



CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina de la Comunidad

Caso
Clínico

Salud Mental
Comunitaria

Nuestro
Invitado

Carta de
lectores



Medicina
Familiar

Noti Comunitaria

Revisión
de
artículo

La Lección
de Medicina



Salud
Pública

Medicinas
Alternativas

Bioética y
Ecología

Investigación



sobre
Medicamentos

Pedagogía

Seguridad Social





TABLA DE CONTENIDO

EDITORIAL

¿Es posible planificar el futuro?

Carlo Rizzi

INVESTIGACIÓN

Factores asociados a ideas suicidas en adolescentes escolarizados de Bogotá en 2006, 2013 y 2018

Juan Carlos González Q., Catalina Monroy H., Laura Alejandra Mogollón Ch., Juan Pablo Molano G., Cristian Leiner Maturana C., Nathalya Oñate N., María Alejandra Ospina C. Colaboración: Jenny Pinzón. Dibujos: Andrés Reyes.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Reflexiones sobre la Declaración de Astaná

Juan Carlos González Q.

SEGURIDAD SOCIAL

Cómo dejó el Gobierno anterior la seguridad social

Juan Carlos González Q.

SALUD PÚBLICA

Informes de bolsillo de la Salud Pública en Colombia

Juan Carlos González Q.

CASO CLÍNICO

Dolor abdominal en niños

Camilo Ayala Méndez, Juan Carlos González Q.

REVISIÓN DE ARTÍCULO

12 recomendaciones para dirigir la investigación en educación médica

Resumen por Jenny Pinzón

BIOÉTICA Y ECOLOGÍA

“Cambio climático y salud”

Juan Carlos González Q.

SOBRE MEDICAMENTOS

“¿Y ahora qué hago con los medicamentos que sobraron?”

“Odontología. ¿Tengo que dar antibióticos?”

“Las tiazidas, el primer producto para la hipertensión”

Juan Carlos González Quiñones

EL PEREGRINO QUE TOCA

Octavo mandamiento: No levantar falsos testimonios ni mentir

Gabriel Sáenz

NOTICOMUNITARIA

Compartiendo con la comunidad

Beselink Quesada Núñez

Taller sobre toma de decisiones

Yasmith Carolina López Álvarez, Beselink Quesada Núñez

CARTAS DE LECTORES

El año rural... una experiencia extraordinaria

Juan Camilo Fernández Cortés

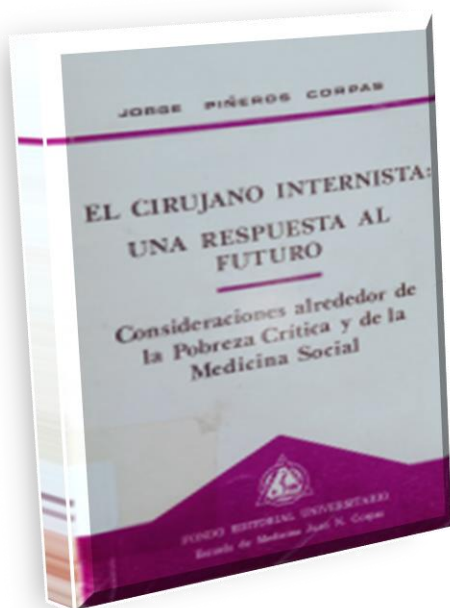


Editorial

¿ES POSIBLE PLANIFICAR EL FUTURO?

Carlo Rizzi[‡]

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



La Escuela de Medicina Juan N. Corpas que inició sus labores en 1971 y, posteriormente, en 2004, se convirtió en Fundación Universitaria Juan N. Corpas, ha tratado de mantenerse fiel a las orientaciones de su fundador, el doctor Jorge E. Piñeros Corpas (1) quien, en alguna ocasión, afirmó que "dirigir es prever".

En efecto, los temas de Medicina Familiar, Medicina Comunitaria, Salud Integral o Medicina Familiar Integral y, uso adecuado y eficiente de las tecnologías, hoy totalmente vigentes en el concepto de Atención Primaria de Salud (2), y muchos otros elementos presentes en sus escritos y discursos, tienen hoy plena validez después de distintas reformas a los sistemas de salud y a los programas de formación en el sector salud.

Hacia dónde

El "médico de familia con criterios de modernidad" (3), sin entrar en discusiones acerca de su necesaria formación en pregrado o postgrado, representa una necesidad sentida e identificada, en especial cuando los expertos afirman que "se necesita un médico de atención primaria competente y resolutivo".

Es probable que el proceso de formación de este médico de familia implique un análisis complejo de la situación actual, una revisión de cómo se lleva a cabo la formación presente (4) y cómo se cumplirían los objetivos curriculares en el existente contexto legal, administrativo y financiero (5). Garantizar una adecuada formación dentro del contexto actual no es en absoluto tarea sencilla. A lo mejor, son necesarios ajustes de tiempos, lugares de formación, disponibilidad de docentes y, hasta motivación de los alumnos, en una época de grandes dificultades de todo tipo del sector salud (6).

MINSALUD



**Programa Nacional de Salud
Medicina Familiar y Comunitaria
Dirección de Desarrollo del
Talento Humano en Salud
Grupo de Formación**

[‡] MD. Especialista Medicina Familiar Integral, Exdecano- carlo.rizzi@juanncorpas.edu.co



Ver más allá

No obstante lo anterior, el concepto de "Medicina o Salud Integral", expresado en distintos documentos del Fundador, parece rebasar el estricto campo de acción propio del médico. Por ejemplo, la implementación de terapéuticas no convencionales tales como la homeopatía, la acupuntura, las terapias con productos vegetales, el uso hidroterapia, las oxigenoterapias, la inclusión de terapias mentales, la elaboración de instrumentos tecnológicos para el uso médico, la necesidad de producción masiva de productos vegetales

(7) con opción de convertirse en fármacos y fuentes de exportación, el inicio del uso de energía solar, la presencia activa en las políticas de salud y los modelos de prestación de servicios, impulsan hacia un concepto y definición de salud que va más allá de un campo médico reducido.

Allí se abre un análisis tanto de la situación actual como de las perspectivas hacia el futuro de la Fundación.

Una formación integral: una opción

Por un lado, se podría afirmar que la fidelidad a las orientaciones del Fundador implica una dedicación casi exclusiva a la definición y formación del profesional médico que tenga todas las habilidades necesarias para abarcar un concepto de salud muy amplio, equivalente a "calidad de vida cada vez mejor" (1). Ello implicaría adentrarse en componentes complejos de la calidad de vida, como pueden

ser los determinantes sociales (8), los objetivos de salud del milenio (9) y los objetivos de desarrollo sostenible (10), para que la salud sea posible sin comprometer el medioambiente. En palabras sencillas se trataría de una tarea casi titánica y de compleja estructuración dentro de un currículo de Medicina acorde con la situación presente y futura.

Hacia la calidad de vida: otra opción



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

Por otro lado, sin descartar un componente importante en este contexto como sería el papel del médico de familia, se podría aceptar que, dentro del modelo futurista del Fundador, se vislumbraba la idea de una salud entendida como un conjunto de situaciones que permitieran una cada vez mejor calidad de vida. En ese sentido, a partir de un concepto de Medicina Integral se avanzaría hacia el concepto de *salud integral*. Si ello es así, y si se acepta el modelo en malla de las ciencias y actividades humanas como alternativa al modelo piramidal, es inevitable que el campo de la calidad de la vida, más allá de la Medicina y la Enfermería, abarque muchos otros aspectos tales como la Sociología, la Economía, la Política, la Administración, el Derecho, la producción de alimentos sanos, la convivencia y el rechazo a toda discriminación, la seguridad y salud en el ambiente de

trabajo, hasta llegar a la Astronomía y los avances de la genética.

En sentido operativo significa que "no hay límites" en la aspiración de abarcar distintos temas y áreas del conocimiento hacia una mejor calidad de vida. Dentro de este contexto existen muchos documentos tanto nacionales como el *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021* (11), como internacionales; por ejemplo, la *Carta Global de Salud Pública 2016*, la *Agenda 2030* y los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* (10) o, *Salud en las Américas*, edición de 2017. *Resumen: panorama regional y perfiles de país* (12) y muchos otros que consideran la salud como el resultado de tareas múltiples llevadas a cabo por distintas profesiones y disciplinas. Se podría afirmar que, sin integración, no será posible una salud adecuada.



La Corpas



La Fundación ha enfrentado, y seguirá enfrentando, este tipo de desafíos entre la estricta fidelidad a un concepto de Medicina/salud y la responsabilidad de ampliar el concepto de salud hacia la mejor calidad de vida, que abarca un sinnúmero de aportes de distintas disciplinas y profesiones.

La opción de mercado

Existe también una opción diferente de las anteriores y que se basa en un concepto pragmático de Institución Educativa. En efecto hay diferentes criterios y opiniones acerca de la importancia de la responsabilidad social de las instituciones educativas (13). En ese sentido, las instituciones educativas tienen como finalidad responder a las necesidades sociales; por lo tanto, sus programas de formación deben seguir los lineamientos indicados por las políticas, los modelos

económicos, las necesidades industriales e, inclusive, los deseos de los "clientes". En esta opción, la autonomía universitaria, entendida como completa libertad de analizar la realidad y proyectar su futuro con base en determinados postulados o principios, queda bastante reducida; su orientación es predominantemente determinada por lo que podríamos identificar como "el mercado".



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

Probablemente, esta tercera opción sea la más rentable dentro del contexto actual, teniendo como único elemento de competitividad la cantidad y calidad de programas parecidos. Existen ejemplos nacionales e internacionales en los que grupos empresariales han conformado instituciones educativas acordes con sus propias necesidades (14). Existen también centros de investigación estructurados por grandes

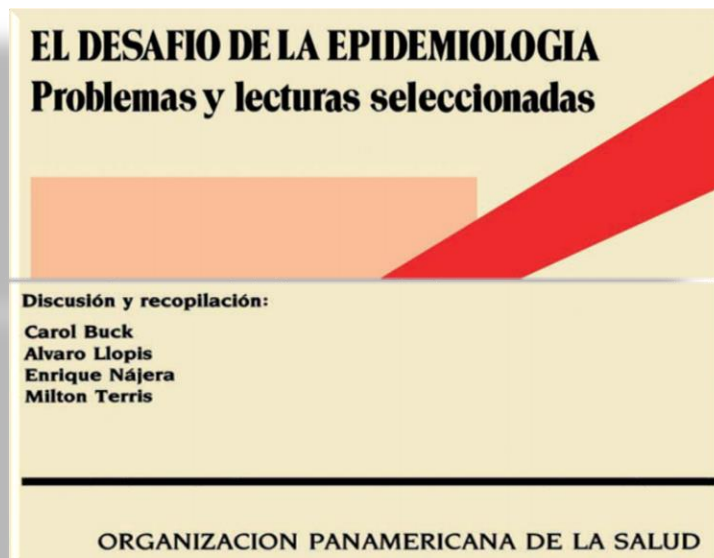
empresas de productos químicos y farmacéuticos que, evidentemente, superan las crisis con facilidad y gozan de cierto grado de prosperidad. Sin embargo, en estas situaciones, no es fácil definir con claridad las características morales o éticas de estas instituciones educativas que, por supuesto, responden a orientaciones definidas por entidades o grupos con objetivos específicos.



El papel de las directivas de la educación superior

Para los responsables de la dirección de una institución educativa siempre existirán opciones de orientaciones institucionales diferentes y difíciles de enfrentar. En todo caso, de ese tipo de decisiones (que no son fáciles de tomar, sino que por, el contrario, son muy complejas) va a depender, por lo menos en parte, el futuro de la sociedad y de muchas personas. La racionalidad de la especie humana ha permitido muchos avances sociales que consideramos positivos; pero, al mismo tiempo, también ha dejado

entronizar principios y conceptos de los que hoy nos avergonzamos. Ejemplos de la racionalidad empleada con fines utilitarios son las discriminaciones, la esclavitud, las investigaciones en determinados grupos sociales "diferentes" de los demás (15) y los intentos de afianzar la superioridad de tipo étnico, racial, económico o cultural, entre otros. Afortunadamente, con el paso de los años todas estas "justificaciones racionales" han sido superadas o están en proceso de superación.



Por el contrario, a lo largo de la historia, afortunadamente, han sido mucho más frecuentes las aplicaciones de la racionalidad en beneficio de toda la humanidad (16); el mejor ejemplo ha sido la "superación" de las aplicaciones erradas que acabamos de ejemplificar. Adicionalmente, todos los que denominamos "avances sociales" han sido el resultado de la

aplicación correcta de la racionalidad (hoy podríamos hablar de la investigación científica y su correcta aplicación).

De esta problemática no pueden escaparse las instituciones dedicadas a la formación del talento humano. Lo anterior nos hace confiar en un futuro próspero. ¡Que así sea!

Referencias

- (1) Piñeros J. El cirujano internista: Una respuesta al futuro. Fondo Editorial Universitario Escuela de Medicina Juan N. Corpas. Bogotá 1988.
- (2) WHO [Internet]. Declaración de Astaná. Disponible en: <https://bit.ly/2Q2YrAd>
- (3) Minsalud [Internet]. Programa Nacional de Salud. Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Grupo de Formación [2015]. Disponible en: <https://bit.ly/1OJk8NX>
- (4) Minsalud [Internet]. Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia. Disponible en: <https://bit.ly/2q4EMlv>
- (5) González JC. Cómo formar al médico en Colombia. Carta Comunitaria. 2017; 25(144): 3-14. Disponible en: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n144.150>
- (6) Restrepo GL, González JC, Belalcázar A, Sarmiento MI, Bustillo JG. Propuesta para la formación de un médico en el momento actual en Colombia, 2018. Carta Comunitaria. 2018; 26(147): 3-9. Disponible en: <https://bit.ly/2DX68UP>
- (7) Urrea G. Manifiesto: "El planeta sí es contigo". Carta Comunitaria. 2017; 24(141): 89-95. Disponible en: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v24.n141.25>
- (8) World Health Organization. Social Determinants of Health: the solid facts. 2nd edition/edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot. 2003.
- (9) Organización Mundial de la Salud. La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: <https://bit.ly/2Gw7jMO>
- (10) Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://bit.ly/2cFagZg>
- (11) Minsalud [Internet]. Plan Decenal de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/1VhTd1>



- (12) Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2PB66We>
- (13) Hernández RI, Alvarado JC, Luna JA. Responsabilidad social en la relación universidad-empresa-Estado. Educ. Educ. 2015; 18(1): 95-110. DOI: 10.5294/edu.2015.18
- (14) Expec. 10 empresas con universidades en las que querrás estudiar. Disponible en: <https://bit.ly/2WOBWmg>
- (15) Experimento Tuskegee. Disponible en: <https://bit.ly/2UL8ifS>
- (16) The Challenge of Epidemiology: Issues and Selected Readings. Disponible en: <https://bit.ly/2Bqdrmx>

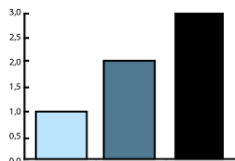
Índice de las editoriales publicadas de 2015 a 2019

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 Martínez, 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/acpSij
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)	https://bit.ly/2DnXOMm
¿Es posible planificar el futuro?	Carlo Rizzi	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.

NOTA: A partir de este año, la Carta Comunitaria saldrá con una periodicidad cuatrimestral y, en cada artículo, podrán encontrar los índices para acceder fácilmente a los temas respectivos.

Este es el último número en el que la ingeniera Jenny Pinzón actúa como la gran ejecutora de la *Carta Comunitaria*. Ella, con su capacidad, esfuerzo y dedicación, hizo posible que esta sencilla publicación tuviera un alcance que jamás habíamos soñado. La clave de su trabajo ha sido el amor y el compromiso. La vamos a extrañar muchísimo y esperamos sostener el sueño que ella ha hecho realidad. Ingeniera Jenny, toda la gratitud y ¡buen viento y buena mar!





Investigación

FACTORES ASOCIADOS A IDEAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE BOGOTÁ EN 2006, 2013 Y 2018

Factors associated with Suicide Ideas in High School Teenagers from Bogotá in 2006, 2013 and, 2018.

Catalina Monroy H., Laura Mogollón Ch., Juan Pablo Molano G., Cristian Leiner Maturana C., Nathalya Oñate N., María Alejandra Ospina C. **
Tutor: Juan Carlos González Q^{††}
Colaboración: Jenny Pinzón^{**}
Dibujos: Andrés Reyes^{§§}



Resumen

Objetivo: Establecer la relación entre factores psicosociales y el desarrollo de ideas suicidas en adolescentes de un colegio de Bogotá durante los años 2006, 2013 y 2018.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal. Se aplicó una herramienta a estudiantes adolescentes de un colegio de Bogotá en los años 2006, 2013 y 2018, para indagar por factores sociodemográficos, comportamientos de violencia, funcionalidad familiar, religión, sexualidad, autoestima y consumo de alcohol. Se compararon estas variables con la presencia de ideación suicida.

Resultados: Se encuestaron 2817 estudiantes (1001 en 2006, 475 en 2013 y 1341 en 2018). La baja autoestima (OR 11 IC 95 % 6,9-17,5) y la disfunción familiar (OR 15 IC 95 % 8,4-26,9) representan factores de riesgo importantes para la ideación suicida. La edad con mayor riesgo está en el rango de los 17 a los 20 años.

Palabras clave: Suicidio, violencia, adolescente, autoimagen, familia, factores de riesgo.

Abstract

Objective: To establish the relationship between psychosocial factors and the development of suicidal ideas in adolescents of a school in Bogotá during the years 2006, 2013 and, 2018.

Methodology: Descriptive cross-sectional study. It was applied a questionnaire to high school teenagers from a school of Bogotá during the years 2006, 2013 and, 2018. The questionnaire inquired about sociodemographic factors, violence behaviors, family functionality, religion, sexuality, self-esteem and, alcohol consumption. These variables were compared with the presence of suicidal ideation.

Results: It were surveyed 2817 students (1001 in 2006, 475 in 2013 and 1341 in 2018). Low self-esteem (OR 11 CI 95 % 6,9-17,5) and family dysfunction (OR 15 CI 95 % 8,4-26,9) represent important risk factors to develop suicidal ideas. The age of greatest risk is in the range of 17 to 20 years.

Keywords: Suicide, violence, adolescent, self-concept, family, risk factors.

INTRODUCCIÓN

De qué estamos hablando

La ideación suicida corresponde al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas autodestructivas, tales como la fantasía o prefiguración de la propia muerte (1), por lo cual, puede ser considerada como la antesala de la acción consumada. Es documentada por la OMS como segunda causa principal de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años en todo el mundo (2).



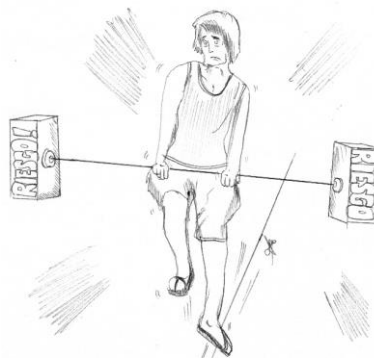
** Estudiantes VII semestre 2018 – Facultad de Medicina FUJNC.

†† MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-

juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

** Coeditora Carta Comunitaria.

§§ MD. Cirujano General.



El riesgo de ideación suicida puede verse aumentado en los adolescentes dada su vulnerabilidad ante las posibles situaciones problemáticas que pudiesen enfrentar, tales como las dificultades familiares graves, los comportamientos de violencia o de agresividad, los antecedentes de abuso sexual, y/o, las circunstancias menos dramáticas -aunque, para ellos trascendentales, como, por ejemplo, el obtener bajas calificaciones, por su pobre respuesta ante el estrés y frustración que ello les genera (3). Además, está el riesgo

derivado del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas que hace que tengan más probabilidad de desarrollar una conducta suicida (1).

Tales situaciones resultan ser factores de riesgo importantes si se tiene en cuenta que en la adolescencia también aparecen ideas o procesos de depresión y ansiedad y que, la autoestima, hace su presentación social, siendo de riesgo cuando la autopercepción es negativa (4).

Una diferencia importante

El suicidio consumado representa un problema de salud pública importante y en Colombia corresponde a la cuarta causa de muerte en sujetos entre los 12 y los 15 años de edad (5). Importante es diferenciar *el pensar en el suicidio*, que no es infrecuente y de por sí no se percibe como anormal

(2). El riesgo se presenta cuando existe una secuencia de eventos que se dan de manera progresiva y que van desde el pensamiento, seguido de planes suicidas (querer hacerlo) que culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo hasta llegar a la muerte (suicidio consumado) (1).

Edad y género

En el mundo aproximadamente 800 000 personas se suicidan al año y resulta relevante el hecho de que esta cifra incluye un número significativo de jóvenes, tal como se evidenció durante 2015, cuando el suicidio fue la segunda causa de

defunción en el grupo de 15 a 29 años a nivel mundial (2). En los adultos se ha encontrado que las mujeres lo intentan más, pero que los hombres lo consuman más (6).

Autopercepción y baja autoestima



La autoestima se define como autopercepción y valoración de sí mismo con base en la cual las personas se comportan ante los demás (5) y se considera clave en el desarrollo de la salud mental del ser humano. En la adolescencia hace su aparición y, por ello, en tanto se afianza, puede fluctuar siendo una condición particularmente importante en el proceso suicida (7). Como viva y reaccione el joven a las situaciones que se le presenten será clave en su consolidación (8), lo cual puede

ser interpretado como una crisis normativa propia de la edad. Situaciones que generen respuestas donde se sientan mal pueden dar inicio de ideaciones suicidas como mecanismo inapropiado. Por el contrario, si ante situaciones difíciles, el adolescente las asume, sintiéndose bien (9), la autoestima se afianza y con ello reduce los sentimientos de frustración en torno a sus relaciones, en particular con sus compañeros y su familia.



Violencia

La violencia se define como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (10). Los jóvenes que han sido víctimas de la violencia son más propensos al suicidio (11) dado que el comportamiento belicoso contra ellos les da la idea de ser sometidos, afectando la confianza en sí mismos y en los demás (12). El *bullying* es una evidente situación de eso (13), donde,

paradojalmente, la víctima se puede convertir en victimario en el futuro. Lo cierto es que el acoso escolar es un macroproblema en salud; se ha calculado que casi 1 de cada 3 adolescentes ha estado expuesto a este acoso (10). En Colombia, de acuerdo con el DANE, al menos el 11 % de los adolescentes han notificado haber sido víctimas en Bogotá de algún tipo de violencia (14). Lo anterior sin dejar de lado la violencia intrafamiliar cuya denuncia está en ascenso (más reportes de casos de maltrato infantil (15).

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es una situación muy frecuente en los jóvenes suicidas (16). Se ha encontrado que cerca del 45 % de los jóvenes que se suicidaron tenían niveles de alcohol importantes. Además, en jóvenes con problemas de consumo excesivo de alcohol, el suicidio en casi 10 veces más frecuente (17).

La familia



El valor de la familia en la vida de todas las personas es un hecho indiscutible resaltado universalmente (18). El desarrollo psicológico de los jóvenes está poderosamente relacionado con la funcionalidad familiar (19) sea para bien o para mal (20), según sea el caso, compartiendo una

responsabilidad grande en el desarrollo de la salud mental de los individuos, siendo importante resaltar que la disfunción familiar es un factor relacionado con la aparición de síntomas depresivos con importancia clínica (21, 22).

Religión

La religión, entendida como un conjunto de creencias espirituales que determinan ciertos comportamientos (23), acompaña al ser humano y le confiere capacidad para enfrentar situaciones, por lo que puede ser considerada como un factor protector de conductas suicidas (24).



Esta investigación surgió como parte de la respuesta a una psicóloga orientadora de jóvenes de un colegio, que expresó su preocupación por la atención, cada vez más frecuente, a estudiantes que presentan ideas suicidas con intentos fallidos. Dado que se ha estado acompañando a dicho colegio

mediante diagnósticos comunitarios, se quiso indagar por los factores psicosociales relacionados con la planeación suicida. Se espera que, con base en los resultados, se puedan proponer intervenciones preventivas en tal sentido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio descriptivo de corte transversal.

Población: Estudiantes de un colegio público de Bogotá encuestados en los años 2006, 2013 y 2018.

Criterios de inclusión: Estudiantes de bachillerato de un colegio público de Bogotá que participaron voluntariamente, previo consentimiento informado de sus padres.



