

Editorial

XII Congreso de la Facultad de Ciencias de la Salud y III Congreso Internacional UNAB. “Una aproximación a la solución de los problemas de salud pública en Colombia” Pág. S-10
Juan José Rey-Serrano

Ponencia

Auditorio Carlos Gómez Albarracín

El concepto de la salud-enfermedad en la salud pública Pág. S-12

Emilio Quevedo

Las desigualdades sociales en salud Pág. S-14

Carme Borrell

Retos de la Ley Estatutaria Pág. S-18

Oscar Alberto Bernal-Acevedo

Estrategia de APS para la detección temprana del cáncer infantil Pág. S-19

Yaira Yohanna Pardo-Mora

Proyecciones del modelo para disminuir la carga de la ECNT en Colombia Pág. S-22

Elizabeth Vargas-Rosero, Gloria Mabel Carrillo-González

Situación de los factores de riesgo cardio-vascular en Latinoamérica Pág. S-24

Patricio López-Jaramillo

Estrategias nacionales de e-Salud en la región de las Américas: avances y desafíos Pág. S-26

David Novillo-Ortiz

Estándares en interoperabilidad y Registro Médico Electrónico –perspectiva internacional Pág. S-31

Ricardo Domínguez-Contreras

Las TIC en Cataluña Pág. S-33

Jordi Martínez-Roldán

Auditorio Alfonso Gómez Gómez

Sujetos, drogas y territorio: un abordaje investigativo crítico sobre el consumo de drogas en jóvenes escolares y universitarios Pág. S-36

Nelly Caliz-Romero

Fomento de la competencia social como estrategia para la promoción de la salud mental en el ámbito escolar Pág. S-38

Luis Flórez-Alarcón

Retos en el diagnóstico y tratamiento de la infección crónica por *Trypanosoma cruzi* Pág. S-41

Juan Carlos Villar-Centeno

Una visión integral del modelo de seguridad clínica para la atención obstétrica Pág. S-42

German Gallego-Vega

Caracterización de la morbilidad neonatal extrema en neonatos atendidos en el Hospital Universitario de Santander durante el año 2013 Pág. S-52

Angélica Delgado-Beltrán, Luis Pérez-Vera, Mónica Beltrán-Avenidaño

Efecto del Programa Madre Canguro en el desarrollo psicológico, medidas antropométricas y fisiológicas en niños prematuros Pág. S-53

Patricia Díaz Gordon, Pilar Abreu-Peralta, Olga Lucía Gómez Díaz,

Luis Augusto Gómez Díaz, Carmen Cecilia Sandoval Gómez

MedUNAB está incluida en Lilacs-Bireme, Gale Cengage Learning, Imbiomed, EBSCO (Fuente académica), DOAJ, Periódica y Pubindex (Colciencias Categoría B)

<http://www.unab.edu.co/medunab>



Editorial

XII Health Faculty Congress and III UNAB International Congress. "Approach to the solution of the public health problems in Colombia" Pág. S-10
Juan José Rey-Serrano

Presentation

Carlos Gómez Albarracín Auditorium

The Health-Disease Concept in Public Health Pág. S-12

Emilio Quevedo

The Social Inequalities of Health Pág. S-14

Carme Borrell

Statutory Law's Challenges Pág. S-18

Oscar Alberto Bernal-Acevedo

PHC Strategy for Early Detection of Cancer in Children Pág. S-19

Yaira Yohanna Pardo-Mora

Projections from the Model to Diminish the NCD Burden in Colombia Pág. S-22

Elizabeth Vargas-Rosero, Gloria Mabel Carrillo-González

Situation of the Cardio-Vascular Risk Factors in Latin America Pág. S-24

Patricio López-Jaramillo

National Strategies for e-Health in the Region of the Americas: Advances and Challenges Pág. S-26

David Novillo-Ortiz

Standards in Interoperability and Electronic Medical Register – international perspective Pág. S-31

Ricardo Domínguez-Contreras

ICT in Catalonia Pág. S-33

Jordi Martínez-Roldán

Alfonso Gómez Gómez Auditorium

Subjects, Drugs and Territory: a Critical Investigative Approach about the Drug Use in School and College Youths Pág. S-.36

Nelly Caliz-Romero

Encouragement of Social Competition as a Strategy for the Promotion of Mental Health in the School Field Pág. S-.38

Luis Flórez-Alarcón

Challenges in the Diagnosis and Treatment of Chronic Infection by *Trypanosoma cruzi* Pág. S-.41

Juan Carlos Villar-Centeno

An Integral Vision of the Clinic Security Model for the Obstetrics Attention Pág. S-.42

German Gallego-Vega

Characterization of Extreme Neonatal Morbidity in Neonates treated at the Hospital Universitario de Santander in 2013 Pág. S-.52

Angélica Delgado-Beltrán, Luis Pérez-Vera, Mónica Beltrán-Avenidaño

Effect of the Kangaroo Mother Program in the Psychological Development Program, Anthropometric and Physiological Measurements in Preterm Infants Pág. S-.53

Patricia Díaz Gordon, Pilar Abreu-Peralta, Olga Lucía Gómez Díaz,

Luis Augusto Gómez Díaz, Carmen Cecilia Sandoval Gómez

MedUNAB está incluida en Lilacs-Bireme, Gale Cengage Learning, Imbiomed, EBSCO (Fuente académica), DOAJ, Periódica y Publindex (Colciencias Categoría B)

<http://www.unab.edu.co/medunab>



Indicaciones a los autores

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

MedUNAB creada en 1997 por la comunidad académica, fundamentada en los principios de Conocimiento, Autonomía y Armonía, difunde producción intelectual generada por la actividad científica en ciencias de la salud y ciencias afines tales como: Medicina, Enfermería, Psicología, Fisioterapia, Nutrición, Odontología, Bacteriología, Instrumentación Quirúrgica, Ciencias del Deporte, Veterinaria, Administración de la Salud, Educación en Ciencias de la Salud, profesionales del área básica y clínica. La revista MedUNAB se divulga cuatrimestralmente y está dirigida a profesionales, especialistas y estudiantes relacionados con las ciencias de la salud. Se edita e imprime en Bucaramanga, Departamento de Santander, Colombia.

FORMA Y PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

MedUNAB recibe trabajos científicos, escritos en español, inglés o portugués, en las siguientes categorías:

1) Artículos de investigación e innovación: Teniendo en cuenta las categorías de Publindex-Colciencias incluye documentos que presenta la producción original e inédita, resultado del proceso de investigación, reflexión o revisión, siendo sometido a evaluación por pares. En ningún caso se aceptarán como artículo de investigación e innovación publicaciones no derivadas de investigación, cartas al editor, resúmenes o comunicaciones a congresos. Esta categoría incluye:

Artículos originales de investigación: Documento que presenta de manera detallada los resultados originales de proyectos de investigación. Generalmente contiene cinco apartados: resumen, introducción, metodología, resultados y conclusiones.

Artículos de reflexión: Presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor sobre un tema específico recurriendo a fuentes originales. Generalmente contiene cuatro apartados: resumen, introducción, temas de reflexión y conclusiones.

Artículos de revisión: Documento resultado de una investigación en que se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas sobre un campo en ciencia o tecnología; se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica. Generalmente contiene cinco apartados: resumen, introducción, metodología (precisar si corresponde a una revisión sistematizada de la literatura y los criterios que se tuvieron en cuenta para la misma; en caso de no precisar esta información se tomará como revisión de tema), temas por desarrollar en la revisión (se aconseja la inclusión de tablas, esquemas y figuras) y conclusiones.

2) Otras publicaciones:

Informes de caso(s): Revisión y presentación de casos de interés para disciplinas como Medicina, Enfermería, Psicología, Fisioterapia y otras disciplinas de las ciencias de la salud. Estructura del artículo en los casos clínicos de medicina y enfermería:

- **Casos clínicos de Medicina:** Resumen, introducción (incluye descripción de la situación clínica o enfermedad, incluye revisión comentada de la literatura sobre casos análogos), presentación del caso en el que se señalan los hallazgos especiales analizados teniendo en cuenta la literatura y conclusiones.

- **Casos clínicos y proceso de atención de enfermería:** Resumen, introducción (incluye una breve descripción de la situación clínica o enfermedad; el modelo teórico en el que se fundamenta el proceso de atención de enfermería), metodología, resultados (incluye el plan de cuidados con los diagnósticos enfermeros NANDA-NIC y NOC) y conclusiones.

Revisión de tema: Resultado de la revisión crítica de la literatura sobre un tema en particular. Contiene resumen, introducción al tema, división de los temas tratados y conclusiones. Se aconseja la inclusión de tablas, esquemas y figuras.

Artículo de reflexión no derivado de investigación: Se refiere a un ensayo que presenta la opinión sustentada del autor sobre un tema específico. Contiene resumen, introducción al tema, división de los temas tratados y conclusiones.

Nota técnica: Describe en detalle una técnica de laboratorio novedosa o modificaciones realizadas a una establecida, haciendo énfasis en las ventajas que tiene el procedimiento o la innovación desarrollada. Contiene resumen, introducción, técnica para presentar y conclusiones.

Ponencia: Trabajo presentado en eventos académicos (congresos, coloquios, simposios, seminarios y otros). Ha de tratarse de una contribución original y actual en las ciencias de la salud. Contiene resumen, presentación del tema de la ponencia y conclusiones. Precisar información sobre la fecha y evento en que se socializó la ponencia.

Cartas al editor: Posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la revista que, a juicio del Comité Editorial, constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia. La correspondencia publicada puede ser editada por razones de extensión, corrección gramatical o estilo y de ello se informará al autor antes de su publicación.

Editorial: Documento escrito por el editor, un miembro del Comité Editorial, o un investigador invitado sobre temas de actualidad e interés científico y/u orientaciones en el dominio temático de la revista.

ORIENTACIONES GENERALES:

En general todo el manuscrito incluyendo hoja de presentación, resúmenes, palabras clave, texto, agradecimientos, conflicto de interés, referencias, cuadros, tablas y títulos de figuras y cuadros, ilustraciones, abreviaturas y unidades de medida deben estar escritos a doble espacio, por un solo lado de la hoja, sin dejar espacios extras entre párrafo y párrafo; dejar un solo espacio después del punto seguido o aparte. Cada componente se inicia en una nueva página. Use la fuente Times New Roman de tamaño 12, con márgenes de 3 cm en los cuatro lados. Use letra bastarda o cursiva para los términos científicos; por favor no los subraye.

Abreviaturas: Se debe evitar el uso de abreviaturas en el título del trabajo. Cuando aparezcan por primera vez en el texto deben ir entre paréntesis y precedidas por el término completo a excepción de las unidades de medida las cuales se presentarán en unidades métricas según el Sistema Internacional de Unidades, sin plural.

El manuscrito debe incluir las siguientes secciones, cada una de las cuales debe empezar en una página independiente:

Hoja de presentación: Además del título del trabajo y del título corto para los encabezamientos de las páginas, esta sección debe incluir para cada autor su nombre y apellidos completos, grado(s) académico(s) y afiliación institucional. Además, se debe anotar el nombre del autor responsable de la correspondencia con su dirección postal completa, número telefónico y dirección electrónica.

Resúmenes: El trabajo debe incluir un resumen estructurado (incluirá introducción, objetivo del estudio, métodos, resultados y conclusiones) tanto en español como en inglés, cada uno máximo de 250 a 300 palabras. En caso de que el manuscrito original sea en portugués, los resúmenes deben ser en inglés y portugués. No se permite el uso de referencias ni se recomienda la inclusión de siglas o acrónimos en los resúmenes. La redacción debe estar en tercera persona.

Abstract: Es una versión en idioma inglés del resumen estructurado en español, no una traducción literal, no se recomiendan traducciones realizadas mediante programas de traducción sistematizada.

Palabras clave: Se requiere listar al menos cinco palabras clave tanto en español como en inglés. Consulte los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) del índice de la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) publicados en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>; para verificar las de inglés, consulte los Medical Subject Headings (MeSH) en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.htm>.

Texto: En general, para artículos completos debe incluir el esquema IMRC: introducción, metodología, resultados y conclusiones. Para los artículos de revisión incluir el esquema IMTC: introducción, metodología (precisar si corresponde a una revisión sistematizada de la literatura y los criterios que se tuvieron en cuenta para la misma, en caso de no precisar esta información se tomará como revisión de tema narrativa), temas (dividido en subtítulos), conclusiones. Para los artículos de reflexión incluir el esquema ITC: introducción, temas de reflexión, conclusiones. En los casos clínicos la secuencia corresponde a ICC: introducción, presentación del caso, conclusiones. En general la redacción del documento en tercera persona. El símbolo de porcentaje debe ir unido al número. Los decimales se deben indicar con punto (.) y las unidades de miles con coma (,).

Introducción: Se realizará un breve resumen de las obras o investigaciones y los nuevos avances respecto al tema. En el último párrafo se aconseja presentar el objetivo del artículo.

Metodología: Corresponde a la presentación clara y breve del proceso metodológico y análisis utilizado para permitir que el estudio sea replicado por otros investigadores. Incluir los aspectos éticos.

Resultados: Presenta la descripción precisa de la información descubierta en el estudio con el menor grado de juicio personal. Los resultados deben ir discutidos a la luz de la literatura revisada.

Conclusiones: Deben ir relacionadas con los objetivos del estudio, evite declaraciones no derivadas de los resultados del estudio.

Declaración de conflictos de interés: Los autores deben informar expresamente en el manuscrito si durante el desarrollo de trabajo existieron o no conflictos de interés y declarar las fuentes de financiación si fuera el caso.

Tablas y figuras: Las gráficas, esquemas y fotografías, entre otros, se llamarán en todo caso "Figuras". Los cuadros, gráficas, tablas, esquemas y diagramas deben ser enviados en formato Word. Se citarán en orden de aparición con números arábigos en una lista para las figuras y otra para las tablas, estas últimas no deben llevar líneas verticales.

Cada tabla o figura debe ir en una página aparte y adicional a esto deben ir los títulos de las mismas en otra página. Los títulos deben ser precisos y se debe especificar si son elaboración propia o en su defecto citar la fuente de donde fueron tomados o su respectiva autorización. Las fotografías deben tener excelente calidad de imagen y aclarar la fecha y fuente de origen y deben ser enviadas en formato JPG de 250-300 Dpi. En las preparaciones de microscopio, se debe mencionar la coloración y el aumento según el objetivo utilizado. Las figuras se publicarán en color o blanco y negro según su pertinencia sin costo adicional para los autores.

Referencias: Observe estrictamente las indicaciones de los requisitos uniformes para manuscritos de la *National Library of Medicine* del área biomédica en normas Vancouver disponibles en http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Asigne un número a cada referencia citada en el texto. Anote los números de las referencias entre paréntesis; si la referencia está junto a un signo de puntuación, escriba el número antes de este.

Consulte la lista de publicaciones periódicas aceptadas por PubMed (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) para la abreviatura exacta de la revista citada; si la revista no aparece, escriba el título completo de la revista. Transcriba únicamente los seis primeros autores del artículo, seguidos de "et al.". Se recomienda la inclusión de referencias nacionales y latinoamericanas para lo cual puede consultar Lilacs, Latindex, Sibra, Imbiomed, Scielo, Pubindex, Fuente Académica, Periódica, Redalyc y otras fuentes bibliográficas pertinentes. En las referencias se deben incluir artículos sobre el tema publicados en los últimos cuatro años en revistas indexadas en bases de datos y fuentes académicas reconocidas y debe evitarse en lo posible la autocitación.

A continuación se presentan algunos ejemplos de referencias:

Artículo de revista: Apellido y dos iniciales de los nombres de los autores. Título del artículo. Abreviatura internacional del título de la revista. Año; volumen (número). Página inicial-final.

Gempeler FE, Díaz L, Sarmiento L. Manejo de la vía aérea en pacientes llevados a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Anestesiol* 2012; 40(2): 119-23.

Leiva MJ, Fuentealba C, Boggiano C, Gattas V, Barrera G, Leiva L, et al. Calidad de vida en pacientes operados de Bypass gástrico hace más de un año: influencia del nivel socioeconómico. *Rev Méd Chile* 2009; 137:625-33.

Ningún autor: Solución corazón siglo 21 puede tener un agujerito en la cola. *BMJ*. 2002; 325(7357):184.

Libros y monografías: Apellido, dos iniciales de los nombres de autores. Título. Edición. Lugar de publicación: editorial y año.

Capítulo de libros: Apellido y dos iniciales de los nombres de los autores. Título del capítulo. En: director/coordinador/editor/compilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: editorial; año. Página inicial del capítulo-página final del capítulo.

Harris M. *Anthropology Cultural*. Madrid: Alianza editorial; 1994: p. 23

Ponencias: Apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es de la ponencia. Título de la ponencia. "En": título oficial del Congreso, Simposio o Seminario. Lugar de publicación: editorial, año, página inicial y página final de la ponencia.

Artículo de revista en internet: Apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es del artículo. Título del artículo. Título abreviado de la revista [revista en internet]. Año [día mes año de consulta]; volumen(número); página inicial-final. Disponible en: (URL)

Rossi C, Rodrigues B. The implications of the hospitalization for the child, his family and nursing team. A descriptive exploratory study. *Online Braz J Nurs* [revista en internet]. 2007 [Acceso 19 oct 2012]; 6(3):15-24. Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1110>

Libro o monografía en internet: Apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título [documento en Internet]. Volumen. Edición. Lugar de publicación: Editorial; fecha de publicación [día mes año de última actualización; día mes año de consulta]. Disponible en: (URL)

Material audio visual: Apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título (CD-ROM, DVD, DISQUETE según el caso) Edición. Lugar de edición: editorial y año.

Documentos legales: Nombre completo del país de emisión. Nombre de la institución que lo emite. Título de la ley o el decreto, nombre del boletín oficial. Número y fecha de publicación.

Tesis de doctorado/maestría: Apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título de la tesis [tesis de maestría o doctorado]. Lugar de publicación: editorial, año. Paginación.

Material no publicado: hace referencia a los artículos ya aceptados pero pendientes de publicación. El formato es: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Nombre de la publicación. "En prensa". Fecha.

ASPECTOS ÉTICOS

Cuando la publicación implique el contacto con seres humanos particularmente durante experimentos, se debe indicar los procedimientos realizados acorde a los estándares del Comité de Ética que avaló el trabajo y a la Declaración de Helsinki de 1975 y revisada en la 59ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial realizada en Seúl (Corea) en octubre 2008, disponible en <http://www.wma.net/s/policy/pdf/17c.pdf>. En todo caso, en la sección de metodología debe informarse el tipo de consentimiento informado que se obtuvo y el nombre del Comité de Ética que aprobó el estudio.

No se deben usar los nombres de los pacientes, iniciales o números hospitalarios en ninguna circunstancia. En el caso de material ilustrativo con la imagen del paciente, se debe hacer llegar con el artículo la autorización expresa que confiere este para publicarla.

Cuando se trate de experimentos con animales, se debe informar que se han seguido las normas locales establecidas para la protección de estos animales.

Por favor, ciñase a las indicaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Internacional Committee of Medical Journal Editors) que se encuentran publicadas como "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals" y están disponibles en <http://www.icmje.org/index.html>. La versión en español se puede consultar en el portal de la Revista Panamericana de Salud Pública en <http://publications.paho.org/spanish/descriptions.cfm>.

PROCESO EDITORIAL

Todo material propuesto para publicación en MedUNAB puede ser enviado a través del portal de revistas académicas de la Universidad Autónoma de Bucaramanga <http://www.unab.edu.co/medunab> a través del *Open Journal System* (OJS), haga la suscripción o registro como autor en el enlace <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=user&op=register>. Otra opción para hacer llegar la publicación es a través del E-mail: medunab@unab.edu.co. El artículo propuesto será revisado por el Comité Editorial y posteriormente evaluado por pares científicos externos a la revista. La evaluación será a doble ciego; la identidad de los autores no se revela a los pares evaluadores y tampoco la de estos al primero. Los editores informarán al autor principal en un tiempo no mayor a tres días que su trabajo ha sido recibido; posteriormente, el artículo será revisado por el Comité Editorial Interno e informará a los autores si requiere mejorar su documento respecto a los lineamientos básicos de edición. Si el artículo reúne las condiciones básicas se hará llegar la decisión tomada respecto al paso de ser evaluado por pares externos. Si el artículo es evaluado positivamente por un evaluador y negativamente por otro, se designa un tercero, y según concepto se decide la inclusión del documento en la publicación. Con base en los conceptos de los pares evaluadores, el Comité Editorial define si se publicará o no. Las observaciones de los evaluadores externos serán comunicadas a los autores. Una vez que el autor reciba los comentarios de los evaluadores, deberá proceder a contestarlos punto por punto e incorporar las modificaciones correspondientes en el texto, debe enviar la nueva versión en las cuatro semanas siguientes.

