

Yo trabajo para Dios

Imagen tomada de: <https://goo.gl/wscBA2>

La vocación o el gusto por un trabajo determinado en el hombre, es única e irreplicable, es una inclinación duradera por algo. Algunos dicen que es un faro brillante en las tinieblas, o algo que nos acosa constantemente. De esta manera, la vocación por un trabajo hace a la persona auténtica y le da sentido a la vida.

En resumen, todo lo que existe es el trabajo del cosmos y el hombre no puede escaparse de ello. Por eso para Dios vale tanto o más el trabajo de la humilde aseadora que barre y

asea su propia vivienda, que el trabajo del Papa o cualquier magnate de alta alcurnia.

Alégrate tú, que tienes conciencia y manos para trabajar. Un pan llevado a casa ganado con un trabajo realizado con rabia y a disgusto es un veneno para tus hijos. Siempre bendice la mesa y da gracias por ese alimento que conseguiste con el sudor de tu frente. Bendice, asimismo, a las personas que prepararon tus alimentos:

“Te damos gracias, Dios y Padre nuestro,
Por esta comida fraterna,
Signos de nuestra comunión en familia,
En el cumplimiento de la obra,
Que nos has encomendado realizar”.

Siempre recuerda que ese pescadito que te comiste en la mesa dio su vida para que tú vivieras. Asimismo, la manzana que saboreaste en la mañana fue el fruto del trabajo del árbol que la dio para tu beneficio.

Oración

Sentencia de Dios al hombre
antes que el día comience:
«Que el pan no venga a tu mesa
sin el sudor de tu frente.

Ni el sol se te da de balde,
ni el aire por ser quien eres:
las cosas son herramientas
y buscan quien las maneje.

El mar les pone corazas
de sal amarga a los peces;
el hondo sol campesino
madura a fuego las mieses.

La piedra, con ser la piedra,
guarda una chispa caliente;
y en el rumor de la nube
combaten el rayo y la nieve.

A ti te inventé las manos
y un corazón que no duerme;
puse en tu boca palabras
y pensamiento en tu frente.

No basta con dar las gracias
sin dar lo que las merece:
a fuerza de gratitudes
se vuelve la tierra estéril.» Amén.

Liturgia de las horas tomo III P. 812.





Índice de los artículos de “El peregrino que toca” publicados de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Ecce Homo.	Gabriel Sáenz L.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://bit.ly/2zyCDWO
La Medicina: ¿Un camino a la santidad?	Gabriel Sáenz L.	Vol. 23, Núm. 133 (2015)	https://bit.ly/2QnJmg0
¿Cómo convives en tu comunidad corpista?	Gabriel Sáenz L.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	https://bit.ly/2DPQsmP
Nuestro himno corpista.	Gabriel Sáenz L.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://bit.ly/2r9grhD
El Año de la Misericordia.	Gabriel Sáenz L.	Vol. 24, Núm. 137 (2016)	https://bit.ly/2AvtNsK
La vida, un camino...	Gabriel Sáenz L.	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://bit.ly/2ScPOna
Apología a la creación.	Gabriel Sáenz L.	Vol. 24, Núm. 139 (2016)	https://bit.ly/2P7e1JR
Calor de hogar o calor de "Infierno".	Gabriel Sáenz L.	Vol. 24, Núm. 140 (2016)	https://bit.ly/2Axfb1q
"Santa Teresa de Calcuta".	Gabriel Sáenz L.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://bit.ly/2QstN6I
La pastoral universitaria.	Gabriel Sáenz L.	Vol. 25, Núm. 142 (2017)	https://bit.ly/2FMuN1y
A los pies del maestro.	Gabriel Sáenz L.	Vol. 25, Núm. 143 (2017)	https://bit.ly/2AskW1e
Las virtudes.	Gabriel Sáenz L.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://bit.ly/2RicwKE
Las virtudes (segunda parte).	Gabriel Sáenz L.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://bit.ly/2BEqcdy
El buen samaritano.	Gabriel Sáenz L.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://bit.ly/2FO9ooC
El perdón personal	Gabriel Sáenz L.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://bit.ly/2RgwdCt
La humildad	Gabriel Sáenz L.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://bit.ly/2DOrc0g





NotiComunitaria



ACTIVIDADES QUE NOS ACERCAN A LA COMUNIDAD

Beselink Quesada⁺⁺⁺⁺⁺
Karol Guzmán⁺⁺⁺⁺⁺

Compartimos una serie de fotografías que muestran algunas de las actividades realizadas con la guía de los docentes de las rotaciones del Departamento de Medicina Comunitaria de la FUJNC en las que participaron estudiantes de pregrado y doctores residentes de Medicina Familiar.