Variables de estudio: El instrumento usado consta de 60 preguntas alusivas a diversas áreas. La variable dependiente fue *haber pensado en el suicidio* (no lo ha pensado, sí lo ha pensado y le gustaría hacerlo, referido este último a haberlo planeado). Como variables explicativas, se indagaron aspectos sociodemográficos (género, edad y estrato social); percepción del ánimo al momento de participar en el estudio (feliz, normal o triste); funcionalidad familiar (medida a través del test de APGAR original (25), que clasifica la funcionalidad como normal, disfunción moderada o severa); estructura familiar (nuclear completa, incompleta, extensa, reconstituida y sin padres); consumo de alcohol en la última semana, así como la cantidad que bebió; se hicieron tres preguntas del test de Cage (26) (si ha tenido dificultades por la forma de beber, si se ha hecho daño bajo el efecto del alcohol y si siente que necesita consumir más alcohol); percepción que tiene de sí mismo (cree que en el futuro alcanzará lo que quiere, está satisfecho consigo mismo, le gustaría cambiar muchas partes de su cuerpo y siente

rechazo de compañeros que le dicen que es torpe); religiosidad (practica su religión y se considera una persona religiosa).

Recolección de la información: Se realizó en tres diferentes momentos (2006, 2013 y 2018), en las aulas del colegio. Se entregó el instrumento impreso a cada uno de los estudiantes que deseaban participar y que contaban con el permiso previo de sus padres; se aclaró el propósito del estudio y su carácter anónimo y voluntario. Se solicitó que contestaran con la mayor veracidad posible. El tiempo máximo para contestar fue de 30 minutos aproximadamente, pudiendo salir del salón quien la contestara antes.

Manejo estadístico: Los datos se tabularon en el programa *Excel*. Se comparó la variable "*Ha pensado en el suicidio y le gustaría hacerlo (lo ha planeado)*" versus "*No lo ha pensado*" con las variables explicativas usando el programa *Epi Info* con el cual se obtuvieron los OR, los intervalos de confianza y la prueba *p*.

RESULTADOS

Tabla 1. Características demográficas y estado de ánimo de adolescentes de un colegio medidas en tres momentos diferentes (2006, 2013 y 2018).

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	2006		2013		2018	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Edad</i>						
De 10 a 12 años	286	29,2	171	32,1	315	23,5
De 13 a 16 años	606	61,8	316	59,4	849	63,3
De 17 a 20 años	89	9,1	45	8,5	178	13,3
<i>Sexo</i>						
Masculino	459	45,9	284	53,3	711	53,0
Femenino	542	54,1	249	46,7	630	47,0
<i>Estrato</i>						
Uno y dos	794	81,1	325	63,1	608	46,9
Tres y cuatro	178	18,2	182	35,3	676	52,2
Cinco y seis	7	0,7	8	1,6	12	0,9
<i>Estado de ánimo</i>						
Triste	77	7,7	29	5,5	88	6,6
Feliz	293	29,4	189	35,5	395	29,5
Normal	627	62,9	314	59,0	855	63,9



Los jóvenes en la etapa exuberante de la adolescencia (13 a 16 años) son la mayoría en los tres momentos. Se observa un aumento en la percepción de condición económica.

Tabla 2. Estructura, función familiar, consumo de alcohol, percepciones de autoestima, violencia y religiosidad de adolescentes de un colegio en tres momentos diferentes (2006 2013 y 2018).

VARIABLE	2006		2013		2018	
	N°	%	N°	%	N°	%
Funcionalidad familiar						
Disfunción severa	48	5,2	22	4,4	77	5,8
Disfunción moderada	230	24,8	153	30,7	409	30,9
Funcionalidad normal	650	70,0	324	64,9	839	63,3
Estructura familiar						
Nuclear (vive con papá, mamá y hermanos)	556	62,6	292	54,9	623	47,0
Incompleta (falta uno de los padres)	238	26,8	156	29,3	500	37,7
Extensa (padres, hermanos y otros)	91	10,2	41	7,7	113	8,5
Reconstituida (padrastra y madrastra)	3	0,3	16	3,0	30	2,3
Sin padres	0	0,0	27	5,1	59	4,5
Consumo de alcohol						
Ha bebido alcohol en la última semana	269	27,1	172	32,6	417	31,4
Solo una vez*	162	16,3	108	20,5	220	16,6
Entre dos y tres veces*	80	8,1	45	8,5	140	10,6
Entre cuatro y seis veces*	10	1,0	11	2,1	35	2,6
Entre 7 y más veces*	17	1,7	8	1,5	22	1,7
Ha tenido dificultades por la forma de beber	45	4,6	35	6,7	85	6,4
Se ha hecho daño (o lo ha hecho) bajo efecto del alcohol	19	1,9	20	3,9	27	2,0
Necesita consumir más alcohol cuando bebe	25	2,5	18	3,5	46	3,5
Percepciones de suicidio y autoestima						
Ha pensado en el suicidio pero no lo haría	295	30,5	141	27,0	498	38,0
Lo ha pensado y le gustaría hacerlo (lo ha planeado)	42	4,3	21	4,0	66	5,0
Ha buscado ayuda por haberlo pensado	105	11,2	31	6,1	128	10,1
Cree que en futuro alcanzará lo que quiere	718	74,3	386	73,9	1084	82,7
No cree que alcanzará lo que quiere	34	3,5	18	3,4	48	3,7
No se imagina cómo será su futuro	214	22,2	118	22,6	178	13,6
Está satisfecho con el aspecto y la forma de ser	657	69,3	326	65,2	750	58,6
Más o menos satisfecho	229	24,2	120	24,0	387	30,3
Poco o nada satisfecho	62	6,5	54	10,8	142	11,1
Le gustaría cambiar muchas partes de su cuerpo	38	4,0	24	4,8	73	5,7
Algunas partes	160	16,8	71	14,1	226	17,6
Pocas partes	232	24,4	101	20,0	272	21,2
No cambiaría nada	520	54,7	309	61,2	710	55,4
Los compañeros dicen que usted es torpe						
Muchos lo dicen	18	1,9	19	3,8	48	3,8
Algunos lo dicen	61	6,5	40	7,9	129	10,1
Muy pocos lo dicen	177	18,7	129	25,6	346	27,1
Ninguno lo dice	689	72,9	316	62,7	753	59,0
Riesgo de violencia						
Ha sido golpeado en último año	273	28,8	157	30,5	494	37,9
Golpeó a alguien el último año (pelea)	304	32,1	171	33,6	478	36,7
Lleva un arma rutinariamente para defenderse	25	2,6	18	3,5	38	2,9
Lleva un arma ocasionalmente para defenderse	61	6,4	49	9,6	104	8,0
Protecciones						
Practica su religión	273	29,0	143	28,9	355	27,8
Se considera una persona religiosa	535	57,0	288	57,9	782	61,2

Las familias nucleares están disminuyendo mientras que las incompletas están aumentando. La violencia física se está acrecentando.



Tabla 3. Odds ratios entre haber planeado versus no haber pensado en el suicidio y edad, sexo, estado de ánimo, función familiar, beber alcohol, percepciones de autoestima y de religiosidad de adolescentes de un colegio en tres momentos diferentes (2006, 2013 y 2018).

VARIABLE	PENSAR EN EL SUICIDIO						Valor p	
	Lo ha pensado y lo ha planeado		No lo ha pensado		OR	Li		Ls
	N	%	N	%				
De 17 a 20 años	25	13	161	87	2,3	1,4	3,7	0,000
De 10 a 16 años	103	6	1543	94				
Masculino	53	5	955	95	0,6	0,3	0,8	0,002
Femenino	75	9	770	91				
Triste	41	44	53	56	17	9	30	0,000
Feliz	26	4	584	96				
Disfunción severa	24	38	39	62	15	8,4	26,9	0,000
Funcional	51	4	1248	96				
Ha bebido alcohol en la última semana	54	10	471	90	1,8	1,3	2,7	0,001
No bebió alcohol en la última semana	75	6	1240	96				
Necesita consumir más alcohol cuando bebe	18	34	35	66	7,7	4,2	14	0,000
No necesita consumir más alcohol cuando bebe	111	6	1671	94				
No cree que alcanzará lo que quiere	21	36	38	64	9,6	5,3	17,1	0,000
Cree que en el futuro alcanzará lo que quiere	78	5	1356	95				
Poco o nada satisfecho	43	30	98	70	11	6,9	17,5	0,000
Satisfecho con su aspecto y forma de ser	47	4	1186	96				
Ha sido golpeado en el último año	59	12	446	88	2	1,4	2,9	0,000
No ha sido golpeado en el último año	81	6	1255	96				
No se considera una persona religiosa	69	10	613	90	2,1	1,4	3,1	0,000
Se considera una persona religiosa	53	5	1022	95				
No práctica su religión	85	7	1142	93	1	0,7	1,6	0,600
Practica su religión	34	6	498	94				

DISCUSIÓN

En este estudio existe posibilidad de sesgo dado que los adolescentes encuestados pudieron no haber respondido con total honestidad, lo cual trató de mitigarse realizando una encuesta de carácter voluntaria y anónima; además una de las limitaciones principales corresponde a la comprensión de las preguntas y respuestas dentro de los grupos de edad menores, por lo cual los investigadores acompañaron el proceso para la resolución de dudas.

El estado de ánimo triste es la principal relación estadística hallada en torno a la planeación suicida (tabla 3). González (24) ya ha planteado que la percepción del ánimo, si bien puede cambiar con base en lo que suceda, la tendencia es a permanecer o regresar al mismo estado luego del cambio momentáneo (tabla 1), por lo cual y dado su mínima variación a lo largo de los años, puede servir de forma indirecta para identificar adolescentes con trastornos del ánimo y con riesgo de suicidio.

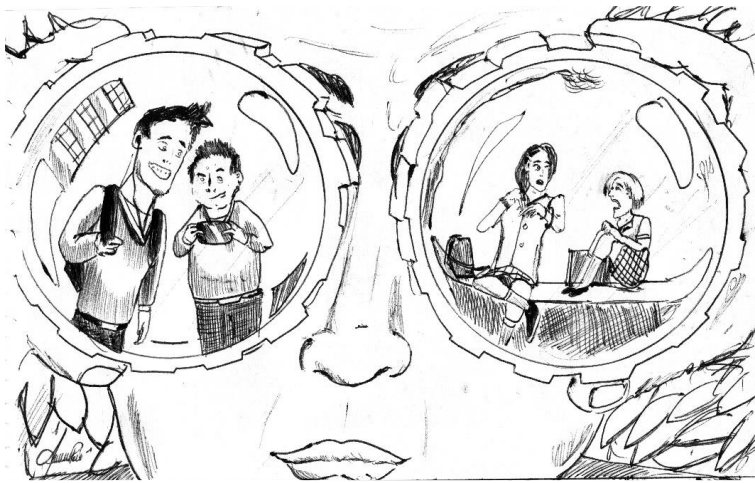
Lo propio puede afirmarse sobre la percepción de la funcionalidad familiar. La tabla 2 pone de manifiesto, particularmente en el caso de la disfunción familiar severa (20, 6), lo poco que cambia tal percepción. Dada su relación con la planeación suicida (tabla 3) se propone que también sirva como un indicador de ideación suicida a tener en cuenta.

En la tabla 2 queda expuesto cómo el consumo de alcohol es más o menos estable a lo largo de los años (poco más de 1 de 4 jóvenes han bebido en la última semana) y cómo entre un 7 % y un 2 % de los jóvenes ya presentan un consumo patológico (de acuerdo al test de Cage, con una respuesta positiva de cualquiera de las cuatro que lo constituyen). La tabla 2, asimismo, muestra, y confirma, la relación entre consumo patológico e ideas suicidas (tabla 3), asociación bien estudiada (16).

También llama la atención la frecuencia más o menos estable a lo largo de los años de entre un 4% y un 5% de adolescentes que han presentado ideación suicida (piensa y les gustaría suicidarse). ¿Serán jóvenes con trastornos depresivos patológicos, tal y como menciona el estudio de Salud Mental de 2015? (27).

No sorprende la asociación entre las percepciones de baja autoestima y la planeación suicida (tabla 3). Incluso tales percepciones (7), podrían servir como orientadores para identificar población que requiera un programa de prevención del suicidio.

La tabla 3 confirma la relación entre violencia e ideas suicidas, aunque se suponía una asociación más poderosa. Asimismo, la relación entre religiosidad medida con las preguntas elaboradas no fue muy fuerte (tabla 3).



En conclusión, para responder a la orientadora del colegio mencionada al principio y partiendo de que el Departamento de Medicina Comunitaria de la FUJNC viene construyendo proyectos de consejería en tal institución, se propone que, a través del instrumento para determinar riesgos psicosociales que se aplica cada cierto tiempo, se identifique como población de riesgo para suicidio a aquellos adolescentes que persistentemente presenten una percepción de ánimo con tendencia a la tristeza, problemas severos en sus relaciones familiares, consumo problemático de alcohol y que no se perciban bien a sí mismos. Con base en los resultados de estudios como este, se puede invitar a esta población a asistir a consejerías (28) donde se aborden estos aspectos (29).

Ratifica esta investigación el probable potencial que puede alcanzarse por unir colegios con facultades del área de la salud.

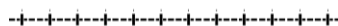
REFERENCIAS

- (1) Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias [Internet]. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [citado 21 oct 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/sWdvSi>
- (2) Who.int [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2018 [actualizado 24 Ago 2018; citado 21 oct 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/k8jKil>
- (3) Unicef.org [Internet]. Suicidio. Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas; 2017 [actualizado 2017; citado 21 oct 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/gxzLzS>
- (4) Franco SA, Gutiérrez ML, Sarmiento J, Cuspoa D, Tatis J, Castillejo A. Suicide in University Students in Bogotá, Colombia, 2004-2014. *Cien Saude Colet.* 2017 Jan;22(1):269-278. Disponible en: <https://bit.ly/2RyK0xH>
- (5) Alonso LM, Murcia G, Murcia J, Herrera D, Gómez D, Comas M et al. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte.* Barranquilla (Col.) 2007; 23(1):32-42. Disponible en: <https://bit.ly/2poE7NP>
- (6) Monge JA, Cubillas MJ, Roman R, Abril E. Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y salud* 2007; 17(1):45-51. Disponible en: <https://bit.ly/2FBcHhi>
- (7) Sánchez JC, Musitu G, Villareal ME, Martínez B. Ideación suicida en adolescentes: Un análisis psicosocial. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.* 2012; 19(3):279-287. Disponible en: <https://bit.ly/2NX6At1>
- (8) Rodríguez C, Caño A. Autoestima en la adolescencia: Análisis y estrategia de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy.* 2012; 12(3):389-403 Disponible en: <https://bit.ly/2FBZLHK>
- (9) Zimmerman MA, Copeland LA, Shope JT, Dielma, TE. A Longitudinal Study of Self-Esteem: Implications for Adolescent Development. *Journal of Youth and Adolescence.* 1997;26(2): 117-141. Disponible en: <https://bit.ly/2SWn6bc>
- (10) Who.int [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2005. Disponible en: <https://bit.ly/2iN8Ks0>
- (11) Brunstein KA, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, Depression, and Suicidality in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 46(1): 40-49.
- (12) Albores L, Saucedo JM, Ruiz S, Roque E. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud pública Méx [Internet].* 2011 Jun [citado 2018 Oct 21]; 53(3): 220-227. Disponible en: <https://bit.ly/2DbhCUz>.
- (13) Arroyave P. Factores de vulnerabilidad y riesgo asociados al bullying. *revista CES Psicología [Internet].* 2012 [citado 21 octubre 2018];5(1):116-125. Disponible en: <https://bit.ly/2MgzWZ2>
- (14) DANE (9 de mayo de 2012). Muestreo: Situación de los colegios en Bogotá es preocupante: DANE. www.elespectador.com publicación online. Disponible en: <https://bit.ly/2FCnwQ3>
- (15) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (2011). *Forensis* 2016. Datos para la vida [citado 4 de noviembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2t4H9vi>
- (16) Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors Associated with Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-based Studies. *Clin Psychol Rev.* 2004; 24(8): 957-79.
- (17) Médicos y pacientes.com. (2018). El alcohol y la depresión, factores de riesgo de suicidio más prevalentes en pacientes con patología dual [Internet]. *Médicos y Pacientes* [citado 22 octubre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/1qDHWwW>
- (18) Artículo 16.3. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.
- (19) Bezanilla JM, Miranda A. La familia como grupo social: una re-conceptualización. *Alternativas en psicología.* 2013; 17(29):58-73. Disponible en: <https://bit.ly/2CmkJY6>
- (20) Cogollo Z, Gómez E, De Arco C, Ruiz I, Campo A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2009; 38(4):637-644.
- (21) McArdle P, Wiergersma A, Gilvarry E, Kolte B, McCarthy S, Fitzgerald M, et al. European Adolescent Substance Use: The Roles of Family Structure Function and Gender. *Addiction.* 2002;97(3):329-36.
- (22) Engels RC, Vermulst AD, Dubas JS, Bot SM, Gerris J. Long-term Effects of Family Functioning and Child Characteristics on Problem Drinking in Young Adulthood. *Eur Addict Res.* 2005;11(1):32-7.
- (23) Bernt F. Una fe que haga justicia: Orientaciones religiosas y sus correlatos sociales [citado 17 enero 2019]. *Ciencias Psicológicas.* 2015; 1(2):171-178. Disponible en: <https://revistas.uco.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/articulo/view/0568>
- (24) Dyche L, Zayas LH. The value of Curiosity and Naiveté for the Cross-cultural Psychotherapist. *Fam Process* 1995; 34: pp. 389-399.
- (25) Smilkstein G. The family APGAR: A Proposal for a Family Function Test and its Use by Physicians. *J Fam Pract.* 1978 Jun;6(6):1231-9.
- (26) Ewing JA. Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire. *JAMA.* 1984;252:1911-1912
- (27) González JC, De La Hoz F. Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. *Revista de Salud Pública.* 2011;13(1):67-78 [citado 5 enero 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2TPH1IT>
- (28) Ministerio de Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Disponible en: <https://bit.ly/1KHISM7>
- (29) 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 las investigaciones publicadas de 2015 a 2019

Título	Autor	Número	Enlace
Estudio microbiológico del reuso 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 Huérffano, 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, María Montaña, Juan Morales, Erika Moreno, Ada Olmos, Laura Ortiz, Juanita Ovalle, Diana Ramírez.	Vol. 24, Núm. 137 (2016)	https://goo.gl/Wq9z8N
Descripción de la participación estudiantil en una facultad de Medicina de 2010 a 2013	Juan Carlos González, Laura Masmela, Daniel Mesa, Jessica Mora, Laura Murillo, Mitndbaim Parra, Natalia Pérez, Ximena Pinedo, Maurent Prieto, Angélica 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 Stephany 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 el 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 Lisseth Pachón A., Cambell Johanna Perea, Jenny Pinzón.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	https://goo.gl/EbuRcG
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, Geraldinne Acevedo, Paula Alarcón, Ángela Mileidy Casas, Glendy Ardila, Julian Bernal, Javier Avella, Jenny Pinzón.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://goo.gl/4R2eLL
Relación entre el nivel nutricional y el índice de masa corporal en población adolescente	Andrea Caballero, María Casas, Laura Camargo, Luz Betancur, Elizabeth Jaramillo. Juan Carlos González, Jenny Pinzón.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	https://bit.ly/2GzGxmV
Factores asociados a ideas suicidas en adolescentes escolarizados de Bogotá en 2006, 2013 y 2018	Juan Carlos González, Catalina Monroy., Laura Mogollón, Juan Molano, Cristian Maturana, Nathalya Oñate, María Ospina, Jenny Pinzón. Dibujos: Andrés Reyes	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.





Atención Primaria en Salud

REFLEXIONES SOBRE LA DECLARACIÓN DE ASTANÁ

Juan Carlos González Q.^{§§}



Han pasado 40 años desde que se proclamó la *Declaración de Alma Ata* (1) y casi 15 años desde la renovación de votos de la OMS hacia la Atención Primaria de Salud (APS) (2). De seguro, ante la certeza de las virtudes de la APS (3), 130 países del mundo se reunieron en Astaná (Kazajistán) y se unieron a la OMS y a la UNICEF para fortalecer la visión de la

APS (4) como estrategia para el desarrollo de los sistemas de salud del mundo.

A continuación, expondremos sus postulados incorporando un breve comentario sobre cada uno.

Afirma la Declaración:

Aspiramos a:



Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos;

Atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos;

Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar;

Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales.

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

Comentario: El papel del Gobierno de cada país es clave. Se deben comprometer con la búsqueda del grado máximo de salud posible a la población con base en las condiciones reales del país. Colombia, a través de la Ley Estatutaria (5), ha reafirmado tal postura y ha logrado, al menos en el papel, que el Estado mantenga la responsabilidad de asegurar la salud de las personas, sus familias y la comunidad. La Política Integral de Atención en Salud (6) ha marcado una pauta teórica a alcanzar. ¿Por qué esto es clave? Sencillamente

porque solo el Estado puede, y debe, fortalecer e impulsar la integración necesaria para hacer posible la APS, quedando claro que las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) no lo han hecho.

Es mi impresión que el Gobierno anterior, dedicó su esfuerzo a construir las bases teóricas, pero no pudo promover la implementación, dada la crisis persistente del sistema. ¿Será que el nuevo Gobierno se compromete a impulsar la APS?

Afirmamos vehementemente nuestro compromiso con el derecho fundamental de todo ser humano al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinciones de ningún tipo. En la conmemoración del cuadragésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata, reafirmamos nuestro compromiso con todos sus valores y principios, en particular la justicia y la solidaridad, y subrayamos la importancia de la salud para la paz, la seguridad y el desarrollo socioeconómico, y su dependencia mutua.



Comentario: Sostiene y reafirma que es la tarea de la APS alcanzar el máximo grado de salud posible para la persona, su familia y la población. Creemos que este punto mantiene el círculo representativo de la APS renovada de 2005 (2).



II

Estamos convencidos de que el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Acogemos con agrado la celebración en 2019 de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, a la que contribuirá la presente Declaración. Cada uno de nosotros seguiremos nuestro camino para lograr la CSU para que todas las personas tengan acceso equitativo a la atención de salud eficaz y de calidad que necesitan, velando por que el uso de dichos servicios no les exponga a dificultades financieras.

Comentario: El planteamiento de esta segunda declaración es sencillo. Cualquier sistema de salud será más eficiente cumpliendo los principios y valores de la APS (2). Esto resulta particularmente importante en un mundo de avances tecnológicos y de surgimiento de invenciones, las que, antes de pensar en el bienestar de las personas, piensan en la rentabilidad de sus productores.

Colombia, por lo menos en el papel, está cerca del cubrimiento sanitario universal. Tenemos el reto de hacerlo real. Existe una diferencia notoria en la prestación de servicios identificada por los planes complementarios (7). Los que más pagan, reciben un servicio mucho mejor, creando una divergencia que nos muestra que aún estamos lejos de la APS. El reto al que nos enfrentamos es la disminución de esa diferencia. La prestación de salud ha de ser digna sin importar la capacidad de pago.

III

Somos conscientes de que, pese a los considerables progresos logrados en los últimos 40 años, en todas las regiones del mundo sigue habiendo personas con necesidades sanitarias desatendidas. Mantenerse en buena salud es un reto para muchas personas, en particular las pobres y las que se encuentran en situaciones vulnerables. Estimamos que es inaceptable desde un punto de vista ético, político, social y económico que persistan las disparidades en los resultados sanitarios y la inequidad en la salud.

Seguiremos combatiendo la creciente carga de enfermedades no transmisibles, que provocan mala salud y muertes prematuras debido al consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, los modos de vida y comportamientos poco saludables, y la insuficiente actividad física y las dietas malsanas. A menos que actuemos de inmediato, continuará la pérdida de vidas prematuramente a causa de las guerras, la violencia, las epidemias, los desastres naturales, los efectos del cambio climático y los fenómenos meteorológicos extremos en la salud y otros factores medioambientales. No debemos perder oportunidades de poner fin a los brotes epidémicos y amenazas sanitarias mundiales como la resistencia a los antimicrobianos que traspasan las fronteras de los países.

Los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y la atención paliativa, deben ser accesibles a todos. Debemos sacar a millones de personas de la pobreza, especialmente la pobreza extrema provocada por los gastos directos desproporcionados en la salud. Ya no podemos infravalorar durante más tiempo la importancia crucial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, ni tolerar una atención fragmentada, poco segura o de calidad deficiente. Debemos solucionar la escasez de trabajadores de la salud y su distribución desigual. Debemos tomar medidas con respecto a los costos crecientes de la atención sanitaria y los medicamentos y vacunas. No podemos permitirnos despilfarros en los gastos de la atención de salud debido a la ineficiencia.

Comentario: En nuestro caso, resultan más que evidentes las diferencias que existen en territorios en donde, por ubicación geográfica, se deberá construir un sistema de salud especialmente adaptado a la realidad de dichas zonas (8). En teoría ya se hace, pero falta ejecutarlo. Siendo esto cierto, aún nos falta poner a funcionar el Modelo Integral de Atención en Salud para la mayoría de la población. En tanto no construyamos lo que creemos que ha de ser la base para la implementación a través de equipos primarios comprometidos con las comunidades (9), no vamos a revolver los problemas de salud que nos agobian.