Después de realizadas la edición y la corrección de estilo, los autores recibirán las pruebas de diagramación del artículo, las cuales deben ser cuidadosamente revisadas y devueltas con su visto bueno u observaciones a que haya lugar al Editor en un término máximo de 48 horas. En caso de no recibir respuesta por parte del autor principal se asume que está de acuerdo con la versión a imprimir. Una vez realizada la publicación, el autor principal recibirá dos ejemplares de la revista y una carta de agradecimiento.

Remisión del manuscrito. El manuscrito debe ser remitido con una carta firmada por todos los autores en la que conste que conocen y están de acuerdo con su contenido y su originalidad. Se debe mencionar, igualmente, que el manuscrito no ha sido publicado anteriormente, ya sea totalmente o en parte, ni que está siendo evaluado en otra revista. En caso de utilizarse tablas o figuras que no sean originales, el autor del manuscrito debe hacer llegar permiso escrito para el uso de tales tablas o figuras por parte del tenedor de los derechos de autor, e incluir en el texto del manuscrito la fuente de donde se toma y el permiso otorgado.

Una vez el artículo haya sido aceptado para publicación todos los autores deben firmar un formato de cesión de derechos de autor. Sin este documento es imposible la publicación en la Revista MedUNAB.

El documento original y todos sus anexos deben ser remitidos al Editor en formato electrónico a través del OJS o a la siguiente dirección:

Revista MedUNAB

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Calle 157 N° 19-55 Cañaveral Parque
Floridablanca, Santander, Colombia
E-mail: medunab@unab.edu.co

Guidelines for Authors

EDITORIAL POLICIES AND SCOPE

MedUNAB was founded in 1997 by the academic faculty based on principles of knowledge, autonomy, and harmony that diffuses intellectual production generated by scientific activity in the medical field such as: Medicine, Nursing, Psychology, Physiotherapy, Nutrition, Dentistry, Bacteriology, Surgical Instrumentation, Sports Medicine, Veterinary, Health Administration and Education, and professionals involved in the medical field. MedUNAB magazine is published every four months and it is directed to medical field related professionals, specialists and students. It is edited and printed in Bucaramanga, Santander, Colombia.

MANUSCRIPT PATTERNS AND PREPARATION

MedUNAB accepts scientific works written in Spanish, English or Portuguese, in any of the following categories:

1) Research and innovation articles:

Considering Publindex-Colciencias categories, original and unpublished productions resulting from research, reflective or review articles will be accepted and evaluated by peer reviewers. Under no circumstances will articles not related to research and innovation be accepted such as letters to the editor, abstracts and seminar letters. This category includes:

Original research articles: This document presents detailed results of original research projects. It generally contains five sections: an abstract, an introduction, a methodology, results and conclusions.

Reflective articles: It presents the author's research results from an analytical, interpretative, or critical perspective about specific topics considering original works. It generally contains four sections: an abstract, an introduction, reflective topics and conclusions.

Review articles: They are an attempt to analyze, systematize, and integrate results from published and unpublished research about a state-of-the-art field or technology. It is characterized by showing a detailed bibliography. It generally contains five sections: an abstract, an introduction, a methodology (make sure if it corresponds to a systematized revision of the literature and the criteria otherwise it will be considered as a topic review), topics to be developed in the review (it is recommended to include tables, charts, and figures) and conclusions.

2) Other publications

Case report: revision and presentation of cases of interest in fields such as medicine, nursing, psychology, physiotherapy, and other disciplines related to health sciences. Structure of the articles in clinical case in medicine and nursing:

- **Clinical cases in Medicine:** An abstract, an introduction (it includes the description of the clinical case or disease as well as the literature about the analogous cases), case presentation in which special findings are shown taking into account the literature, and conclusions.

- **Clinical cases and nursing attention process:** An abstract, an introduction (it includes a brief description of the clinical situation or disease; the theoretical model in which the nursing attention process is based on), the methodology, the results (it includes the nursing care plan along with the nursing diagnosis of NANDA-NIC and NOC) and conclusions.

Subject review: It is the result of a critical review of the literature about a particular topic. It contains an abstract, an introduction to the topic, division of topics, and conclusions. It is recommended to include tables, charts and figures.

Reflective article not related to research: It refers to an essay that presents the authors opinion about a specific topic. It contains an abstract, an introduction to the topic, division of the topics, and conclusions.

Technical note: It describes in detail the novelty of laboratory techniques or it may describe a modification of an existing technique emphasizing in the advantages of the procedure or the innovation developed. It contains an abstract, an introduction and technique, and conclusions.

Presentations: They take place in academic events (congresses, colloquiums, symposiums, seminars, among others). Presentations deal with original and current contributions related to the medical field. They contain an abstract, topic presentation and conclusions. It is recommended to provide information about when and where the presentation took place.

Letters to the editor: They are critical, analytical or interpretative positions about documents already published by the magazine that according to the Editorial Committee, constitute an important contribution to the discussion of the topic on behalf of the scientific community. The publication can be edited because of length, grammar, or style. The author will be informed about it before it is published.

Editorials: This document is written by the editor, a member or the Editorial Committee or a guest researcher about current topics of

scientific interest and/or orientations about the thematic purpose of the magazine.

GENERAL GUIDANCE

In general all manuscripts including title page, abstracts, keywords, text, acknowledgement, topics of interests, references, charts, tables, figures, illustrations, abbreviations, and units of measurement must be typed double space using just one side of the page without allowing spaces between paragraphs; and entering just one space after a period. Each component starts in a new page. Use Times New Roman font, size 12, and set up the page margins to 3 centimeters on each side. Also use italics when utilizing scientific terminology; and please do not underline anything.

Abbreviations: The author should avoid the use of abbreviations in the work title. When they appear for the first time in the text, they should be between parentheses and preceded by the complete term they are making reference, except for the measure units, which will be presented according to the International System of Units, without using plural.

Each of the sections in the manuscript must start a new page. These sections are:

Title page: besides the title of the work and the short title for the headings, this section must include for each author full name, academic degrees, and institutional affiliation. Besides, it is required that authors provide full contact information, including land mail, phone number and e-mail address.

Summaries: The work must include a well-structured abstract (it includes an introduction, objectives, methodology, results, and conclusions) in both Spanish and English between 250 and 300 words. In case that the original manuscript is in Portuguese, the abstracts must be in English and Portuguese. The use of references and acronyms is not recommended. Type it in the third person.

Abstract: It is a version in English of the one presented in Spanish. It is not a literal translation. Translation from systematized programs is not recommended.

Keywords: It is required to list at least 5 keywords in both Spanish and English. Consult Health Sciences Descriptors (DeCS) from the Latin-American and Caribbean literature in Health Sciences (LILACS) published in <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>; to verify the ones in English consult Medical Subject Headings (MeSH) at <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.htm>.

Text: In general, complete articles must include the IMRC scheme: introduction, methodology, results, and conclusions. Review articles must include the IMTC scheme: introduction, methodology (make sure if it corresponds to a systematized revision of the literature and the criteria otherwise it will be considered as a topic review), topics (divided in subtitles), and conclusions. Reflective articles must include the ITC scheme: introduction, reflective topics, and conclusions. Clinical cases must include the ICC scheme: introduction, case presentation, and conclusions. In general, the document must be typed in the third person. The percent sign must be next to the number, no spaces between. The decimals should be indicated as a period (.) and the thousand units as a comma (,).

Introduction: a short summary of the work or investigations and the new advances of the topic must be done. It is recommended to present the objective of the article in the last paragraph.

Methodology: It corresponds to the clear and brief presentation of the methodological process and analysis used in the work to allow duplication by other researchers. Ethical aspects must be included.

Results: It shows the precise description of the findings trying to avoid personal judgment. Results must be discussed considering revised literature.

Conclusions: They must be related with the objectives. Avoid statements not derived from the work's results.

Declaration of competing interests: Authors must inform in the manuscript if during the development of the work competing interests took place, and declare if they received financial aid if it were the case.

Tables and figures: Graphics, schemes and photographs, among others, will be called "figures". The charts, graphics, schemes and diagrams must be sent in Word format. They must be cited in the order as they appear along the text, with Arabic numerals providing a list for the figures and another one for the tables, which should not have vertical lines. Each table and figure must be sent in a separate page as well as one additional page with tables and figures titles. Titles must be precise and must specify if they are elaborated by the author and if not, cite the source from which it was taken or their respective authorization. The photographs must have an excellent image quality, date and source must

be clarified and also the photos should be sent in JPG format of 250-300 Dpi. In microscope preparations, it must be mentioned color and size according to the used objective. Figures will be published in color or black and white, according to its suitability with no extra charge to the author.

References: Observe strictly the indications of the uniform requirements for manuscripts according to the National Library of Medicine from the biomedical area in Vancouver standards available at http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Assign a number to each reference cited in the text. Write down the reference numbers between parentheses; if the reference is next to a punctuation mark, place the number before this.

See the list of periodical publications accepted by PubMed (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) to get the exact abbreviation of the cited magazine; if the magazine does not appear, type the magazine's full title. Transcribe only the first six authors of the article, followed by "et al". It is recommended the inclusion national and Latin-American references for which you can see Lilacs, Latindex, Sibra, Imbiomed, Scielo, Publindex, Fuente Académica, Periódica, Redalycs among other bibliographic sources. References should include articles about the subject published in the last four years in journals indexed in recognized databases and academic resources and auto-citation must be avoided.

Examples of references:

Journal articles: The authors' last name and two initials from the first and second name. Article's title. International abbreviation of the journal's title. Year; volume (number): initial page-final page.

Gempeler FE, Díaz L, Sarmiento L. Manejo de la vía aérea en pacientes llevados a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Anestesiol* 2012; 40(2):119-23.

Leiva Mj, Fuentealba C, Boggiano C, Gattas V, Barrera G, Leiva L, et al. Calidad de vida en pacientes operados de Bypass gástrico hace más de un año: influencia del nivel socioeconómico. *Rev Méd Chile* 2009; 137:625-33

Any author: Solución corazón siglo 21 puede tener un agujón en la cola. *BMJ*. 2002; 325(7357):184.

Books and other monographs: Authors' last name and two initials from the first and second name. Title. Edition. Place of publication: editorial and year.

Book chapter: Authors' last name and two initials from the first and second name. Chapter's title. In: director/coordinator/editor/compiler of the book. Book's title. Edition. Place of publication: editorial (publishing house); year. Chapter's initial page-chapter's last page.

Harris M. *Antropology Cultural*. Madrid: Alianza editorial; 1994: p. 23

Presentations: Authors' last name and two initials from the first and second name. Presentation's title. "In": official name of the Congress, Symposium or Seminar. Place of publication: editorial, year, initial page and final page of the presentation.

Internet journal article: Authors' last name and two initials from the first and second name. Article's title. Abbreviated title of the journal [internet journal]. Year [search day month year]; volume(number):initial-lastpage. Available at: (URL)

Rossi C, Rodrigues B. The implications of the hospitalization for the child, his family and nursing team. A descriptive exploratory study. *Online Braz J Nurs [revista en internet]*. 2007 [Acceso 19 oct 2012]; 6(3):15-24. Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1110>

Internet book or monograph: Authors' last name and two initials from the first and second name. Title [Internet document]. Volume. Edition. Place of publication: Editorial (publishing house); publication date [last update day month year; search day month year]. Available at: (URL)

Audiovisual material: Authors' last name and two initials from the first and second name. Title (CD-ROM, DVD, DISQUETE according to the case) Edition. Place of edition: editorial and year.

Legal document: Country of emission complete name. Institution of emission's name. Law or decree's title, name of the official newsletter. Publication's number and date.

Doctorate and master thesis: Authors' last name and two initials from the first and second name. Thesis' title [doctorate or mastery thesis]. Place of publication: editorial, year. Pagination.

Unpublished material: it makes reference to articles already accepted but pending for publication. The format is: Authors' last name and two initials from the first and second name. Title. Name of the publication. "In press". Date.

ETHICAL ASPECTS

When the publication involves contact with human beings, especially during experiments, it must be indicated if procedures were done according to the Ethical Committee standards approving the scientific work. Besides, the scientific work should be in agreement to the Helsinki Declaration of 1975, revised by the 59th General Assembly of the World Medical Association at Seoul, Korea, October 2008, available at <http://www.wma.net/s/policy/pdf/17c.pdf>. The informed consent and the name of the ethical committee approving the study must be stated in the methodology section.

Patients' names, initials or hospital numbers must not be used at any time. In case of using pictures of patients, an informed consent for publication should be included.

In case of animal experiments, the ethical standards followed for such studies should be followed and informed in order to protect these animals.

Please, follow the guidelines suggested by the International Committee of Medical Journal Editors published as "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals". They are also available at <http://www.icmje.org/index.html>. The Spanish version can be found at *Revista Panamericana de Salud Pública* at <http://publications.paho.org/spanish/descriptions.cfm>.

PUBLISHING PROCESS

Any material proposed for publication in MedUNAB, can be sent via portal de revistas académicas at Universidad Autónoma de Bucaramanga <http://www.unab.edu.co/medunab> through the Open Journal System (OJS). Subscribe as an author by entering <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=user&op=register>. Another way of sending the scientific work is via e-mail at medunab@unab.edu.co. The Editorial Committee and external peer reviewers will evaluate your work. The assessment will be double blind. The author's identity shall not be disclosed to the evaluators and the evaluator's names shall not be disclosed to the author. Editorial Committee will contact the main author after three days letting him know about the reception of the work. Afterwards, the article will be revised by the Internal Editorial Committee to then let the authors know if further action needs to be taken to improve their document taking into account basic edition alignments. If the article meets the standards, the authors will be notified about external peer evaluators. If manuscript is positively evaluated by one evaluator and negative by other, a third one is appointed, and based on his/her opinion, the Editorial Committee will define whether the document is included in the publication or not. Authors will be contacted after receiving external peer reviewers' evaluation. After obtaining the evaluators' comments, the authors will proceed to work on the corresponding modifications and send the new version of the work within the next four weeks.

After edition and style correction has taken place, the authors will receive the diagramming tests about the article to carefully revise and return to the editor with any observations within the next 48 hours. If the editors do not hear from the main author, it will be understood that the work is ready to be printed. After printing the magazine, the main author will receive two copies of the magazine and a letter of acknowledgement.

The manuscript must be forwarded with a letter signed by all the authors in which they agree with its contents, and originality. It should also be mentioned that the manuscript has not been published before partially or totally, as well as evaluated by other journal. If tables and figures are not original, the author of the manuscript must send a written consent stating copyrights and credentials of where material was taken from.

Once the article has been accepted for publication, all the authors must sign a form transferring all copyrights to the journal. Without this document, it is impossible to publish in MedUNAB journal.

The original document and all its appendices must be forwarded to the editor in an electronic format through the Open Journal System (OJS) or by mailing it to:

Revista MedUNAB

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Calle 157 N° 19-55 Cañaveral Parque
Floridablanca, Santander, Colombia
E-mail: medunab@unab.edu.co

Instruções aos autores

OBJETIVO E POLÍTICA EDITORIAL

Tendo por base os princípios do Conhecimento, da Autonomia e da Harmonia, a revista MedUNAB foi criada em 1997 pela comunidade acadêmica, com o objetivo de divulgar a produção intelectual gerada pela investigação científica na área da saúde, tais como Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Bacteriologia, Instrumentação Cirúrgica, Ciência do Esporte, Medicina Veterinária, Administradores de Saúde, Educação em Ciências da Saúde, atendimento básico e clínico. Editada a cada quatro meses, a revista MedUNAB esta dirigida aos profissionais, especialistas e estudantes relacionados com as ciências da saúde. É publicada e impressa em Bucaramanga, Estado de Santander, Colômbia.

MÉTODO E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Os artigos podem ser enviados em Espanhol, Inglês ou Português, nas seguintes categorias:

1) Investigação e inovação: tendo em conta as categorias de Publindex-Colciencias apresentando produção original e inédita, resultado da pesquisa, reflexão ou revisão passando por revisão por pares. Em hipótese alguma são aceitos artigos que não tenham sido resultado de pesquisa. Assim, nesta categoria de Investigação e Inovação temos:

Artigos de Pesquisa Original: Apresentam em detalhes os resultados de pesquisas originais e inéditas, contendo, em geral, cinco seções: resumo, introdução, metodologia, resultados e conclusões.

Artigos de reflexão: Exposição dos resultados de uma pesquisa analítica, interpretativa ou crítica sobre um tema específico recorrendo a fontes originais. Normalmente são compostos de quatro seções: resumo, introdução, temas para discussão, conclusões.

Artigos de revisão: São aqueles que apresentam o resultado de uma investigação, na qual foram analisados e sistematizados os resultados integrados da pesquisa publicada ou não, sobre um campo da ciência ou da tecnologia. Caracteriza-se por uma revisão bibliográfica completa. Contém normalmente cinco seções: resumo; introdução; metodologia (onde convém esclarecer se trata-se de uma revisão sistemática da literatura, bem assim, os critérios adotados para a mesma. Evitando que, por falta desse esclarecimento, seja o mesmo interpretado como revisão do tema); tópicos em que pode desenvolver-se a revisão (se recomenda incluir tabelas, quadros e figuras) e conclusões.

2) Outras Publicações:

Relatos de caso(s): revisão e relato de casos de interesse para disciplinas como medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia e outras disciplinas das ciências da saúde.

A estrutura de artigos sobre casos clínicos de medicina e de enfermagem:

- Casos Clínicos em Medicina: Resumo, introdução (inclui a descrição do quadro clínico ou doença, incluindo a revisão comentada da literatura sobre casos semelhantes), apresentação do caso em que os resultados especiais são comunicados, confrontados com a literatura pertinente e as conclusões.

- Os casos clínicos e processo de atenção da enfermagem: Resumo, introdução (incluindo uma breve descrição do quadro clínico ou da doença; o modelo teórico que fundamenta o processo dos cuidados de enfermagem), metodologia, resultados (incluindo o projeto (o que é melhor? Projeto ou o plan) de cuidados com Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-NIC e NOC), conclusões.

Revisão de Temas: Resultado de uma revisão crítica da literatura sobre um tema específico. Contém resumo, introdução ao tema, uma divisão dos temas e conclusões. Recomenda-se a inclusão de tabelas, diagramas e figuras.

Artigo de reflexão não derivado de pesquisa: Refere-se a um ensaio que apresenta o ponto de vista defendido pelo autor sobre um tema específico. Contém resumo, introdução ao tema, uma divisão dos temas e conclusões.

Nota técnica: Descrição detalhada da nova técnica ou da mudança significativa utilizada na técnica já estabelecida, enfatizando as vantagens do procedimento ou inovação desenvolvida. Contém resumo, introdução, a técnica a ser apresentada e as conclusões.

Palestra: Trabalho apresentado em eventos acadêmicos (congressos, conferências, simpósios, seminários, etc), deve ser uma contribuição original e atualizada na área das ciências da saúde. Composto de resumo, apresentação do assunto e as conclusões. Deve conter informações sobre data e horário, com especificação do evento em que o tema foi socializado.

Cartas ao editor: Exposições críticas sobre Documentos de análise ou interpretação publicada na revista, na opinião do Conselho Editorial, é um tema importante para discussão pela comunidade científica de referência. A correspondência publicada pode ser editada para comprimento, correção gramatical e de estilo, do qual se informara o autor antes da publicação.

Editorial: Texto sobre temas de interesse científico atual e/ou orientações acerca do domínio temático da revista. É elaborado pelo editor, por membro do conselho editorial ou por pesquisador convidado.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Geralmente todo o manuscrito incluindo folhas, abstrato, palavras-chave, texto, agradecimentos, conflito de interesses, referências, gráficos, tabelas e legendas de figuras e tabelas, figuras, abreviaturas e unidades de medida devem ser em espaço duplo, de um lado da folha, sem espaços extras entre parágrafos; deixar um espaço após o período seguido ou separado. Cada componente é iniciado em uma nova página. Utilizar fonte Times New Roman tamanho 12, com margens de 3 cm em todos os quatro lados. Use itálico ou itálico para termos científicos; por favor não sublinhado.

Abreviaturas: Evite usar abreviaturas no título do trabalho. Quando elas aparecem pela primeira vez no texto devem colocar-se entre parênteses e estarem precedidas pelo termo completo, exceto para as unidades de medida que são apresentadas em unidades métricas de acordo com o Sistema Internacional de Unidades, sem o plural.

Cada seção do manuscrito deve começar em uma página separada, são elas:

Folha de apresentação: além do título e das posições curtas para páginas de título, esta seção deve incluir, para cada autor o seu nome completo, grau(s) acadêmico(s) e afiliação institucional. Além disso, deve-se registrar o nome do autor responsável pela correspondência com o seu endereço postal completo, número de telefone e endereço de e-mail.