Actividad de Técnicas de Comunicación I, realizada en el Hogar de Paso de Funza, el pasado 27 de octubre.

⁺⁺⁺⁺⁺ MD. Docente Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC - beselink.quesada@juanncorpas.edu.co

⁺⁺⁺⁺⁺ MD. Docente Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC, MSP Salud Pública - karol.guzman@juanncorpas.edu.co



Talleres de promoción y prevención y capacitación de primer respondiente dirigidos a las profesoras del Jardín Piedra Verde CAFAM, realizados el pasado mes de octubre.





Otras actividades de promoción y prevención realizadas en el Jardín Piedra Verde CAFAM.





Otras actividades de promoción y prevención realizadas en el Jardín Piedra Verde CAFAM.



Taller de nutrición balanceada en preescolares realizado en el Jardín Infantil Loris Malaguzzi el pasado martes 20 de noviembre.

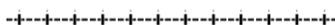


*¡El trabajo en la comunidad,
un compromiso de la Corpas!*



Índice de las "Noticomunitarias" publicadas de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Participación en el seminario-taller "Por ellas".	Ángela María Hernández P.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://bit.ly/2rbcDME
Presentación del programa PIPSA en la Universidad Manuela Beltrán.	Ángela María Hernández P.	Vol. 23, Núm. 133 (2015)	https://bit.ly/2TWqIQU
Falleció el doctor David Sackett, padre de la Medicina Basada en la Evidencia.	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	https://bit.ly/2DPP8AI
Fundación Jorge Otero y María Liévano de Otero, poniéndoles corazón a las niñas de Otero.	Karol Andrea Guzmán C.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	https://bit.ly/2S1M579
Participación de Medicina Comunitaria en la Feria Expo Jóvenes 2015.	Ángela María Hernández P.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://bit.ly/2zxBoHA
IX Foro de Rectores(as) y Orientadores(as).	Ángela María Hernández P.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://bit.ly/2RrV6vr
Finaliza la primera intervención del PIPSA.	Juan Carlos González Q., Ángela María Hernández P.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://bit.ly/2SKRTxD
Jornada de pediculosis en la Fundación Jorge Otero y María Liévano de Otero.	Jenny Paola Salamanca P.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://bit.ly/2QoPVyP
Partida de la jefe Ruth Marina Quiroz R.	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://bit.ly/2KFtH6p
Apertura del Curso de Estimulación Temprana.	Ángela María Hernández P.	Vol. 24, Núm. 137 (2016)	https://bit.ly/2KGNyAM
Inicio de la segunda intervención del programa PIPSA.	Ángela María Hernández P.	Vol. 24, Núm. 137 (2016)	https://bit.ly/2KNREJ3
Sesión lúdica sobre la importancia de la salud oral.	Jenny Paola Salamanca P.	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://bit.ly/2PZzmu2
Curso Virtual de Atención Primaria de Salud.	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://bit.ly/2TZ8yZ0
Participación de la Corpas en The Network Tufh Conference 2016 en Shenyang, China.	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 139 (2016)	https://bit.ly/2QpFATd
Corpas en la comunidad.	Beselink Quesada N.	Vol. 24, Núm. 140 (2016)	https://bit.ly/2QoASFy
X Foro de Orientadores(as) y Rectores(as).	Ángela María Hernández P.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://bit.ly/2P8Npba
Taller sobre riesgos psicosociales de los adolescentes.	Ángela María Hernández P.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://bit.ly/2RnbU6G
Investigación en Comunitaria.	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://bit.ly/2BG77y
Avances del PIPSA.	Ángela María Hernández P.	Vol. 25, Núm. 142 (2017)	https://bit.ly/2FN9bSx
Avances del PIPSA y otros.	Ángela María Hernández P.	Vol. 25, Núm. 143 (2017)	https://bit.ly/2FNLpFw
Corpas social comunitaria.	Roberto Álvarez C.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://bit.ly/2rds1Im
La maravillosa campaña de Villa de Leyva para prevenir cáncer de seno y de cuello uterino.	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://bit.ly/2TXU0t0
Taller "Pautas de crianza y manejo de las emociones en los preescolares".	Ángela María Hernández P.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://bit.ly/2FPyxiK
Avances del PIPSA.	Ángela María Hernández P.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://bit.ly/2zvlLQY
XI Foro de Rectores(as) y Orientadores(as).	Ángela María Hernández P.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://bit.ly/2TX40SX
Mimos que abrazan.	Beselink Quesada N.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://bit.ly/2AwH6Jh
Fundación Esperanza de Vivir.	.Astrid Danery Hernández R.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://bit.ly/2RIQAHS
Apoyo a la jornada Corpas-Ejército.	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://bit.ly/2KHsBqT
Campaña educativa en salud... "Batallamos contra la pediculosis".	Beselink Quesada N.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://bit.ly/2TVPvPx
Capacitación dirigida a docentes y padres de familia del Jardín Piedra Verde.	Beselink Quesada N.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://bit.ly/2P70Ytk
Residencia de Medicina Familiar presente en la comunidad.	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://bit.ly/2PZyS78
Escenarios de práctica de Medicina Comunitaria.	Erika Paola Benítez J., Saúl Hernando Guevara T.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://bit.ly/2E2h8S9
Actividades que nos acercan a la comunidad.	Beselink Quesada N. Karol Andrea Guzmán C.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	Este número