Esos equipos serán los responsables de enfrentar la fragmentación de la atención en salud y de hacer que, de forma simultánea, se atienda a los enfermos y se haga la promoción y prevención. Serán esos equipos, asentados en el corazón de las comunidades, los encargados de aliviar la sobrecarga que hoy se presenta en los servicios de urgencias, respondiendo por el acceso de la población, incluso de forma prioritaria. Para hacer de esos equipos una realidad, se deberá diseñar una política salarial digna y estable.



Nos comprometemos a:

IV

Tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores

Reafirmamos la función y responsabilidad primaria de los gobiernos a todos los niveles en la promoción y protección del derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Promoveremos la acción multisectorial y la CSU, recabando la colaboración de las partes interesadas pertinentes y empoderando a las comunidades locales para fortalecer la atención primaria de la salud. Abordaremos los determinantes económicos, sociales y medioambientales de la salud y nos propondremos reducir los factores de riesgo integrando un enfoque que incorpore la salud en todas las políticas. Lograremos la participación de más partes interesadas en el logro de la salud para todos, a fin de no dejar a nadie atrás, a la vez que abordaremos y gestionaremos los conflictos de intereses, fomentaremos la transparencia y estableceremos una gobernanza participativa. Nos esforzaremos por evitar o mitigar conflictos que socaven los sistemas de salud y hagan retroceder los logros sanitarios. Debemos servirnos de enfoques coherentes e incluyentes para extender la atención primaria de la salud como pilar de la CSU en las emergencias, garantizando la continuidad de la atención y la prestación de servicios de salud esenciales, en consonancia con los principios humanitarios. Proporcionaremos y asignaremos debidamente recursos humanos y de otro tipo para fortalecer la atención primaria de la salud. Aplaudiremos el liderazgo y ejemplo de los gobiernos que han demostrado apoyar firmemente la atención primaria de la salud.

Comentario: La Declaración deja en los gobiernos la responsabilidad de liderar el impulso de la APS a través de la integración de diversos sectores, empoderando a la comunidad y promoviendo la participación de la misma. Plantea y propone la **continuidad** de los equipos de prestación (9), requisito clave para el necesario compromiso que se ha de establecer entre los pacientes y quienes los atienden.

Creemos y ratificamos que la clave de la implementación está en los equipos primarios, entendidos como aquellos establecidos en las zonas geográficas de las comunidades, que las conocen y que formen parte de una red de servicios complementarios. Colombia lo ha dejado plasmado, pero ahora debe hacerlo realidad.

V

Establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible

La atención primaria de la salud se aplicará con arreglo a la legislación, contexto y prioridades nacionales. Fortaleceremos los sistemas de salud mediante inversiones en la atención primaria de la salud. Reforzaremos la capacidad y las infraestructuras de la atención primaria —el primer contacto con los servicios de salud— dando prioridad a las funciones esenciales de salud pública. Daremos preferencia a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y trataremos de atender las necesidades sanitarias de todas las personas a lo largo del curso de la vida mediante servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y atención paliativa. La atención primaria de la salud ofrecerá una amplia variedad de servicios y cuidados, en particular, entre otros, vacunación; cribados; prevención, control y tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles; atención y servicios que promuevan, mantengan y mejoren la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente; la salud mental y la salud sexual y reproductiva². Asimismo, la atención primaria de la salud será accesible, equitativa, segura, de alta calidad, integral, eficiente, aceptable, asequible, estará disponible y prestará servicios integrados y continuos centrados en la persona y que tienen en cuenta las cuestiones de género. Nos esforzaremos por evitar la fragmentación y garantizar un sistema funcional de derivación entre la atención primaria y otros niveles de atención. Nos beneficiaremos de una atención primaria de la salud sostenible que mejore la resiliencia de los sistemas de salud para prevenir y detectar las enfermedades infecciosas y los brotes y responder a ellos.

Comentario: Este quinto aspecto expresa la clave de la implementación de la APS. En nuestro caso, se trata de hacer real el MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud) (10, 11) y sostenemos que solo puede hacerse real a través de ese equipo primario (9), encargado de atender a la persona, su familia y la comunidad en donde habita esa familia. Ese

equipo hace real la prevención, hace posible resolver los problemas de salud pública, puede trabajar con otros sectores y está vinculado a la red de servicios de salud complementaria. Sostenemos que, en tanto no se construyan así los equipos, la APS seguirá siendo un anhelo.



El éxito de la atención primaria de la salud dependerá de lo siguiente:

Desarrollo de conocimientos y capacidades. Utilizaremos los conocimientos, tanto científicos como tradicionales, para fortalecer la atención primaria de la salud, mejorar los resultados de salud y garantizar el acceso de todas las personas a la atención adecuada en el momento oportuno y en el nivel de atención más apropiado, respetando sus derechos, necesidades, dignidad y autonomía. Continuaremos investigando y compartiendo conocimientos y experiencias para crear capacidad y mejorar la prestación de los servicios y la atención sanitaria.

Colombia ha tenido experiencias interesantes en torno a la APS (12). Reunirlas y divulgarlas resulta clave para aprender sobre lo vivido. Ideal sería que esos equipos primarios conozcan, no solo los asuntos de salud de las comunidades donde están ubicados, sino también su cultura y que con base en tal conocimiento elaboren los planes.

Recursos humanos para la salud. Crearemos trabajo decente y estableceremos una remuneración adecuada para los profesionales de la salud y demás personal sanitario que trabajen en el nivel de la atención primaria de la salud para responder eficazmente a las necesidades de salud de las personas en un contexto multidisciplinario. Seguiremos invirtiendo en la educación, la formación, la contratación, el desarrollo, la motivación y la retención del personal de la atención primaria de la salud, velando por que tenga una combinación adecuada de competencias. Nos esforzaremos por retener al personal de la atención primaria de la salud y garantizar su disponibilidad en las zonas rurales, remotas y menos desarrolladas. Afirmamos que la migración internacional del personal sanitario no debe socavar la capacidad de los países, especialmente de los países en desarrollo, para satisfacer las necesidades sanitarias de sus poblaciones.



Aquí está una de las claves y, a la vez, uno de los problemas en la implementación de la APS. En teoría, la construcción de los equipos de prestación es hoy relativamente sencilla; se tiene el recurso humano, se sabe en qué han de estar capacitados (13), lo que no se tiene son los estímulos laborales para hacerlo (14). Hoy por hoy, son numerosas las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de salud) que no cancelan sus deudas laborales porque las EPS no les pagan. Ello ha llevado a extremos donde algunas IPS creen que por el solo hecho de pagar cuando les toca, los hace suficientemente

buenos como para pagar menos de lo que deben. Formar un equipo de salud estable casi es una utopía.

La clave, como casi siempre, del éxito de la APS está en el recurso humano que formará a los equipos. En casos de comunidades que viven en zonas especiales, la OMS incluso propuso formarlos con personas provenientes de tales comunidades, conocedoras de las realidades y con el deseo de ayudar a alcanzar una mejor condición de vida para las mismas (15).



Tecnología. Apoyamos la ampliación y extensión del acceso a una serie de servicios de atención de la salud mediante el uso de medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, incluidos, según proceda, los medicamentos tradicionales, las vacunas, las pruebas diagnósticas y otras tecnologías. Promoveremos su accesibilidad y su uso racional y seguro, así como la protección de los datos personales. Mediante avances en los sistemas de información, estaremos en mejores condiciones de recopilar adecuadamente datos desagregados y de alta calidad y mejorar la continuidad de la información, la vigilancia de las enfermedades, la transparencia, la rendición de cuentas y el seguimiento del desempeño de los sistemas de salud. Utilizaremos una variedad de tecnologías para mejorar el acceso a la atención de la salud, enriquecer la prestación de los servicios de salud, mejorar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente, y aumentar la eficiencia y la coordinación de la atención. A través de tecnologías digitales y de otro tipo, permitiremos que las personas y las comunidades identifiquen sus necesidades de salud, participen en la planificación y prestación de servicios y desempeñen un papel activo en el mantenimiento de su propia salud y bienestar.

Comentario: Ciertamente el uso adecuado de la tecnología y de los medicamentos resulta esencial para la implementación de la APS.

La responsabilidad está en los equipos de prestadores que han de usar de la forma más racional los recursos. De no hacerlo, ocurrirá lo que afirmaba el exministro Gaviria

(<https://bit.ly/2FEai5w>) acerca de que el contrato de La ley Estatutaria no se puede cumplir. El asunto clave será hacerles saber tanto a los prestadores como a la comunidad que tenemos recursos finitos y que solo su buen uso puede asegurar que produzcan el bienestar esperado en las personas.

Financiación. Hacemos un llamamiento a todos los países para que sigan invirtiendo en la atención primaria de la salud con el fin de mejorar los resultados sanitarios. Abordaremos las ineficiencias y desigualdades que exponen a las personas a dificultades financieras por utilizar los servicios de salud garantizando una mejor asignación de los recursos para la salud, una financiación adecuada de la atención primaria de la salud y sistemas de reembolso adecuados para mejorar el acceso y lograr mejores resultados en materia de salud. Trabajaremos para lograr la sostenibilidad financiera, la eficiencia y la resiliencia de los sistemas nacionales de salud, asignando los recursos apropiados a la atención primaria de la salud en función del contexto nacional. No dejaremos a nadie atrás, incluidas las personas que se encuentran en situaciones de fragilidad y en zonas afectadas por conflictos, proporcionando acceso a servicios de atención primaria de la salud de calidad en todo el proceso asistencial.



Comentario: Acá está otro de los grandes retos de la implementación de la APS en nuestro país. La forma como hasta hoy se han manejado los recursos no es la ideal: se está privilegiando la atención, abandonando la promoción y prevención. La administración está por encima de la prestación y los recursos no se distribuyen de forma adecuada. Una vez más, consideramos que el recurso debe partir desde los equipos primarios y de ahí distribuirse a los equipos complementarios.

En todo caso resulta clave que el sistema de seguridad en salud haga una profunda reflexión a través de la cual comprenda que la forma como se ha organizado financieramente no es la adecuada. ¿Se necesitan o no las EPS? ¿No será que las Redes Integradas de Servicios de Salud las pueden sustituir? Estas son preguntas que se deberán responder.

VI

Empoderar a las personas y las comunidades

Apoyamos la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil mediante su participación en la elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud. Promoveremos la educación sobre la salud y trabajaremos para satisfacer las expectativas de las personas y las comunidades en cuanto a la obtención de información fiable sobre la salud. Ayudaremos a las personas a adquirir los conocimientos, habilidades y recursos necesarios para mantener su salud o la salud de aquellos a quienes atienden, guiados por profesionales sanitarios. Protegeremos y promoveremos la solidaridad, la ética y los derechos humanos. Aumentaremos el empoderamiento de la comunidad y contribuiremos a la rendición de cuentas de los sectores público y privado para que un mayor número de personas vivan vidas más sanas en entornos propicios y favorables a la salud.

Comentario: Intuimos que los equipos primarios responden con el grado de bienestar generado en las poblaciones a su cargo y con el uso de recursos dispuesto para eso. Es por ello que sostenemos que los recursos se manejan desde la base

que es la comunidad. Desde ahí se distribuyen para el sostenimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud. El gran reto será alcanzar el máximo de salud con los recursos dispuestos para ello.

VII

Alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales

Hacemos un llamamiento a todas las partes interesadas —profesionales de la salud, instituciones académicas, pacientes, la sociedad civil, asociados locales e internacionales, organismos y fondos, el sector privado, organizaciones confesionales y otras entidades— para que se alineen con las políticas, estrategias y planes nacionales en todos los sectores, en particular a través de enfoques centrados en las personas y sensibles a las cuestiones de género, y para que emprendan iniciativas conjuntas con el fin de instaurar una atención primaria de la salud más fuerte y sostenible en pro de la cobertura sanitaria universal. El apoyo de las partes interesadas puede ayudar a los países a destinar suficientes recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información a la atención primaria de la salud. Al aplicar la presente Declaración, los países y las partes interesadas trabajarán juntos con un espíritu de colaboración y cooperación eficaz para el desarrollo, compartiendo conocimientos y buenas prácticas y respetando plenamente la soberanía nacional y los derechos humanos.

Comentario: Este es el gran llamado a la intersectorialidad. Precisa que todos veamos a los servicios de salud como de todos y, que su buen uso, resulta clave para ofrecer el bienestar deseado. Ha de verse como de todos sin permitir

que la corrupción se asiente. Los prestadores han de velar por el buen uso y la comunidad debe entender que, a través de la forma de vida que asuman, la disponibilidad de los recursos será mejor.



- Actuaremos sobre la base de esta Declaración con un espíritu de solidaridad y coordinación entre los gobiernos, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y todas las demás partes interesadas.
- Se alienta a todas las personas, países y organizaciones a apoyar este movimiento.
- Los países examinarán periódicamente la aplicación de la presente Declaración en cooperación con las partes interesadas.
- Juntos podemos lograr y lograremos la salud y el bienestar para todos, sin dejar a nadie atrás.

Finalmente, la Declaración de Astaná ratifica el compromiso de los participantes de impulsar la APS.

Comentario: ¿Cómo impulsar la APS? Tenemos la certeza de que es a través de impulsar los equipos primarios. ¿Cómo ha de ser ese equipo? Para responder resulta clave tener en cuenta lo que se debe hacer, lo que sintetizamos de la siguiente forma:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Debe tener un diagnóstico de salud de la comunidad a atender. 2. Con base en el mismo ha de estar preparado para: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Atender las enfermedades prevalentes. 3. Debe haber desarrollado las RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud) de mantenimiento de la salud. 4. Debe tener la capacidad de enfrentar los problemas de Salud Pública identificados. 5. Debe conocer la realidad social de la comunidad y... | <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Crear los vínculos con los distintos sectores que influyen con tal realidad: <ol style="list-style-type: none"> 5.1.1. La dirección local de salud. 5.1.2. Los hogares comunitarios y los colegios. 5.1.3. Las parroquias. 5.1.4. Las juntas de acción comunal. 6. Debe tener la capacidad de organizar la comunidad a través de: <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Programas para cuidadores de salud. 6.2. Participación social en salud. 6.3. Problemas de salud enfrentados y resueltos. |
|--|---|

¿Quiénes formarán los equipos? Esto resulta particularmente importante pues ha de hacerse con los recursos dispuestos para ello. Ideal, por supuesto, es que sean equipos multidisciplinares, sabiendo de todas maneras que, cuantos más recursos humanos, menos distribución salarial.

El asunto es quién estimulará la formación de los equipos.

Nosotros, desde aquí, buscaremos la forma de crear un equipo de salud que pueda mostrar caminos para hacer real la APS.

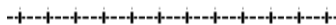
REFERENCIAS

<ol style="list-style-type: none"> (1) OPS [Internet]. Declaración de Alma-Ata. Disponible en: https://bit.ly/2GnGyKk. (2) Renewing Primary Health Care in the Americas, 2007 Edition Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (3) Informe OMS. Regreso a la atención primaria en salud. Disponible en: https://bit.ly/2S9mPW6. (4) Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care. Disponible en: https://bit.ly/2Q2YrAd (5) Ley 1751 del 2015. Disponible en: https://bit.ly/1I7zpQI (6) Política de Atención Integral en Salud del 2016. Disponible en: https://bit.ly/2rN8Kmp (7) Vanguardia.com. Medicina prepagada sigue ganando adeptos [30 de septiembre de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/2MQqaTK (8) Dinero [Internet]. Programa integral de salud en Guainía muestra un diagnóstico favorable [5 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://bit.ly/2RBjfi9 	<ol style="list-style-type: none"> (9) Restrepo GL, González JC. Necesidad de la Atención Primaria y de la Medicina y/o Salud Familiar. Carta Comunitaria. 2018; 26(149): 15-22. Disponible en: https://bit.ly/2G94OAP (10) Minsalud [Internet]. Presentaciones Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Disponible en: https://bit.ly/2wHXjd0 (11) Minsalud [Internet]. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Plan de capacitación sectorial. Disponible en: https://bit.ly/2MkSIMO (12) González JC. Resumen: "Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de atención primaria en Colombia". Carta Comunitaria. 2018; 23(132): 13-29. Disponible en: https://bit.ly/2TtIXXC (13) González JC. Qué deben tener los programas de pregrado en el área de la salud. Carta Comunitaria. 2017; 24(141), 25-45. https://bit.ly/2Tytw0o (14) Restrepo GL. El médico y un modelo de salud. Carta Comunitaria. 2017; 24(137): 2-3. Disponible en: https://bit.ly/2GdA4hY (15) OPS [Internet]. Ideas principales de la conferencia Beyond Flexner: Misión social de la educación médica. Disponible en: https://bit.ly/2UJpYsv
---	--



Índice de los artículos sobre Atención Primaria de Salud publicados de 2015 a 2019

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 comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño"	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	https://goo.gl/gVHLD5
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: "Lineamientos 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, 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)	https://bit.ly/2DkB5kh
Reflexiones sobre la Declaración de Astaná	Juan Carlos González Q.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.





Seguridad Social



CÓMO DEJÓ EL GOBIERNO ANTERIOR LA SEGURIDAD SOCIAL

Juan Carlos González***

Intervención del ministro de salud, Alejandro Gaviria Uribe, durante la Semana de la Seguridad Social, mayo 2018.
<https://bit.ly/2FEai5w>



En mayo de 2018, el entonces ministro de salud, a propósito de la Semana de la Seguridad Social 2018, hizo un balance sobre la misma, que me ha parecido, sirve de reflexión sobre cómo deja el sistema luego de cerca de ocho años bajo su dirección. Además, como siempre, en sus exposiciones, tiene ese don didáctico tan particular que, al menos en mi caso, me permite entenderlo muy bien. Los invito a verlo en <https://bit.ly/2FEai5w>

Indicadores a favor



Imágenes tomadas de <https://bit.ly/2DgP2kl> y <https://bit.ly/2Rxg28a>

Una primera postura es su enfrentamiento contra el pesimismo que afirma, existe en algunos medios de comunicación contra el sistema de salud. Expone y sostiene a través de los indicadores de Salud Pública cómo Colombia ha mejorado en torno a la salud. Reconoce que aún la

periferia de Colombia tiene unas condiciones muy desiguales, y, sin embargo, según su balance, el país ha mejorado. Su postura optimista es coherente con posiciones previas y bien explicadas en otras intervenciones (1).

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



La salud como derecho



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2st0qUm>

Considera que tal visión se ha convertido en un importante empoderamiento de la población colombiana. Todos los colombianos saben y están dispuestos a exigir tal derecho (2).

Además, de una u otra forma se está garantizado la protección financiera para hacer valer ese derecho.

Expectativas de los Actores		
PERSPECTIVA		
Usuarios: pacientes y comunidad	Prestadores: Profesionales y equipo de salud	Administradores y Financiadores: Estado, aseguradoras, Prestadores
<ul style="list-style-type: none"> •Oportunidad •Mejoría de síntomas •Recuperación de funciones •Acceso •Comodidad •Trato •Bajo riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> •Disponibilidad de recursos •Acceso a tecnologías avanzadas •Reconocimiento •Autonomía •Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> •Eficacia •Eficiencia •Productividad •Competitividad

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

Afirma el exministro que se ha generado una paradoja extraña a partir de las expectativas, la que explica con este ejemplo: si se les pregunta a las personas cuál fue la

percepción de la última atención, cerca de un 80 % afirma que entre buena y muy buena. Pero, si se les pregunta por la percepción del sistema, esta es mala.



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

Tal vez eso se deba a que los medios han enfatizado en la corrupción y las dificultades del sistema, no exponiendo las virtudes ni los logros.

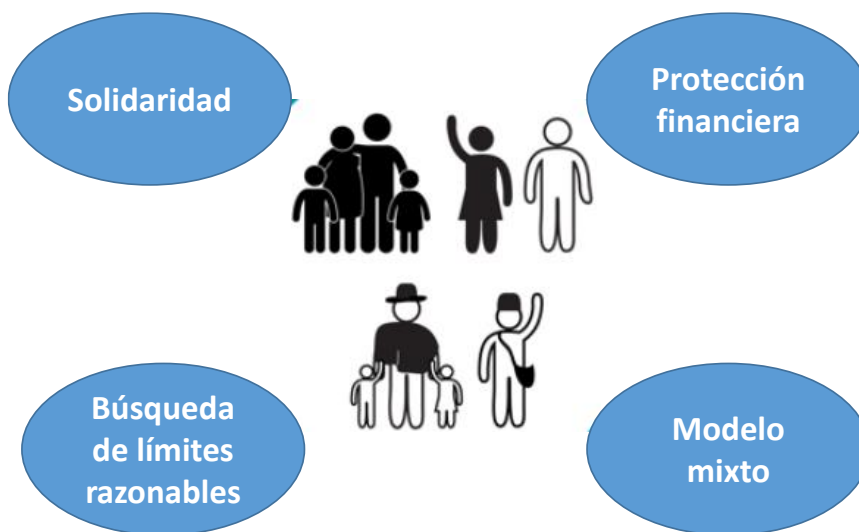


Imagen tomada de: <https://bit.ly/2sAXTHv>

Sostiene que el sistema tiene una tensión financiera. Para él (y lo ha expuesto varias veces) el contrato de la seguridad social en salud tiene un desequilibrio. Ofrece más de lo que puede dar. Con unos recursos finitos no se puede ofrecer un

plan infinito. Bien vale la pena profundizar la posición del ministro en una muy buena presentación que hace con acceso a todos en la dirección <https://bit.ly/2HkBjgA>

Por sostener



Considera que la solidaridad (el que más gana, más contribuye, pero todos recibimos el mismo plan) es una de las mayores virtudes del sistema. Reconoce que aún hay que hacer esfuerzos para que en el régimen subsidiado el acceso sea similar al del contributivo.

Cree y sostiene que el ser un sistema mixto es una gran ventaja. Expone que la discusión ya no ha de hacerse en torno a ideologías (izquierda o derecha), sino a capacidades. Afirma que se debe hacer el análisis de lo que se hace bien y reforzarlo sin importar si es privado o público.

Cree que ha sido una fortaleza el hacer el análisis de las exclusiones comprometiendo a la comunidad y buscando la evidencia de lo que se solicite. El empoderamiento hacia la salud como derecho debe ser estimulado con procesos participativos y racionales, que realmente sean influyentes.

Y, es clave, según el exministro, saber con certeza qué se puede y qué no se puede hacer (incluso antes de decir que, por ser un derecho, todo se puede). Cree que se ha hecho la tarea de la búsqueda de recursos, reconociendo que aún existe el problema de las deudas antiguas.



Los retos

La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación*

The Crisis of the Colombian Health System: An Approach from Legitimacy and Regulation

A crise do sistema de saúde colombiano: aproximação desde a legitimidade e a regulamentação

Cree que se debe pasar del empoderamiento existente hacia la legitimidad del sistema, con una visión de protección hacia el mismo por parte de todos los actores. Esa legitimidad

implica combatir la corrupción y asegurar la eficiencia en salud de la descentralización (departamentos y municipios).



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2MIUI0j>

El gran reto de las regiones (y a la larga del sistema) está en volver a las administraciones eficientes. Expone que en Colombia existen muchos gerentes de salud ¿Cómo hacer para que asuman el desarrollo de sus instituciones?

Transparencia

Al respecto, cree que la transparencia es clave, transparencia que puede darse a través de la redención de cuentas y, sin duda, con contabilidades reales. Expone que el sistema debería hacer **pagos por valor**, entendidos como aquellos

procesos que le aportan mayor bienestar y eficiencia al sistema. Como ejemplo pone el surgimiento de un nuevo medicamento para una enfermedad. ¿Le aporta valor al enfermo y al sistema?

Reforma de abajo hacia arriba

Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS
Plan de capacitación sectorial

MIAS Modelo Integral de Atención en Salud

MINSALUD



Cree que implementar **Modelos Integrales de Atención en Salud** será clave, por ser ahí donde la población percibe la realidad del sistema.



Su gran mensaje: la “vaca” en los aportes

Alejandro Gaviria: “La vaca de la salud es sagrada”

Ministerio de Salud y Protección Social > Alejandro Gaviria: “La vaca de la salud es sagrada”



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2D1C33>

Finaliza exponiendo que se necesita un cambio o un reforzamiento de la cultura en salud y pone como ejemplo la costumbre colombiana de la “vaca” que un grupo hace cuando comparten gastos. Sostiene que hemos de ver a la salud como de **todos** y que solo podrá funcionar bien si todos hacemos el uso **adecuado**. Afirma que hemos de combatir la idea, aún hoy imperante, de que, dado que “yo he pagado durante toda una vida, ahora debo gastar todo lo que pueda” (teoría del saqueo). Dice que esto quedó muy bien expresado en la tragedia de los campos comunales de Hardin (3) y que, en buena medida, es lo que nos está sucediendo con el

medioambiente. Pero, y ahí está la esencia de su despedida, expone la concepción de lo común que tanto estudió la Premio Nobel en Economía, Elionor Ostrom, y dice que así debemos concebir a la salud. El video titulado “¿A quién le pertenece el mundo?” (4) ofrece una explicación que nos ayuda a entender aún mejor esta fascinante concepción.