Resumos: o trabalho deve conter um resumo estruturado (incluindo introdução, objetivo do estudo, métodos, resultados e conclusões) em espanhol e Inglês, cada um de 250 a 300 palavras. Se o manuscrito original é em Português, os resumos devem ser em Inglês e Português. Não é permitido o uso de referências nem recomendável a inclusão de siglas. O texto deve ser escrito na terceira pessoa.

Abstract: é uma versão em Inglês do resumo estruturado em espanhol (ou em português), não uma tradução literal, não se recomenda traduções realizadas por programas de tradução sistemáticos.

Palavras-chave: é necessário para listar pelo menos cinco palavras-chave em espanhol (ou em português) e Inglês. Veja Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) índice da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), publicado em <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>; Inglês para verificar, consulte o Medical Subject Headings (MeSH) em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.htm>.

Texto: em geral para completar os itens deve-se incluir o esquema IMRC: introdução, metodologia, resultados e conclusões. Para os artigos de revisão deve-se incluir o esquema IMTC: introdução, metodologia (esclarecer se ele corresponde a uma revisão sistemática da literatura e especificar os critérios adotados para o mesmo, no caso contrário, será considerado como revisão do tema), temas (dividido em subtítulos) conclusões. Para os artigos de reflexão deve-se incluir o esquema ITC: introdução, tópicos de discussão, conclusões. Em casos clínicos, a seqüência corresponde a ICC: introdução, apresentação do caso, as conclusões. Em geral, a redação do trabalho é feita na terceira pessoa. O símbolo de percentagem deve ser acoplado ao número. Os decimais devem ser indicados com um ponto (.) e as unidades de milhares com uma vírgula (,).

Introdução: faz-se um breve resumo da obra, ou do desenvolvimento das pesquisas e os novos progressos sobre o assunto estudado. No último parágrafo é aconselhável apresentar o objetivo do artigo.

Metodologia: é a apresentação clara e concisa da metodologia e análise utilizada para permitir que o estudo seja replicado por outros pesquisadores. Recomenda-se Incluir os aspectos éticos.

Resultados: apresenta a descrição detalhada das informações descobertas no estudo com o menor grau de julgamento pessoal. Os resultados devem ser discutidos à luz da literatura revisada.

Conclusões: as conclusões devem estar relacionadas com os objetivos do estudo, evitando declarações que não são derivadas dos resultados do estudo.

Declaração de conflitos de interesses: os autores devem informar explicitamente no manuscrito, se durante o curso do trabalho existia ou não conflitos de interesse e declarar as fontes de financiamento, se for o caso.

Tabelas e Figuras: os gráficos, diagramas e fotografias, entre outros, serão chamados em qualquer caso, "Figura". Fotos, gráficos, tabelas, esquemas e diagramas devem ser enviados em formato Word. Eles são citados em ordem de aparição com os números arábicos, numa lista para as figuras e numa outra para as tabelas, esta última não deve usar as linhas verticais.

Cada tabela ou figura deve estar em uma página separada e os títulos da tabela ou figura estarão igualmente numa outra página. Os títulos devem ser precisos e é necessário especificar se eles são de autoria própria ou de outra fonte. Neste caso, há de se citar a fonte de onde foram copiados com a sua respectiva autorização para o uso dos mesmos. As fotografias devem ser de excelente qualidade de imagem, conter a data, a fonte de sua origem e serem enviadas em formato JPG 250-300 dpi. Nas preparações microscópicas deve mencionar-se a coloração e o aumento de acordo com a lente usada. As figuras serão publicadas em cores ou em preto e branco de acordo com a sua relevância, sem nenhum custo adicional para os autores.

Referências: Observar estritamente as Recomendações Básicas para Manuscritos da Biblioteca Nacional de Medicina da área biomédica http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html disponível normas de Vancouver. Atribuir um número a cada referência citada no texto. Anote os números das referências entre parênteses; se a referência for com um sinal de pontuação, coloque o número antes dele. Veja a lista de revistas aceites pelo PubMed (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) para abreviar com exatidão a revista citada; se a revista não aparecer, digite o título completo da revista. Transcreva unicamente os seis primeiros autores do artigo, seguido de "et al". É recomendável incluir referências nacionais e latino-americanos podendo consultar para este objetivo Lilacs, Latindex, Sibra, Imbiomed, Scielo, Pubindex, Fuente Académica, Periódica, Redalyc e outras fontes bibliográficas relevantes. As auto citações devem ser evitadas, procurando incluir artigos sobre o assunto que tenham sido publicados nos últimos quatro anos em revistas indexadas em bases de dados e fontes acadêmicas reconhecidas.

Veja alguns exemplos de referências a continuação:

Artigo de revista: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título do artigo. Abreviatura internacional do título da revista. Ano; volume (número); página inicial-página final.

Gempeler FE, Diaz L, Sarmiento L. Gestão das vias aéreas em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colômbia. Rev Colomb Anestesiol. 2012, 40 (2): 119-23.

Leiva Mj, Fuentealba C, Boggiano C, Gattas V, Barrera G, Leiva L, et al. Qualidade de vida em pacientes submetidos a Bypass gástrico mais de um ano atrás: influência do nível socioeconômico. Rev Med Chile 2009; 137: 625-33.

Nenhum autor: Solução coração século 21 pode ter um ferrão na cauda. BMJ. 2002; 325 (7357): 184.

Livros e monografias: Primeiro o sobrenome seguido pelas iniciais dos nomes dos autores. Título. Edição. Cidade: Editora; Ano de publicação.

Capítulo de livros: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título do capítulo. "In": nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo.

Harris M. Antropology Cultural. Madrid: Alianza editorial; 1994: p. 23

Palestras: Sobrenome seguido das duas iniciais do/s nome/s do autor/s da palestra. "In": Título original do Congresso, Simposio ou Seminário. Cidade da publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final da palestra.

Artigo de revista Online: Sobrenome seguido das duas iniciais do/s nome/s do autor/s do artigo. Título do artigo. Título abreviado da revista [revista online]. Ano [mês ano dia de consulta], volume (número); página inicial e final. Disponível em: (URL).

Rossi C, Rodrigues B. The implications of the hospitalization for the child, his family and nursing team. A descriptive exploratory study. Online Braz J. Nurs. [revista Online]. 2007 [Acessado 19 oct 2012]; 6(3):15-24. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1110>

Livro ou monografia Online: Sobrenome seguido das duas iniciais do/s nome/s do autor/s. Título [revista online]. Tomo. Cidade: Editorial. Data da publicação [dia mês ano da última atualização; dia mês ano da consulta]. Disponível em: (URL).

Material Áudio-visual: Sobrenome seguido das duas iniciais do/s nome/s do autor/s. Título (CD-ROM, DVD, disquete, conforme o caso) Edição. Cidade da publicação: Editora, ano.

Documentos legais: Nome completo do país de emissão. Nome da instituição emissora. Título da lei ou decreto, o nome do jornal oficial. Número e data de publicação.

Tese PhD / Master: Sobrenome seguido das iniciais do/s nome/s do autor/s. Tese [tese de doutorado ou mestrado]. Cidade da publicação:

editora, ano. Páginas.

Material inédito: refere-se aos artigos já aceitos, mas ainda não publicados. O formato é: Sobrenome seguido das iniciais do/s nome/s do autor/s. Título. Nome da publicação. "Na imprensa". Data.

ASPECTOS ÉTICOS

Sempre que a publicação implique o contato com seres humanos, especialmente durante as experiências, será necessário registrar que os procedimentos foram realizados de acordo com as normas do Comitê de Ética que aprovou o trabalho e a Declaração de Helsinki de 1975, revisada na Assembléia 59 Geral da Associação Médica Mundial em Seul (Coréia) em outubro de 2008, disponível em <http://www.wma.net/s/policy/pdf/17c.pdf>. Em qualquer caso, a metodologia deve informar sobre o tipo de consentimento obtido e o nome do Comitê de Ética que o aprovou.

Jamais identificar os doentes, usar as iniciais ou números hospitalares em quaisquer circunstâncias. No os casos em que houver utilização de material ilustrativo onde contenha a imagem do paciente, para a publicação do artigo, será necessário a apresentação da licença concedida pelo mesmo.

Nos de experimentos com animais, informar se foram observadas as regras locais de proteção dos mesmos.

Solicitamos observação às instruções do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas) que estão publicados como "Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas" e estão disponíveis em <http://www.icmje.org/index.html>. A versão em espanhol está disponível no site do American Journal of Public Health <http://publications.paho.org/spanish/descriptions.cfm>.

PROCESSO EDITORIAL

Todo o material proposto para publicação na revista MedUNAB poderá ser enviado através do portal de revistas acadêmicas da Universidade Autônoma de Bucaramanga <http://www.unab.edu.co/medunab>, ou através do Sistema Jornal Open (OJS): clique em "subscriver" ou registre-se como autor no seguinte enlace <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=user&op=register>. Os artigos também poderão ser enviados por E-mail, através do endereço: medunab@unab.edu.co.

Todo artigo proposto para publicação é analisado pelo Conselho Editorial, posteriormente, é avaliado por pares externos à revista. Avaliação duplo-cego. A identidade do autor do artigo não é revelada aos pares avaliadores e também não a destes ao primeiro.

Se editores informarem ao autor principal sobre o recebimento de seu trabalho, num prazo não superior a três dias; em seguida, o artigo será analisado pelo Comitê Editorial Interno que verificará se o texto atende às condições básicas da revista. Se necessário, o Comitê Editorial notificará os autores para que procedam às devidas correções, permitindo que o trabalho prossiga com a remessa para a avaliação por pares externos. Se o artigo é avaliado positivamente por um avaliador e negativamente por outro, designa-se um terceiro, e com base no seu conceito se decide a inclusão do documento na publicação. Feitas as observações dos avaliadores externos, estas serão comunicadas aos autores que, uma vez recebendo os comentários dos avaliadores, devem respondê-las ponto por ponto e promoverem as alterações pertinentes, enviando o texto assim revisado nas próximas quatro semanas.

Depois de ser realizada a edição e feita a correção de estilo os autores recebem a proposta da diagramação para sua revisão, o qual deve ser cuidadosamente verificado e devolvido no prazo máximo de 48 horas, com a sua aprovação ou observações que possam ser aplicadas pelo editor. Em caso de não recebimento de resposta pelo autor, presumir-se-á que este concorda com a versão que será impressa. Após a publicação, o autor receberá dois exemplares da revista e uma carta de agradecimento. Remissão do manuscrito. O manuscrito deve ser enviado juntamente com uma carta assinada por todos os autores, confirmando seu conhecimento e concordância com o seu conteúdo e originalidade. Declarando-se também, que o manuscrito ou parte dele não foi publicado anteriormente e não está sendo avaliado em outra revista. Caso as tabelas ou figuras não sejam originais, deverá o autor apresentar a autorização formal do titular do direito sobre a mesma, para a sua utilização, incluindo a fonte no texto do manuscrito e indicar onde se tomou a informação e a licença concedida.

Uma vez aceito o texto para publicação na revista MedUNAB, todos os autores deverão assinar um termo de cessão de direitos autorais, sem o qual não será possível a publicação na revista MedUNAB.

O documento original e todos os anexos devem ser enviados eletronicamente para o Editor através do OJS ou no seguinte endereço:

Revista MedUNAB

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Calle 157 N° 19-55 Cañaveral Parque
Floridablanca, Santander, Colombia

POLÍTICA EDITORIAL

MISIÓN

La revista **MedUNAB**, creada en 1997 por la comunidad académica, contribuye al conocimiento de las ciencias de la salud en los ámbitos nacional e internacional, mediante la publicación y difusión de la producción científica en esta área.

VISIÓN

MedUNAB para el 2018 será un referente nacional e internacional en la divulgación de producción científica en las ciencias de la salud con alta calidad.

OBJETIVO GENERAL

Facilitar un espacio para la difusión, el análisis, el debate y la actualización del conocimiento científico en el campo de las ciencias de la salud, en coherencia con el proyecto educativo de la UNAB.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Incrementar el impacto y la visibilidad de la revista en los ámbitos nacional e internacional.
2. Garantizar la mejor calidad editorial por medio de la revisión anónima por pares y la adherencia a las políticas, criterios y recomendaciones de las bases de indexación nacionales e internacionales.
3. Impulsar en la comunidad académica del país en general, y de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNAB en particular, actitudes positivas hacia la búsqueda del conocimiento y la cultura de la difusión escrita de experiencias investigativas.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

La revista **MedUNAB** es propiedad de la Universidad Autónoma de Bucaramanga la cual es de libre acceso y sin ánimo de lucro. La información personal de quienes hagan parte de cada publicación de la misma se utilizará exclusivamente para los fines declarados por **MedUNAB**, por lo cual no estará disponible para ningún otro propósito. La reproducción, modificación, distribución de la misma con fines lucrativos requiere la previa autorización de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

© Derechos reservados de autor. Queda prohibida la reproducción parcial o total del material gráfico y editorial de la publicación sin previa autorización escrita del editor. Los artículos publicados en **MedUNAB** representan la opinión de sus autores y no necesariamente la opinión oficial de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, es responsabilidad exclusiva del autor.

EDITA:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

Facultad de Ciencias de la Salud: Campus el Bosque
Calle 157 N° 19-55 (Cañaveral Parque)
Floridablanca, Santander, Colombia
Código postal: 681004
Teléfonos: 6436111 ext. 549, 529, 530, 261, Fax 6433958.
MedUNAB en internet: <http://www.unab.edu.co/medunab>
E-mail: medunab@unab.edu.co

La UNAB dentro del marco de lo previsto por la Constitución Política de Colombia, la Ley 1581 de 2012, Decretos Reglamentarios 1377 de 2013 y 886 de 2014, pone bajo los conocimientos de los lectores de **MedUNAB** su Política de Privacidad de la Información la cual podrá consultar mediante la página web:

<http://intranet.unab.edu.co/Normalidad/Resoluciones/Resolucion403.pdf>.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

RECTOR

Dr. Alberto Montoya Puyana

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Eulalia García Beltrán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Dr. Gilberto Ramírez Valbuena

DIRECTOR DE INVESTIGACIONES

Dr. Miguel Ángel Hernández Rey

DECANO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DIRECTOR DEL PROGRAMA DE MEDICINA

Dr. Juan José Rey Serrano, MD. Esp.

DIRECTORA DEL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Liliana Stella Quiñonez Torres, Ps. Msc.

DIRECTORA DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Olga Lucía Gómez Díaz, Enf. Esp.

CENTRO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS

Dr. Bernardo Useche Aldana, Ps. PhD.

FUNDADOR

Dr. Virgilio Galvis Ramírez, MD.

EDITOR EMÉRITO

Germán Oliveros Villamizar, Ing. Msc.

EDITORA

Mary Luz Jaimes Valencia, Enf. Msc. PhD.

COMITÉ EDITORIAL

Juan Manuel Anaya, MD. (Universidad del Rosario, Colombia)
Jhon E Castiblanco, MD. Msc. (University of Texas, United States)
Francisco Javier Díaz, MD. PhD. (Kentucky University, United States)
Juan Carlos Eslava, MD. Msc. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
María Eugenia Hincapié, Enf. Msc. (Universidad de Antioquia, Colombia)
Fernando de la Hoz, MD. PhD. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
Fabián Jaimes, MD. PhD. (Universidad de Antioquia, Colombia)
Sandra Janashak Cadena, Enf. PhD. (University of South Florida, United States)
Fernando Lizcano, MD. PhD. (Universidad de la Sabana, Colombia)
Mónica Mojica Perilla, Ps. PhD. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
Leonardo Augusto Ortega Murillo, Ps. PhD. (Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia)
Fernando de Queiroz Cunha, MD. PhD. (Universidade de São Paulo, Brasil)
João Santana da Silva, MD. PhD. (Universidade de São Paulo, Brasil)
Diego Torres Dueñas, MD. PhD. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
Mauricio Urquiza MD. PhD. (University of California San Diego, United States)

COMITÉ CIENTÍFICO

Mauricio Arcos-Burgos, MD. PhD. (National Institutes of Health, United States)
Gustavo Bercgorzili, MD. Msc. (Organización Panamericana de la Salud, Brasil)
Laura del Pilar Cadena, MD. Msp. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia, Colombia)
Victor M Cárdenas, MD. PhD. (University of Texas, United States)
Clara Virginia Caro, Enf. PhD. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
Juan Pablo Casas, MD. PhD. (The London School of Hygiene & Tropical Medicine, Reino Unido)
Miguel Ángel Castro Jiménez, MD. Msc. (Instituto Nacional de Salud, Colombia)
Percy Mayta, MD. MSc. (Instituto Nacional de Salud, Perú)
Francisco A Múnera, MD. PhD. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
Ana Lucia Noreña, Enf. PhD. (Universidad de Alicante, España)
Leonardo Resstel Barbosa Morales, MD. PhD. (Universidade de São Paulo, Brasil)
Fernando A Rivera, MD. (Mayo Clinic, United States)
Diego A Rosselli, MD. Msc. (Academia Nacional de Medicina, Colombia)
Juan Carlos Salazar, MD. PhD. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
Sergio Eduardo Serrano, MD. Msc. (Universidad Industrial de Santander, Colombia)
Juan Carlos Villar, MD. PhD. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
Roberto Zenteno, MD. PhD. (Universidad Nacional Autónoma de México, México)

CORRECCIÓN DE ESTILO (textos en español)

Heriberto Sánchez Bayona

EQUIPO DE TRADUCCIÓN Y CORRECCIÓN

Sonia Yaneth Méndez Cala, Lic. Idiomas, Msc.
(Instituto de lenguas, Universidad Autónoma de Bucaramanga)
Rosa Adela Osorio Sierra, Fil. Esp. Msc. PhD.
(Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
Alba Inés Castro Caballero, Lic. Idiomas Msc.
(Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)

ASISTENTE EDITORIAL

María Catalina De Montijo Vargas, MD.
Servicio Social Obligatorio - investigativo

COMITÉ ESTUDIANTIL

María Fernanda Barragán Vergel, Est. Medicina
Jorge Andrés Ortiz Labrador, Est. Medicina
Paula Gisela Pinzón Carreño, Est. Enfermería
María Angélica Wilches Cuadros, Est. Medicina

Diseño y diagramación

Ideas Comunicación

Impresión

La Bastilla

Tiraje: 200 ejemplares

Periodicidad: Cuatrimestral (abril-julio/agosto-noviembre/diciembre-marzo)

XII Congreso de la Facultad de Ciencias de la Salud y III Congreso Internacional UNAB “Una aproximación a la solución de los problemas de salud pública en Colombia” *XII Health Faculty Congress and III UNAB International Congress “Approach to the Solution of the Public Health Problems in Colombia”*

El XII Congreso de la Facultad de Ciencias de la Salud y III Congreso Internacional de la Universidad Autónoma de Bucaramanga “Aproximación a la solución de los problemas de salud pública en Colombia” es el resultado de un esfuerzo mancomunado de diferentes actores de la comunidad universitaria, de los cuales quiero resaltar el dinamismo del Comité Estudiantil del Congreso, quienes, como estamento de participación han mantenido de manera ininterrumpida su compromiso. De los profesores que conforman la línea de salud pública del programa de Medicina y un elemento novedoso, la integración de los programas de Enfermería y Psicología a la organización del evento para convertirlo en un espacio de integración de las diferentes disciplinas y programas, por lo que a partir de este año el nombre del Congreso incorpora la denominación del Congreso de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Este año el Congreso abordará una temática de actualidad y pertinencia social, como son los principales problemas de salud pública que afectan a nuestras poblaciones y serán un marco de presentación de los principales resultados de investigación, de mesas de trabajo de expertos, que representan las conclusiones de muchos años de trabajo de profesionales de gran trayectoria, que esperamos sean aportes que desde la academia contribuyan a la formulación de políticas públicas en salud, al diseño de los nuevos planes de desarrollo nacionales y municipales y al debate académico que permanentemente debe alimentar los claustros universitarios y la sociedad en general.

El Congreso aborda sesiones dedicadas al avance en la organización y operación de nuestro sistema de salud en el contexto de la nueva Ley Estatutaria de Salud y la reciente formulación del plan decenal de salud pública del país. También se presentará un balance de los resultados

alcanzados por el nuevo Instituto de Tecnología en Salud creado con el propósito de orientar la toma de decisiones en cuanto a las actividades, procedimientos e intervenciones que deben ser incorporados en el plan de beneficios del sistema, teniendo en cuenta criterios de evaluación económica, epidemiológica y de beneficio social.

Importante resaltar que abordaremos el tema de las inequidades en salud, situaciones que persisten en nuestro sistema de salud y que deben ser visibilizados de manera prioritaria para buscar soluciones inmediatas.