Índice de las lecciones de Medicina publicadas de 2015 a 2018

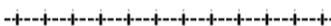
Título	Autor	Número	Enlace
Diez respuestas puntuales sobre neumonía adquirida en la comunidad en adultos.	José Gabriel Bustillo P.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://bit.ly/2FNkCcV
Cáncer de piel: Una realidad cotidianamente ignorada.	María Lucía Iregui P., Jaime Ronderos O.	Vol. 24, Núm. 137 (2016)	https://bit.ly/2TW6UYf
Enfermedad coronaria basada en la evidencia.	Gonzalo Bernal F.	Vol. 25, Núm. 143 (2017)	https://bit.ly/2AwbMdO
Matemáticos.	Gonzalo Bernal F.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://bit.ly/2EP7q7A
Importancia de los signos y síntomas del sistema respiratorio. Semiología basada en la evidencia.	Gonzalo Bernal F.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://bit.ly/2zwPedf
Dolor lumbar.	Gonzalo Bernal F.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://bit.ly/2zvREce
Un llamado al abordaje del dolor con piedad.	Víctor Hugo Forero S.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://bit.ly/2P9KuPM
¿Cuál es el rendimiento operativo del signo de Kernig en el diagnóstico clínico de la meningitis?	Gonzalo Bernal F.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://bit.ly/2E6m34P

Artículo publicado sobre pedagogía

Título	Autor	Número	Enlace
Resumen del artículo: "Diez tecnologías emergentes para la educación superior".	Jenny Pinzón R.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://bit.ly/2ShHYJ5

Cartas de nuestros lectores

Título	Autor	Número	Link
Carta de renuncia.	Autor Anónimo	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	https://bit.ly/2BFOowh
Reflexión de un estudiante sobre la inclusión del deporte como forma de vida.	Jorge Luis Álvarez R.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://bit.ly/2AyJq2u





Carta Comunitaria

ISSN 2539-0503

Departamento de Medicina Comunitaria
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Dirección: Juan Carlos González Q.
Coeditores:
Jenny Pinzón R.
William Buitrago

Colaboradores:
Luisa Noguera
María Lucía Iregui P.
Gonzalo Bernal F.
Gabriel Sáenz
Guillermo Restrepo Ch.
Mario Villegas N.
José Gabriel Bustillo P.
Carlo Rizzi
Juan Carlos Velásquez
Jaime Ronderos O.
Docentes Medicina Comunitaria