El ministro insiste en la necesidad de crear una cultura de lo común donde todos lo protejamos y evitemos el efecto saqueo. ¿Cómo hacer que la “vaca” sea sagrada? Ese es el mayor reto.

¿Qué opinar?

Creo que es clave invitar siempre a opinar sobre el sistema de salud pues ciertamente es de todos. Ahí hay una primera gran identificación; la visión “comunal” del sistema de salud. Todos debemos entender el sistema, solo así, podremos hacer cambios verdaderos y legítimos.

Urgencias, el mal reflejo de un sistema



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2RSvk6F>



Al leer al exministro Gaviria y su queja contra el pesimismo o las malas noticias, no puedo estar de acuerdo. Acudí en menos de un mes a urgencias de dos clínicas y, lo que presencié es un atentado contra la dignidad del enfermo. No es suficiente asegurar que los pacientes serán atendidos y que recuperen sus condiciones vitales; deben ser tratados con dignidad, con respeto. ¿Qué se ve? Pacientes en sillas y camillas, incluso sentados en el piso, que reciben una pobre comunicación por parte de unos equipos de prestadores saturados por completo. Lo que quiere decir que la capacidad de atención de tales entidades está por completo sobrepasada.

¿A qué se debe esto? El asunto ha sido estudiado desde distintas ópticas (5). Genéricamente podríamos afirmar que, por un lado, es debido al déficit de infraestructura y, por otro, porque no se tiene el personal suficiente. ¿Por qué sucede esto? Porque la IPS quiere evitar el mayor "descuadre" posible pues no se le paga a tiempo.

Esto se debe resolver, y pronto, ya que produce un daño inmenso a la credibilidad de las bondades del sistema y, por completo, a la legitimidad del sistema (6).

¿Por qué se produce la sobrecarga en los servicios de urgencias?



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2DgyY29>

Creería que ocurre por alguna de las siguientes explicaciones, aparte de las ya bien estudiadas (5):

- Por **sobrecarga de pacientes**, siendo la falta de acceso a la consulta normal o la ausencia de una consulta prioritaria (aquella que se concede, por ejemplo, en menos de 8 horas de solicitada) las probables responsables. Las IPS asignadas no ofrecen este último servicio ya sea porque las EPS no se los reconocen o porque pretenden ganar sin cubrir las necesidades de sus pacientes. Las soluciones son obvias: mejorar el acceso a la consulta y brindar esa consulta prioritaria. ¿Por qué no se hace?
- Por el nombramiento, de parte de las IPS, **insuficiente del personal necesario**, lo que conlleva

a que se saturen y no puedan cubrir dignamente la demanda. ¿Por qué actuarían así? Solo dos explicaciones, para disminuir pérdidas o incrementar utilidades. En ambas, como se ve, prevalece lo económico por encima del paciente.

- **Por falta de definición de los casos**, cuando ya lo vital ha sido cubierto, pero la EPS no autoriza su hospitalización o remisión. Esto determina la estadía injustificada de pacientes, ocupando espacio y dedicación del personal. Este problema es exclusivo de la EPS.



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2sqH3L>



Afirma el ministro que ya existe la protección financiera para la atención. Pero una vez más, y sin querer parecer catastrófico, esto es contrario a lo que explica la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales (7), que expone la penosa situación en que se encuentran por las deudas y por el atraso de los pagos por parte de las EPS.

Ciertamente no está bien desconocer los enormes beneficios que se reciben, pero el asunto es que es mucha la presión la

que se ha de ejercer para obtenerlos; por ejemplo, a través de las tutelas (según Gutiérrez, "en Colombia las reclamaciones del derecho por vía judicial son alrededor de 3289 por cada 100 000 habitantes, mientras que en Brasil y Costa Rica son de 77 y 109, respectivamente") (8). El sistema no funciona dignamente y, cada vez más, lo hace bajo presión jurídica.



http://www.20minutos.es/noticia/2714577/0/precio-gasto-insulina-triple/ultima-decada-ano-paciente/

EL NUEVO SIGLO

Domingo - Abril 6 de 2017

Noticias

Desequilibrio de ingresos afecta la salud

Enero 11, 2014 - 06:00 AM



La causa esencial de la problemática expuesta por el gobierno en el sistema de salud es el desequilibrio entre ingresos y gastos. De cada 100 pesos que ingresan a una EPS en el régimen contributivo, automáticamente deben destinarse 94 al pago de las prestaciones médicas.

A ello deben agregarse otros 5 pesos para pagar servicios no contemplados en el POS (recobros al Fosyga que este finalmente no reembolsa a la EPS). Queda un peso para

http://www.elnuevosiglo.com.co/articulo/7-2014-desequilibrio-de-ingresos-afecta-la-salud

Plantea el ministro Gaviria la presencia de esa tensión financiera determinada entre lo que se quiere dar y los recursos existentes. Siempre la habrá, pues los avances tecnológicos aparecerán y, con ellos, el incremento que se genera es inevitable (9). Pero, retomando su idea de la "vaca", se deberá crear una cultura de lo "común" hacia los recursos. Es indispensable ver al sistema de salud como algo de "todos", algo "común" y empoderar a la comunidad, a los prestadores y a los administradores con ello. Hacerles ver que todos tenemos un papel fundamental que se traduce en el uso adecuado de los recursos.

Respecto a la solidaridad, es sostenible siempre y cuando el trato sea digno sin importar los recursos. Todos, sin importar

lo que se aporte, hemos de recibir la mejor atención posible, y en esta el trato resulta clave. No debe suceder que quienes puedan pagar más, reciban una mejor atención. ¡No está bien... pero eso es lo que hoy sucede con los planes complementarios o la Medicina prepagada! Todos debemos recibir en la enfermedad, momento de máxima vulnerabilidad, la mejor atención posible.

El ministro ve como una ventaja que el sistema sea mixto. Está bien; incluso, puede proponerse una competencia de calidad medida por alcanzar el máximo de salud posible de la población.



Imagen tomada de: https://bit.ly/2QV8YgD

Nunca más debe ocurrir lo que hicieron los sectores privados con los dineros públicos (fuentes de ganancias privadas). Se desviaron los recursos para hacer ganar a sus dueños y no para brindar salud.



¡Qué gran idea es esa de que todos los actores establezcan qué se excluye! Es una forma de fortalecer esa visión de lo común y, de seguro, una buena estrategia para evitar el saqueo.

Reflexiones



Yo entiendo que el exministro Gaviria crea que son más los avances. El país ha mejorado; el acceso se da, aunque no en las mejores condiciones de acuerdo con la percepción de los pacientes. Me atrevo a decir que podemos asistir al médico,

pero no recibimos el trato que esperamos. Esto se aprecia en la diferencia de las percepciones de los pacientes atendidos por los planes complementarios con la atención del Plan Obligatorio en Salud (POS).





No está bien que sea el dinero el que establezca tal diferencia. Es, incluso mi impresión, que en las solicitudes de exámenes o medicamentos en los planes complementarios (que se pagan no con los recursos adicionales que los usuarios pagan, sino con los recursos de la seguridad social) no existen las restricciones del POS. Algo así como, "dado que paga más, le ponemos menos trabas".

Los hospitales no están en una buena situación (7). No existe la garantía del giro de los recursos por atender a la población. Una situación que se observa cada vez más es la de aquellos hospitales que reciben en urgencias, como es su deber, a todos los pacientes que acuden. Allí, como debe ser, les hacen un manejo que, superando la condición vital, procuran definir de la mejor manera. Pero, al hacerlo y beneficiar al paciente, asumen el inmenso riesgo de que la EPS no les cancele, con el consiguiente déficit. ¿Por qué las EPS no aprueban esas definiciones de casos, que no solo son lo mejor para los pacientes, sino que permiten un mejor uso de los recursos? Creería que es por una situación paradójica. Algunas EPS han establecido convenios con IPS pactando tarifas que

los favorecen, así que no permiten que aquella IPS donde ha llegado el paciente defina la conducta a seguir. Pero no hacerlo, paradójicamente, el sistema de remisión no funciona como debería y termina ocasionando más riesgo al paciente al no iniciar su tratamiento y más gastos por la permanencia injustificada en el servicio de urgencias.

El asunto es que la atención en aquellas IPS, que asumen el riesgo de atender más allá a sus pacientes, será glosada con la imposibilidad de recuperar los recursos utilizados, resultando en que las IPS entren en crisis económica y el personal prestacional sea quien termine sufragándolos con el no pago de su trabajo. El asunto es que muchos trabajadores al ver que no les pagan se van y esa IPS no puede contratar a más personal, dejando los servicios hospitalarios al borde de la quiebra, sobrecargados de pacientes a los que no se les define conducta porque no está autorizado y con poco personal de prestación con los riesgos inherentes. ¿Cuántas son las IPS que se enfrentan a esto y cuántas no? De la respuesta podremos definir qué tan bien funciona el sistema.

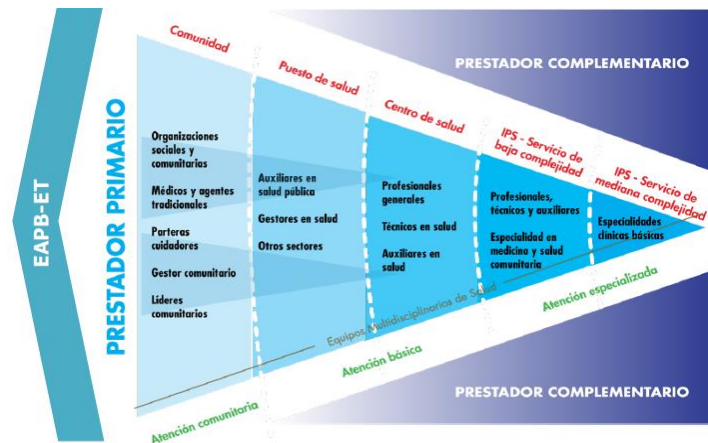


Fuente: MIAS Ministerio de salud

La solución esperada sería que, cuando la persona lo requiera, asista a urgencias en la IPS asignada -que debe pertenecer a la Red Integrada de Servicios en Salud (RISS) y que ha de estar cerca de su residencia- y dicho servicio, como parte de su razón de ser, no solo atienda su situación vital, sino que inicie el manejo. A fin de cuenta, los recursos son administrados por la RISS y de tal red salen los

destinados a urgencias, los de cuidado primario o complementario. Las tarifas, ¿caso no han de ser las mismas para todas las IPS? Lo que se debe hacer por el paciente, ¿caso no es lo mismo? El paciente ha de ser atendido, manejado y luego ha de volver a cargo del equipo de cuidados primarios responsables de mantener su condición de salud.

Un cambio del paradigma



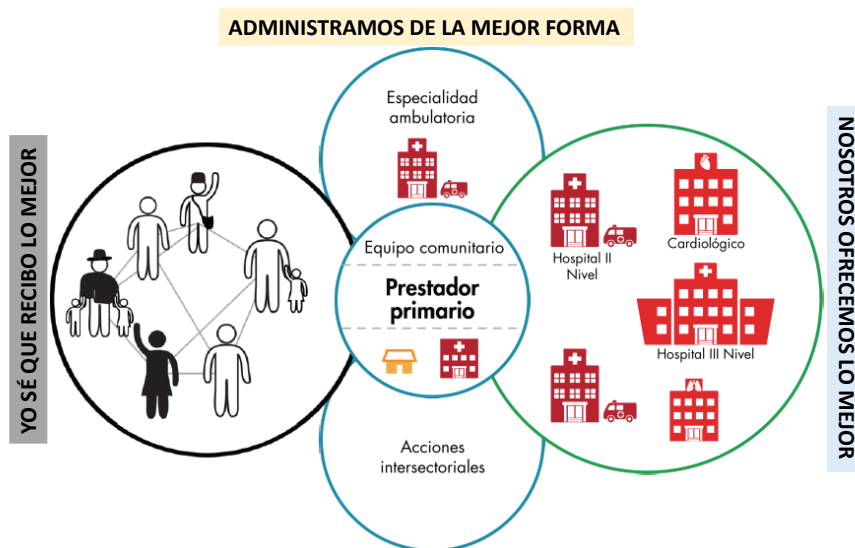
Fuente: MIAS. Ministerio de Salud



Creo que el sistema de salud debe virar hacia la búsqueda de un verdadero modelo de salud basado en la Atención Primaria. El MIAS lo propone, y el cuidador o prestador primario es la clave. Una RISS ha de funcionar con sus equipos primarios:

1. Familias y equipo de salud "unidas" en IPS (centros de salud familiares). Implica esto:
 - 1.1. La IPS ha de estar ubicada en el corazón del sitio donde vivan las familias.
 - 1.2. Se debe tener un diagnóstico integral de las condiciones de salud y de vida de esas familias y del sector donde habitan. Los miembros de los equipos deben conocerlo.
 - 1.3. Entre el equipo y las familias debe existir una sólida conexión y compromiso.
 - 1.4. El equipo será el encargado de:
 - 1.4.1. Ofrecer toda la atención.
 - 1.4.2. Desarrollar la prevención a través de las RIAS (Rutas Integrales de Atenciones en Salud).
 - 1.4.3. Construir los programas para atender las enfermedades crónicas (rehabilitación).
 - 1.4.4. Implementar las políticas de salud pública emanadas del Estado que impliquen acciones prestacionales.
 - 1.4.5. Saber cuáles son las redes con que cuenta para:
 - 1.4.5.1. Remitir a la especialidad.
 - 1.4.5.2. Remitir a urgencias.
 - 1.4.6. Construir los programas de participación comunitaria en:
 - 1.4.6.1. Cuidadores de salud.
 - 1.4.6.2. Dentro del sistema (alianzas de usuarios, veedurías, COPACOS).
 - 1.4.7. Construir las alianzas con otros sectores de la zona geográfica donde viven las familias, tales como colegios, jardines, ICBF y juntas de acción comunal.
2. La administración se hará a través de las RISS, teniendo en cuenta que la fuerza del sistema ha de estar en los equipos primarios por ser los encargados de hacer real la APS para las familias. ¡Esta es la relación clave!

Para que esto funcione existen varias condiciones:



SISTEMA DE TODOS Y PARA TODOS BASADO EN USAR LO MEJOR POSIBLE LO QUE SE TIENE, PARA ALCANZAR EL MÁXIMO GRADO DE SALUD POSIBLE PARA TODOS.

- La concepción por parte de todos (familias, prestadores y administradores) ha de ser que se trata de un sistema "común" que debe ser manejado de la forma más transparente y responsable posible. Las personas y sus familias harán el uso más adecuado del sistema, los prestadores ejercerán basados en la mejor evidencia disponible (de acuerdo con las guías disponibles) y los administradores entenderán que su papel es apoyar el buen funcionamiento de los equipos.
- Contratación digna para los equipos de salud y, a su vez, que los miembros de estos equipos consideren como su proyecto de vida la labor que realizan, queriendo decir que trabajarán para ofrecer a las familias el máximo grado de salud posible.



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2RS8Jaw>

Una idea de la equidad en el uso de los recursos ha de establecer que la diferencia entre el máximo salario pagado por el sistema y el mínimo, esté entre una brecha acordada, bajo la concepción de que el sistema está para brindar el máximo grado de salud posible y no para enriquecer a unos pocos.

¿Es posible llegar a ser centenarios con salud?

EL DESAFÍO DE FRENAR EL ENVEJECIMIENTO Y DE GARANTIZAR UNA BUENA CALIDAD DE VIDA A LAS PERSONAS LONGEVAS OCUPA CADA DÍA MÁS A LOS CIENTÍFICOS. UN NUEVO ENFOQUE APUNTA A UTILIZAR TERAPIAS CONTRA ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO.

El último gran hito científico en el mundo de la longevidad se dio en 2016, cuando se confirmó que una mujer japonesa había alcanzado los 117 años de edad. Desde entonces, el mundo se ha interesado cada vez más en cómo lograr una vida larga y saludable. Los científicos están buscando maneras de frenar el envejecimiento y de garantizar una buena calidad de vida a las personas que viven más allá de los 100 años.

Los investigadores están descubriendo que algunas enfermedades asociadas al envejecimiento, como la hipertensión, la diabetes y el colesterol alto, pueden ser prevenidas o tratadas con medicamentos. Esto sugiere que una buena nutrición y un estilo de vida saludable pueden ser clave para una vida más larga y saludable.

Los científicos también están descubriendo que algunas enfermedades asociadas al envejecimiento, como la hipertensión, la diabetes y el colesterol alto, pueden ser prevenidas o tratadas con medicamentos. Esto sugiere que una buena nutrición y un estilo de vida saludable pueden ser clave para una vida más larga y saludable.

Por YOLANDA GONZÁLEZ



La razón y la medida fundamental del sistema es alcanzar el máximo bienestar para la población.

¿Esto es posible? En nuestras manos está el hacerlo real.

REFERENCIAS

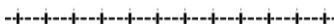
- (1) González JC. Diez razones de optimismo. Carta Comunitaria. 2018; 26(146), 26-29. Disponible en: <https://bit.ly/2VZl8Zr>
- (2) González JC. Ley Estatutaria 1175 de 2015. Carta Comunitaria. 2017; 25(144), 36-42. Disponible en: <https://bit.ly/2HUZYDZ>
- (3) González JC. La tragedia de los campos comunales. Carta Comunitaria. 2018; 26(149):78-81. Disponible en <https://bit.ly/2ARQZez>
- (4) Youtube. A quién le pertenece el mundo. Disponible en: <https://bit.ly/2prGDnM>
- (5) Restrepo J, Jaén J, Espinal J, Zapata P. Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. Gerencia y políticas de salud. 2018; 17(34). Disponible en: <https://bit.ly/2Ddikil>
- (6) Yépez MC, Ricaurte M, Jurado DM. Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia. Univ. Salud. 2018;20(2):97-110. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.114>
- (7) González JC. La situación de los hospitales en 2017. Carta Comunitaria. 2017; 25(145): 12-15. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n145.230>
- (8) Gutiérrez C. El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: Cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Fedesarrollo. Disponible en: <https://bit.ly/2SEJMNw>
- (9) Restrepo GL, González JC. Ante un nuevo paradigma en la salud de Colombia. Carta Comunitaria. 2017; 25(143): 36-46. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n143.82>



Índice de los artículos sobre Seguridad Social publicados de 2015 a 2019

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)	https://bit.ly/2WVGWpu
Informes de bolsillo de la Salud Pública en Colombia	Juan Carlos González Q.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.



Salud Pública

INFORMES DE BOLSILLO DE LA SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA

Juan Carlos González Quiñones^{†††}



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2E2xDwg>

A riesgo de no poder mejorar lo existente, pero con el fin de contribuir a su visibilidad, presentamos un resumen del muy buen informe elaborado por el Observatorio Nacional de Salud que se encuentra disponible en <https://bit.ly/2E2xDwg>.

1. Morbilidad, mortalidad y discapacidad

 Los eventos más consultados en el sistema de salud son las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial de salud oral e hipertensión arterial.

 El evento con mayor incidencia es la enfermedad diarreica aguda seguida por la infección respiratoria aguda.

 La enfermedad coronaria ocasiona la mayor cantidad de muertes en el país.



Las principales causas de Años de vida potencialmente perdidos (AVPP) son las lesiones de causa externa y las enfermedades no transmisibles.



Se evidencian desigualdades sociales en salud tanto para morbilidad como mortalidad en varios eventos.



En discapacidad hay una mayor prevalencia conforme aumenta la edad y los más afectados son los de peores condiciones socio-económicas.

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



Para estudiar

Al respecto, sin duda debemos aprender a identificar la enfermedad oral, la hipertensión y dominar el enfoque para el manejo de la diarrea. Hemos de volvernos unos expertos en estilos de vida saludable si queremos impactar la primera causa de muerte de Colombia que ahora es la enfermedad cardiovascular. Asimismo, hemos de aprender a implementar programas de prevención contra las lesiones externas, definidas como el daño o lesión en una persona en forma

intencional o de manera no intencional, originada por un traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes, etc. puede ser mortal (lesión fatal) o no conducir a la muerte (lesión no fatal). Debemos entender que la desigualdad social es el principal factor determinante y que, cada vez que atendamos a una persona de escasos recursos o población vulnerable, con nuestro actuar podemos disminuir esa brecha.

2. Mortalidad y Salud en fronteras



La tasa de mortalidad general disminuye en el país.



La mortalidad por eventos cardiovasculares predomina en mayores de 75 años.

10

Se mantienen las 10 causas de más muertes.



La Diabetes Mellitus afecta más a las mujeres, especialmente a partir de los 65 años.



Entre 1998 y 2011, se destaca el escalamiento de ciertas enfermedades a los primeros lugares de mortalidad: otras enfermedades digestivas, VIH/SIDA y cáncer de colon.



En lesiones de causa externa, las agresiones y las lesiones de tránsito presentan más casos.



Las agresiones fueron la primera causa de muerte en 1998, la enfermedad cardíaca isquémica en 2011.



Las muertes por agresiones y lesiones de tránsito predominan en hombres desde 15 años.

Colombia viene mejorando en torno a sus indicadores (y bastante).

Dejamos de matarnos entre nosotros y empezamos a morir más por infartos cardíacos luego de los 75 años.

El VIH y el cáncer de colon están incrementándose. Aun así, lamentablemente los indicadores de violencia siguen altos y los accidentes en motocicleta están causando muchos estragos.

Nuestras abuelas van a ser diabéticas de no hacer algo pronto.

Seguimos por encima de la meta (45 por 100 000) en el número de muertes de nacidos vivos; más evidente (un criterio de inequidad) en las zonas municipales (periferia) que en las grandes ciudades (centro). Se debe trabajar de forma intersectorial si pretendemos corregir este objetivo del milenio.

3. Mortalidad evitable



+53%
de muertes entre 1998 y 2012 fueron por causas evitables.

270



184

x 100.000 hab.

La tasa de mortalidad general se redujo al disminuir las ME. La tasa de ME disminuyó de 270 (x 100.000 hab.) en 1998 a 184 (x 100.000 hab.) en 2011. La mortalidad por causas no evitables se mantuvo alrededor de 200 (x 100.000 hab.) durante todo el periodo.



La mayor proporción de ME correspondió a enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares y neoplasias) y lesiones (no intencionales).



Las tasas de ME más altas: Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Cauquetá.



Las ME se concentraron en menores de 5 años y adultos mayores de 65 a 74 años.



Hay variables del contexto social que se asocian con la muerte infantil, independiente de los factores de riesgo individual de la madre.

75% AVPP
↓
PIB 1,6-3,0%

El 75% de los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) entre 1998-2011 correspondieron a causas de muerte evitables que representan el 1,6 y el 3,0% del PIB al año.



Las lesiones de causa externa generaron la mayor pérdida de AVPP.



Entre más altos los índices de pobreza multidimensional municipal y departamental, fue mayor la muerte materna.

Increíblemente podríamos haber evitado poco más de la mitad de las muertes ocurridas entre 1998 y 2012 y esos años de vida perdidos representan casi un 3 % del PIB. Son

las edades extremas donde más ocurre esta mortalidad evitable y, como siempre, son los pobres los que más víctimas ponen.



4. Violencia homicida



La violencia homicida en Colombia es la segunda causa de muerte en los últimos años.

Colombia presentó las tasas de mortalidad por homicidio más altas en América Latina, aunque fue el único país que logró una reducción significativa.

>80

Muertes Evitables x 100.000 hab. de 1991 a 1993 y en 2002.



331.470 muertes por homicidio en Colombia entre 1998-2012. **91,9% fueron hombres, 72,7% tenían entre 15 y 39 años.**

1.878 AVPP



US\$ 936.253

Para 2012, se estima un total de 1.878 (1.543-2.230) Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) causados por muerte por malaria.

El total de costos de la atención de la malaria en Colombia se estimó en US\$936.253 (US\$700.760-1.193.595).



Los homicidios es la principal causa de años de vida perdidos por muerte prematura y costos por mortalidad evitable.

Entre 1979 y 2012, la tasa de mortalidad por homicidio registró los picos más altos.



El 22,2% de los homicidios: **Antioquia** De los 1.123 municipios del país, **27 concentraron el 50% de las muertes** por violencia homicida.

En **203 municipios** ocurrió el **80%** del total de muertes por VH.



La muerte violenta se asoció con municipios de mayor número de acciones armadas, explotación aurífera y la presencia de cultivos de coca.



El riesgo de muerte por homicidio fue mayor en personas con los niveles educativos más bajos.



150 min

Los hombres presentaron mayor cumplimiento de la recomendación de 150 minutos a la semana de actividad física en tiempo libre y como medio de transporte

Si bien Colombia ha mejorado en torno al homicidio, aún tenemos las tasas más altas de Latinoamérica. Los hombres entre los 15 y los 39 años son la población diana. La economía

ilegal (coca y minería ilegal) relacionada con la guerra son los principales factores del mayor número de muertes.