Se realizará una sesión dedicada a las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y la salud. En esta era informática es imperativo que el sector salud, sus instituciones, nuestro prestigioso talento humano, y los procesos para la prestación de servicios incorporen de manera más decidida y ambiciosa estas tecnologías de cara a mejorar la atención en salud, el acceso a los servicios (telemedicina), la atención integral de las personas, con servicios apoyados en tecnología en la que se evidencie efectivamente la integralidad de los procesos.

Por otra parte, desarrollamos una mesa estratégica con las autoridades gubernamentales donde se entregará un documento de recomendaciones que oriente en nuestra región el modelo a seguir en materia de e-Salud. Dicha agenda será formulada por expertos y autoridades nacionales e internacionales, la cual se someterá a debate con las autoridades regionales y locales junto con las autoridades académicas y científicas.

Consecuentes del momento histórico del país en relación con el proceso de paz, se dedica una sesión a la salud mental con énfasis en el postconflicto, en los retos actuales y del

futuro inmediato en problemas cada vez más prevalentes en nuestra sociedad como son la violencia, el maltrato infantil, el consumo de psicoactivos y drogas alucinógenas, siendo escenarios cada vez más críticos en nuestra sociedad.

Las enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer y los factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares, se han convertido hoy por hoy en la principal epidemia del siglo XXI, en ese sentido es preponderante presentar los nuevos retos, estrategias y resultados obtenidos por la comunidad mundial, nacional y local en torno a la presencia y control de este grupo de enfermedades que generan el mayor número de muertes en nuestro territorio, muchas de ellas evitables.

Tratándose de un Congreso de salud pública, es imposible no tener en cuenta el abordaje de los avances de las enfermedades infectocontagiosas en que presentemos resultados propios de la región en cuanto avances en la prevención y control de enfermedades como el dengue y la enfermedad de Chagas.

También se incorpora un capítulo dedicado a la salud materno-infantil, siendo de gran actualidad por la atención

segura de la mujer embarazada y los avances respecto a los principales problemas en este importante grupo de población en donde nuestro departamento cuenta con experiencias exitosas para presentar al país y al mundo entero.

Quiero resaltar que la UNAB es de puertas abiertas y en nuestra misión está la decidida participación desde la academia en la solución de los grandes problemas que aquejan la región y país. La salud sigue siendo una deuda social; nuestra comunidad espera mucho más de lo que hoy, con todos los avances tecnológicos y científicos, les podemos ofrecer.

Estoy seguro de que este escenario de construcción y reflexión de conocimiento y políticas servirá de punto de referencia en las transformaciones que, en materia de salud, la sociedad requiere.

Juan José Rey Serrano. MD. Msc.
Decano,
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma de Bucaramanga

El concepto de la salud-enfermedad en la salud pública *The Health-Disease Concept in Public Health*

Emilio Quevedo V, MD. Esp. PhD*

Resumen

Introducción: Toda actividad en el campo de Medicina, de la higiene y de la salud pública, ya sea esta técnica o política, ha estado históricamente sustentada en una u otra forma de entender la salud y la enfermedad individual y colectiva. Si queremos aproximarnos hoy a la solución de los problemas de salud pública en nuestro país y en el continente, se hace necesario repensar el concepto salud-enfermedad, pues lo que es claro es que hasta hoy no hemos logrado superar la crisis de la salud de la población colombiana. **Objetivo:** Partiendo de un análisis histórico de las relaciones entre el concepto de salud-enfermedad y la práctica de la salud pública, se pretende plantear un andamiaje teórico que permita repensar el concepto de salud-enfermedad para sustentar una nueva aproximación a los problemas de salud pública. **Síntesis del contenido:** Las representaciones de la salud y la enfermedad que están detrás del modelo liberal clásico biológico y monocausal (1, 2), del modelo liberal desarrollista de la medicina preventiva y la multicausalidad (3-5), o del modelo neoliberal mercantilista de la salud comunitaria y la promoción de la salud (6-9), no han podido dar hasta ahora los elementos necesarios para abordar de manera integral el problema de la salud de los colombianos. Pero es que el término "Salud Pública" es un término polisémico que contiene varias realidades indiferenciadas y cuando hablamos "de los problemas de la Salud Pública" nos referimos simultáneamente a varias cosas, pero no

hacemos distinciones claras entre ellas. Para fines analíticos proponemos, en primer lugar, reconfigurar el "campo de la salud" para entenderlo como un campo social (10-14); y, en segundo lugar, agrupar las realidades que componen dicho campo en tres subcampos, tal como lo venimos proponiendo desde el 2004 (2, 15).

Partiendo de esta reconfiguración del campo de la salud, se discute, en primer lugar, qué es lo que pretendemos llamar "los problemas de salud pública en Colombia"; en segundo lugar, se analizan desde una perspectiva histórica, las diferentes relaciones que han existido entre el concepto salud-enfermedad (16, 17) y las maneras como "la Salud Pública" o "la Higiene Pública" han entendido y estudiado "la salud del público" y han recomendado y puesto en marcha acciones para garantizar "la salud para el público" (2, 18-20); y en tercer lugar, se propone un andamiaje teórico que, a partir de la crítica de las aproximaciones biológicas, funcionalistas y economicistas que han sustentado la conceptualización y la práctica de la salud pública durante el siglo XX y comienzos del XXI, sirva de base para reconfigurar el concepto de salud-enfermedad, de tal forma que este potencie la posibilidad de una nueva "Salud Pública" que permita abordar los problemas de salud de los colombianos y superar la crisis de "la Salud Pública" que persiste sin una solución efectiva desde 1992 (21, 22). **Conclusiones:** Como resultado de los tres tipos de análisis anunciados atrás, y como consecuencia de la introducción de manera orgánica de las nuevas

* Profesor Titular de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud y de la Escuela de Ciencias Humanas. Director del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones. Universidad del Rosario, Bogotá. Bogotá DC. Colombia

Correspondencia: Dr. Emilio Quevedo V. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud y de la Escuela de Ciencias Humanas. Universidad del Rosario, Bogotá. Carrera 24 N° 63C-69, Bogotá, Colombia. E-mail: emilio.quevedo3@gmail.com

ciencias sociales centradas más en el análisis del conflicto que de la estabilidad social, se propone un concepto de salud-enfermedad que permita abordar, de manera integral, los problemas de salud de los colombianos y superar la crisis actual de "la Salud Pública".

Palabras clave: Salud pública; Proceso Salud-Enfermedad; Servicios de Salud; Economía de la Salud; Colombia.

Bibliografía

- Canguilhem G. El efecto de la bacteriología sobre el fin de las "teorías médicas" en el siglo XIX. In: Canguilhem G, editor. *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2005: p. 71-99.
- Quevedo V. E, Borda C, Eslava C. JC, García CM, Guzmán MdP, Mejía P, et al. *Café y gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito de la higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá: Universidad Nacional/Instituto de Salud Pública/Centro de Historia de la Medicina; 2004.
- Leavell HR, Clark EG. *Preventive Medicine for the Doctor and the Community. An Epidemiologic Approach*. Third edition ed. New York: McGraw-Hill; 1965.
- MacMahon B, Pugh TF, Ipsen J. *Epidemiologic Methods*. Boston, Toronto: Little, Brown and Co.; 1960.
- Breilh J. *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*. Tercera edición ed. México: Fontamara; 1989.
- Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians, a working document*. Ottawa, Canadá: Government of Canadá, Ministry of National Health and Welfare; 1974.
- Lalonde M. El concepto de "Campo de la Salud": una perspectiva canadiense. In: OPS/OMS, editor. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
- Hernández Álvarez M. Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. In: Restrepo DI, editor. *La falacia neoliberal Crítica y alternativas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003: p. 347-61.
- Hernández Álvarez M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. In: Eibenschutz C, Tamez S, González R, editors. *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* México, D. F.: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011: p. 169-92.
- Bourdieu P. *Sociología y Cultura*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Grijalbo; 1990.
- Bourdieu P. El campo científico. In: Bourdieu P, editor. *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2000: p. 11-57.
- Bourdieu P. Los usos sociales de la ciencia. Para una sociología clínica del campo científico. In: Bourdieu P, editor. *Los usos sociales de la ciencia*. Colección Claves. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2000: p. 59-140.
- Belmartino S, Bloch C. *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de interés y modelos organizativos, 1980-1985*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
- Hernández Álvarez M. *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Instituto de Salud Pública; 2002.
- Quevedo V. E, Cortés M. CM, Hernández A. M, Eslava C. JC. Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad. *Revista Ciencias de la Salud*. 2013;11(3):295-321.
- Quevedo V. E. Comprensión histórico-crítica del proceso salud-enfermedad: base para una renovación curricular en medicina. In: Quintero GA, editor. *Educación Médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2012: p. 269-314.
- Quevedo V. E. El Proceso Salud-Enfermedad: Hacia una Clínica y una Epidemiología no Positivista (Reflexiones críticas histórico-epistemológicas en torno a las conceptualizaciones modernas de la realidad de la salud y del enfermar humano). In: Cardona Á, editor. *Sociedad y Salud*. 5-85. Bogotá: Zeus Editores; 1992.
- Quevedo V. E. Cuando la higiene se volvió pública. *Revista de la Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Colombia*. 2004;52(1):83-90.
- Rosen G. *A History of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1993.
- Porter D. *Health, Civilization, and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. London: Routledge; 1999.
- Quevedo V. E. La crisis de la medicina y la medicina en la crisis. *Acta Neurológica Colombiana*. 2001;17(1):17-23.
- OPS/OMS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D. C.: OPS/OMS; 1992.

Las desigualdades sociales en salud *The Social Inequalities of Health*

Carme Borrell, MD. Esp. PhD *

Resumen

Introducción: Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias sistemáticas en salud, producidas socialmente e injustas. Las diferencias son sistemáticas pero no se producen de forma aleatoria, sino tienen un patrón persistente en la población, afectando a los grupos sociales más vulnerables. Se producen socialmente porque son consecuencia de procesos sociales y no de procesos biológicos, es decir, las desigualdades en salud no están relacionadas por ejemplo con factores hereditarios, sino que lo están con el funcionamiento de la sociedad. Y son injustas porque vulneran derechos fundamentales de las personas (1). Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos (2). Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son enormes, y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos (3,4). Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades suelen aumentar ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas (5). **Objetivo:** Presentar el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud y las evidencias del impacto de las políticas para reducir las desigualdades en salud.

Síntesis del contenido: Las causas de las desigualdades en salud. “La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas”: con palabras tan contundentes se ha expresado en su informe final (6) la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. También afirma que las desigualdades en salud “son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.” Basándose en estos supuestos y distintos modelos existentes (1), la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (7) adaptó un modelo teórico para explicitar las causas o factores determinantes de las desigualdades en salud (Figura 1) que ha servido de base para la elaboración de las recomendaciones de la comisión. El modelo distingue entre determinantes estructurales e intermedios de las desigualdades en salud. Entre los primeros se encuentra el contexto socioeconómico y político, que se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estratificación social y la distribución de poder y recursos dentro de ella. Los distintos ejes de desigualdad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio de procedencia y/o de residencia, determinan jerarquías de poder en la sociedad, que repercuten en las oportunidades de tener una buena salud a través de la exposición a los llamados determinantes intermedios. Estos factores incluyen en primer lugar los recursos materiales, como son las condiciones de

*Agència de Salut Pública de Barcelona.

Correspondencia: Pl. Lesseps 1 08023 Barcelona. E-mail: cborrell@aspb.cat

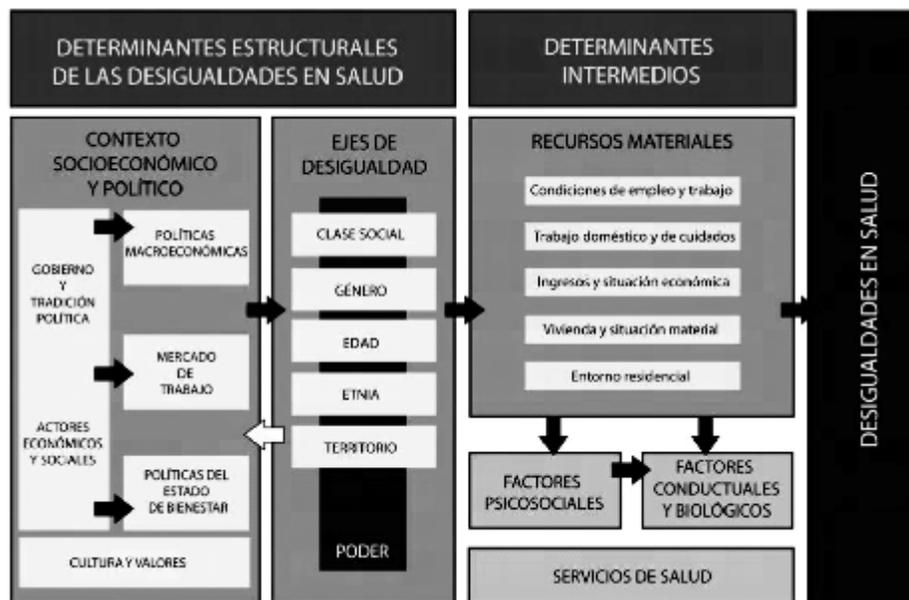


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010. (7)

empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicossocial); la carga de trabajos no remunerados del hogar y de cuidado de las personas; el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial; la calidad de la vivienda y sus equipamientos; y el barrio o área de residencia y sus características. Estos recursos, junto con la posición de poder, tienen un impacto en la salud tanto directo, como indirecto, influyendo en procesos psicossociales como la falta de control, la autorrealización, o las situaciones de estrés y en las conductas con influencia en la salud (8). Finalmente, aunque los servicios sanitarios, en sí mismos, no constituyen el factor principal de generación de las desigualdades en salud, pueden tener un efecto tanto multiplicador como amortiguador de la desigualdad, dependiendo de si el acceso, utilización y calidad de los mismos son menores, iguales o mayores para los grupos sociales menos favorecidos.

Actualmente la mayor parte de la población valora las principales causas de la salud bajo la llamada "ideología biomédica dominante", según la cual los principales factores que generan enfermedades son causas como la genética o las conductas relacionadas con la salud o estilos de vida. Sin embargo, a pesar de ser importantes, estas causas no permiten explicar ni la situación de salud colectiva, ni la producción de desigualdades en salud en una determinada sociedad. Por otro lado, hay que señalar que los estilos de vida están determinados socialmente ya que variables sociales como la clase social, el género o el país de origen marcan desigualdades en la adopción de estos estilos.

Los ejes de desigualdad y su impacto en la salud.

Tal como se ha comentado anteriormente, los ejes de desigualdad nos muestran desigualdades en salud (6). A continuación podemos ver algunos ejemplos. Respecto a las desigualdades en salud según la clase social (medida a través del empleo) o posición socioeconómica (nivel de estudios o de ingresos), se observa que al disminuir la clase social empeora la salud, tanto expresada en mala salud percibida como al hecho de enfermar o de morir de forma prematura. Por tanto, estas desigualdades no solo afectan a un pequeño segmento de población más pobre, sino a toda la población. Además, las desigualdades se reproducen a lo largo del ciclo vital: la clase social de la familia donde se nace, el nivel de estudios adquirido, las ocupaciones realizadas, el nivel de ingresos y patrimonio, son a la vez diferentes maneras de medir la jerarquía de poder y de generación de recursos y oportunidades desiguales a lo largo de la vida que se traducen en desigualdades en salud. Las diferencias en salud entre hombres y mujeres no son solo diferencias biológicas, sino que son también desigualdades de género debidas a las diferencias sociales que se dan entre los sexos (9). Estas diferencias están asociadas a la diferente socialización de mujeres y hombres que determina diferentes valores, actitudes y conductas, así como desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos y también la profunda división sexual del trabajo. Esto se traduce en peores condiciones laborales para las mujeres, con menores salarios y con una doble carga de trabajo fuera y dentro del hogar que repercute en su estado de salud. Pero las desigualdades de género en salud también

repercuten negativamente en los hombres, así por ejemplo, los comportamientos de riesgo asociados a la masculinidad tradicional (por ejemplo el consumo de sustancias adictivas o la conducción de riesgo), son responsables en buena medida de la menor esperanza de vida de los hombres. La edad (más allá de sus implicaciones biológicas), la etnia y el lugar de procedencia son otras características individuales que, en función del contexto histórico de un país, adquieren trascendencia social y pueden determinar desigualdades en salud ligadas a procesos de discriminación y segregación. Así pues, en la mayoría de sociedades occidentales las personas mayores sufren las consecuencias del edadismo o las personas que pertenecen a un país de procedencia de baja renta sufren procesos de discriminación interpersonal e institucional y de exclusión social y económica con impacto en la salud. Independientemente de las desigualdades entre individuos, hay también variaciones geográficas en la salud, relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios de los que dispone cada región. La esperanza de vida al nacer supera los 80 años en muchos de los países de mayor renta per cápita y no llega a los 50 en los países más pobres. Es importante tener en cuenta el análisis de la interseccionalidad cuando se estudian las desigualdades en salud ya que todos los ejes de desigualdad juegan un papel. Así por ejemplo, a pesar de que las mujeres tienen peor salud percibida que los hombres, las mujeres de clase social privilegiada puede tener mayores prevalencias de buena salud percibida que los hombres de clases sociales desaventajadas. Por ello es muy importante analizar separadamente los diferentes grupos (10,11).

Políticas para reducir las desigualdades en salud.

Existen evidencias de que intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas pueden reducir las desigualdades en salud (12). Pero es importante tener presente que estas intervenciones también pueden aumentar las desigualdades si no se diseñan intentando maximizar los beneficios en los colectivos más vulnerables (13). Respecto a la acción sobre los determinantes sociales de la salud, la citada Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (6) fija tres ejes básicos de acción: Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, estos son los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida mundiales, nacionales y locales. Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

En Europa, *Whitehead y Dalghren* propusieron 10 principios para la acción que deben servir como guía general cuando se pretenden poner en marcha políticas para disminuir las desigualdades en salud (14), de los cuales destacan:

- La reducción de las desigualdades debe acompañarse de una mejora de la salud de la población en conjunto (levelling up).
- Por un lado, son necesarias intervenciones multi-sectoriales que actúen sobre los determinantes sociales de las desigualdades (15). Por otro, es importante basar los servicios de salud y las intervenciones sanitarias en principios de equidad.
- Se debe promover y facilitar la participación de la población más vulnerable en el proceso de definición y puesta en marcha de políticas.
- Tanto el análisis de las desigualdades en salud como las intervenciones deben considerar los distintos ejes de desigualdad: la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio o área geográfica.
- Es necesario disponer de instrumentos para evaluar tanto la extensión de las desigualdades en salud como los efectos positivos y negativos de las intervenciones puestas en marcha.

Se han descrito tres aproximaciones complementarias a la reducción de desigualdades: focalización en mejorar la salud de los grupos más vulnerables; reducción de las desigualdades entre estos grupos y los más favorecidos; y reducción de las desigualdades en toda la población, teniendo en cuenta el conjunto del gradiente social (16). Las experiencias recientes respaldan la necesidad de priorizar este último enfoque, con acciones dirigidas a toda la población, pero con intensidad creciente en función del nivel de desventaja social ("universalismo proporcional") (17,18). Por ejemplo, la acción comunitaria local en áreas desfavorecidas es necesaria, aunque no será suficiente si no se acompaña de medidas universales como la existencia de un sistema sanitario universal y gratuito de calidad, el aumento de servicios y prestaciones para la dependencia, etc. Diversos países europeos están desarrollando estrategias y políticas para reducir las desigualdades sociales en salud, integrándolas en las políticas y programas sectoriales en el enfoque de "salud en todas las políticas". Este enfoque tiene como objetivo promover la salud a través de políticas que están bajo el control de otros sectores, y esto es importante porque, tal como hemos descrito, la mayoría de los determinantes de la salud están fuera del sector salud. Tal como consta en la Declaración de Helsinki, la salud en todas las políticas se basa en "un acercamiento a las políticas públicas en todos los sectores, que toma en cuenta sistemáticamente las consecuencias para la salud de las decisiones, busca sinergias y evita impactos perjudiciales con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud" (19).

Conclusiones: Existen diferentes aproximaciones complementarias a la reducción de desigualdades, de igual manera, son varias las experiencias de países europeos que vienen desarrollando estrategias y políticas para reducir las desigualdades sociales en salud.

Bibliografía

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007.
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.
3. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Barcelona: El Viejo Topo, 2005.
4. Jakab Z, Marmot M. Social determinants of health in Europe. *Lancet.* 2012;379(9811):103-5.
5. Alvarez-Dardet C, Montahud C, Ruiz MT. The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain. *Eur J Public Health.* 2001;11(2):225-6.
6. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization; 2008.
7. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit.* 2012;26(2):182-9.
8. Schulz AJ, House JS, Israel BA, Mentz G, Dvorchak JT, Miranda PY, et al. Relational pathways between socioeconomic position and cardiovascular risk in a multiethnic urban sample: complexities and their implications for improving health in economically disadvantaged populations. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62:638-46.
9. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2008;82(3):245-9.
10. Borrell C, Muntaner C, Gil-González D, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Rohlfs I, Pérez K, García-Calvente M, Villegas R, Alvarez-Dardet C. Perceived discrimination and health by gender, social class, and country of birth in a Southern European country. *Prev Med.* 2010;50(1-2):86-92.
11. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med.* 2010;71(9):1610-9.
12. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2008;22(5):465-73.
13. Frohlich KL, Potvin L. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health* 2008;98:216–21.
14. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health n° 2, Denmark, 2006.
15. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q.* 2004;82(1):101-24. Review.
16. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal Social Policy.* 2004;33:115-51.
17. Fair Society, Healthy Lives – The Marmot Review. London: The Marmot Review; 2010.
18. National strategy to reduce social inequalities in health. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2007.
19. Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). Health in all policies. Prospects and Potentials. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf [consultado 2 de Junio de 2015].

Retos de la Ley Estatutaria *Statutory Law's Challenges*

Óscar Alberto Bernal-Acevedo, MD , PhD*

Resumen

Introducción: El reconocimiento de la salud como derecho fundamental en la Ley Estatutaria es un gran paso, en especial cuando venimos de un largo pasado de entender la salud como un servicio o una caridad y donde muchos países con más recursos que Colombia no han dado este paso, entre ellos los Estados Unidos. **Objetivo:** Analizar los retos que implica la Ley Estatutaria para el sistema de salud colombiano. **Síntesis del contenido:** La ley estatutaria plantea grandes retos, entre los que están, cómo garantizar el ejercicio efectivo de este derecho, ya que la afiliación universal es un primer e importante paso, pero la gran tarea es transformar el derecho de papel, en acceso real a servicios preventivos y curativos. El derecho a la salud es un concepto muy abstracto, es todo y nada a la vez, por lo que necesitamos tener un acuerdo y compromiso social de lo que se considera el núcleo central de este derecho, cuál es la responsabilidad directa del sector salud y cuáles son responsabilidades de otros sectores como ambiente, educación, vivienda, etc. La visión más simplista es que este derecho exige garantizar todo a todos sin escatimar en costos, pero la realidad es que sí existen límites impuestos por la misma naturaleza humana (no se puede prometer salud y vida eterna), la tecnología disponible, el equilibrio o permanente conflicto entre los intereses individuales y colectivos, los recursos humanos y financieros. Para establecer qué está y qué no en el núcleo del derecho a la salud, el Ministerio de

salud ha establecido una lista explícita de inclusiones y exclusiones (POS) y su actual tendencia es a quedarse solo con una lista de exclusiones. Esto genera grandes retos en los mecanismos para garantizar estos servicios y su financiamiento. Aunque el gobierno se ha comprometido con la salud como derecho, siempre existirán conflictos generados por las necesidades individuales y lo que el sistema puede ofrecer, la sociedad está dispuesta a financiar y por tanto se deben mantener mecanismos de solución como son las tutelas. Sin embargo, más del 60% de las actuales tutelas se deben a servicios que ya están incluidos en el POS y por tanto se deben buscar mecanismos para que se garanticen estos servicios con oportunidad y calidad evitando tener que usar estos mecanismos, lo que en algunos casos se convierte en la regla y no en la excepción. Un problema estructural del actual sistema de aseguramiento es que se paga por asegurado y no por la calidad de los servicios, lo que incentiva la generación de barreras al acceso y se multiplican los trámites. Por tanto, se debe rediseñar los incentivos para que el negocio sea prestar servicios de calidad y no negarlos. **Conclusiones:** El reconocimiento de la salud como derecho fundamental implica repensar la organización y los incentivos del actual sistema de salud. [Bernal-Acevedo OA. Retos de la ley estatutaria. MedUNAB 2015; 17(3): suplemento: x-x]

Palabras clave: Derecho a la salud; Servicios de salud; Reforma de la atención de salud.

* Coordinador Maestría Salud Pública Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

Estrategia de APS para la detección temprana del cáncer infantil

PHC strategy for early detection of cancer in children

Yaira Yohanna Pardo-Mora*

Resumen

Introducción: En la región de las Américas se estima que cada año más de 27,000 niños menores de 14 años son diagnosticados con cáncer y aproximadamente 10,000 fallecen como consecuencia de este grupo de enfermedades (1). La mayoría de estos casos se producen en América Latina y el Caribe (ALC), donde se registran 17,500 casos nuevos y más de 8,000 defunciones cada año. Aunque la mayoría de los cánceres en la infancia pueden ser curados si se inicia a tiempo el tratamiento adecuado, en ALC aproximadamente 1 de cada 2 niños diagnosticados con cáncer fallecerá, frente a una proporción de 1 de cada 6 en Norteamérica. Estas desigualdades se explican debido a que en los países de la región central y sur de las Américas poseen un deficiente acceso a la información, no existen programas de detección precoz y la tasa de supervivencia es aún baja. Por su parte, Colombia registró entre el 2005 y el 2008, 2,193 muertes por cáncer en menores de 15 años, un promedio de 550 muertes anuales. En niños y niñas de 10 a 14 años, el cáncer es la segunda causa de muerte, después de las muertes por causa externa. La mayoría de la mortalidad es causada por leucemias (48.6%), seguidas de los tumores del sistema nervioso central (16.0%) y linfomas no Hodgkin (7.6%) (2). Colombia reporta un porcentaje muy elevado de muertes por leucemia, si se compara con las cifras de Estados Unidos, Europa y México (32 a 35%). Este alto

porcentaje podría ser reflejo de una mayor incidencia de leucemias en nuestra población infantil, pero también podría explicarse en parte por las tasas altas de abandono al tratamiento. La tasa de supervivencia a 5 años para los niños con cáncer en Estados Unidos, hace 50 años se estimaba entre el 10.0 y el 20.0%. En la actualidad un niño diagnosticado con leucemia tiene hoy cerca del 90% de probabilidad de no hacer recaídas luego de los 5 años, y la tasa total de cura alcanza el 85% aproximadamente (2). En Colombia según el Registro Poblacional de Cáncer de Cali, la proporción de pacientes con una supervivencia mayor a 5 años ha ido aumentando. Al realizar el seguimiento a pacientes con cáncer infantil en un intervalo de 5 años, la supervivencia al final del periodo 1992 a 1996 era del 31.6% mientras que la supervivencia al final del periodo 2002 a 2006 fue del 54.9%, sin embargo al comparar con la cifra promedio (85.0%) aún nos encontramos por debajo y lejos de alcanzarla.

Objetivos: Como alternativa para mejorar las tasas de sobrevivencia y teniendo en cuenta que Colombia posee cifras elevadas de números de casos y mortalidad a causa de leucemia, el país fue escogido como piloto para las acciones del Proyecto Regional para el Diagnóstico Temprano del Cáncer en la Niñez en América Latina y el Caribe, el cual pretende construir acciones desde la base de la APS dentro de los países y contribuir al control del cáncer en la región mediante: a) El desarrollo, la validación y la implementación de una metodología para el entrenamiento de profesionales de la atención

* Enfermera – Doctora en Enfermería, Organización Panamericana de la Salud Representación Colombia. Consultora y coordinadora del Proyecto Regional de Detección temprana de cáncer infantil

primaria para la detección del cáncer en la niñez, en el contexto de la estrategia AIEPI para la atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia. b) El trabajo con los ministerios de salud de los países de la región para fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia, así como la capacidad del sistema de salud pública para la provisión de servicios de diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos para los niños con cáncer. c) El trabajo con organizaciones no gubernamentales locales para promover la educación y el apoyo a los niños que viven con cáncer y sus familias. **Síntesis del contenido:** En contextos con recursos limitados como en el caso de la mayoría de los países de ALC, la detección del cáncer pediátrico suele ser tardía y el tratamiento necesario no está disponible o no es asequible para la mayoría de los pacientes. Aunque los signos y los síntomas dependen del tipo de cáncer y de su localización, al menos un 85.0% de los cánceres infantiles se asocian con los signos de alarma comunes con otras enfermedades que se presentan dentro de esta etapa de la vida. Este hecho está asociado con el bajo número de casos nuevos que se reportan, la dificultad para el reconocimiento de signos y síntomas y el nulo diagnóstico que se hace dentro de los primeros niveles de atención. Como en todos los cánceres, el diagnóstico temprano y la eficacia y eficiencia en la referencia reducen la mortalidad temprana que se presenta en los niños con cáncer. El cáncer infantil en general se manifiesta con unos signos y síntomas comunes con procesos patológicos frecuentes en la infancia, sin embargo el objetivo es reconocer cuándo esta sintomatología presenta una alerta ante la posibilidad de cáncer y que requiere estudio urgente. Para ello se necesita una buena historia clínica, una exploración física completa, escuchar a los padres y sentido común, procesos que pueden ser fácilmente identificados y realizados por profesionales de atención primaria adecuadamente entrenados (3). La Declaración Mundial sobre el Cáncer (4) establece en su objetivo 6 que para el 2025 se hayan implementado universalmente los programas de detección precoz en la población, y hayan mejorado los niveles de conocimiento público y de los profesionales relacionados con los signos y síntomas importantes de esta enfermedad, y en el objetivo 9 que se hayan mejorado considerablemente las oportunidades de formación y de educación innovadoras dirigidas a los profesionales de la salud en todas las disciplinas relacionadas con el control del cáncer, especialmente en países de rentas bajas y medias como lo es Colombia. Para cumplir con estos objetivos es necesario poner en lenguaje cotidiano el tema del cáncer infantil dentro de las comunidades, integrar los servicios de detección precoz en los sistemas de salud e invertir en profesionales cualificados para que sean capaces de realizar una detección precoz. A

pesar de que se desconocen los primeros signos y síntomas de muchos tipos de cáncer, las ventajas de aplicar enfoques sistemáticos para la detección precoz y para la atención médica es que en varios de ellos existen parámetros establecidos y comprobados de alta sensibilidad (1-4). Aun con esta ventaja clínica, el valor de la detección precoz y la importancia de acudir al médico cuando se presentan los síntomas no se comprende bien en muchas poblaciones, especialmente en entornos de bajos recursos e incluso entre los profesionales de la salud. La falta de información y sensibilización en materia de cáncer es un obstáculo primordial para el control y el cuidado efectivo de estas patologías en los países de rentas medias y bajas, especialmente para la detección del cáncer en etapas iniciales y más tratables (5). Las estrategias integradas que elevan la sensibilización sobre el cáncer y la importancia de buscar atención médica cuando aparecen síntomas, junto con las intervenciones prácticas y probadas para un diagnóstico precoz, ofrecen más posibilidades de mejorar los pronósticos. En muchos países de rentas medias y bajas la carencia crítica de profesionales formados capaces de diagnosticar y tratar el cáncer es uno de los principales obstáculos para conseguir estrategias de detección precoz efectivas y de calidad. En este sentido, la Declaración para el control del Cáncer insta a que los programas integrales de detección precoz deberán incluir estrategias para mejorar el conocimiento sobre el cáncer entre las comunidades, los profesionales de la salud y los responsables de elaborar políticas; también deberán servir para aumentar la sensibilización en torno a las opciones de detección precoz de algunos casos de cáncer, independientemente del tipo de recursos (6). **Conclusiones:** Al implementar un programa de detección precoz de cáncer infantil como una estrategia de APS, se busca como resultado el fortalecimiento de la capacidad del país para el control del cáncer pediátrico, la generación de capacidades entre los profesionales de atención primaria para la identificación de signos y síntomas sospechosos de cáncer y un mejor conocimiento del tema por parte de las familias y sus comunidades. Finalmente la implementación aspira a lograr el diagnóstico temprano del cáncer y el aumento de la supervivencia de los niños afectados por este grupo de enfermedades, reduciendo los tiempos entre los indicadores de detección, confirmación, inicio del tratamiento y fin del tratamiento. Se reconoce que la sensibilización es el primer paso hacia la detección precoz y la mejora del pronóstico del cáncer. El enfoque y el alcance de los programas de detección precoz se ajustan a los recursos, a las creencias y a las prácticas culturales y tienen la flexibilidad necesaria para que los gobiernos inicien y amplíen los servicios a medida que los niveles de recursos aumentan (7). Existe evidencia manifiesta de que los

programas de detección temprana reducen en un 80% o más, las muertes por cualquier tipo de cáncer y han sido exitosas para mejorar las cifras en cánceres como el de cuello de útero. Con la inversión adecuada en la formación del personal de salud en todos los entornos, especialmente la educación del personal de salud de atención primaria y con el desarrollo de programas de educación y formación innovadores para los profesionales de la salud dedicados al cáncer que se suman a los materiales, redes de formación e infraestructuras existentes, resultan un componente clave para establecer una estrategia de detección precoz satisfactoria, eficaz y efectiva para el control del cáncer en general y sobretodo del infantil.

Palabras clave: Cáncer infantil; Detección temprana.

Bibliografía

1. Globocan 2008: cáncer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. World Health Organization.2008.
2. Guía de Práctica Clínica para la detección oportuna, diagnóstico y seguimiento de leucemia linfocítica aguda y leucemia mieloide aguda en niños, niñas y adolescentes. Colciencias. Guía No. 9. 2013. Disponible en <http://goo.gl/AqQ0YM> . Consultado el 10 de octubre de 2014.
3. Dixon-Woods M, Findlay M, Young B, Cox H, Heney D. Parents' accounts of obtaining a diagnosis of childhood cancer. *Lancet*. 2001; 357(9257): 670-4.
4. WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization.2012.
5. Workman GM, Ribeiro RC, Rai SN, et al. Pediatric cancer knowledge: assessment of knowledge of warning signs and symptoms for pediatric cancer among Brazilian community health workers. *J Cancer Educ* 2007; 22, 181-5.
6. López-Ibor B. ¿Es importante el diagnóstico precoz en el cáncer infantil? Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica. Hospital Madrid Montepíncipe. Madrid. N Programa: 438.
7. Scott JT, Harmsen M, Pricor MJ y col. Intervenciones para mejorar la comunicación con niños y adolescentes acerca del cáncer que presentan (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2008 No 4. Disponible en : <http://www.update-software.com>.

Proyecciones del modelo para disminuir la carga de la ECNT en Colombia

Projections from the Model to Diminish the NCD Burden in Colombia

Elizabeth Vargas-Rosero, Enf. Mg*

Gloria Mabel Carrillo-González, Enf. Mg. © PhD**

Resumen

Introducción: La disminución de las enfermedades infecciosas, la práctica de hábitos de vida poco saludables y la predisposición genética, son factores que en conjunto promueven la presentación de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (1,2), y sus repercusiones (3-6). Desde la experiencia de cronicidad se evidencia que son varios los actores involucrados y afectados por la situación: personas que cursan con la enfermedad, cuidadores, familiares, profesionales del área de la salud e instituciones prestadoras de servicios de salud (7,8). **Objetivo:** El impacto de estas enfermedades y su subyacente carga promueven el interés investigativo por establecer, intervenir y evaluar sus factores determinantes por lo cual surge el programa para la disminución de la carga de la Enfermedad Crónica No Transmisible en Colombia, el cual en su fase inicial planteó como objetivo la determinación de los indicadores de carga de las ECNT en cada uno de los actores involucrados. **Síntesis del contenido:** Para la estimación de la carga de la enfermedad crónica en Colombia se utilizó el modelo DISMODD II propuesto por la OMS, y para la determinación de la carga del cuidado se retomaron los indicadores definidos teóricamente en el modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica, desarrollado por el grupo investigador y se organizaron de acuerdo con los subproyectos definidos en el programa. Los resultados obtenidos en relación a la

línea base demuestran que las enfermedades mentales y la hipertensión son las ECNT que más carga producen, seguidas de las enfermedades cerebro vasculares y el cáncer gástrico, por otro lado se definió como indicadores para medir la carga: la competencia para el cuidado en el hogar, la percepción de soporte social con uso de las tecnologías de la Información y comunicación (TIC), el nivel de seguridad en el cuidado en el contexto de la enfermedad crónica, el gasto social y económico que representa el cuidado de las personas con enfermedad crónica para las familias; la carga y la habilidad de cuidar a una persona con enfermedad crónica y el grado de satisfacción con los servicios de cuidado para quienes viven la experiencia del cuidado de personas con enfermedad crónica. **Conclusiones:** Los hallazgos obtenidos en la primera fase de la investigación permiten concluir que el Modelo para abordar la carga del cuidado en Colombia y la propuesta de indicadores para operacionalizarlo es un aporte original con proyección social, transferible nacional e internacionalmente, que es la base para la reconfiguración de la prestación del servicio de salud hacia un enfoque centrado en las necesidades de cada uno de los actores, que utiliza los estándares de acreditación institucional nacional e internacional.

Palabras clave: Diagnóstico, Enfermedad crónica, Salud pública.

* Magíster en Enfermería, con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Profesora Asociada Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.

** Magíster en Enfermería, candidata a Doctora en Enfermería.

Profesora Asociada Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.

Bibliografía

1. Martínez RR, Díaz FAE. Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. *Boletín del observatorio en salud*. 2010;3(4).
2. Sánchez-Herrera B, Carrillo-González GM, Barrera-Ortiz L, Chaparro-Díaz L. Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible. *Aquichan*. 2013;13(2):247-60.
3. De Maio FG. Understanding chronic non-communicable diseases in Latin America: towards an equity-based research agenda. *Global Health*. 2011;7(1):36.
4. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*. 2011;377(9775):1438-47.
5. Wagner K-H, Brath H. A global view on the development of non communicable diseases. *Preventive medicine*. 2012;54:S38-S41.
6. Di Cesare M, Khang Y-H, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *The Lancet*. 2013;381(9866):585-97.
7. Sánchez B, Carrillo GM, Corredor LR. Caracterización y carga del cuidado en hombres cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. *Archivos de Medicina (Manizales)*. 2014;14(2):219-30.
8. Carrillo González GM, Chaparro Díaz L, Sánchez Herrera B. Conocimiento y acceso a las TIC en personas con enfermedad crónica y cuidadores familiares en Colombia. *Enfermería Global*. 2014;13(34):123-34.

Situación de los factores de riesgo cardio-vascular en Latinoamérica

Situation of the Cardio-Vascular Risk Factors in Latin America

Patricio López-Jaramillo, MD, PhD, FACP*

Resumen

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de mortalidad en el mundo y ocasiona alrededor del 30% de todas las muertes. En países con altos ingresos se observa un descenso de la mortalidad por ECV, mientras que en países con medianos y bajos ingresos existe un aumento con características epidémicas. Las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que en las próximas tres décadas, la mortalidad por ECV se doblará a nivel global, fenómeno atribuible al aumento esperado en estos países. De hecho, el aumento en la mortalidad por ECV prevista para Latinoamérica en las próximas tres décadas alcanza el 140% (1). La identificación de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) ha permitido predecir una proporción creciente del riesgo de un evento cardiovascular. **Objetivo:** Describir la situación de los factores de riesgo cardiovascular en Latinoamérica. **Síntesis del contenido:** El estudio INTER-HEART que incluyó 21,000 casos con infarto agudo de miocardio (IAM) y similar número de controles pareados en 52 países, con alrededor de 800 infartados colombianos demostró que nueve factores de riesgo prevenibles explican alrededor del 90% del riesgo atribuible a la población para la ocurrencia de un primer IAM (2). En América Latina la mayoría de la

causalidad atribuible es dada, además del tabaquismo, por obesidad abdominal, dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), conjunto de alteraciones que conforman el denominado Síndrome Metabólico y que en Latinoamérica es de particular importancia por su alta prevalencia que llega a ser de más del 35% (3). El estudio INTERSTROKE (4) reportó que este conjunto de factores de riesgo fueron similares para accidente cerebro-vascular isquémico o hemorrágico, y además que en los pacientes sudamericanos la obesidad abdominal junto con la hipertensión y el tabaquismo fueron los FRCV más comunes. **Conclusiones:** Estos datos son relevantes para nuestra región dado el dramático incremento de sobrepeso y obesidad observado en las últimas décadas que ha llevado a que uno de cada dos adultos estén en sobrepeso u obesidad (5) y es bien conocido que el exceso de grasa corporal aumenta el riesgo de DM2 y ECV por inducir, entre otros mecanismos, un estado de resistencia a la insulina, de inflamación sistémica de bajo grado y por alterar la reactividad vascular (6-9).