5. Carga de enfermedad



La incidencia de enfermedad isquémica del corazón en el país aumentó 8,2% en mujeres y un 13,2% en hombres.



La prevalencia de hipertensión arterial aumentó, mientras que la mortalidad disminuyó. Las mujeres presentaron la mayor prevalencia.



El accidente cerebro vascular más frecuente fue el isquémico.



La incidencia de diabetes mellitus disminuyó. Las mujeres tuvieron el mayor riesgo de padecer y morir por esto. El riesgo aumentó a partir de los 45 años de edad.



El cáncer de estómago y de próstata causaron más muertes en hombres, mientras que el cáncer de seno ocasionó más defunciones en mujeres.



La prevalencia de EPOC se mantuvo, los hombres los que tuvieron los estimadores más altos. Hubo un aumento sostenido a partir de los 35 años.

Los profesionales de la salud debemos prepararnos más en la prevención primaria, en particular en torno a los estilos de vida, para contrarrestar la inmensa carga que trae la enfermedad cardiocerebrovascular. Un reflejo de que, hoy

por hoy, no estamos trabajando en ello, es el aumento en los casos de hipertensión arterial. El hecho de que no aumentara la incidencia de diabetes, hace vislumbrar algunos resultados de los planes contra la diabetes.



6. Desigualdades sociales



La economía extractiva, la reorganización de las elites en torno a grandes conglomerados económicos y multinacionales y el impacto del narcotráfico, que generan un modelo de desarrollo desigual.

El modelo político es permisivo al no diferenciar entre intereses públicos y privados.



Se tienen pocos datos sobre indicadores en desigualdad para los grupos étnicos. Aun así, existen desventajas en distribución de tierras, educación y nivel socioeconómico.



Hay una tendencia hacia el aumento de la expectativa de vida en hombres y mujeres. Los más desaventajados de acuerdo al PIBpc y Gini tienen una expectativa de vida menor.



Se requieren metodologías de análisis robustas para evidenciar la relación entre las desigualdades y la salud.



Las políticas públicas que incorporan los determinantes, aumentan en la región y en Colombia.



Los principales avances según los actores sociales son en normatividad, infraestructura, servicios públicos y programas sociales de salud.



La asimetría en tenencia de la tierra, tiene un impacto en las condiciones de vida de la población rural, dado que es una fuente de riqueza, poder y prestigio, siendo una fuente de desigualdad y conflicto social.



Hay desigualdades en la práctica de actividad física entre hombres y mujeres.



Los ejes de desigualdad más relevantes son el nivel educativo, socioeconómico y aseguramiento.



Los hijos de las madres con menor nivel educativo e índice de riqueza, tienen mayor desnutrición, la brecha es mayor en el área rural.



El nivel educativo y de aseguramiento son ejes de desigualdad para la mortalidad materna en zona rural dispersa.



Las líneas de acción de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

La evidencia de las peores condiciones de salud y de vida en general, de la población más pobre es muy clara. Los servicios de salud debemos tomar conciencia de que, con nuestro actuar en la atención a los más pobres, podemos hacer enormes diferencias. ¿Cómo? Ofreciendo una atención más integral,

procurando ir más allá de la atención de la enfermedad del momento e indagando, por ejemplo, sobre estilo de vida. Si a esto pudiésemos agregar la continuidad de un equipo de salud, es probable que los servicios se conviertan en una forma de compensar esas desigualdades.

7. ASIS



Hay compromiso nacional en la implementación de la metodología ASIS a nivel territorial que incluye el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud.



Las entidades territoriales departamentales y municipales tienen diferentes capacidades para desarrollar la metodología ASIS y esto se refleja en diferencia de calidad y profundidad en los resultados.



La metodología ASIS es débil en caracterizar la situación de salud de grupos étnicos víctimas del conflicto armado. Falta mejorar en el reconocimiento de la heterogeneidad de las comunidades étnicas.



El Chocó y La Guajira tienen los peores indicadores en mortalidad infantil y materna y desnutrición en menores de 5 años.

Existen brechas entre la información del ASIS y la toma de decisiones en salud.



El ASIS avanza en el reconocimiento de los enfoques diferenciales y de derechos de las comunidades para reconocer sus realidades y particularidades que inciden en sus condiciones de salud.



En La Guajira es mayor el riesgo de desnutrición infantil crónica para hombres en áreas urbanas, no afiliados al sistema de salud.



En el Chocó el uso de sustancias tóxicas, como el mercurio, en la explotación minera, tiene efectos significativos en el ambiente y la salud de las personas, sin que haya reacción evidente de las autoridades o los actores del sistema de salud.



En el Tolima hay altos indicadores de mortalidad y morbilidad por enfermedades cardiovasculares, siendo la obesidad y la hipertensión arterial los factores de riesgo más importantes. Esto se incluye en los planes de salud territorial pero no hay resultados de políticas al respecto.

El modelo ASIS (Análisis de la Situación de Salud) es la metodología propuesta para hacer el diagnóstico en salud de la población y, con base en esta, tomar las decisiones. Tiene

la ventaja de que, si se hace de forma similar, la información obtenida (los indicadores) cobran mayor relevancia.



8. Clase social y salud



En Colombia la pequeña burguesía, clase heterogénea que da cabida al trabajo informal y autoempleo, es predominante tanto en trabajadores como población general.



Las diferentes clases sociales cuentan con un nivel similar de afiliación al sistema de salud.



Los campesinos, obreros agropecuarios y trabajadores domésticos poseen los peores indicadores, especialmente a nivel de condiciones de vida, niveles de pobreza, enfermedad autopercebida y acceso a la atención de enfermedades crónicas.



La pequeña burguesía y los obreros industriales se caracterizan por tener niveles intermedios en la mayoría de indicadores, aunque los primeros poseen bajos niveles de afiliación al sistema pensional.



Los profesionales/técnicos, empleados y directivos tienen los mejores resultados, destacando el menor porcentaje de discapacidad y de enfermedad autopercebida, las mejores condiciones de vida, así como los mayores niveles de afiliación a pensiones.

¡Qué interesante la visión social y cómo influye en la salud! A la larga y de una u otra forma, influye de seguro como reflejo de lo que agrupamos como determinantes sociales.

9. Conflicto armado y salud



En el centro y sur del país están los grupos de municipios con bajo y leve índice de Intensidad del Conflicto (IIC).

Vista Hermosa (Meta), Tibú (Norte de Santander), Granada, San Luis y San Carlos (Antioquia) tienen los más altos niveles de IIC.



Malaria: 356.972 casos por *P. vivax*; 168.468 por *P. falciparum*; 6.433 mixta; 3.668 complicada; en total ocasionaron 1.420 muertes. En todos los casos, entre el 60% y el 70% corresponden a hombres.

Leishmaniasis: 125 casos de mucosa, 170 de visceral; causaron 131 muertes, el 61,1% eran hombres.

Fiebre amarilla: 54 muertes.

Entre 1998 y 2015:

362.856 homicidios, el 91,9% (333.511) correspondieron a hombres.

Los municipios de mayor intensidad del conflicto presentan las tasas más altas por homicidio.



Murieron 40.579 personas a causa del VIH/SIDA, más de dos tercios eran hombres. El riesgo en las mujeres aumentó, no hay una relación directa con el índice del conflicto.



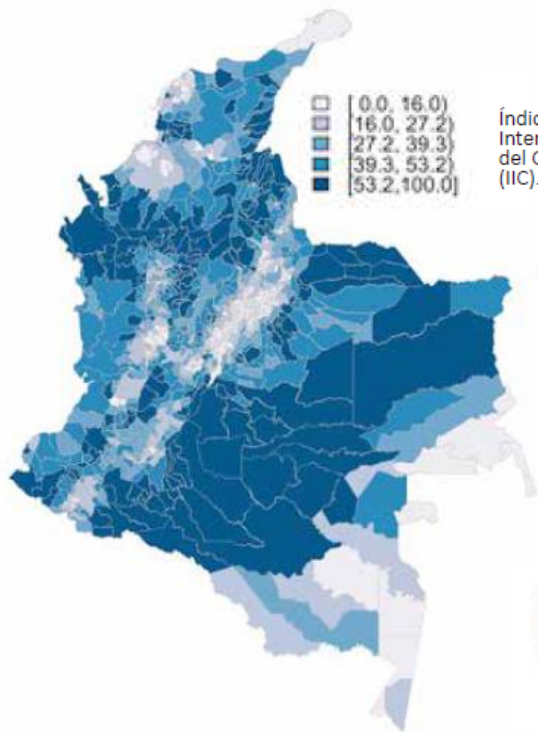
195.908
muertes de menores de un año

Murieron 195.908 menores de un año, entre mayor IIC en los municipios, mayor razón estandarizada de mortalidad (REM), la peor situación está en Casanare y Antioquia.



Tuberculosis: 17.873 casos.

Es enorme la influencia del conflicto armado en torno a la salud. De hecho, tal vez sea en principal determinante social, pues en los sitios donde existe y persiste se dan casi todas las condiciones sociales y económicas que reflejan pobreza y atraso.



Índice de Intensidad del Conflicto (IIC).



Las personas expuestas al conflicto presentan más trastornos mentales, en particular trastornos de ansiedad; además, sufren mayores niveles de sentimientos de angustia, depresión e infelicidad y exposición a otros tipos de violencia.



28.938 mujeres fallecieron a causa de Cáncer de Cuello Uterino, hay más riesgo para las mayores de 65 años y quienes viven en municipios con mayor intensidad de conflicto.



La hipertensión arterial presenta mayor mortalidad a mayor intensidad de conflicto. La enfermedad isquémica del corazón genera más mortalidad en hombres que en mujeres.



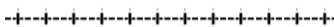
Los municipios más afectados por el conflicto tiene peor cobertura para todas las vacunas.

Como se observa en este mapa, es de esperar que con la firma de los acuerdos de paz exista un cambio muy importante en este panorama.

Creemos que este documento, realmente ilustra de forma muy sencilla el panorama de Salud Pública de nuestro país.

Índice de los artículos sobre Salud Pública publicados de 2015 a 2019

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)	https://bit.ly/2I90fn
"Informe de bolsillo de la Salud Pública en Colombia"	Juan Carlos González Q.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.





Caso clínico

DOLOR ABDOMINAL EN NIÑOS

Camilo Ayala⁺⁺⁺
 Juan Carlos González Quiñones^{§§§}



Esteban de 10 años es traído por su hermana (adolescente) por presentar dolor abdominal.

Paciente masculino de 10 años de edad quien consulta en compañía de su hermana (Valentina) por presentar cuadro clínico de un mes de evolución consistente en dolor en mesogastrio punzante de intensidad 5/10 que se irradia a fosa iliaca derecha, niega emesis, niega meteorismo, niega diarrea, **lo asocia al consumo de alimentos**, 20 minutos después de la ingesta. Refiere que, desde el nacimiento, ha presentado intolerancia a la lactosa; niega que en la familia haya otra persona que presente los síntomas, no se automedica. Actualmente asintomático.

Vive con el papá, la mamá y los hermanos, en apartamento con todos los servicios, ubicado en estrato tres. Duerme en una habitación con la hermana; su horario de sueño es regular, sin ronquidos ni pesadillas. Su alimentación consiste en jugo y pan para el desayuno, en el colegio recibe medias nuevas, almuerzo con plátano, pollo y arroz; consume pocas frutas y no consume verduras. La cena es lo que sobra del almuerzo. Consume proteínas 7/7, frutas 3/7, verduras 0/7 y, calóricos, 7/7. Come solo, sin horarios establecidos, cuatro veces al día.

Se encuentra cursando 4° grado de primaria con "buen rendimiento académico"; no ha perdido ninguna materia. Su clase favorita es Artes y, la que menos le gusta, es Español. Se lleva bien con todos sus compañeros y profesores y tiene tres mejores amigos. Va al colegio con la madre y la hermana a las 6:30 am.

No tiene horarios establecidos para ver televisión, jugar, hacer oficios básicos ni para comer; sin embargo, permanece muchas horas interactuando en el celular. Las relaciones en casa son muy afectuosas y dice que pelea mucho con su hermano, no dice por qué. Se le corrige hablándole y con castigos como dejar de usar el celular.

Se baña todos los días, se cepilla los dientes dos veces al día, la hermana le corta las uñas de las manos y de los pies cada 15 días. Su última consulta de crecimiento y desarrollo fue hace cinco meses y medio, cuando encontraron peso y talla "bajo" para la edad, pero con curva ascendente. Fue desparasitado hace un año. La fecha de última cita odontológica fue hace una semana por caries; le realizaron limpieza y colocaron una calza. La cita de optometría fue hace un año; refirió normalidad. No trae carné de vacunación, refiere que tiene todas las vacunas al día.

La revisión por sistemas es contestada por la hermana:

Síntomas generales: Niega astenia, niega adinamia, niega fiebre en los últimos días, niega anorexia, niega inapetencia por ningún grupo alimentario, niega disminución o aumento de peso sin causa aparente, niega dificultades en el sueño.

Sistema digestivo: Niega dificultad para comer, vómitos o diarrea. Hábito intestinal: 2x1 de características normales, marrón, sin moco o sangre. No ha presentado distensión o dolor abdominal. Refiere intolerancia a la lactosa desde el nacimiento. Niega melenas, sangrado activo o hematemesis niega masas en pared abdominal.

Inmunológicos: No trae carné. La hermana afirma que tiene todas las vacunas al día.

Desparasitación: Hace un año.

Resto de antecedentes normales. Una tía materna es diabética.

Examen físico: paciente en buen estado general, afebril, alerta, activo, hidratada.

Signos vitales:

TA: 110/80 mmhg **FC:** 87 lpm **FR:** 15 rpm **T°:** 35,4 grados **sato2:** 94 %.

Perímetro cefálico: 54 cm.

Peso: 26,5.

Talla: 1,29.

IMC: 15,9.

⁺⁺⁺ MD. Especialista Med. Familiar Integral, Gerencia en Salud – camilo.ayala@juanncorpas.edu.co

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





Abdomen

Auscultación: Ruidos intestinales presentes, sin alteración en la intensidad o frecuencia. No soplos mediales ni pararrenales.

Inspección: Escaso panículo adiposo, ombligo normal, no cicatrices ni otras lesiones primarias o secundarias, no alteraciones a nivel de color, no circulación colateral no masas evidentes ni pulsaciones visibles.

Palpación: Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal (signo del rebote o signo de Blumberg negativo, signo de Mcburney, signo de Rovsing, signo de pie talón, signo de murphy, signo del psoas y signo obturador, negativos). Puño percusión negativa. No se palpan masas, ni visceromegalias.

Medidas antropométricas:

5-17 años: Talla/Edad: normal.

IMC/Edad: Entre 0-1.

Tamizaje respiratorio: negativo.

Resto de examen: normal.

¿Un primer descarte?



Imagen tomada de: <https://goo.gl/TP9a1B>

Algunos médicos hacen sus primeras reflexiones diagnósticas descartando lo más grave. Por supuesto que todos los dolores se prestan para tal enfoque. Resulta evidente que este caso se trata de un dolor abdominal sin signos de alarma, incluso

no se puede precisar si es recurrente (no describe episodios previos) y que, por las características que describe la historia, no parece tener ninguna condición crítica.

¿Signos de alarma?

Así es, y se refiere a manifestaciones que, de estar presentes, hacen que el enfoque diagnóstico sea diferente al que, de seguro, como en este caso se hará.

Hallazgos de alarma en la evaluación de niños con dolor abdominal crónico

	Significado potencial
Hallazgos historicos	
Pérdida de peso involuntaria	Malabsorción (EII, enfermedad celiaca, pancreatitis), malignidad
Dificultad para tragar (disfagia) o dolor para tragar (odinofagia)	Esofagitis eosinofílica, esofagitis por píldora, esofagitis infecciosa, acalasia
Vómito significativo (bilioso, prolongado, proyectil o preocupante)	Enfermedad ácido-péptica, síndrome de vómitos cíclicos, gastroenteritis eosinofílica, obstrucción intestinal, enfermedad hepatobiliar, metabólica (p. Ej., DKA, crisis suprarrenal), colecistitis, lesión intracraneal
Diarrea crónica severa (≥3 deposiciones sueltas o acuosas por día durante más de dos semanas) o diarrea nocturna	Infección entérica (parasitaria, bacteriana, viral), EII, deficiencia inmunológica, enfermedad celiaca, enteropatía inducida por proteínas de los alimentos
Fiebre inexplicable	Proceso infeccioso o inflamatorio; fiebre mediterránea familiar
Síntomas urinarios (cambio en la función de la vejiga, disuria, hematuria, dolor en el flanco)	Infección urinaria recurrente; nefrolitiasis
Dolor de espalda	Dolor referido (p. Ej., Pancreatitis crónica)
Antecedentes familiares de EII, enfermedad celiaca, enfermedad de úlcera péptica.	EII, enfermedad celiaca, enfermedad de úlcera péptica
Diarrea sanguinolenta	IBD
Melena (heces negras, alquitranadas)	Enfermedad péptica ácida, divertículo de Meckel.
Cambios en la piel (erupción, eccema, urticaria).	EII, enfermedad celiaca, alergia alimentaria.

Tomado de: Uptodate (1) Chronic abdominal pain in children and adolescents: Approach to the evaluation.

La presencia de alguna de las manifestaciones mostradas en la imagen anterior se convierte en orientadora de patologías de base que ameritan estudiarse. Por ende, el buscarlas

resulta importante en el enfoque. La historia de Esteban descarta cualquiera de estas manifestaciones.



Ahora sí, ¿ante qué estamos?

Ante un primer episodio de un dolor abdominal que, al parecer, no compromete severamente la condición. Algunos autores mencionan como dolor recurrente si aparece al menos una vez en el último mes y si son más de dos episodios en los últimos tres meses (2). Como tal, es una situación que se presenta con una prevalencia entre un 10 % y un 17 % de

las consultas de niños y adolescentes que es importante diferenciar del típico dolor agudo de pacientes que acuden con mayor frecuencia al servicio de urgencias (la intensidad del dolor resulta orientadora). Como se observa, en el caso de Esteban, el tiempo de evolución tampoco permite usar esa clasificación (dolor recurrente).

Un problema frecuente

El encuentro en la consulta con dolor abdominal en niños y adolescentes es frecuente, y es importante saber orientarlo, siendo difícil de precisar (3). En Estados Unidos y Europa constituye la segunda causa de ausentismo escolar (4). La Pediatría le ha dedicado todo un capítulo a su clasificación

denominado Roma que se ha venido modificando con base en los hallazgos. La última clasificación es ROMA IV (5), que es por completo orientadora del denominado dolor funcional. La siguiente imagen la muestra:

Criterios diagnósticos de Roma IV para trastornos del dolor abdominal funcional en niños / adolescentes

Criterio universal: después de una evaluación apropiada, los síntomas no pueden explicarse completamente por otra condición médica
Dispepsia funcional
Además del criterio universal, al menos dos meses con ≥ 1 de los siguientes síntomas molestos en ≥ 4 días por mes: <ul style="list-style-type: none"> Plenitud postprandial Saciedad temprana Dolor o ardor epigástrico no asociado con la defecación
Síndrome del intestino irritable
Además del criterio universal, ≥ 2 meses con dolor abdominal asociado con uno de los siguientes en ≥ 4 días por mes: <ul style="list-style-type: none"> Relacionados con la defecación. Cambio en la frecuencia de las heces. Cambio en la forma (aparición) de las heces. <p>En niños con estreñimiento, el dolor no se resuelve con la resolución del estreñimiento (la resolución del dolor indica estreñimiento funcional)</p>
Migraña abdominal
Además del criterio universal, todos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Episodios paroxísticos de dolor abdominal intenso, agudo, periumbilical, de línea media o difuso que dura ≥ 1 hora (el dolor abdominal es el síntoma más grave y angustiante) al menos dos veces en un período de seis meses Los episodios están separados por semanas o meses. El dolor es incapacitante e interfiere con las actividades normales. Patrón y síntomas estereotipados en el paciente individual. El dolor se asocia con ≥ 2 de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Anorexia Náusea Vómito Dolor de cabeza Fotofobia Palidez
Dolor abdominal funcional - no especificado de otra manera
Además del criterio universal, todos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Ocurre ≥ 4 veces por mes durante ≥ 2 meses Dolor abdominal episódico o continuo que no se presenta únicamente durante los eventos fisiológicos (p. Ej., Alimentación, menstruación) Criterios insuficientes para el síndrome del intestino irritable, la dispepsia funcional o la migraña abdominal
Estreñimiento funcional *
Además del criterio universal, ≥ 2 de los siguientes ocurren ≥ 1 veces por semana durante > 1 mes con criterios insuficientes para un diagnóstico de síndrome de intestino irritable: <ul style="list-style-type: none"> ≤ 2 defecaciones en el baño por semana en un niño en edad de desarrollo de ≥ 4 años ≥ 1 episodio de incontinencia fecal por semana Historial de postura retentiva o retención excesiva de heces volitivas Presencia de una gran masa fecal en el recto. Antecedentes de heces de gran diámetro que pueden obstruir el inodoro.

* El estreñimiento funcional no se clasifica como un trastorno de dolor abdominal funcional en la clasificación de Roma IV. Sin embargo, se incluye en esta tabla como una causa común de dolor abdominal crónico en niños.

Adaptado de: Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Trastornos gastrointestinales funcionales infantiles: niño / adolescente. Gastroenterología 2016; 150: 1456.

Como se observa en la imagen, ahí están las más probables causas de los dolores funcionales o recurrentes.



CAUSA ORGÁNICA

- COMUNES:
- Trastornos dispépticos ácidos
 - Síndromes de mala absorción.
 - Enfermedad Celíaca
 - Dismenorrea
 - Reflujo Gastroesofágico
 - Dolor musculo esquelético



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

CAUSA "FUNCIONAL"

- COMUNES:
- Dispepsia funcional
 - Síndrome de intestino irritable
 - Migraña abdominal
 - Dolor funcional
 - Estreñimiento funcional

¿Por qué duele el abdomen?

Se ha propuesto que sea debido a dos causas:

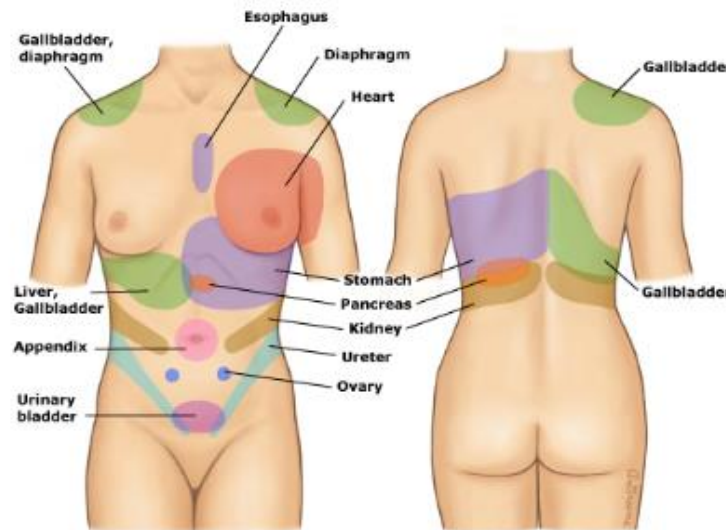
1. **El estiramiento** como principal estímulo mecánico que provoca dolor visceral por distensión, contracción, tracción, compresión o torsión.
2. Por **estímulo químico**. Debido al estímulo de sustancias químicas tales como la bradicinina, la

serotonina, la histamina y las prostaglandinas, que se liberan ante la inflamación o la isquemia.

Estos componentes ligados a los estímulos cerebrales forman parte de la patogénesis del dolor abdominal crónico y permiten entender la importancia de lo emocional en sus manifestaciones.

¿Y el dolor referido del abdomen?

Patrones de dolor abdominal referido.



El dolor de las vísceras abdominales a menudo (pero no siempre) se localiza de acuerdo con el origen embriológico de la estructura, con estructuras anteriores (boca a la mitad proximal del duodeno) que se presentan con dolor abdominal superior, estructuras del intestino medio (mitad distal del duodeno a la mitad del colon transverso) con dolor periumbilical y estructuras del intestino posterior (resto del colon y recto, órganos genitourinarios pélvicos) que se presentan con dolor abdominal inferior. La radiación del dolor puede proporcionar información sobre el diagnóstico. Como ejemplos, el dolor de la pancreatitis puede irradiarse hacia la espalda, mientras que el dolor de la enfermedad de la vesícula biliar puede irradiarse hacia el hombro derecho o la región subescapular.

Tomado de Uptodate: Chronic abdominal pain in children and adolescents: Approach to the evaluation

Se refiere a aquellos casos donde ciertamente un órgano está comprometido (por ende, ya no es funcional) y cuyos dermatomas comparten el mismo nivel en la médula.