Palabras clave: Enfermedades Cardiovasculares; Factores de Riesgo; Hipertensión; Obesidad; Diabetes; América Latina.

* Director de Investigaciones y de la Clínica de Síndrome Metabólico, Prediabetes y Diabetes, FOSCAL, Floridablanca, Santander, Colombia

Correspondencia: Dr. Patricio López-Jaramillo. Calle 155 A No 23-09, Torre Milton Salazar, primer piso. Floridablanca, Santander, Colombia. E-mail: jplopezj@gmail.com investigaciones@foscal.com.co

Bibliografía

1. Lopez-Jaramillo P, Lahera V, López-López J. Epidemic of cardiometabolic diseases: a Latin American point of view. *Therapeutic advances in cardiovascular disease*. 2011; 5(2):119-31. Epub 2011/03/17.
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364 (9438):937-52. Epub 2004/09/15.
3. López-Jaramillo P, Sánchez RA, Díaz M, Cobos L, Bryce A, Parra Carrillo JZ, et al. Latin American consensus on hypertension in patients with diabetes type 2 and metabolic syndrome. *Journal of hypertension*. 2013; 31(2):223-38. Epub 2013/01/04.
4. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral hemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*. 2010; 376 (9735):112-23. Epub 2010/06/22.
5. Rueda-Clausen CF, Silva FA, López-Jaramillo P. Epidemic of overweight and obesity in Latin America and the Caribbean. *International Journal of cardiology*. 2008; 125 (1):111-2. Epub 2007/04/17.
6. López-Jaramillo P, Herrera E, García RG, Camacho PA, Castillo VR. Interrelationships between body mass index, C-reactive protein and blood pressure in a Hispanic pediatric population. *American Journal of hypertension*. 2008; 21(5):527-32. Epub 2008/04/26.
7. García RG, Rincón MY, Arenas WD, Silva SY, Reyes LM, Ruiz SL, et al. Hyperinsulinemia is a predictor of new cardiovascular events in Colombian patients with a first myocardial infarction. *International Journal of cardiology*. 2011; 148 (1):85-90. Epub 2009/11/20.
8. López-Jaramillo P, Gómez-Arbeláez D, López-López J, López-López C, Martínez-Ortega J, Gómez-Rodríguez A, et al. The role of leptin/adiponectin ratio in metabolic syndrome and diabetes. *Hormone molecular biology and clinical investigation*. 2014; 18 (1):37-45. Epub 2014/11/13.
9. Rueda-Clausen CF, Lahera V, Calderón J, Bolívar IC, Castillo VR, Gutiérrez M, et al. The presence of abdominal obesity is associated with changes in vascular function independently of other cardiovascular risk factors. *International journal of cardiology*. 2010; 139(1):32-41. Epub 2008/10/17.

Estrategias nacionales de e-Salud en la región de las Américas: avances y desafíos

National Strategies for e-Health in the Region of the Americas: Advances and Challenges

David Novillo-Ortiz, Lic. Documentación. Dipl. Biblioteconomía, Promoción de la Salud*

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la ciber salud (1) (también conocida como e-Salud o sanidad digital) consiste “en el apoyo que la utilización costo-eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud”. Podría definirse la sanidad digital o *e-Health* como la unión perfecta entre humano-máquina para facilitar y mejorar la calidad de vida de la ciudadanía. Las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) se han convertido en una herramienta habitual en el funcionamiento de cualquier sistema sanitario, tanto en el nivel administrativo (ayudando a diversificar los canales de comunicación) como en el ámbito clínico (generalizando la historia clínica digital o electrónica, implementando la prescripción informatizada de recetas o desarrollando aplicaciones de ayuda al diagnóstico), facilitando la relación entre los diferentes profesionales, además compartir experiencias en el aprendizaje entre estos y los pacientes a lo largo de todo el proceso asistencial (2). Hay muchos ejemplos en los que el uso de la e-Salud en los sistemas de salud puede abordar la demanda creciente de servicios de salud más accesibles, asequibles y de mejor calidad. La e-Salud

puede facilitar: el acceso a servicios y a información sanitaria en zonas alejadas por medio de la telesalud, mejorar en el intercambio de información y datos sobre la salud entre sistemas por medio de normas y de la interoperabilidad, captar la información médica contenida en los expedientes médicos a fin de mejorar la eficiencia y la continuidad de la atención, permitir el acceso remoto seguro a los registros médicos electrónicos de los pacientes, ayudar a vigilar y notificar enfermedades con mayor frecuencia y con un período de latencia más corto en el sistema mediante el uso de dispositivos móviles, afrontar los desafíos para el personal de salud capacitado ofreciéndole educación continua por medio de plataformas de educación virtuales, y promover la búsqueda y el intercambio de información entre diferentes personas y grupos por medio de foros y otras redes sociales accesibles por internet y otros canales de comunicación (3). **Objetivo:** Dar a conocer los avances y desafíos de las estrategias nacionales de e-Salud en la región de las Américas. **Síntesis del contenido:** Para lograr avances que favorecen la eficiencia del sector salud es necesario el establecimiento de un modelo de gobernanza nacional que asegure el gasto adecuado de los fondos asignados a la salud y que facilite la coordinación entre las distintas entidades de los gobiernos y con otras instituciones tanto de la academia como de la industria y la sociedad civil. En este sentido, una estrategia de e-Salud nacional ofrece beneficios directos al país y puede favorecer la planificación en todo el sector y la

* *Asesor Regional en Gestión del Conocimiento y Aprendizaje Organizacional, Coordinador del Programa de e-Salud. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (OPS/OMS), Washington, D.C. Estados Unidos de América

coordinación de los sistemas de salud regionales descentralizados, además de mejorar la capacidad de planificación, presupuesto y prestación de servicios (4). En el marco de las Naciones Unidas existen diferentes resoluciones que promueven el desarrollo de estrategias nacionales de e-Salud, a saber: el Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (Documento OD346) (5), la Resolución sobre Normalización y compatibilidad en materia de e-Salud (Resolución WHA66.24) (6) la Estrategia y Plan de acción sobre e-Salud de la OPS/OMS (Resolución CD51/R5) (7), y la Estrategia de e-Salud de la OMS (Resolución WHA58.28) (1).

Fases de una estrategia nacional de e-Salud: visión, planificación y evaluación. La Organización Mundial de la Salud y la Unión Internacional de las Telecomunicaciones desarrollaron un conjunto de herramientas para facilitar el desarrollo de estrategias nacionales de e-Salud. Esta herramienta define las acciones necesarias para que cualquier país pueda desarrollar o reformular una estrategia nacional de e-Salud. Para ello se distinguen tres fases: (I) establecimiento de una visión nacional de e-Salud; (II) desarrollo de un plan de acción; y (III) una fase de definición de guías para el monitoreo y evaluación de la estrategia (ver Tabla 1).

Tabla 1. Definición de los términos utilizados en el conjunto de herramientas

Parte	Término	Definición
	Metas y retos estratégicos	Metas y problemas estratégicos del sector de la salud y/u otros objetivos nacionales de desarrollo, cuyo logro pueda facilitarse mediante la Salud. Aunque pueden existir diversas metas y problemas, solo algunos de estos pueden ser soportados directamente por la e-Salud.
	Efectos de la e-Salud	Lo que se conseguirá o modificará mediante la utilización de la e-Salud, y la forma en que el sistema y los servicios sanitarios cambiarán gracias a: <ul style="list-style-type: none"> • La mejora de los flujos de información en el sector de la salud. • La mejora del acceso electrónico a los servicios y la información sobre salud.
Parte I: Definir el concepto de la e-Salud nacional	Concepto de la e-Salud	Declaración de alto nivel de los beneficios estratégicos y los efectos para el país en general o para el sistema de salud y la población gracias a las modificaciones estratégicas introducidas en el sistema de salud y en los servicios por parte de la e-salud (efectos de la e-Salud).
	Entorno de la e-Salud nacional	El entorno de la e-Salud nacional está constituido por los componentes de la e-Salud que representan los elementos habilitadores y fundacionales de la e-Salud, así como las capacidades técnicas que conforman el 'ecosistema' de la e-Salud en un país.
	Componentes de la e-Salud	Elementos constructivos del entorno de e-Salud nacional que permiten obtener los efectos de la e-Salud. Describen lo que es necesario introducir o reforzar para materializar el concepto de e-Salud en cuanto a: dirección y gobernanza; estrategia e inversión; servicios y aplicaciones; infraestructura; normas e interoperabilidad; legislación, política y conformidad; personal.
	Recomendaciones estratégicas	Las recomendaciones estratégicas describen las actuaciones de alto nivel necesarias para constituir el entorno de la e-Salud nacional. Estas acciones pueden describir cómo se conseguirán los nuevos componentes de la e-Salud o cómo se rediseñarán o ampliarán los componentes de la e-Salud existentes.
Parte II: Elaborar el Plan de acción de e-Salud	Líneas de acción	Ámbitos genéricos de agrupación de las actividades nacionales de objeto y propósito similar, necesarios para constituir el concepto de la e-Salud nacional.
	Resultados de la e-Salud	Logros específicos, resultados o cambios necesarios para constituir una recomendación estratégica.
	Actividades	Conjunto de actividades que deben emprenderse para obtener un resultado concreto.

Parte	Término	Definición
Parte III: Directrices para la supervisión y evaluación de la e-Salud nacional	Indicadores de resultados	Indicadores que dan una idea de la adopción e introducción de la salud en el sector de la salud del país.
	Indicadores de efectos	Indicadores que dan una idea de los resultados tangibles para las partes interesadas, consecuencia de la adopción y utilización de la e-Salud.

Países con estrategias nacionales de e-Salud El compromiso político es fundamental para realizar su pleno potencial por medio de la ejecución sostenible, apropiada e integrada de iniciativas de e-Salud, sea de telesalud, estándares e interoperabilidad, registros médicos electrónicos, alfabetización digital o uso de dispositivos móviles para la salud. Se necesita un compromiso político firme y sostenido en relación con la infraestructura, dispositivos específicos (por ejemplo teléfonos móviles), aplicaciones para enfermedades o afecciones particulares, la reglamentación del intercambio de datos en los sistemas y entre ellos, y el fomento de un mayor intercambio de información y prácticas de promoción de la salud (3). Prácticamente todos los países de la

región de las Américas disponen de un componente en sus planes de gobierno que contempla el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en el ámbito de la salud. Esto no significa necesariamente que los países hayan desarrollado estrategias o planes nacionales específicos de e-Salud. El mayor esfuerzo que los países han hecho en materia de TIC y salud se puede observar en el desarrollo de planes nacionales de telemedicina (PNT). Con respecto a las estrategias nacionales de e-Salud, actualmente hay al menos 17 países de la región de las Américas que han desarrollado o están desarrollando estrategias o planes de acción en materia de e-Salud, a saber (ver Tabla 2):

Tabla 2. Países con estrategias nacionales de e-Salud desarrolladas o en desarrollo.

País	Estrategia o plan de acción en e-Salud
Argentina	En desarrollo.
Belize	<u>National Health Information System Strategic Plan</u>
Bolivia	En desarrollo.
Brasil	En desarrollo.
Canadá	<u>Canada Health Infoway</u>
Chile	<u>Libro Mapa de Ruta. Plan Estratégico de Tecnologías de Información [e-Salud] 2011-2020</u>
Colombia	<u>Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETIC. Ministerio de Salud y Protección Social</u>
Costa Rica	En desarrollo.
República Dominicana	En desarrollo.
Guatemala	En desarrollo.
Jamaica	En desarrollo.
México	En desarrollo.
Nicaragua	En desarrollo.
Panamá	En desarrollo.
Perú	En desarrollo.
Trinidad y Tobago	En desarrollo.
USA	<u>HealthIT.gov</u>

Fuente: OPS/OMS

Conclusiones

Desafíos y barreras: Una encuesta de la OMS durante 2013 examinó los obstáculos a la aplicación de la e-Salud y las enseñanzas que se pueden extraer al respecto. Los principales obstáculos que se deducen del informe son los siguientes (8):

- Falta de profesionales idóneos y cualificados o con experiencia suficiente para desarrollar y ejecutar proyectos de e-Salud;
- Inadecuación de la infraestructura de apoyo a los programas;
- Falta de modelos de negocio para respaldar el recurso amplio y generalizado a la e-Salud; y
- Falta de compromiso político

Dado que en el actual escenario regional uno de los principales desafíos es lograr la interoperabilidad, la prioridad en los países de las Américas será convenir un formato electrónico nacional de identificación y registro único y unívoco de todos los actores del sistema de salud. También hará falta formular marcos normativos para validar médica y legalmente el registro médico electrónico, haciendo equivalentes la certificación en papel y la digital. Igualmente se deberá otorgar validez médica y legal a los actos médicos ejecutados mediante telemedicina. Por otra parte, aprovechar las prácticas exitosas y las lecciones aprendidas en materia de salud, tanto nacional como regional, requerirá que los países se esfuercen por mantener un diálogo permanente, además de incentivar la participación y el intercambio de conocimiento. Si se han de reducir las persistentes inequidades en salud y se han de enfrentar eficaz y eficientemente las transiciones demográficas y epidemiológicas, los países de las Américas deberán formular o reformular sus estrategias de integración de los resultados de investigación en las políticas y estrategias para la salud, la gestión del conocimiento y del uso de las TIC alineadas con las políticas de salud. Esto requiere de un abordaje de sistemas y un fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación para la salud, de forma que refuercen el sistema de salud y contribuyan en forma efectiva y eficiente a mejorar el bienestar de las poblaciones (9).

Lecciones aprendidas y buenas prácticas: La OPS/OMS a través de su trabajo de cooperación técnica a los países ha sistematizado su apoyo en siete pasos necesarios para desarrollar de manera efectiva una estrategia nacional de e-Salud, a saber:

- Prioridades nacionales de e-Salud definidas: el país junta a los diferentes actores que son parte de la e-Salud (incluyendo desde el punto de vista de la tecnología, la educación y los aspectos legales) y definen las prioridades de e-Salud para el país;
- Desarrollo de una red nacional intersectorial (sociedad civil/sector público/sector privado) para participar en la formulación de iniciativas de e-Salud:

una red nacional intersectorial es creada para asesorar a las autoridades de salud sobre e-Salud;

- Marco común para el desarrollo de un estándar compatible para el intercambio de información entre sistemas;
- Marco legal que respalda el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en el sector salud, facilitando el intercambio de información clínica nacional y regional;
- Desarrollo de un plan de entrenamiento en materia de alfabetización digital entre profesionales de la salud;
- Mapeo de proyectos de e-Salud de nivel nacional: el país cuenta con un repositorio público de proyectos nacionales sobre e-Salud;
- Un plan de inversión en materia de e-salud

Palabras clave: Telemedicina; Prestación de atención de salud; Tecnología; Tecnología biomédica.

Bibliografía

1. World Health Organization. eHealth [Internet]. eHealth. 58th World Health Assembly; 16-25 May 2005; Geneva, Switzerland: WHO; 2005 (resolution WHA58.28) [Acceso 5 de julio de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20378/1/WHA58_28-en.pdf?ua=1.
2. Novillo-Ortiz D. Sanidad digital y gestión del conocimiento: nuevos escenarios asistenciales para un sistema sanitario de excelencia. El profesional de la información. 2010; 19(3):225-9. [Acceso 5 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.elprofesionaldelainformacion.com/contenidos/2010/mayo/01.html>.
3. D'Agostino M, Al-Shorbaji N, Abbott P, Bernardo T, Ho K, Sinha C y Novillo-Ortiz D. e-Health initiatives to transform health in the Region of the Americas. Pan American Journal of Public Health; Aug 2014. [Acceso 5 de julio de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1sNZGDk>.
4. World Health Organization, International Telecommunication Union. National e-Health Strategy Toolkit. Geneva; 2012. [Acceso 5 de julio de 2015]. Disponible en: http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-PDF-E.pdf
5. Pan American Health Organization. PAHO Program and Budget (2014-2015) [Internet]. 52nd Directing Council of PAHO, 65th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas; 2013 Sep 30-Oct 4; Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO; 2013 (Document OD346) [Acceso el 5 de julio de 2015].
6. World Health Organization. eHealth [Internet]. eHealth standardization and interoperability. 66th World Health Assembly; 27 May 2013; Geneva, Switzerland: WHO; 2013 (resolution WHA66.24) [Acceso 5 de julio de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R24-en.pdf?ua=1.
7. Pan American Health Organization. Strategy and Plan of Action on eHealth (2012-2017) [Internet]. 51st Directing Council of PAHO, 63rd Session of the Regional Committee of WHO for the Americas; 2011 Sep 26-30;

Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO; 2011 (Document CD51/13). [Acceso 5 de julio de 2015]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/4664>.

8. World Health Organization. eHealth and innovation in women's and children's health: A baseline review. Geneva: World Health Organization; 2014. [consultado el 5 de julio de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/goe/publications/baseline_fullreport/en/.
9. Novillo-Ortiz D & Cuervo LG (coords.). Knowledge, Technology, Information, and Resource Management. In: Health in the Americas 2012. Washington: Pan American Health Organization, 2012. [consultado el 5 de julio de 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=167&Itemid=.

Estándares en interoperabilidad y registro médico electrónico – perspectiva internacional

Standards in Interoperability and Electronic Medical Register – international perspective

Ricardo Domínguez-Contreras, Actuario, Inf. de la salud*

Resumen

Introducción: Las Ciencias de la Salud y las Ciencias de la Información convergen en el área del conocimiento denominada Informática de la Salud. Los conceptos de Interoperabilidad y Registro Médico Electrónico son definidos formalmente en los trabajos de estandarización y normalización del Comité Técnico 215 (ISO/TC 215) de informática de la Salud, el cual hace parte de la Organización Internacional de Estandarización y Normalización (ISO). ISO/TC 215 promueve la normalización en el campo de la información para la salud y la información sobre salud y tecnología de las comunicaciones (TIC) para mejorar la interoperabilidad entre sistemas independientes, permitir la compatibilidad y coherencia de la información y datos sanitarios y reducir la duplicación de datos y sistemas. **Objetivo:** Los estándares internacionales de Interoperabilidad y Registro Médico Electrónico se derivan de la actividad principal de TC 215 que es producir estándares internacionales, reportes técnicos y especificaciones técnicas que sean relevantes para las necesidades de muchas naciones. Así como cada nación es única en su propia forma, existe una sola realidad que es compartida por casi la totalidad de la comunidad internacional, que es el reto de entregar y gestionar servicios de salud de alta calidad accesibles para todos los ciudadanos del planeta. **Síntesis del contenido:** En su contexto más amplio la Interoperabilidad se define como la condición mediante la cual

sistemas heterogéneos pueden intercambiar procesos o datos. Los registros médicos electrónicos se definen como el registro electrónico de prestadores de atención de salud dentro de una organización sanitaria para crear, almacenar y utilizar la información clínica para la atención al paciente. Con base en la teoría general de sistemas, aplicada a los sistemas sociales, podemos determinar que la presencia de incertidumbre hace impredecibles a los sistemas que dependen de información confiable para la toma de decisiones, tal es el caso de los sistemas de salud; la informática de la salud, desde la perspectiva formal de ISO/TC 215, aporta a la solución del problema con la estandarización de la interoperabilidad en general y en particular de los registros médicos electrónicos.

Conclusiones: TC 215 promueve el uso de mecanismos de codificación, tales como la clasificación internacional de enfermedades (CIE); desarrolla estándares de seguridad de la información que aseguran desde los procesos y procedimientos la integridad, disponibilidad, la confiabilidad de la información y seguridad del paciente; predefine perfiles de intercambio de información; unifica significados y sus relaciones semánticas en los diferentes contextos de la práctica clínica y propicia la sustentabilidad y sostenibilidad de los sistemas informáticos en el largo plazo.

Palabras clave: Registros médicos; Registros electrónicos de salud; Clasificación internacional de enfermedades.

* Socio Director – Coordinador, Dotted Cloud - Oficina de la Coordinación del Subcomité (SC) 215 de Informática de la Salud ante el Comité Mexicano para la Atención a la ISO (CMISO)

Bibliografía

1. ISO [sede Web]. Ginebra: ISO Central Secretariat; [Acceso 2 de julio de 2015]. ISO/TC 215 Health informatics. Disponible en: http://www.iso.org/iso/iso_technical_committee?commid=54960.
2. Joint Initiative for Global Standards Harmonization [sede Web]. QC Canada: Collaborative Research for Effective Diagnostics (CRED); 2008-2005 [Acceso 2 de julio de 2015]. Health Informatics Document Registry and Glossary .Standards Knowledge Management Tool. Disponible en: <http://skmtglossary.org/default.aspx>.
3. ISO/TR 14639-1:2012, Health informatics -- Capacity-based eHealth architecture roadmap -- Part 1: Overview of national eHealth initiatives.
4. ISO/TR 14639-2:2014, Health informatics -- Capacity-based eHealth architecture roadmap - Part 2: Architectural components and maturity model.
5. ISO 18308:2011, Health informatics -Requirements for an electronic health record architecture.
6. De la Reza Germán. Teoría de Sistemas – Reconstrucción de un paradigma- 1ª ed. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco – Miguel Ángel Porrúa; 2001.