¿Qué se sabe de ese dolor funcional?



RESEARCH ARTICLE

Epidemiology of Pediatric Functional Abdominal Pain Disorders: A Meta-Analysis

Judith J. Korterink*, Kay Diederer, Marc A. Benninga, Merit M. Tabbers

Department of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, Emma's Children's Hospital Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

* j.j.korterink@amc.nl

El metaanálisis de Korterink (2) aportó datos muy interesantes, tales como:

1. Es al menos una vez y media más frecuente en la mujer.
2. No tiene una edad prevalente.
3. Está más relacionado con niños y jóvenes con componentes psicosociales tipo ansiedad y depresión.
 - 3.1. Se observa cuatro veces más en jóvenes que tienen problemas con los demás en el colegio.
4. Los casos presentan menor calidad de vida comparados con los que no lo padecen de acuerdo con la escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (6).
5. Los casos presentan más condición de estrés en sus vidas.

Con base en esto se entiende la importancia del enfoque biopsicosocial ante los jóvenes que presenten estas manifestaciones. Vale la pena insistir en ello pues el dolor funcional se sospecha cuando se ha descartado el dolor orgánico.

La historia: clave en la orientación



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

Precisemos las características del dolor funcional:

- ✓ En torno al sitio: mal definido (periumbilical).
- ✓ Duración: menos de una hora.
- ✓ Evolución: mejora sin intervenciones farmacológicas.
- ✓ Puede acompañarse de manifestaciones autónomas (palidez).
- ✓ La sobrecarga emocional puede ser factor relacionado y desencadenante.
- ✓ No tiene signos de alarma.



Nuestro caso

Claramente se trata de un dolor abdominal, primer episodio, sin signos de alarma y que, incluso, aún no tiene evolución suficiente como para ser clasificado. Lo importante es observar que no es grave (no tiene compromiso de signos vitales) y eso se deberá explicar al niño y a la familia.

Como se observa, a Esteban se le realizó una historia bastante completa y la revisión por sistemas dejó en claro la ausencia de manifestaciones constitucionales (pérdida de peso relacionada o fiebre), dificultad para tragar, vómitos o diarrea, síntomas urinarios, dolor de espalda o heces oscuras. Al examen, es importante indagar y descartar que se esté estancando en el crecimiento (síndromes de mala absorción), úlceras orales o anomalías perianales (malabsorción),

dolores localizados a la palpación o hepatoesplenomegalia). Una vez más, Esteban no presenta nada de ello. ¿Se deben pedir paraclínicos?

Realmente se piden cuando existen signos de alarma de sospecha de enfermedad orgánica. Para el dolor funcional **no existe examen que lo identifique** (7). Por ende, en nuestro caso, el ponerlo en observación ha de ser el plan a seguir. Vale la pena insistir en indagar por qué afirman que tiene intolerancia a la lactosa y en la valoración psicosocial que, en este caso, a partir de primer interrogatorio, no parece estar comprometido.

En síntesis y ante este caso



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2TT3J4>

El análisis diría que se trata de un joven con primer episodio de dolor abdominal, sin signos de alarma y sin sospecha de dolor orgánico, con componentes psicosociales aparentemente normales y, en el momento, asintomático. Se hace un diagnóstico de probable dolor funcional (8) y se da explicación al joven y a la hermana. Se cita nuevamente en un mes para poder evaluar.

Y de la prevención ¿qué?

Al revisar la guía de mantenimiento de la salud se observa que Esteban está en buenas condiciones. Lo único llamativo es que no haya sido alguno de los padres el que lo trajera. Pero la hermana explica que ambos están trabajando y que ella puede hacerlo con gusto. No se observa ni parece que existe privación afectiva.

Ahora esperar que Esteban vuelva a su control, el que, por supuesto, es clave que sea realizado por el mismo médico que lo atendió en su primera consulta.

REFERENCIAS

- (1) Fishman M, Aronson M, Chacko M. Chronic Abdominal Pain in Children and Adolescents: Approach to the Evaluation. Uptodate. Disponible en: <https://bit.ly/2GujbyG>
- (2) Berbel O, Clemente F, García G, Pereda A. Dolor abdominal crónico y recurrente. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. Disponible en: <https://bit.ly/2Rybrz0>
- (3) Rodríguez L, Faúndez R, Maure D. Dolor abdominal crónico en Pediatría. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2012 Jun [citado 2019 Ene 14]; 83(3): 279-289. Disponible en: <https://bit.ly/2SaQvSx>
- (4) Korterink JJ, Diederik K, Benninga MA, Tabbers MM. Epidemiology of Pediatric Functional Abdominal Pain Disorders: A Meta-analysis. PLoS One. 2015;10(5):e0126982. Published 2015 May 20. doi:10.1371/journal.pone.0126982
- (5) Blesa LC. Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 99-114.
- (6) OMS [Internet]. Instrumento de calidad y derechos de la OMS. Disponible en: <https://bit.ly/2BpeDXb>
- (7) Gieteling MJ, Bierma SM, Passchier J, Berger MY. Prognosis of Chronic or Recurrent Abdominal Pain in Children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008 Sep;47(3):316-26. doi: 10.1097/MPG.0b013e31815bc1c1
- (8) Barrio J et al. Protocolo de dolor abdominal crónico. Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada AMPap-Gastrosur 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2RL161G>



Índice de los casos clínicos publicados de 2015 a 2019

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)	https://bit.ly/2MZ1Krq
Dolor abdominal en niños	Camilo Ayala M. Juan Carlos González Q.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.





Revisión de artículo

12 RECOMENDACIONES PARA DIRIGIR LA INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA

Resumen por Jenny Pinzón****

Resumen del artículo "Twelve tips for conducting collaborative research in medical education".
Disponible en: <https://bit.ly/2t5xFNA>



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

Sea por tener una idea o interés en común o, en respuesta a alguna solicitud en particular, los grupos colaborativos de investigación ofrecen a la educación médica oportunidades significativas para los investigadores que deseen unir recursos limitados y expandir redes profesionales. Por otro lado, el trabajar en diferentes entornos comparativos contribuye a mejorar el diseño de los estudios y a añadirles rigor. Sin embargo, este tipo de investigación plantea desafíos logísticos obvios (falta de estructura organizativa, de supervisión administrativa, de apoyo, de liderazgo y financiación), por lo que su implementación ha sido difícil. Este hecho ha contribuido a una crítica persistente de la investigación en educación médica, a saber, la falta de

estudios rigurosos de alta calidad con resultados que no pueden generalizarse. A su vez, el trabajo colaborativo plantea los retos de mantener el interés y el entusiasmo en los miembros del grupo, compartir la carga de trabajo y asignar crédito por los productos académicos resultantes. El artículo "Twelve Tips for Conducting Collaborative Research in Medical Education", ofrece 12 recomendaciones para asegurar una colaboración exitosa en la investigación. A continuación, se presenta un resumen de dichas recomendaciones, organizadas por los autores*** en tres fases características del trabajo colaborativo, a saber, la planificación, la implementación y la difusión de los resultados.

Consejos para la fase de planeación

1. Elegir un tema emocionante que sea viable de desarrollarse

En esta fase es clave establecer metas claras y refinar la pregunta del estudio. Para ello es importante alentar a los participantes a:

- ✓ Expresar los temas que les apasionan (hay más probabilidad de que los participantes mantengan su entusiasmo con la pregunta a responder y el resultado a medir si se trata de una cuestión que les interese).
- ✓ Compartir sus experiencias.
- ✓ Definir sus áreas de especialización.

**** Coeditora Carta Comunitaria. jenny.pinzon@juanncorpas.edu.co

**** Huggett KN (Creighton University School of Medicine, USA), Gusic ME (Indiana University School of Medicine, USA), Greenberg R (University of Louisville School of Medicine, USA) y Ketterer JM (National Board of Medical Examiners, USA).

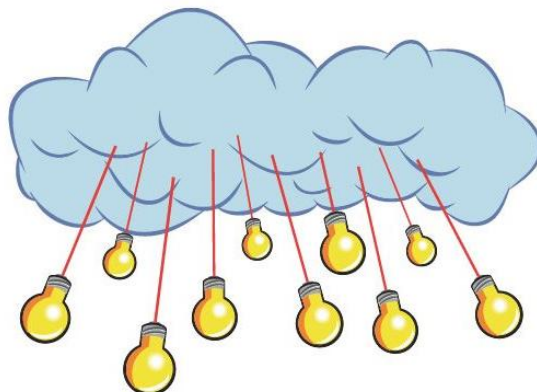


Imagen tomada de: <https://bit.ly/2TDMNOF>

Una "lluvia de ideas" ayuda a identificar los intereses de los participantes y a establecer una conversación sincera sobre los posibles temas para el proyecto. Por otro lado, la revisión de literatura asegurará que los participantes establezcan la

importancia de las preguntas que desean abordar. Este paso confirma la razón para realizar el estudio y es un elemento crítico para asegurar que se cumplan los estándares académicos.

Para el desarrollo de la pregunta...

Una nemotecnia útil para guiar el desarrollo de la pregunta tanto en investigaciones de educación como en las clínicas es FINER:

- F**actible
- I**nteressante
- N**ovedosa
- É**tica
- R**elevante

Los proyectos factibles son razonables en su alcance, usan métodos prácticos y miden resultados importantes.

Cuando se haya definido el propósito del estudio, es posible concluir que se deben abordar varias preguntas; en ese caso, el grupo puede considerar la creación de pequeños subgrupos para abordar los diferentes aspectos de un proyecto grande, pero se debe dar prioridad a aquellos aspectos que son factibles en el momento y con los recursos disponibles.

2. Identificar personas entusiastas que deseen trabajar sin financiamiento durante la etapa inicial del proyecto



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

Tal como sucede en la creación de una nueva empresa, los educadores que desean realizar un proyecto colaborativo, generalmente donan de su tiempo y recursos a la iniciativa dado que el financiamiento para la investigación en educación y la innovación es limitado y, obtenerlo para un nuevo proyecto o programa que carezca de un historial es, incluso, menos probable.

De acuerdo con algunos estudios citados por los autores, los beneficios intelectuales obtenidos de la colaboración interdisciplinaria constituyen la motivación intrínseca del trabajo universitario cuando la recompensa o los apoyos no están inmediatamente disponibles. Hay múltiples ejemplos de iniciativas que comenzaron sin financiamiento, pero que perseveraron por el entusiasmo de las personas implicadas.



3. Crear la infraestructura: roles, cronogramas, fechas de finalización, expectativas.



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

Como es lógico, los participantes de un proyecto desean que este sea exitoso; para lograrlo es necesario:

- ✓ Discutir los roles, las expectativas y las necesidades del grupo a medida que se van uniendo nuevos miembros. En este punto, la equidad en la contribución que debe hacer cada participante es transcendental para que todos se beneficien de compartir recursos y destrezas. Es importante recordar que el compromiso con el esfuerzo se gana, no solo por las metas compartidas, sino también a través de la responsabilidad compartida. La conversación abierta al comienzo del proyecto permitirá una completa exploración de cómo serán divididas las tareas y las cargas de trabajo dentro del grupo. Se debe recordar que cada miembro trae su experiencia y una perspectiva que contribuye al éxito y que, las relaciones que se generan, añaden más valor a la vida profesional y permiten el desarrollo de nuevas habilidades.
- ✓ Establecer un proceso para manejar cualquier problema o preocupación que surja en las diferentes etapas del proyecto. El, o los líderes, deben estar

preparados para hacerlo. Para ello, es importante asegurar la responsabilidad de los miembros del grupo y, la colaboración debe ser negociada de tal manera que se prevengan los conflictos y se mantengan las buenas relaciones.

- ✓ Elaborar una lista de deberes, una vez se hayan establecido los procesos y las tareas, que incluya:
 - La definición de los medios que se usarán para trabajar (correo electrónico, conferencias telefónicas, recursos web para las reuniones, documentos compartidos, etc.).
 - Las responsabilidades de los miembros.
 - El cronograma con estándares de comparación que describan lo que se espera que haga cada miembro y cuándo; esto es necesario para garantizar el progreso continuo.

Se debe nombrar y empoderar a un líder para los diferentes aspectos del trabajo y animar a los miembros a ser honrados en la cantidad de tiempo y esfuerzo que pueden contribuir y en cuanto a las veces que no puedan ser capaces de participar al mismo nivel.

4. Desarrollar los criterios de autoría anticipada

Los criterios de autoría del *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE, 2008), establecen que cada autor debe hacer una contribución sustancial para el diseño del proyecto, la recolección de los datos y/o el análisis de los resultados del proyecto y la producción, la revisión y la aprobación final de los productos académicos. El autor tiene la responsabilidad de cumplir y verificar estos criterios y es garante del contenido del artículo producto del proyecto. La contribución de un colega, hecha a través de algún consejo sobre el proyecto o de la revisión de un manuscrito antes del envío, se debe reconocer, pero esto no lo convierte en un autor por no haber hecho parte de todos los pasos descritos antes.

Se debe discutir anticipadamente:

- ✓ Los criterios de autoría de los múltiples productos académicos resultantes del proyecto.

- ✓ El orden de la autoría debe ser negociado y discutido anticipadamente cada vez que se comience un producto académico. Este debe reflejar el nivel de contribución. Si todos los autores contribuyen por igual, el grupo puede considerar rotar la primera autoría de acuerdo con los intereses de cada uno; por ejemplo, un participante puede desear ser el primer autor de una presentación para una organización nacional específica de la cual es miembro.

Se espera que el autor principal sea responsable de manejar el proceso hasta crear y enviar el producto, así como de organizar el trabajo para preparar la presentación de este propiamente dicha. Por lo general, debe escribir el primer borrador del manuscrito o asignar partes del artículo a los distintos miembros.



5. Identificar recursos y buscar oportunidades para financiar la colaboración

HELPING HAND



Las universidades y las instituciones académicas a menudo tienen una oficina centralizada para obtener información sobre subvenciones, pero también hay muchos recursos disponibles en Internet (por ejemplo, www.grants.gov) que ayudan a obtenerlas. Por lo general, las agencias de financiación siguen cuatro criterios principales para apoyar un proyecto:

- ✓ La relevancia del estudio para la misión de la agencia.
- ✓ La solidez científica del estudio.
- ✓ La cualificación de los investigadores para realizar el estudio.
- ✓ La adecuación del presupuesto y el cronograma.

Se deben revisar plenamente los requisitos de la financiación para asegurarse de que es una buena opción para el proyecto; una vez se establece esto, todos los miembros del

grupo deben conocer dichos requisitos y seguirlos estrictamente.

La relación entre la calidad de la investigación y la financiación se ha medido de acuerdo con los siguientes criterios que pueden ayudar a los investigadores a evaluar y mejorar sus estudios:

- ✓ Diseño del estudio.
- ✓ Muestreo.
- ✓ Tipo de datos.
- ✓ Validez del instrumento de evaluación.
- ✓ Análisis de datos.
- ✓ Resultados.

6. Obtener la aprobación del organismo institucional encargado

Se deben revisar y cumplir las normas establecidas para los estudios que involucran sujetos humanos, incluida la investigación educativa. Esto es relevante para las agencias otorgantes y las revistas académicas. El objetivo principal de esta revisión es garantizar y proteger los derechos y el

bienestar de los participantes en la investigación. Es fundamental que cada miembro del grupo se familiarice con las normas en torno al tipo de actividades que se llevarán a cabo, la consecución de la población, las políticas para obtener los datos, etc.

Consejos para la fase de implementación





7. Reunirse regularmente

Los autores citan evidencia que muestra que la distancia entre los socios de un proyecto de investigación disminuye la productividad. Por tanto, se precisa de una "conectividad" constante (vía correo electrónico, teléfono, etc.). Por su parte, las reuniones regulares son una excelente estrategia para:

- ✓ Desarrollar un sentido de comunidad y colaboración "real".
- ✓ Generar un sentido de compromiso hacia la iniciativa colaborativa.
- ✓ Proveer oportunidades de actualizarse unos con otros sobre el progreso de las tareas asignadas y planear los pasos siguientes.
- ✓ Motivar a los miembros del grupo.

- ✓ Crear responsabilidad.
- ✓ Ayudar a establecer vínculos y alentar el compromiso de los participantes. Esto es clave para el éxito de los proyectos "multisitio".

Puesto que programar reuniones a menudo es un desafío, es conveniente hacerlo desde el comienzo del proyecto. Se deben celebrar reuniones regulares, incluso cuando la asistencia promete ser muy pequeña; quienes no puedan asistir deben buscar la forma de actualizarse. Esta "conexión" produce resultados positivos y refuerza la cohesión del grupo. Los autores han encontrado que cancelar reuniones es perjudicial para la dinámica del grupo pues debilita el sentido de colaboración y detiene el progreso.

8. Hacer visibles los beneficios del trabajo colaborativo para la institución y sus líderes



imagen: Freepik.com

Es importante tanto obtener como mantener el apoyo institucional desde el principio, así será más probable sostenerlo cuando llegue el momento de tomar decisiones presupuestarias o de determinar prioridades en los ejercicios de planificación estratégica. Los investigadores pueden obtener este apoyo demostrando a las instituciones los beneficios del trabajo colaborativo y cómo su proyecto se relaciona con los objetivos o la visión de la institución.

Se deben explicar los pasos del proyecto e ir mostrando los resultados provisionales de la investigación aprovechando para ello los almuerzos de trabajo, las sesiones educativas o las conferencias de investigación en los diferentes niveles institucionales. Es importante también mostrar el progreso obtenido en el trabajo colaborativo, las publicaciones resultantes y documentar el proceso a fondo desde el comienzo.

El apoyo institucional también se puede obtener involucrando a otros miembros de la institución en la investigación colaborativa, esto puede aumentar el compromiso de la organización con la investigación. Los decanos son contactos valiosos en las instituciones miembros y deben considerarse un recurso estratégico a lo largo del trabajo colaborativo.

9. Aprovechar la tecnología

Si bien la tecnología ciertamente no es la panacea para resolver todas las dificultades que se puedan presentar en un proyecto colaborativo, hay herramientas disponibles en línea que pueden hacer mucho más fáciles y eficientes las actividades requeridas en la investigación colaborativa. Sin duda, pocos discutirían los beneficios del correo electrónico para la comunicación.

Existen plataformas de gestión de proyectos tales como *BaseCamp* (www.basecamp.com) y *Zoho Projects* (www.projects.zoho.com), que van más allá de los servicios de comunicación y sirven como "centro de operaciones", donde se pueden señalar el progreso del grupo, las fechas de reuniones y las tareas asignadas para que todos los colaboradores las vean y se generen recordatorios automáticos que se envían al correo electrónico.

Hay herramientas para realizar tareas de gestión como *Remember the milk* (www.rememberthemilk.com), *HiTask* (www.hitask.com) y *Evernote* (www.evernote.com) y,

empresas como *PBworks* (www.pbworks.com) y *Wikispaces* (www.wikispaces.com) ofrecen wikis gratuitos que pueden facilitar la colaboración, redacción y planificación de la agenda de actividades. *Doodle* (www.doodle.com) es un servicio gratuito basado en la Web que indaga la disponibilidad de los miembros del grupo y muestra los resultados en una tabla simple que facilita la programación eficiente de las reuniones.

Están los servicios de videoconferencia en línea gratis como *MeBeam* (www.mebeam.com) o *Vyew* (www.vyew.com) que pueden ayudar cuando la distancia impide realizar reuniones presenciales.

También hay las herramientas gratuitas disponibles para los procesos de investigación; por ejemplo, *BiomedExperts* (www.biomedexperts.com), una red social basada en citas que puede ayudar en la búsqueda de expertos y *CiteULike* (www.citeulike.org) que permite a los usuarios almacenar, organizar y compartir trabajos académicos de interés.



Una búsqueda en la web arrojará una serie de herramientas gratuitas para muchos otros propósitos relevantes; sin embargo, los investigadores primero deben evaluar si se necesita una herramienta y, de ser así, tomar medidas para identificar la más adecuada con el fin de evitar aquellas que, en vez de simplificar el proceso, lo compliquen. Antes de utilizar cualquier tecnología, es importante garantizar que todos los miembros se sientan cómodos al usarla.



10. Fomentar la participación de todos y encontrar líderes para las tareas específicas

No basta con convocar a un grupo de colegas motivados y entusiastas. Se requiere de la participación activa de todos los miembros del grupo para que el trabajo colaborativo sea efectivo y se mantenga el impulso organizativo. Cuando esto sucede, se obtienen, entre otros, dos beneficios:

- ✓ La diversidad de experiencias enriquece el trabajo.

- ✓ La participación activa y continua promueve un proceso grupal eficiente (cuando todos participan, no se pierde tiempo actualizando a otros o rastreándolos para confirmar que completarán su tarea).

Por el contrario, los "usuarios libres" agotarán rápidamente el tiempo y la energía de quienes verdaderamente estén dedicados al trabajo.



La comprensión de la dinámica de grupo promueve el éxito continuo de la colaboración. Algunos autores la explican a través de diferentes etapas que van desde la formación del grupo, pasando por el establecimiento de normas hasta la ejecución, caracterizada por la responsabilidad compartida. La tensión y el conflicto pueden surgir en las etapas iniciales, pero a medida que se avanza, se refuerza la comunicación, la adaptabilidad y la disposición para avanzar. El reconocer estas etapas es útil para anticipar y abordar los desafíos y desarrollar estrategias para promover la participación a lo largo de la vida del proyecto.

Como es de esperar, la participación variará según la tarea y la fase del proyecto. Si el grupo determina que es más eficiente trabajar en grupos pequeños o hacer tareas individuales, debe haber un líder o coordinador general que

supervise el progreso de los subgrupos o individuos y asegure que se compartan los avances para no duplicar los esfuerzos. Este rol lo puede desempeñar quien convocó inicialmente al grupo u otros líderes que surjan a medida que avanza el proyecto; lo importante es que haya claridad en las expectativas y funciones de cada miembro y en el alcance de sus responsabilidades, especialmente si su ubicación geográfica no permite la comunicación cara a cara pues, cuando se hace vía correo electrónico o por teléfono, pueden haber malentendidos y percepciones erróneas si las conversaciones no son sinceras y los líderes no están en sintonía con los problemas interpersonales y las preocupaciones tácitas. Si se identifica que faltan áreas de especialización entre los miembros del grupo, se puede establecer un proceso para agregar miembros o solicitar ayuda externa.



11. Reconocer cuándo debe terminar o cambiar de dirección la colaboración

Un trabajo colaborativo exitoso produce resultados, especialmente en forma de nuevos entendimientos sobre un tema o problema en particular. La difusión permite compartirlos, pero, a menudo, implica el final del proyecto. Si no se producen los resultados esperados (por diversas razones tales como la disminución del interés por parte de los colaboradores, la falta de fondos o tiempo, etc.), se debe hacer el cierre sin asperezas. Esto se logra si las inquietudes se comparten abiertamente, las conversaciones difíciles se manejan de manera efectiva y la terminación no se prolonga. Si el proyecto hace parte de alguna convocatoria formal o de una organización, en la etapa de planificación se debe

abordar la posibilidad de un cambio de personal y el proceso a seguir en caso de vencerse la subvención para garantizar el cierre adecuado a la obra.

Algunos proyectos exitosos se han seguido desarrollando de forma independiente con colaboradores que realizan estudios derivados del mismo tema o con temas nuevos. Uno de los mayores beneficios de este tipo de trabajos es que crean oportunidades para que los educadores médicos se conecten con colegas de ideas afines, quienes, a su vez, se invitan entre sí para participar en futuras colaboraciones.

Recomendaciones para la fase de difusión de resultados

12. Buscar oportunidades para compartir/divulgar los resultados

Se debe estar alerta a las oportunidades que brinda el trabajo colaborativo realizado en múltiples sitios, el cual tiene las siguientes ventajas:

- ✓ El potencial para una mayor difusión de los trabajos debido a que las oportunidades aumentan a medida que más personas se interesan en participar.
- ✓ Los colaboradores que trabajan en diferentes regiones de un país (o internacionalmente) pueden recibir información sobre reuniones regionales a las que los demás colaboradores no suelen asistir.
- ✓ La oportunidad de crear una red más amplia que, a su vez, beneficia a todos los colaboradores y contribuye a una comunidad más amplia de educadores.



imagen: Freepik.com

Conclusión



El trabajo colaborativo "multisitio" en educación médica no está exento de inconvenientes. La falta de proximidad física requiere que los colaboradores sean sensibles a la construcción de un sentido de comunidad y la necesidad de rendir cuentas al grupo; además, la aprobación de los proyectos puede ser más complicada. No obstante, sus beneficios superan con creces sus desventajas. Compartir la carga de trabajo, desarrollar nuevas relaciones profesionales, aprovechar los recursos y habilidades de los miembros del grupo y ampliar las posibilidades de difusión hacen que el esfuerzo valga la pena.



Índice de las revisiones de artículos publicadas de 2015 a 2019

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/xFg1H2
Tweets geoetiquetados 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/4g3c9q
La vida está en lo más sencillo. A propósito de la recuperación de la falla cardíaca	Jairo Echeverry R.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://goo.gl/HTgbQD
A propósito de la vacuna del VPH	Jairo Echeverry R.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	https://bit.ly/2TIMBgz
12 recomendaciones para dirigir la investigación en educación médica	Jenny Pinzón R.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.





Bioética y Ecología



“CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD”

Resumen por Juan Carlos González Quiñones****



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2HHHiw3>

¿Cómo comprometernos en torno a enfrentar el cambio climático? Habiendo muchísimas formas de hacerlo, en este número queremos poner de manifiesto el llamado que hace la OMS. Nosotros proponemos abordar este tema el mayor

número de veces que sea posible, esperando así contribuir a la toma de conciencia de la situación que vive nuestra humanidad (1).

Datos y cifras

Cambio climático y salud

El cambio climático influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud

- Aire limpio
- Agua potable
- Alimentos suficientes
- Una vivienda segura

Los niños, en particular los de los países pobres, son más vulnerables a los riesgos sanitarios resultantes



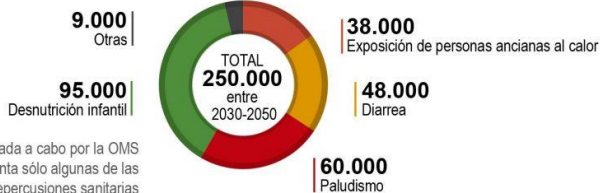
Las enfermedades más mortíferas se agravarán al ser más sensibles al clima

- Diarreas
- Malnutrición
- Malaria
- Dengue

Mejoras en la salud con la reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero mediante avances en:

- Transporte
- Alimentos
- Uso de energía

Defunciones según las repercusiones sanitarias*



*Evaluación llevada a cabo por la OMS teniendo en cuenta sólo algunas de las posibles repercusiones sanitarias

Fuente: OMS

Miguel Mulás / Agencia EFE

Miguel Mulás / Agencia EFE

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



CARTA COMUNITARIA

1. El cambio climático influye en los determinantes de la salud, en particular, en la manera de alimentarnos, en el acceso al agua potable y en la posibilidad de respirar aire limpio.
2. Se predice que mundialmente, entre los años 2030 y 2050, el cambio climático ocasionará 250 000 defunciones por año debido a:
 - 2.1. Malnutrición.
 - 2.2. Paludismo.
 - 2.3. Diarrea.
 - 2.4. Estrés calórico.
3. Se ha calculado que cada año por atención directa de enfermedades ocasionadas por el cambio climático se gastarán entre dos mil y cuatro mil millones de dólares de 2018 a 2030.
4. Una vez más, serán los países con menos recursos los que recibirán el primer gran impacto y tendrán las víctimas.
5. Si la humanidad pudiese controlar la **emisión derivada** de:
 - 5.1. El transporte.
 - 5.2. La elección de los alimentos.
 Se mejoraría el aire y con ello la salud de la humanidad.

Cambio climático

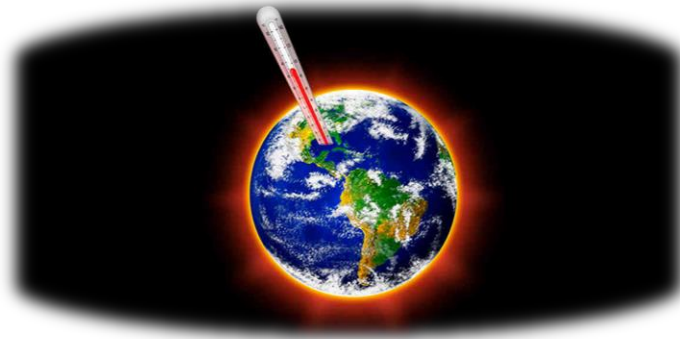
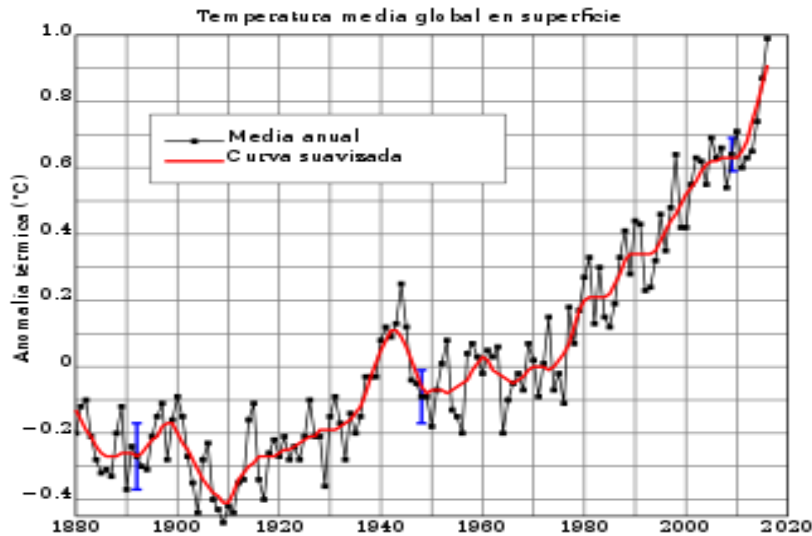


Imagen tomada de: <https://bit.ly/2D1QCW1>

La actividad humana ha liberado cada vez más CO₂ y otros gases que aumentan el **efecto invernadero**, generando así el cambio climático (calentamiento). Esto está bien

sustentado y didácticamente muy bien explicado por el político norteamericano Al Gore en el documental "La verdad incómoda" (2).



Evidencia contundente

La relación entre producción de CO₂ y aumento de la temperatura está demostrada. La expresión climática de dicho aumento de temperatura es el fundimiento de los glaciares y los fenómenos meteorológicos extremos (más huracanes, más fenómenos del niño, etc.).



En salud: calor extremo



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2G1Sf61>

Esta situación se ha incrementado, siendo particularmente peligrosa para la población de tercera edad; un ejemplo de esto son las 70 000 muertes de esta población que dejó la ola

de calor de Europa en 2003 (3). El calor extremo incrementa la contaminación del aire (aumento de ozono) y aumenta los niveles de polen y otros alérgenos.

Desastres naturales y variación de la pluviosidad

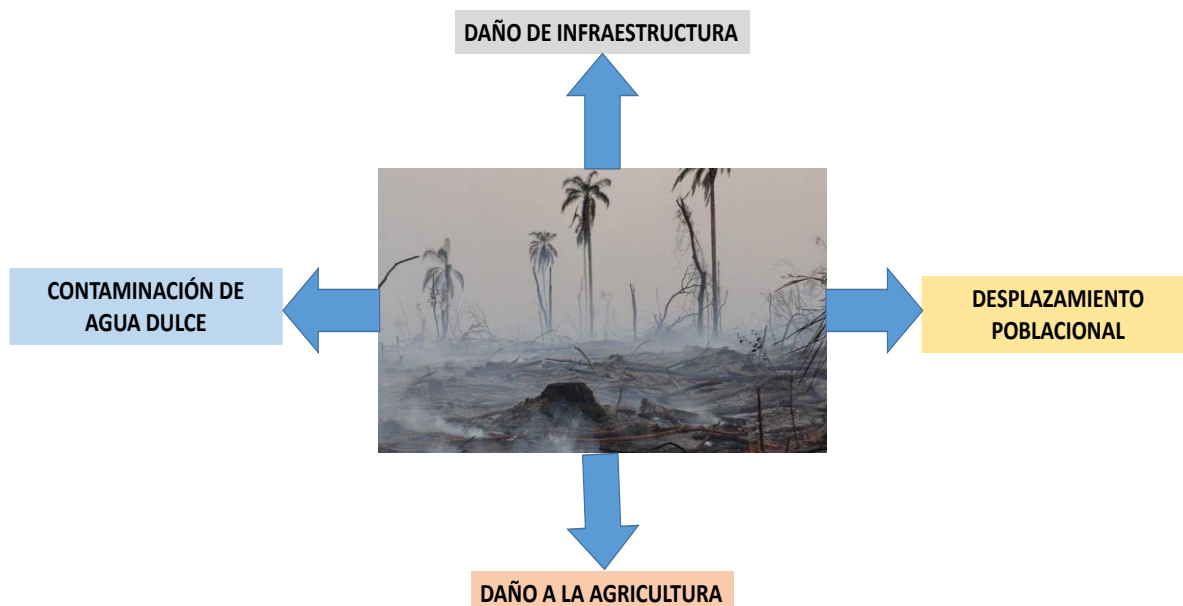
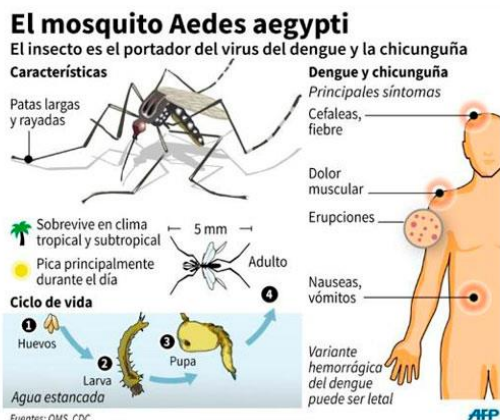
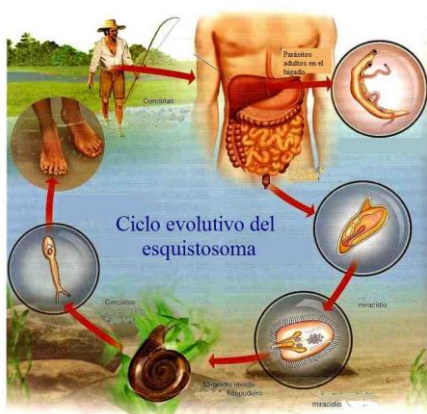


Imagen tomada de: <https://bit.ly/2Tv0EGw>

Se prevé que cada año se incrementarán los desastres naturales trayendo consigo las muertes derivadas (se calcula en 60 000 cada año) y, dejando, además:

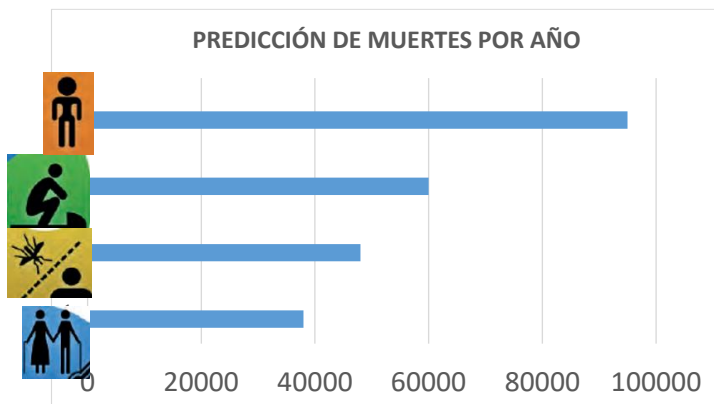
1. Destrucción de infraestructuras, tales como hogares, servicios de salud, etc.
2. Desplazamiento poblacional (4), dado el ascenso de los mares, con las consecuencias propias de tal situación.
3. Afectación severa de la agricultura determinada por la alteración en las temporadas o la pérdida de tierra útil (se calculan 3 millones de muertes debido a esto cada año).
4. Contaminación o alteración de las fuentes hídricas potables con la consiguiente afectación para la salud, en especial la de los niños (se calcula la muerte de 750 000 niños en el mundo causada por diarrea).

Distribución de las infecciones



El clima influye de manera importante en muchas enfermedades infecciosas (5). Por ejemplo, a raíz de la prolongación de las estaciones de transmisión, se prevé un aumento importante de los casos de esquistosomiasis (Asia), de paludismo y dengue (zonas tropicales).

En síntesis... ¿cuántos y cuáles serán las causas de mortalidad?



La desnutrición, la diarrea, el paludismo y el calor provocarán en 2030 un incremento progresivo en la mortalidad mundial.

¿Quiénes están en riesgo?

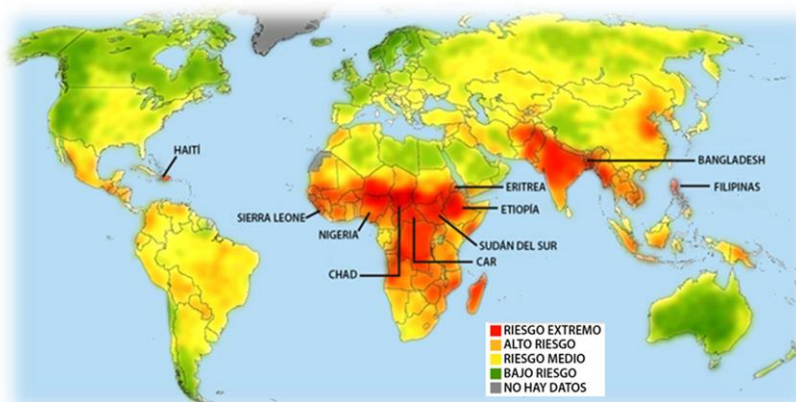


Imagen tomada de: <https://bit.ly/2S7Krug>

Si bien todo el mundo se verá afectado, el mayor daño lo recibirán pequeños países insulares, regiones costeras y, por supuesto, las zonas polares. Claro, la población infantil y los

adultos mayores son los primeros en presentar las manifestaciones y, como siempre, el impacto será mayor en los países con menos recursos económicos.



Respuesta de la OMS

6 acciones contra el cambio climático



Sostenibilidad para todos www.sostenibilidad.com

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



Sin duda, disminuir el uso de combustibles fósiles en los vehículos tendría un inmenso impacto. Por tal razón, la promoción del transporte masivo está a la vanguardia de los esfuerzos, así como el uso de la bicicleta o el caminar, lo que, además se traduce en bienestar para el ser humano. Reconocer y disminuir la huella de carbono de cada uno (6),

reciclar y una dieta que contemple la reducción de gases invernadero (a través de la disminución del consumo de carnes rojas derivadas de vacas y cerdos pues de su excremento emana gas metano), junto con una conciencia a favor de los bosques y una exigencia a los gobiernos, son las pautas que podemos y debemos impulsar.

¿Qué podemos hacer desde las profesiones de la salud? (7)

≡ EL PAÍS

INTERNACIONAL

GIRA DE BUSH | EL PULSO SOBRE KIOTO

El Protocolo de Kioto: medidas para mitigar el cambio climático

La cumbre de Rio de Janeiro en 1992, junto con la ratificación de firmas en 1997 del *Protocolo de Kioto*, es hasta la fecha el mayor compromiso conseguido. Sin embargo, hoy por hoy, las propuestas y propósitos están en entredicho pues algunos

de los principales productores de emisiones de CO₂ no han cumplido ni ratificado lo propuesto. El tomar conciencia individual y proceder en consecuencia es un acto válido que debemos promover.

Tomar conciencia de que el cambio climático afecta la salud

Una manera es insistir en los procesos educativos en cómo se afecta la salud tanto de las poblaciones como de los individuos. La formación en las ciencias de la salud debe contemplar las consecuencias del calor extremo, el incremento de infecciones o la exposición a desastres naturales.





Aprovechar sus actividades para sensibilizar

En la consulta, los profesionales de la salud pueden aprovechar la oportunidad para dedicar tiempo a sensibilizar a los pacientes frente a los efectos del cambio climático en la salud y exhortarlos a asumir compromisos.

Analizar las repercusiones del cambio climático en la comunidad

En particular, en las poblaciones que habitan zonas de riesgo, se debe promover la construcción de planes para enfrentar los riesgos y unirse a otros sectores distintos de la salud para promover dichas actividades (trabajo intersectorial).

Participar en la Salud Pública

Si el profesional de la salud y su equipo son responsables de una comunidad en torno a servicios de salud, deben organizar la Salud Pública de tal población teniendo en cuenta los riesgos a que se exponen, implementando procesos de vigilancia que les ayude a enfrentar los problemas. Asimismo,

deben calcular los riesgos en materia de alimentación, prevenir y sostener el acceso al agua, analizar los riesgos derivados de la exposición a vectores y calcular las posibilidades de desastres, para tener planes de contención.

Alentar a las instituciones de salud a predicar con el ejemplo

El profesional de la salud debe participar y contribuir, con la institución donde labore, a promover acciones tendientes a proteger el medioambiente. Cuando son entidades de salud,

lo que hagan tiende a tener un buen impacto en los pacientes que allí acuden.

Insistir en acciones que brindan salud y disminuyen el daño ambiental

Por ejemplo, estimular a los pacientes a usar como transporte las bicicletas o a caminar, no solo contribuye a disminuir el uso de vehículos que emiten CO₂, sino que también es saludable. Impulsar estas acciones resulta clave y, al hacerlo,

es importante recalcar su doble beneficio. Vale la pena revisar qué de la vida diaria de nuestros pacientes se puede modificar para contribuir con la disminución de la huella de carbono y, asimismo, promover su salud.



Nuestra universidad tiene un programa (8) incentivado por las directivas, especialmente expresado a través de un laboratorio de farmacología vegetal (LABFARVE) (9), a través del cual se han creado políticas destinadas a promover la salud ambiental.

En conclusión, este artículo pretende impulsar el compromiso desde nuestro actuar con la ecología y el saber que, "el planeta es contigo..."

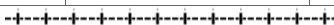
¡Corpas vive!

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud [Internet]. Cambio climático y salud [1 diciembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2HHHiw3>
- (2) Youtube. La verdad incómoda. Disponible en: <https://bit.ly/2DQO9zt>
- (3) Terra Ecología Práctica [Internet]. Repasando los registros: más de 52000 europeos murieron de calor en el verano de 2003. Disponible en: <https://bit.ly/2UzYfuc>
- (4) UNHCR ACNUR [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/2MHVN6K>
- (5) Berberian G, Rosanova MT. Impacto del cambio climático en las enfermedades infecciosas. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2012 Feb [citado enero 28 de 2019]; 110(1): 39-45. Disponible en: <https://bit.ly/2S4VO5W>
- (6) Parque Arvi Corporación. Calcula tu huella de carbono. Disponible en: <https://bit.ly/2DNegHJ>
- (7) OMS. Proteger la salud frente al cambio climático. Diez acciones prioritarias sugeridas a los profesionales de la salud. Disponible en: <https://bit.ly/2BdZ84e>
- (8) Urrea G. Manifiesto: El planeta sí es contigo. Carta Comunitaria. 2017; 24(141): 89-95. Disponible en: <https://bit.ly/2WIyk5s>
- (9) FUJNC [Internet]. LABFARVE, ciencia por naturaleza. Disponible en: <https://bit.ly/2GiaK9Y>

Índice de los artículos sobre bioética y ecología publicados de 2015 a 2019

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)	https://bit.ly/2SqaFbl
"Cambio climático y salud"	Juan Carlos González Q.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.





Sobre Medicamentos

Esta sección está dedicada a reforzar el mensaje de cuidado que el médico ha de tener con la prescripción de medicamentos. Todos los archivos originales pueden encontrarse en la dirección electrónica anexa a cada uno.

“¿Y AHORA QUÉ HAGO CON LOS MEDICAMENTOS QUE SOBRARON?”

Un estudio encontró que los colombianos no saben cómo deshacerse de los fármacos en desuso”

Prescripción, Farmacia y Utilización. Tomado de: <https://bit.ly/2GgDZdN>
El Tiempo, 2 de octubre de 2018. <https://bit.ly/2ygw9vg>

Juan Carlos González⁵⁵⁵⁵



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2UJ1yzg>

Resumen:

Se trata de los resultados obtenidos por el Centro de Información sobre Medicamentos de la Universidad Nacional (CIMUN).

El objetivo de este llamado es recordarnos que la mayoría de los colombianos no sabemos qué hacer con la inmensa medicación que sobra. En el 78 % de los hogares encuestados existen medicamentos guardados sin uso. El camino que recorren los medicamentos sobrantes es:

1. El 22 % los arroja a la basura.
2. El 18 % los obsequia a entidades de atención a población vulnerable.
3. El 18 % no sabe dónde quedaron.
4. El 6 % los bota al inodoro.
5. El 4 % los lleva a puntos especiales. Hacen notar que 4 de cada 5 encuestados no saben de la existencia de esos puntos especiales y, paradójicamente, 9 de cada 10 entrevistados saben las consecuencias que tiene para el medioambiente botar esos medicamentos.

⁵⁵⁵⁵ MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



¿Por qué sobran?

1. En un 25 % porque mejoraron y dejaron de tomarlo.
2. En un 18 % porque se olvidaron de terminarlo.
3. Un 6 % porque la EPS le dio más del que necesitaba.
4. Un 10 % porque cambió de medicación.

Nos exhorta a...

- ✓ Tomar conciencia de lo que se debe hacer con los medicamentos sobrantes.
- ✓ Lograr que no sobren (cantidad precisa que se va a consumir).
- ✓ Promover un cambio de hábitos y actitudes sobre el uso y consumo de los medicamentos.

Sensibilizar sobre los puntos azules



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2MV54EO>

Los puntos azules son contenedores donde se pueden depositar de forma segura los residuos de medicamentos vencidos, parcialmente consumidos o que sobren. Están ubicados en las principales droguerías, grandes superficies y almacenes de cadena del país,

Textualmente: Recomendaciones básicas

- ✓ No toda consulta al médico debe terminar en una prescripción. Los medicamentos son solo una parte del cuidado de la salud.
- ✓ Se debe consumir la totalidad del tratamiento que el médico recetó y con los intervalos de dosis recomendados.
- ✓ En caso de que la persona se mejore o fallezca y sobren medicamentos, se debe ubicar el Punto Azul más cercano para depositarlos (<https://bit.ly/1PStdJZ>).
- ✓ Las cajas, los frascos y las etiquetas se deben destruir o dañar para que no puedan ser reutilizados.
- ✓ No regale ni entregue estos medicamentos a otras personas.



“ODONTOLOGÍA. ¿TENGO QUE DAR ANTIBIÓTICOS?”

Juan Carlos González*****

Uso Apropiado de Medicamentos.
Investigaciones. Odontología. ¿Tengo que dar antibióticos?
Tomado de: <https://bit.ly/2SDosuq>
FármacosKm0, marzo 2018. <https://bit.ly/2I4ec5t>



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2GvEm3I>

Resumen:

A un paciente que va a odontología por un “flemón” (absceso periodontal), ¿se le deben prescribir antibióticos?

Datos a tener en cuenta

1. Las infecciones odontógenas son muy frecuentes.
 - 1.1. Las caries y la enfermedad periodontal constituyen la primera causa de consulta en Colombia.
 - 1.1.1. El 90 % de los adultos tienen caries.
 - 1.1.2. El 50 % gingivitis.
 - 1.1.3. El 30 % periodontitis.
 - 1.1.4. El 50 % de las urgencias periodontales son por abscesos periodontales.
 - 1.2. Los problemas odontológicos son responsables de 1 de cada 3 consumos de antibióticos en Colombia (con o sin prescripción).
 - 1.3. El 12 % de las prescripciones de antibióticos son debidas a alteraciones odontológicas.

No necesitan antibióticos

- ✓ Quienes tengan caries.
- ✓ Pulpitis en pacientes inmunocomprometidos.
- ✓ Gingivitis aguda ni crónica.
- ✓ Periodontitis leve.

La higiene oral es la clave en todos estos casos.

Sí necesitan antibióticos

1. Abscesos:
 - 1.1. Periapicales.
 - 1.2. Periodontales.
2. Pericoronaritis.
 - 2.1. Periimplantitis.
 - 2.2. Gingivitis necrosante.
 - 2.3. Periodontitis agresiva.

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



¿Cuál usar?



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

Dejando claro que existe controversia, recomiendan amoxicilina 500 mg cada 8 horas por 5 a 7 días o por 3 días más luego que desaparezcan las manifestaciones. La alternativa (alergia) es metronidazol entre 250 y 500 mg cada 8 horas por ese mismo tiempo.

Si existe fracaso terapéutico (no mejoría a los dos días de iniciado), amoxicilina/clavulanico de 500 a 1000 mg cada 8 horas por 5 a 7 días. Si hay alergia claritromicina de 250 a

500 mg cada 12 horas o clindamicina de 150 a 300 mg cada 8 horas.
Y ¿la profilaxis?

Se usan antibióticos en pacientes con endocarditis (los que presentan daños valvulares cardiacos). Se recomienda 2 gramos de amoxicilina antes del procedimiento (una hora antes) o clindamicina 600 mg dosis única. No se recomienda dar luego de la intervención.