Las TIC en Cataluña *ICT in Catalonia*

Jordi Martínez Roldán, MD. Esp *

Resumen

Introducción: Cataluña es una región europea que depende del Estado español pero con plena autonomía en Sanidad desde 1981. Año en el que el gobierno central transfirió las competencias al Gobierno de la Generalitat. Algunos datos socioeconómicos. Cataluña tiene una extensión de 32,106 Km² y una población de 7.6 millones de habitantes. El gasto público en salud per cápita para el año 2012 fue de 1150€. La red de asistencia sanitaria pública es multiproveedor y está formada por 370 centros de atención primaria, 69 hospitales de agudos, 96 centros de cuidados intermedios y 41 centros de salud mental. El Sistema sanitario Catalán se caracteriza por la separación de las funciones de planificación (que depende del Departamento de Salud), compra de servicios (depende del Servicio Catalán de la Salud que actúa como aseguradora pública) y la provisión de servicios. El modelo de provisión es mixto. Encontramos entidades públicas, fundaciones, consorcios y empresas privadas que forman parte de una red de provisión pública conocida como SISCAT. (Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Catalunya). Ante un modelo de multiprovisión de servicios de salud y con la autonomía para decidir, cada proveedor de salud que el sistema de información implanta, la interacción entre los distintos centros proveedores es fundamental para garantizar la continuidad de la atención centrada en la persona. La estrategia seguida en el desarrollo de las TIC ha

permitido esta comunicación. **Objetivo:** presentar la experiencia de las TIC en Cataluña-España. **Síntesis del contenido:** Una vez superada la fase de despliegue de infraestructuras e implantación de las diferentes historias clínicas electrónicas así como la receta electrónica, la estrategia TIC se ha centrado en el desarrollo de las líneas que se describen a continuación y que están orientadas al despliegue de una red multicanal de comunicación y mensajería para dar servicio a profesionales y ciudadanos. Líneas estratégicas:

- Desarrollo de una Historia Clínica Compartida de Catalunya (HC3) y su evolución hacia una plataforma de gestión de procesos integrados (iSSIS.Cat).
- Desarrollo de la Carpeta Personal de Salud (*La Meva Salut*) como plataforma de relación con el ciudadano.
- Desarrollo del modelo de mHealth.
- Desarrollo de los estándares de interoperabilidad entre sistemas.

Desarrollo de una Historia Clínica Compartida de Catalunya (HC3) y su evolución hacia una plataforma de gestión de procesos integrados (iSSIS.Cat). Tener diferentes sistemas de información (>40) ha supuesto un reto para Cataluña. En el momento en que se detectó la necesidad de interoperar para dar una atención integrada al paciente se vio la necesidad de buscar una solución. Delante de este reto se planteaban dos alternativas, cambiar todos los sistemas de información y desplegar uno solo, o establecer una capa por encima de todos ellos que permitiera compartir información relacionada con el

* Médico de Familia, Fundación TicSalut. Departamento de Salud. Generalitat Catalunya-España

Correspondencia: Dr. Jordi Martínez Roldán. Parc TecnCampus Mataró-Maresme. Av. Ernest Iluch, 32. Torre TCM3, planta 6. CP: 08302 Mataró-España. E-mail: jmartinez@ticsalut.cat

paciente entre los diferentes proveedores. Se optó por el desarrollo de la Historia Clínica Compartida de Catalunya que relaciona a todos los proveedores de salud de Catalunya (>150) permitiendo intercambiar información (informes clínicos, pruebas de laboratorio, radiología, entre otras) y visualizar marcapajés específicos para los pacientes. En la actualidad se están compartiendo más de 120 millones de documentos que incluyen tanto información estructurada como no estructurada. La HC3 se puede consultar desde la propia historia clínica de manera que el profesional no tiene que salir de su estación de trabajo. Además a través de webservices es posible incorporar información de otros proveedores en la estación de trabajo del profesional de manera que se aumenta la eficiencia del sistema y se evita duplicidad de pruebas. En el Plan de Salud 2011-2015 se plantea el reto de introducir elementos que permitan la evolución hacia una atención integrada centrada en la persona. De manera que desde el punto de vista de sistemas de información ya no solo es importante el intercambiar información sino que además se debía poder compartir el proceso de atención centrado en la persona entre diferentes proveedores con diferentes sistemas de información. Por esta razón se lanza el proyecto iSSIS.Cat que introduce una capa superior por encima de HC3 que permite establecer interoperabilidad de los procesos y además integrar información de servicios sociales (que pertenecen a otro ministerio). Introducir datos de ámbito social es un reto no solo tecnológico sino también legal y funcional que se ha de superar a medida que se encuentran las necesidades.

Desarrollo de la Carpeta Personal de Salud (La Meva Salut) como plataforma de relación con el ciudadano. La Carpeta Personal de Salud (CPS) permite al ciudadano interactuar con el sistema de salud. Tiene a su disposición toda la información contenida en su historia clínica de HC3 además de servicios específicos como poder pedir cita para su médico o enfermera. En su desarrollo se han superado diferentes retos, uno de ellos ha sido el modelo de acceso. En un primer momento solo se podía acceder a través de un certificado digital, lo que lo hacía poco atractivo para su utilización. A día de hoy ya se puede acceder también a través de usuario-contraseña robusto y además se está trabajando en el desarrollo de otros modelos de acceso como la biometría o la identificación mediante SIM. El reto actual es dotar a la CPS de servicios de interés para el ciudadano de manera que se convierta en el canal de comunicación principal y potencie la atención no presencial. El desarrollo de la Carpeta Personal de Salud es fundamental para poder desplegar modelos de atención no presencial y dar más autonomía al paciente en la toma de decisiones en lo que respecta a su salud. La voluntad de la administración pública no es crear todos los servicios sino abrir a terceros

(públicos y privados) a posibilidad de incorporar servicios en la CPS.

Desarrollo del modelo del Plan mHealth.Cat. La movilidad está presente en nuestro día a día y el entorno sanitario de salud, no es una excepción. Ya que muchos pacientes están utilizando dispositivos móviles para gestionar su salud desde la Fundación se vio la necesidad de definir un marco de referencia del gobierno que orientara a todos los actores en su estrategia. En febrero del 2015 el gobierno de Cataluña aprueba el mHealth Plan y establece las líneas estratégicas para su desarrollo. Como elementos a destacar se está desarrollando un *marketplace* de aplicaciones de salud (app). El objetivo de dicho *marketplace* es ofrecer a los profesionales sanitarios un espacio con app acreditadas para incluirlas en el plan terapéutico del paciente. Los datos generados por dichas aplicaciones se relacionarán con la historia clínica del paciente a través de la Plataforma de Salud Digital. Dicha plataforma, además de los datos que provienen de las app, también captará datos de *medical devices* y sensores. De manera activa también se está trabajando en el desarrollo de proyectos de telemedicina y sobre todo en la evaluación de los mismos. Todavía no se tiene una evidencia clara sobre cuáles serán los casos de uso y el modelo de negocio aplicable. Pensar en elementos de movilidad es una oportunidad para revisar el modelo de producción y entrega de servicios sanitarios. Permite prestar un servicio con independencia del espacio, ya que con el apoyo de la información disponible en la nube es posible tomar decisiones respecto a un paciente en cualquier lugar y momento.

Desarrollo de los estándares interoperabilidad para poder establecer relaciones entre todos los sistemas. Para poder desarrollar todo lo descrito y mantener la autonomía de cada proveedor para decidir qué sistema de información, aplicación, dispositivo móvil, etc. seleccionar, es importante disponer de un lenguaje común. Dicho lenguaje común ha de estar presente tanto en la estructura de los datos como en la mensajería que se utiliza para comunicarse. Desde el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña se trabaja a través de la Oficina de Estándares de la Fundación TicSalut en el desarrollo del modelo común de comunicación en colaboración con HL7, Continua e IHE. Como punto final desde el Departamento de Salud se ha incorporado una línea transversal en el nuevo Plan de Salud de Cataluña 2016-2020, la Salud Digital. Los avances tecnológicos no son nada si no añade valor. Entendemos que se deben transformar los procesos de atención a la persona introduciendo de manera intensiva la tecnología en el proceso. Debemos cambiar cómo hacemos las cosas buscando la máxima eficiencia y efectividad. En todo este proceso de cambio no se debe olvidar cómo mejorar la experiencia digital del paciente en su paso por el sistema de salud.

Bibliografia

1. La Fundació TicSalut. Avançant en la transformació del sistema sanitari i social amb l'ajut de les TICS [Internet]. Barcelona: Fundació TicSalut-Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Publicado el 2015. [Acceso 10 JUNIO 2015] Disponible en: <http://www.ticsalut.cat/media/upload//arxius/carpeta%20sense%20nom/mt2014/Francesc%20Garcia%20Cuyas%20DEFINITIVA.pdf>.
2. Pla Mestre de Mobilitat (mHealth.Cat). Estratègia i pla d'acció Millorant l'atenció sanitària i el benestar social dels ciutadans. [Internet]. Barcelona: Fundació TicSalut, Mobile World Capital Barcelona, Servei Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social i Família, Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www.ticsalut.cat/media/upload/arxius/innovacio/PlamHealth.pdf>.
3. Model català d'atenció integrada social i sanitària [Internet]. Barcelona: Pla interdepartamental d'atenció i interacció social; Publicado el julio 2014. [consultado 13 Junio 2015] Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3609/piaiss_presentacio_ledesma.pdf.
4. Gabaldà, Jordi. Plataforma d'interoperabilitat. Una eina al servei del territori. i-SISS.Cat. Integrated Care Workshop; 13/11/2015; Barcelona. [consultado 15 Junio 2015] Disponible en: <http://www.ticsalut.cat/media/upload//imatges/innovacio/internacional/projecte%20casa/Jordi%20Gabalda.pdf>
5. Gallego C, Amarantinis C. Homologación de Interoperabilidad en Cataluña: El Servicio iSalut [revista electrónica]. 2013; 97 [Acceso 20 de Junio 2015]. Disponible en: http://www.ticsalut.cat/media/upload/pdf/seiscarlos_editora_21_168_1.pdfhttp://www.google.com/url?q=http%3A%2F%2Fpremsa.gencat.cat%2Fpres_fsvp%2Fdocs%2F2012%2F03%2F23%2F14%2F49%2F81af741a-b17c-4250-82fe-7859ffa035cc.pdf&sa=D&sntz=1&usq=AFQjCNGzMOlldRAhQ6QsGrP_fLd7XnRSA.
6. Pla Estratègic SITIC 2012-2015 [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluacions Sanitàries de Catalunya; Publicado el 30/12/2011. [Acceso 20 de Junio] Disponible en: http://ticsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/ticsalut/pdf/estatics/pla_estrategic_sitic2012_2015_aiaqs.pdf.
7. WIFIS [Internet]. Barcelona: Fundació TicSalut; 2013 [Acceso 20 de Junio] Disponible en: http://www.ticsalut.cat/estandards/interoperabilitat/es_wifis/http://www.ticsalut.cat/estandards/interoperabilitat/es_wifis/.
8. Pla de salut de Catalunya 2011-2015 [Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; Publicado el 2012. [Acceso 20 de Junio 2015] Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdfhttp://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf.

Sujetos, drogas y territorio: un abordaje investigativo crítico sobre el consumo de drogas en jóvenes escolares y universitarios

Subjects, Drugs and Territory: a Critical Investigative Approach about the Drug Use in School and College Youths

Nelly Cáliz Romero, Enf. Mg*

Resumen

Introducción: El consumo de sustancias psicoactivas es una práctica social e histórica, presente en todas las culturas y épocas de la humanidad como satisfactor de las necesidades de alimentación, ocio y de transcendencia, sin embargo para las sociedades capitalistas modernas y occidentalizadas esta práctica ha representado un deterioro importante en la red de relaciones sociales por el tema del narcotráfico y la violencia, y para el caso de los jóvenes con consumo problemático el deterioro de su vida. Las estadísticas descriptivas muestran que pese a los controles estatales frente al tráfico de estupefacientes y las políticas públicas para la prevención y reducción del consumo en los últimos años, en el panorama epidemiológico mundial y nacional, la tasa de consumo de sustancias de uso legal e ilegal se mantiene estable. Para el año 2012 aproximadamente 27 millones de personas se consideran consumidores problemáticos, es decir el equivalente al 0.6% de la población mundial y en el caso colombiano además, se suman las víctimas del desplazamiento forzoso, en la que el despojo de tierras para el cultivo de hoja de coca en la elaboración del clorhidrato de cocaína es uno de los determinantes sociales de dicha problemática. Esta situación convoca a comprender este fenómeno desde una perspectiva compleja situada en todos los planos de la realidad social desde

el general, que compete a la estructura macro social hasta el singular que corresponde al ámbito individual.

Objetivo: Propiciar una actitud y un pensamiento crítico reflexivo en torno al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolares y universitarios.

Síntesis del contenido: La presentación comprende la siguiente estructura: marco referencial y conceptual de la problemática en cuestión, abordaje investigativo desde la perspectiva de la determinación social en salud, categorías explicativas del fenómeno en cuestión en la población sujeto, responsabilidad social de los actores sociales involucrados en la situación: joven, familia, instituciones educativas, profesores, orientadores, instituciones de salud, personal de salud, medios de comunicación y Estado.

Conclusiones: El consumo de drogas resulta de una red de determinaciones sociales frente a la cual, la Universidad y la Escuela con los padres de familia, podrían abrir un debate crítico y auto reflexivo en función de los jóvenes y no de las sustancias.

Palabras clave: Drogas ilícitas, Adolescente, Determinantes sociales de la salud, Universidades, Consumidores de drogas, Instituciones académicas.

Bibliografía

1. Sierra N. Drogas y universidad. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas

* Enfermera, Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Psicología Comunitaria. Docente, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Bogotá, Colombia.

- (Consep). Quito, 2012 [Internet] [acceso: 15 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://www.consep.gob.ec/descargas/2014/05/drogas-y-universidad.pdf>.
2. Tascon, F. Cocaína escenarios de realización y especulación del capital, en: América Latina 13/14. Revista del Doctorado en Procesos Sociales y Políticos en América Latina 1° y 2° semestre 2012/ Universidad ARCIS.
 3. United Nations Office and Drugs and Crime (UNODC). Informe Mundial sobre las Drogas. [On line]. New York 2014. [citado 2014-09-08]. Disponible en Internet: http://www.unodc.org/documents/lpobrazil/noticias/2014/06/exec_summary_ES.pdf.
 4. United Nations Office and Drugs and Crime (UNODC). Informe Mundial sobre las Drogas. [On line]. New York 2014. [citado 2014-09-08]. Disponible en Internet: http://www.unodc.org/documents/lpobrazil/noticias/2014/06/exec_summary_ES.pdf.
 5. Thoumi, F. Las drogas ilegales, el fracaso de la política antinarcóticos y la necesidad de reformas institucionales en Colombia. En: La guerra contra las normas en el mundo andino. Tokatlain, J. Compilador. Libro del Zorzal. 2009. Buenos Aires.
 6. Cáliz N. La reproducción social de la vida en disputa con la reproducción del capital. Documento de trabajo de tesis doctoral. Bogotá, Colombia, 2014.

Fomento de la competencia social como estrategia para la promoción de la salud mental en el ámbito escolar

Encouragement of Social Competition as a Strategy for the Promotion of Mental Health in the School Field

Luis Flórez Alarcón. Ps. Msc. Ph.D*

Resumen

Introducción: En esta ponencia se hace una síntesis de la experiencia realizada durante quince años (2000-2014) por el grupo de investigación “Estilo de Vida y Desarrollo Humano” (GIEVyDH) de la Universidad Nacional de Colombia, con el objetivo de diseñar, implementar y evaluar un programa de salud escolar denominado “*Competencia Social y Salud Escolar*” (CSSE) en colegios públicos de Bogotá (1). El objetivo principal del programa es realizar acciones de prevención universal en educación para la salud, dirigidas a la promoción de la salud mental, a lo cual destina la mayor proporción de sus actividades (cerca de un 80%), que se implementan con todos los estudiantes, desde transición hasta undécimo grado. También tiene como propósito hacer prevención de inconvenientes que afectan a grupos específicos de la institución escolar cuando presentan, con base en criterios relevantes, un riesgo importante de incurrir en alguna problemática especial de salud o de comportamiento (ej. violencia escolar, consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, etc.), para lo cual se realizan actividades de prevención selectiva (cerca de un 15% del total de actividades del programa) dirigidas a modificar sustancialmente el riesgo con las personas seleccionadas, o actividades de prevención indicada (cerca de un 5% del total de actividades del programa) dirigidas a canalizar a los

escolares hacia el uso de servicios sociales de salud cuando ya han incurrido de forma significativa en la problemática. En esta ponencia solamente se hace referencia a la parte del programa CSSE dirigida a la promoción de la salud mental, mediante la realización de actividades de prevención universal. **Objetivo:** Caracterizar al concepto de competencia social como categoría nuclear de un modelo dirigido a la promoción de la salud mental en el ámbito escolar y presentar una alternativa curricular para la implementación de un programa que se propone como meta el fomento de la competencia social en estudiantes de colegios públicos de Bogotá. **Síntesis del contenido:** La competencia social (CS) es un constructo multidimensional que ha recibido muy diversas definiciones, las cuales coinciden en destacar como característica central la presencia de habilidades personales requeridas para la realización de metas o el logro de fines (2). En general se refiere a la aptitud de la persona para adaptarse al medio sociocultural en que vive, con el fin de realizar sus metas o propósitos vitales. En este sentido se puede considerar a la promoción de la CS como una meta de promoción de la salud mental. Una competencia se conceptualiza como un saber hacer en contexto; en el GIEVyDH se ha conceptualizado a la CS como un saber hacer dirigido a la satisfacción de motivaciones personales de tipo universal en contexto sociocultural, es decir, la aptitud individual para satisfacer necesidades biológicas, psicológicas y sociales, para lo cual la