Referencias

1. Rodríguez E, Rodríguez MT. Tratamiento antibiótico de la infección odontogénica. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2009; 33:67-79. Disponible en: <https://bit.ly/2UQ5dLK>
2. Bascones A et al. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. *Av Odontoestomatol* 2005; 21(6). Disponible en: <https://bit.ly/2GxzsTE>
3. López AF, Suarez A. Enfermedades de las piezas dentales y estructuras periodontales, *Jano* 2010 (abril). Disponible en: <https://bit.ly/2I9ZEGC>
4. Brescó M, Costa N, Berini Leonardo, Gay C. (2006). Susceptibilidad antibiótica de las bacterias causantes de infecciones odontogénicas. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* (Internet), 11(1), 70-75 [Recuperado 07 de junio de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Dj7CaA>
5. González R, Cortell I, Herráez JM, Arnau JM, Gay C. Antibiotic prescription in the treatment of odontogenic infection by health professionals: A factor to consensus. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2012;17(3):e452-e456. doi:10.4317/medoral.17504. Disponible en: <https://bit.ly/2SjWrsp>
6. Gobierno de Canarias. Tratamiento antibiótico de las infecciones odontogénicas. *INFARMA*. 2016; 8(3). Disponible en: <https://bit.ly/2lphMx2>
7. Guía Terapéutica Interniveles del Área Aljarafe. Disponible en: <https://bit.ly/1QptmoA>



“LAS TIAZIDAS, EL PRIMER PRODUCTO PARA LA HIPERTENSIÓN”

Tomado de: <https://bit.ly/2WRllyr>
JM. Wright, VM. Musini, R. Gill
Cochrane Library, 18 de abril de 2018. <https://bit.ly/2HjEnsZ>
Traducido por Salud y Fármacos

Juan Carlos González⁺⁺⁺⁺



Resumen:

Dada la alta prevalencia de la hipertensión y del impacto de la medicación, se volvió a hacer una revisión de cuál es el mejor medicamento para iniciar un tratamiento cuando se hace necesario prescribir. Ya desde 2009 existía evidencia del uso de la hidroclorotiazida.

La revisión, ¿qué comparó?

Comparó diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA y bloqueadores de los canales de calcio con placebo. Los metaanálisis se hicieron sobre casi 60 000 pacientes.

La ratificación del hallazgo

Tiazidas en dosis bajas para iniciar tratamientos (cuando se hace necesario prescribir) pues reducen más la mortalidad cardiocerebrovascular que los otros medicamentos.

Recomendación

Usar tiazidas en dosis bajas como primera respuesta de intervención medicamentosa cuando la hipertensión lo amerite.

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 polimedición. 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

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



Título	Autor	Número	Enlace
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.		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.	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://bit.ly/2Aewdf4
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: Cuide 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
Resumen del artículo: "Resistencia de bacterias a antibióticos, la nueva 'crisis' del siglo XXI".	Juan Carlos González Q.		https://bit.ly/2DDQ4HT
El desperdicio de medicamentos y la creación de superbacterias	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 140 (2016)	https://bit.ly/2QetaO9
Resumen: "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.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://bit.ly/2DWqXkC
<i>Primum non nocere</i>	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)	https://bit.ly/2MXqTmj
"Y ahora qué hago con los medicamentos que sobran?"	Juan Carlos González Q.		
"Odontología. ¿Tengo que dar antibióticos?"	Juan Carlos González Q.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.
"Las tiazidas, el primer producto para la hipertensión"	Juan Carlos González Q.		

+++++



El peregrino que toca

OCTAVO MANDAMIENTO: NO LEVANTAR FALSOS TESTIMONIOS NI MENTIR

Gabriel Sáenz****



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

En el año 1200 a. C., aproximadamente, el pueblo israelita fue liberado de la esclavitud de Egipto y, liderados por Moisés, fueron conducidos a la tierra prometida, Canaán (acontecimiento que simboliza La Pascua). Luego de este éxodo por el desierto llegaron al monte Sinaí (lugar de Dios), después de siete semanas o cincuenta días (simboliza El Pentecostés) de arduo caminar. En el monte Sinaí Dios se manifiesta a Moisés a través de truenos y rayos o elementos sonoros y visuales (teofanías). Moisés recibe en su razón interior el Decálogo o los Diez Mandamientos y los escribe o talla en dos losas de piedra (Éxodo 20: 2-17). Moisés le pregunta a Dios: "¿Quién eres tú?". Dios le responde: "Yo Soy el que Soy" (Él es único, no hay otro Dios). De estos diez

mandamientos nuestro Peregrino nos invita a reflexionar sobre el octavo, a saber, '**No levantar falsos testimonios ni mentir**'. Hasta nuestros días estas pautas siguen vigentes. Los tres primeros están relacionados con nuestra conexión o amistad con Dios y los siete restantes sobre la relación del hombre con sus hermanos.

En el capítulo 18, verso 37 del evangelio de San Juan, en el pretorio, después de que Pilato le pregunta a Jesús: "¿Así que tú eres rey?", Jesús le responde: "Yo para esto he nacido y para esto he venido al mundo, para dar testimonio de la verdad". Pilato le pregunta a Jesús: "¿Qué es la verdad? (Juan 18: 37). ¿Qué le responderíamos hoy nosotros a Pilato?

Reflexionemos...

Dar un falso testimonio es cambiar la verdad. Siempre el hombre ha buscado la verdad, la verdad como rectitud de la acción y de la palabra humana que tiene por nombres veracidad, sinceridad y franqueza; evitando la duplicidad, la simulación y la hipocresía.

Desafortunadamente hoy todo tiene que ser escrito bajo un notario; anteriormente la palabra humana era sagrada e inviolable, era palabra de honor. Hoy es fácil comprar testigos para dar falsos testimonios públicamente. Cuando son pronunciados bajo juramento se trata de un perjurio.



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

**** Capellán CJNC. Consejero Pastoral FUJNC- gabriel.saenz@juanncorpas.edu.co



La mentira...

Nos ata a un mundo subterráneo de túneles y caminos oscuros sin salida a la claridad y, cuanto más mentimos, más nos hundimos en ese mundo tenebroso y oscuro de nuestra propia conciencia. Una mentira trae otra mentira, lo que nos ahorca hasta asfixiarnos en nuestras propias culpas. Así pues, la mentira nos hace esclavos de nosotros mismos perdiendo la libertad ante el mundo y la sociedad. Por esta razón, la verdad libera (la verdad tiene una capacidad liberadora). La no autenticidad, demostrar lo que no somos, hace que vivamos en un mundo falso en el que nos replegamos para defendernos por temor a la libertad que nos asusta porque nos encontramos solos ante el mundo, ante Dios y ante nosotros mismos.

Pilato tenía la verdad ante sus ojos, pero no pudo reconocerla porque no estaba dispuesto a ser libre. Estaba sujeto a los

gritos de los hebreos o al poder del César. No era libre de decidir por su propia cuenta sobre la libertad de Jesús, aun sabiendo que era inocente. Cuando se es libre no hay nada que perder y tampoco nada que ganar. Soy yo con mis defectos y cualidades; esta es la verdadera humildad.

La libertad nos adentra en el ámbito de Dios y abre espacios indecibles de comprensión y de actuación en nuestro entorno social y familiar. Así pues, la mentira es la ofensa más directa contra la verdad pues induce al error. La gravedad de la mentira se mide según la naturaleza de la verdad que deforma, según las circunstancias, las intenciones de quien la comente y los daños sufridos por los que resultan perjudicados.



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

La mentira es funesta para toda sociedad, matrimonio, familia, empresa, amistad, etc. La infidelidad en la pareja es un insulto grave para el otro. Es importante saber que toda falta cometida contra la justicia y la verdad obliga el deber de reparación, aunque el autor haya sido perdonado. Si es imposible reparar un daño públicamente, es preciso hacerlo en secreto.

Cuando se ofende la reputación de alguien, causando grave daño moral, se produce alguna de las siguientes situaciones:

→ **Juicio temerario**

Cuando se admite como verdadero un juicio sin tener fundamento para hacerlo.

→ **Maledicencia**

Cuando, sin razón objetivamente válida, se manifiestan los defectos y faltas de otras personas. La maledicencia y la calumnia destruyen la reputación y el honor de otra persona. Todo el mundo posee el derecho natural al honor de su nombre, su reputación y respeto.

→ **Calumnia**

Cuando mediante palabras contrarias a la verdad se daña la reputación de otros y se ocasionan juicios falsos. La calumnia es el mismo chisme cuando con una noticia verdadera o falsa se pretende difamar. Con una calumnia podemos matar a alguien moralmente en una sociedad, en su trabajo o en su familia.

→ **Adulación o complacencia**

Cuando se alienta y se confirma a otro en la malicia de sus actos y en la perversidad de su conducta. La adulación es grave si se hace cómplice de vicios. El deseo de prestar un servicio a la amistad no justifica una doblez en el lenguaje.

→ **Vanagloria o jactancia**

Constituye una falta grave contra la verdad. Asimismo, la ironía que trata de ridiculizar al otro caricaturizando de manera malévola tal o cual comportamiento.



Imagen tomada de: <https://www.1230z.co>

Sigilo profesional

Muchos profesionales, médicos enfermeras, psicólogos, juristas, sacerdotes y abogados, tienen la obligación moral de no divulgar un secreto confiado. En el periodismo se debe guardar la justa reserva respecto a la vida privada de la gente. Se debe mantener un ecuánime equilibrio entre las exigencias del bien común y el respeto a los derechos particulares.

De todo esto

Ante este panorama, debemos concluir que la verdad es bella por sí misma. Querido lector, sea nuestra comunidad corpista una familia libre de falsas verdades y mentiras; que nos amemos con la verdad, que aceptemos y corriremos nuestros errores con la misericordia de nuestro peregrino. Pensemos que "la verdad os hará libres" (Juan 8: 32).

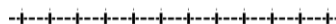


Imagen tomada de: <https://bit.ly/2GdJfpa>



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/2AskWIE
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
El valor del trabajo	Gabriel Sáenz L.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	https://bit.ly/2tbJzFI
Octavo mandamiento: No levantar falsos testimonios ni mentir	Gabriel Sáenz L.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.





NotiComunitaria



COMPARTIENDO CON LA COMUNIDAD

Beselink Quesada^{§§§§§}

El pasado 17 de diciembre, los estudiantes de la rotación de Pediatría Comunitaria de noveno semestre dedicaron parte de su tiempo apadrinando a un niño de la Fundación Emanuel y compartiendo abrazos y sonrisas.



El pasado 19 de diciembre compartimos una mañana con los adultos mayores del barrio Bilbao (Suba), en conjunto con los estudiantes de Medicina de sexto semestre de la rotación de Salud Familiar, del gestor comunitario Bryan y del profesor Leonardo, de Bienestar Universitario Corpas, quien nos alegró con los acordes de su guitarra.



¡La comunidad en el corazón de la Corpas!

§§§§§ MD. Docente FUJNC – beselink.quesada@juanncorpas.edu.co





TALLER SOBRE TOMA DE DECISIONES

Yasmith Carolina López Álvarez*****
Beselink Quesada*****



El grupo de Medicina Comunitaria de la rotación de Pediatría de noveno semestre, bajo la dirección de la doctora Beselink Quesada, junto con el estudiante de internado y las doctoras residentes de Medicina Familiar, Mayer Caguasango y Paola Rozo, realizaron el pasado 20 de febrero una importante actividad de sensibilización sobre el proceso de toma de decisiones (respeto y amor por el cuerpo, sexualidad y proyecto de vida) en el colegio El Salitre, sede El Pinar. En el taller participaron activamente 63 adolescentes de entre los 11 y los 15 años de edad que se encuentran cursando séptimo grado.

Agradecemos la especial acogida que dio el colegio a la delegación corpista.



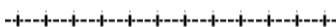
¡La Corpas trabajando por los adolescentes de la comunidad!

***** Estudiante de XII semestre 2018 - Facultad de Medicina FUJNC – yasmith-lopez@juanncorpas.edu.co
***** MD. Docente FUJNC – beselink.quesada@juanncorpas.edu.co



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/2DPpSAI
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/2SIm579
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/2KgnAyM
Inicio de la segunda intervención del programa PIPSA Sesión lúdica sobre la importancia de la salud oral	Ángela María Hernández P., Jenny Paola Salamanca P.	Vol. 24, Núm. 137 (2016)	https://bit.ly/2KNREJ3 https://bit.ly/2PZzmu2
Curso Virtual de Atención Primaria de Salud	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://bit.ly/2T28yZ0
Participación de la Corpas en The Network Tuffh 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. 139 (2016)	https://bit.ly/2QoASFy
X Foro de Orientadores(as) y Rectores(as)	Ángela María Hernández P.	Vol. 24, Núm. 140 (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/2BGe77y
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/2zvILQY
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. 146 (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/2P70YIk
Residencia de Medicina Familiar presente en la comunidad	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 147 (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)	https://bit.ly/2Gunc6u
Compartiendo con la comunidad	Beselink Quesada N.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.
Taller sobre toma de decisiones	Yasmith Carolina López A., Beselink Quesada N.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	





Cartas de lectores

EL AÑO RURAL...

UNA EXPERIENCIA EXTRAORDINARIA

Juan Camilo Fernández Cortés.....

Antes de obtener el título de médico rural se debe cumplir con una gran cantidad de prerrequisitos, tales como ser admitido en la facultad de Medicina, empezar con entusiasmo, aprobar todas y cada una de las materias de Ciencias Básicas y de los ciclos de Enlace y Médico-Quirúrgico, respectivamente (sin contar con los angustiosos preparatorios), un sinfín de turnos, horas largas, revistas clínicas interminables por esos pasillos donde se hacen oraciones sinceras (por los enfermos, sus familiares y, por los compañeros, que desconocen la historia clínica del paciente que deben presentar al especialista), clases posturno (donde eres más sueño que persona), el internado (un período que se espera con ansias, aún con los sacrificios que implica) y, finalmente, el día más esperado, el grado. Llega ese día de felicidad absoluta, satisfacción, sentimientos encontrados, agradecimiento con tus padres, docentes y compañeros por su apoyo durante la etapa de formación y, por fin, empezar a tener ese rico "olor a médico", un "olor" para toda la vida (y, "oler a médico", es la mejor sensación del mundo).

Pero no todo termina ahí, apenas es el primer triunfo en la profesión, llega una etapa, para algunos, agrídulce, ser médico rural. Una etapa donde sabes que todo lo que hagas será por fin sellado con tu nombre y cédula y que la responsabilidad ahora ya no es del docente sino tuya. Es una época emocionante, con miedos, fobias... emociones paradójicas; ¡ya te ganaste el título de "Doctor"! Empieza el día 0 de tus próximos 365 días; llegar a un pueblo donde nadie te conoce y que, por donde camines, sientes que las personas te miran diferente. Aun así, entrar a un lugar nuevo (centro médico u hospital) que será tu hogar por el próximo

Así empiezan a transcurrir tus días como médico rural, todo lo aprendido en la universidad y en el internado lo estás aplicando; estás sellando órdenes y fórmulas médicas; las enfermeras hacen caso a tus prescripciones y, aunque a veces dudas las conductas a seguir y sacas el vademécum de tu bolsillo para estar seguro de tu propuesta farmacológica, sabes que ese será tu día a día como médico.

Te encuentras en un pueblo donde no tienes a tu disposición resonancias magnéticas, laboratorios de alta complejidad, Internet ni especialistas a quien pedir una opinión; aquí es donde la semiología aprendida se pone a prueba. Debes empezar a perfeccionar tu "ojo clínico" pues, escasamente, cuentas con cuadros hemáticos, parciales de orina y, con suerte, radiografías. Pero, no todo es tranquilidad... ¡sorpresa!, te llega una urgencia; tu primer paciente con angina inestable. Sospechas un cuadro coronario agudo, tu cuerpo empieza a producir adrenalina, se incrementa tu frecuencia cardíaca, se contraen tus vasos sanguíneos, se dilatan tus vías aéreas y toda la reacción de lucha o huida se activa; a tomar decisiones pronto, eres médico y la vida de esa persona depende de ti. Empiezas a examinar al paciente mientras todo en tu cabeza debe ir cogiendo forma y orden pronto, debes dar múltiples órdenes ahora (proteger vías aéreas, iniciar

año, donde iniciarás los primeros pasos como médico, es satisfactorio. Aquellas personas, hasta el momento desconocidas (enfermeras, personal administrativo, la señora del aseo, etc.), serán tus nuevos compañeros; te saludan con todo el respeto del mundo. Es una sensación gratificante; ya quieres empezar la consulta, sellar órdenes, tener tu primera urgencia, etc. Sientes ansiedad por saber quién será tu primer paciente (aquel que nunca se olvidará), cuál será tu consultorio, las funciones que desempeñarás, dónde está ubicada la ambulancia y con qué insumos contarás, en fin, prepararte porque a la mañana siguiente empezarás la mejor experiencia de tu vida. Empieza el primer día; la noche anterior piensas en el día siguiente como un mundo nuevo por conocer; te acostaste siendo un graduando y despertaste siendo ya médico. La consulta está repleta y, para completar, te enfrentas a un nuevo sistema para registrar tus historias clínicas. Ahora la conducta a seguir con el paciente depende de ti. La expectativa de empezar es magnífica y, aún más, cuando ves tu agenda, sales del consultorio y llamas a tu primer paciente, "Pepito Pérez" y él entra a tu consultorio. Recibes tu primer "Buenos días doctor"; es ahí cuando, en menos de 30 segundos, piensas que todo lo vivido en tu carrera, las noches de sacrificio de estudiante, los turnos, los regaños y consejos de tus docentes y residentes, ha valido la pena. Ese primer día acaba, después de terminar tus labores médicas y de cierta demora porque desconoces los procesos administrativos o dónde está la papelería y porque el sistema te está liando un poco. Te sientes cansado, pero satisfecho de la labor cumplida. Es cuando te dices: "Oler a médico es muy rico".

oxígeno, acceso venoso, administrar tratamiento farmacológico para la fase aguda de un posible IAM) y no cuentas con un electrocardiograma.

Todo es un trabajo coordinado y multidisciplinario, metes a tu bolsillo algunas ampollas (atropina, adrenalina, vecuronio, midazolam, etc.) y sales en ambulancia hasta tu sitio de referencia más cercano. Mientras tanto, haces valoración continua durante el traslado del paciente para estar atento ante cualquier conducta por deterioro o empeoramiento del paciente. ¡Respira!... Llegaste al hospital después de ciertos minutos que parecían horas, entras a reanimación, tomas el electrocardiograma y confirmas que tu diagnóstico fue acertado. Tienes ante ti un síndrome coronario agudo y tu paciente está vivo y estable. ¡Qué sensación de labor cumplida!

***** MD. Cirujano General - juanc-fernandez@juanncorpas.edu.co



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS



No son solamente órdenes, exámenes, pacientes, urgencias, semiología ni historia clínica. Hay pacientes muy agradecidos contigo; empiezan a llegar los primeros regalos como muestras de gratitud (frutas, huevos campesinos, queso... ¡Por Dios!... hasta gallinas vivas en costales). En esos momentos, te sientes grandioso al saber que estás cumpliendo bien con tu labor y te lo están agradeciendo.

Después de cierta experiencia dentro de la institución, es hora de poner en práctica lo aprendido en Medicina Comunitaria (aquellos semestres cuando pensabas que esas rotaciones eran una perdedera de tiempo), y, ahora, entiendes que debes ser un médico integral, ino todo es clínico!

Es así como emprendes las visitas médicas en veredas. Caminas por senderos rocosos, destapados y áridos mientras piensas que es tu responsabilidad la salud de los pacientes. Aquí la Atención Primaria coge fuerza, realizas consultas a grupos familiares en lugares que no creías que existían, en casas donde aún las construcciones son en bahareque, atendiendo desde el más pequeño, hasta el anciano de tres generaciones atrás, el tesoro más grande de la familia. Aquí conoces a las personas más hermosas y sinceras, las personas del campo, que te ofrecen lo mejor que tienen. Reconoces enseguida que, aquellos que menos tienen, son quienes más dan y agradecen. Y que, sin duda, terminarás tu servicio rural con algunos kilos de más, pero, cómo negarte a la ternura que ellos demuestran al ofrecerte el ultimo pan que tienen.

En menos de nada, te percatas de que los meses están pasando más rápido de lo que te imaginabas. La comunidad del pueblo ya te reconoce y, ahora, por donde caminas estás saludando, todos ya han pasado por tu consultorio y te respetan. Eres una autoridad en el pueblo, una figura de respeto; la última palabra, en materia de salud, la tienes tú y todo lo que dices lo van a seguir al pie de la letra. Eres el médico del pueblo.

Pero no todo es alegría. Así como has vivido la primera experiencia de recibir el primer parto con la satisfacción de diligenciar el certificado de nacido vivo, llega el turno de realizar un certificado de defunción. Es el peor momento de tu carrera. No sabrás cómo salir, después de un sinfín de maniobras y conductas, de la sala de procedimientos de urgencias para decir al familiar que la persona ha fallecido. Te rompe el alma ver las manifestaciones de sufrimiento, llanto incontrolable y gritos de desesperación de los familiares al ver el cuerpo de su ser querido sin vida en una camilla conectado a un sinfín de equipos médicos, y saber que, aun así, no fue suficiente. Es un momento inevitable en la profesión médica. Debes asistir el fin de la vida y dar

consuelo a los dolientes, diligenciar los formatos y hacer los trámites administrativos para que la funeraria haga su parte.

Ya estas próximo a terminar tu rural y empieza una etapa de nostalgia. Ya no eres el mismo médico rural del primer día; ahora todo lo haces con agilidad, incluyendo la historia clínica. Tu lenguaje médico e interpretación han mejorado. Sientes que ya eres médico y que tu experiencia va aumentando. Asimismo, empiezas a reconocer términos y maneras diferentes de expresarse de la gente de campo: "Me pegue un porrazo" (se golpeó), "me duele la chocozuela" (le duele la rodilla), "me guargüerea el guargüero" (le duele la garganta), "Soy cistítica y me salieron bolas en el exosto" (tiene hemorroides), "tengo una hernia ombilgal" (tiene una hernia umbilical). Pero esto no es todo, las mamás corrigen a sus hijos durante la consulta: "Mamita salude al *dotor* que para eso la tengo estudiando", "Fue que durmió con el *dotor* que no saluda", "Mamita, se dice sí señor", "sí se lavó las patas o va hacer llorar al *dotor*". En fin... es un lenguaje único que poco a poco irás conociendo.

Indiscutiblemente la experiencia ganada en la práctica clínica que te brinda el servicio rural es inigualable; todos los días de tu vida aprenderás alguno nuevo, reforzarás algunas cosas olvidadas y, cada vez, te sentirás en la capacidad de afrontar un servicio de urgencias con más seguridad, aprovechando los recursos disponibles.

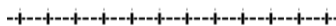
En conclusión, el año rural es una etapa única, maravillosa y, sin duda alguna, necesaria en la vida de un médico colombiano. Vale la pena vivir todas y cada una de las experiencias de esta etapa, enseñanzas que marcarán tu profesión de por vida. La satisfacción de haber entregado todo de ti en ese año por la salud y bienestar de los habitantes de un municipio es insuperable. Tal vez, la remuneración económica no es justa, pero, al fin y al cabo, es un servicio social. Es aportarle a la sociedad y a tus ideales religiosos; es retribuir al esfuerzo que empezaste a hacer seis años atrás.

A los futuros estudiantes de Medicina y a aquellos que ya están en ese proceso de aprendizaje, les deseo los mejores éxitos en sus vidas profesionales (incluido el servicio rural). Apasionense por la profesión día a día; sean firmes frente a las adversidades que conlleva cada semestre de la carrera. Ante todo, amen y respeten a su Alma Máter, pues, aunque en ocasiones, desde nuestro punto de vista, exige requisitos o materias irrelevantes, lo hace para que seamos médicos integrales con el enfoque biopsicosocial necesario para enfrentar los determinantes de la salud de las poblaciones. Serán médicos cuyo criterio y concepto estará por encima de lo que otros puedan decir. Pongan en práctica la integralidad y, antes de portar un fonendo y una bata, porten la humildad para entender y amar al prójimo.

‘Pero no olvides que eres mar hondo y eternamente debes amar’.
(Jorge Piñeros Corpas, FUJNC).

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
El año rural... una experiencia extraordinaria	Juan Camilo Fernández C.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.





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 Niño 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 Reinel Cadena O., Juan Carlos González Q. Jenny Pinzón.	Vol. 25, Núm. 149 (2017)	Este número

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

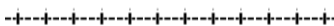
Título	Autor	Número	Enlace
Efecto multiplicador de la academia orientada a capacitar médicos generalistas como abordaje integral de la diabetes en nuestras comunidades - Relato de una experiencia	María Lucía Iregui P., Jaime Ronderos O.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://bit.ly/2zn1n4s
¿Sabemos qué son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

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/2FP7q7A
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.		https://bit.ly/2P9KuPM
¿Cuál es el rendimiento operativo del signo de Kerning 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





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