* Profesor, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Colombia

persona debe adaptarse al medio sociocultural que le establece límites y posibilidades a sus aspiraciones personales en todos los campos vitales de su desarrollo. El concepto de adaptación debe entenderse como la capacidad de la persona para lograr un equilibrio entre acciones de asimilación o transformación del medio, y acciones de acomodación al mismo, con el fin de acceder al logro de metas vitales que representan satisfacción de necesidades psicológicas universales como son las necesidades de autonomía, de competencia, y de interacción social, así como necesidades sociales, especialmente de logro, afiliación, intimidad y poder. La anterior es una clasificación de las más importantes necesidades que dan origen a motivaciones psicológicas y sociales, de acuerdo con la teoría de auto-determinación (3), enfoque teórico sobre la motivación humana adoptado para sustentar la fundamentación y la estructuración metodológica del programa de CSSE (4). La formación de la CS alude a objetivos que, desde siempre, han sido altamente valorados al interior del ámbito escolar, que se propone la formación integral de personas, más allá de la formación de conocimientos en áreas particulares del saber. No obstante, esta formación integral es materia de acciones educacionales informales, incorporadas como acciones “transversales” de la institución escolar y no como acciones formales de una estructura curricular de formación acorde con un proyecto educativo institucional. Se trata de una concepción que deja al denominado “currículo oculto” la misión de formar en los estudiantes una aptitud tan relevante, relegándola al azar de su incorporación a través de los contenidos académicos de los cursos usuales que prevé todo proyecto educativo en una institución escolar. Sin negar la importancia del currículo oculto, el programa de CSSE propone asumir esta formación dentro de las prioridades de la estructura curricular formal, asignándole metas, objetivos y espacios dentro de una estructura de “currículo en espiral”, conforme a una propuesta pedagógica formulada por la Organización Mundial de la Salud (5). La noción de habilidad es muy importante en la conceptualización de cualquier competencia, en la medida en que estas incorporan habilidades y saberes en conjuntos complejos de acción. Esto ha conducido a plantear en el programa de CSSE un currículo en espiral para la formación de tres clases de habilidades que se desarrollan y fortalecen a lo largo de los ciclos educativos de formación básica primaria y secundaria, así como de formación media vocacional. Se trata de las habilidades básicas, las habilidades para la vida, y las habilidades de transición, que le dan contenido a los tres módulos del programa: 1) El módulo denominado CONVIVENCIA, que se implementa de transición a tercero; 2) El módulo denominado TIPICAS, que se implementa de cuarto a séptimo; y, 3) el módulo denominado ARCOS, que se implementa

de octavo a undécimo. CONVIVENCIA es un módulo de formación de habilidades sociales, habilidades de regulación emocional, valores prosociales, y pensamiento racional básico. Se consideran estos como factores protectores que habilitan para la interacción social, por lo cual se asignó esa denominación al módulo. Estas son habilidades básicas porque se incorporan de manera transversal a comportamientos más complejos que representan diversas ejecuciones sociales con grados variantes de adaptación al medio. Esta es una forma de concebir a la transversalidad como presencia permanente de comportamientos simples a través de comportamientos más complejos. TIPICAS es una denominación, a manera de sigla, conformada por las letras iniciales de algunos factores protectores requeridos por una ejecución social adaptativa compleja, factores conceptualizados en la literatura de la educación para la salud como “habilidades para la vida” (6), que dieron origen al planteamiento inicial de las metas de formación propuestas en el programa de CSSE (7). ARCOS es otra denominación a manera de sigla que significa “acciones de reforzamiento de la competencia social”. Este módulo surge del planteamiento inicial que hizo el GIEV y DH sobre formación de una perspectiva de tiempo futuro en estudiantes del ciclo final en el bachillerato, planteamiento que se consolidó luego a través de una propuesta desarrollada conjuntamente con la Facultad de Psicología de la Universidad San Buenaventura en Bogotá, a través del proyecto social conocido como ARCOS (8). Dicho módulo incorpora la formación de habilidades que se consideran indispensables para la formación y la planificación de una perspectiva de tiempo futuro que guíe a la persona en la transición de la vida del adolescente en el colegio a la vida del adulto joven en el mundo de la postsecundaria, tanto en el espacio de lo académico laboral, como en el espacio de lo afectivo familiar. Es común a la propuesta de los tres módulos anteriores el planteamiento de una aproximación metodológica compartida para la formación de las habilidades incluidas en cada módulo. Dicha aproximación metodológica también es de corte motivacional y se basa en la afectación de los principales factores que subyacen en las etapas del proceso motivacional, como estrategia de intervención motivacional breve (9) que permite abordar, a través del modelo pedagógico de talleres PARES, los objetivos de formación específicos que se asumen a través de todas las actividades de educación para la salud. La sigla PARES hace referencia a procesos de participación, acción, reflexión, emoción, y socialización (1). **Conclusiones:** El modelo de CS ha mostrado constituir una estrategia valiosa de formación de proyectos de vida en el medio escolar. La educación de la CS mediante programas de aprendizaje social y emocional constituye una estrategia ampliamente probada y desarrollada en el

mundo (10). La evaluación de su eficacia y de su eficiencia en nuestro medio es un propósito de investigación empírica que demanda su implementación a mayor escala que la realizada en los anteriores quince años por el GIEV y DH, cuya experiencia en el diseño, la implementación y la evaluación del programa CSSE plantea perspectivas plausibles para este modelo. El modelo exige la asunción de compromisos curriculares para la formación de habilidades, en coherencia con lo dispuesto por la noción de educación de competencias. Estos compromisos se plasman en programas o iniciativas de tipo transdisciplinario permanentes a lo largo del ciclo educativo, de corte multifactorial y multinivel (11).

Palabras clave: Competencia social; Salud mental; Prevención y mitigación, Educación en salud.

Bibliografía

- Sierra N. Drogas y universidad. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep). Quito, 2012 [Internet] [acceso: 15 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://www>.
- Vélez-Botero, H. & Flórez-Alarcón, L. Aplicación del programa "Competencia Social y Salud Escolar (CSSE) en colegios públicos de Bogotá por un grupo de investigación de la Universidad Nacional de Colombia. TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar. 2015; 15(2), en prensa. www.tipica.org
- Rendón, M.I. & Ortiz, M.P. Competencia social: Una revisión conceptual. TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar. 2010; 10(1):182-192. Acceso el 3 de Mayo de 2015. Disponible en: http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol6N1/vol6N1_Rendon_competencia_social_una_revision_conceptual.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. Self-Determination Theory: A Macrotheory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology*. 2008; 49(3): 182-185.
- Stump, K.N., Ratliff, J.M., Wu, Y.P., & Hawley, P.H. Theories of social competence from the top-down to the bottom-up: A case for considering foundational human needs. In: H.L. Matson (Ed). *Social Behavior and Skills in Children*. USA: Springer Science + Business Media, LLC. 2009. pp. 23-37.
- OMS/EURO La escuela saludable: Un informe del grupo escocés de educación para la salud. Peebles (Escocia): Simposio de la OMS sobre Escuela Saludable. (1986). Acceso el 3 de Mayo de 2015. Disponible en: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/files/2014/06/La-Escuela-Saludable-T.-Willians.pdf>,
- Mangrulkar, L., Whitman, V., & Posner, M. Life skills approach to child and adolescent healthy development. Washington: Pan American Health Organisation. 2001
- Flórez-Alarcón, L. & Sarmiento, D.M. Programa TIPICA: Un enfoque motivacional para la promoción de la salud escolar. TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar. 2005; 1(1). Acceso el 3 de Mayo de 2015. Disponible en: http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol1N1/2_e_programa_tipica_para_la_promocion.pdf.
- Flórez-Alarcón, L. & Hewitt-Ramírez, N. Acciones de Reforzamiento de la Competencia Social" (ARCOS): Un programa de salud escolar fundamentado en conceptos de autodeterminación humana. *Psychologia: Avances de la Disciplina*. 2012; 7(2): 117-122.
- Flórez-Alarcón, L., Vélez-Botero, H. & Rojas-Russell, M. Intervención motivacional en psicología de la salud: Revisión de sus fundamentos conceptuales, definición, evolución, y estado actual. *Psychologia: Avances de la Disciplina*. 2014; 8(2):49-71.
- Elias, M. & Ryan, D.P. La convergencia esencial del aprendizaje socio-emocional, el carácter y el clima y cultura escolar para el éxito de nuestros estudiantes. TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar. 2015; 11(1): 38-44. Acceso el 3 de Mayo de 2015. Disponible en: http://www.tipica.org/media/system/articulos/Vol11N1/A3.%20ElianRyan_Aprendizaje%20socioemocional.pdf
- Martín-Peña, A.M. Tendencias actuales en salud escolar a nivel internacional. TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar. 2015; 11(1): 63-74. Acceso el 3 de Mayo de 2015. Disponible en: http://www.tipica.org/media/system/articulos/Vol11N1/A6.%20Martin_Tendencias%20Actuales.pdf.

Retos en el diagnóstico y tratamiento de la infección crónica por *Trypanosoma cruzi*

*Challenges in the Diagnosis and Treatment of Chronic Infection by *Trypanosoma cruzi**

Juan Carlos Villar-Centeno MD, Msc, PhD*

Resumen

Introducción: Entre 10 y 30% de las personas con infección crónica por *Trypanosoma cruzi* desarrollarán miocardiopatía Chagásica crónica, una condición de peor pronóstico que otras formas de miocardiopatía dilatada (1). La estimación de esta carga supone un diagnóstico confiable de la infección (2,3), como también del conocimiento del potencial del tratamiento tripanocida (TT) para prevenir las complicaciones (4). **Objetivo:** Revisar críticamente los hallazgos sobre el diagnóstico y el tratamiento de la infección crónica por *T. cruzi*. **Síntesis del contenido:** Se presentarán estudios sobre la reproducibilidad, estabilidad y concordancia entre diferentes técnicas (serología, PCR) para el diagnóstico de la infección por *T. cruzi*. Parte de este material proviene de las pruebas serológicas repetidas y de las pruebas de PCR realizadas en diferentes fases del estudio “*Cardiovascular Health Investigation and Collaboration to Assess the Markers and Outcomes of Chagas Disease*” (CHICAMOCHA). De otro lado, se presentará una revisión sistemática de estudios sobre el impacto del TT sobre los desenlaces relacionados con el parásito y los relacionados con el paciente (5). **Conclusiones:** La historia natural y la condición de “olvidada” de la enfermedad de chagas han repercutido en las posibilidades de administrar y evaluar la terapia a personas con infección crónica por *T. cruzi*. En ambos

casos, la situación dista de ser la ideal y se requiere de más y mejor investigación.

Palabras clave: *Trypanosoma cruzi*; Terapia; Miocardiopatía chagásica.

Bibliografía

1. Freitas HF, Chizzola PR, Paes AT, Lima AC, Mansur AJ. Risk stratification in a Brazilian hospital-based cohort of 1220 outpatients with heart failure: role of Chagas' heart disease. *Int J Cardiol* 2005;102(2):239-47.
2. Galvao LM, Chiari E, Macedo AM, Luquetti AO, Silva SA, Andrade AL. PCR assay for monitoring *Trypanosoma cruzi* parasitemia in childhood after specific chemotherapy. *Journal of Clinical Microbiology* 2003;41:5066-70.
3. Schijman AG, Bisio M, Orellana L, Sued M, Duffy T, Mejía Jaramillo AM, et al. International study to evaluate PCR methods for detection of *Trypanosoma cruzi* DNA in blood samples from Chagas disease patients. *PLoS Negl Trop Dis* 2011;5(1):e931.
4. Marin-Neto JA, Rassi A, Jr., Morillo CA, Avezum A, Connolly SJ, Sosa-Estani S, et al. Rationale and design of a randomized placebo-controlled trial assessing the effects of etiologic treatment in Chagas' cardiomyopathy: the BENznidazole Evaluation For Interrupting Trypanosomiasis (BENEFIT). *Am Heart J* 2008;156(1):37-43.
5. Villar JC, Pérez JG, Cortés OL, Riarte A, Pepper M, Marin-Neto JA, et al. Trypanocidal drugs for chronic asymptomatic *Trypanosoma cruzi* infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;5:CD003463.

* Docente Titular, Departamento de Medicina Interna, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Investigador Asociado, Departamento de Investigaciones, Fundación Cardioc infantil, Bogotá- Colombia.

Correspondencia: Dr. Juan Carlos Villar, Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Campus el Bosque, Calle 157 N 19-55 (Cañaveral Parque) Bucaramanga, Colombia. E-mail: jvillar@unab.edu.co

Una visión integral del modelo de seguridad clínica para la atención obstétrica

An Integral Vision of the Clinic Security Model for the Obstetrics Attention

Germán Gallego Vega, MD *

Resumen

Introducción: Souza y cols., publicaron en el 2014 una propuesta de estratificación para los países del mundo basados en su nivel de razón de mortalidad materna y describiéndolos en lo causal y estratégico de acuerdo con el supuesto de la transición obstétrica, entendida como el proceso de cambio entre la predominancia de las causas puramente directas hacia el aumento en la participación, que van teniendo gradualmente las causas indirectas en los países que van solucionando los problemas de acceso a servicios sociales básicos. Colombia estaría en esta escala que va de 1 a 5, entre el grupo 3 y 4 que son precisamente los países que tienen mayores retos, por cuanto los enfoques de intervención deben ser desplegados en escenarios heterogéneos, profundizados con contextos de inequidad, marginalidad, violencia que hacen más complejo y difícil el logro del objetivo del milenio N° 5. En consecuencia la situación de la salud materna en Colombia debe contemplar esos distintos escenarios para su análisis e interpretación. **Objetivo:** Presentar una visión integral del modelo de seguridad clínica para la atención obstétrica en Colombia. **Síntesis del contenido:** Respecto la situación de la salud materna en Colombia, existe consenso en relación con los factores asociados a la muerte materna, en el sentido de que es un evento, no siempre predecible, no siempre intervenible y en su ocurrencia se conjugan: 1). Una combinación de elementos biológicos y sociales; 2). La Configuración

de urgencias médicas y por ello, estar siempre listos ha sido la clave de su intervención; y, 3). Otros, como el producto de un conjunto de factores originados en la estructura socioeconómica y demográfica. En 1992, James McCarthy y Debora, describen una serie de factores relacionados con la mortalidad materna, que podrían clasificarse en tres grupos principales, así:

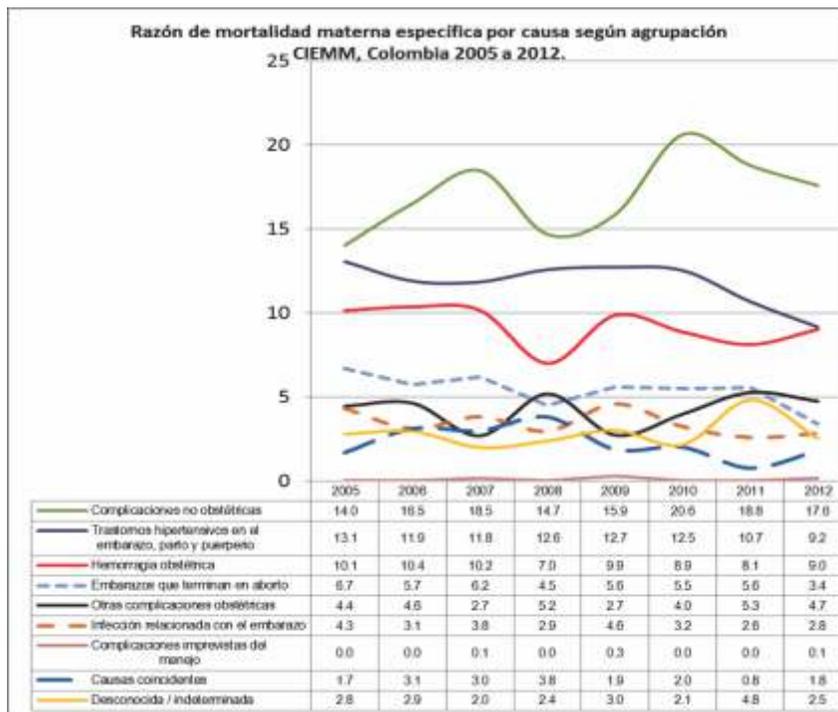
- Determinantes distales, que no tienen una asociación directa pero generan un impacto a través de cadenas causales concernientes con el estado socio-económico y cultural de la mujer.
- Determinantes intermedios o indirectos, referidos a muertes maternas causadas por enfermedad existente, agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.
- Determinantes próximos o directos, relacionados con complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, o por intervenciones, omisiones y tratamiento inadecuado que contribuyen directamente a la muerte materna.

Se estima que a 2013 la mortalidad materna en el mundo fue de 210 por 100,000 nacidos vivos (nv), en los países desarrollados fue de 16, mientras que en los países en desarrollo fue de 230 por 100,000 nv. El avance desde el año 2000 para el mundo se estima en una reducción del 36% (de 330 a 210 por 100,000 nv), mientras para los países en desarrollo la reducción fue del 38% (de 370 a 230 por 100,000 nv) y los de ingresos medio altos del 39% (de 93 a 57 por 100,000 nv); para Latinoamérica se evidencia el menor avance con una reducción del 22% (de 98 a 77 por 100,000

* Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Ministerio de Salud y Protección social.

nv). En la región los 5 países que mostraron mayor reducción desde el año 2000 son Uruguay, con una reducción del 60%, Belice con 59%, Perú del 44%, Bolivia 39% y Colombia que redujo en este periodo 36%, según las estimaciones que hace periódicamente el grupo interagencial de OMS, UNFPA, Banco Mundial, UNICEF y la división de población de las Naciones Unidas. La medición de la meta del ODM 5 de reducir la tasa de mortalidad materna (MMR) sigue siendo un desafío. Menos del 40% de los países tienen un sistema completo de registro civil con buena clasificación de la causa de la muerte, que es necesaria para la medición precisa de la mortalidad materna. Colombia está ubicado en ese porcentaje de países que cuentan con un buen sistema de estadísticas vitales; no obstante, los esfuerzos por medir la calidad y cobertura del sistema de estadísticas vitales han sido infructuosos; el más cercano, realizado en el año 2004 con cifras de 1998, estimó que el subregistro por omisión y enmascaramiento podría estar alrededor del 10 y 13%. En Colombia la razón de mortalidad materna calculada a 2012, a partir de los registros del sistema de estadísticas vitales, fue de 65.89 por 100,000 nv. Si bien ha sido uno de los países considerados con una tendencia al descenso para el cumplimiento del objetivo, aún su indicador es mayor que el estimado para la mayoría de países de Suramérica. Frente a lo observado en 1998 cuando se registraron 722 casos de muertes maternas anuales, la reducción en el número absoluto es del 38% y esto significa un avance en el logro de la meta del 62%. En general, estos

esfuerzos han salvado, de forma sistemática, la vida de más de 250 mujeres cada año y acumulada de 3,864 mujeres que no tuvieron un resultado funesto de la gestación desde el año 1998. Para Colombia, aún las causas directas son las que con mayor frecuencia causan muertes maternas en comparación a las causas no obstétricas o indirectas. No obstante de lo anterior, hay un incremento de las causas no obstétricas a expensas específicamente de las enfermedades respiratorias que se presentaban en promedio 16 casos al año y aumentaron a un promedio de 22 a partir del 2009, coincidiendo con la ocurrencia de la pandemia de influenza H1N1, esto representa un avance hacia la llamada transición obstétrica descrita especialmente en los países de ingresos altos, pero pone un reto de enfrentar la doble carga que representan las causas tradicionales aunadas a los trastornos crónicos no transmisibles, mucho más en los ámbitos de inequidad que se han descrito en Colombia. Dentro de las causas directas, para el año 2012 se consolida una disminución en la incidencia de muertes debidas a trastornos hipertensivos durante el embarazo, parto y puerperio. En contraste, no se observa aun una tendencia a la disminución en las causas relacionadas con hemorragia obstétrica; de estas, las denominadas *otras hemorragias postparto inmediatas* (O721) han aumentado el diagnóstico desde el 2005 frente a otros como los del tercer periodo de parto, que han venido disminuyendo en el mismo periodo. De igual manera la sepsis asociada al embarazo como causa de muerte no ha mostrado tendencia a la disminución en el mismo periodo.



Fuente: DANE – EEVV (Datos de recolección sin ajuste). Cálculos SISPRO - MSPS

Comparados por quinquenios, durante el lapso de 1998 a 2012, se observa cómo algunos departamentos del país están mostrando cambios hacia el mejoramiento del indicador de mortalidad materna, tales son los casos de Santander, Huila y Quindío, que son consistentes en el descenso y otros como Casanare, Arauca, Boyacá, Norte de Santander, Antioquia, Tolima y Valle del Cauca, que realizan el esfuerzo, pero en 2012 no todos ratifican la tendencia al decremento. Persisten altas razones en departamentos con menor grado de desarrollo en la organización, inspección y vigilancia de sus servicios de salud, como lo son: La Guajira, Chocó, Vaupés y Vichada, como los más rezagados sin descartar a los antiguos territorios nacionales, dado que estos departamentos tienen problemas de acceso y calidad en la prestación de los servicios. Otro grupo de departamentos con graves limitaciones de calidad en la prestación de los servicios son los departamentos de Cesar, Magdalena, Córdoba, Caquetá, Tolima, Putumayo, Cauca, Meta, Cundinamarca y Valle del Cauca. En tal sentido, se ha descrito que la mortalidad materna en Colombia ocurre en conglomerados. Se ha definido una autocorrelación espacial positiva para los casos, con un Índice de Moran de 0.106, con un valor de $p > 0.001$. Las simulaciones estocásticas y los análisis de punto caliente, muestran alrededor de 28 conglomerados de municipios que tienen altas RMM (generalmente por encima de 125 por 100,000 nv), los cuales se encuentran en la Alta Guajira, el Norte y Centro de Magdalena, el Sur de Bolívar, Córdoba, el Urabá Antioqueño, Chocó, la costa del Valle Cauca y Nariño, el oriente de Putumayo y Caquetá, la frontera entre Guaviare y Vaupés, el trapecio Amazónico, el Sur Occidente y el Oriente del Meta, el Occidente del Vichada, la Zona de Cubará, la región central del Tolima, la zona de puerto Boyacá, el bajo Cauca y Catatumbo. Estos *clusters* abarcan 292 municipios, que agrupan el 12% de la fecundidad nacional y el 32% de las muertes maternas. En una proporción considerable, dichos municipios no tienen servicios de atención de parto en su territorio y presentan mayores razones de mortalidad específicas por causas por definición evitables como la sepsis, la hemorragia y la eclampsia. Lo anterior explica que en los sitios con menor desarrollo y organización de la red de prestadores en salud, mayor pobreza, menor educación, menor riqueza, se presenta el mayor riesgo de morir por causas asociadas con la gestación, el parto y el puerperio. Determinantes estos, trazadores que se expresan en daños y lesiones en salud, razón por la cual el Plan Decenal de Salud Pública define el abordaje poblacional por enfoques de derechos, géneros y diferencial por etnicidad, ruralidad y pobreza, que constituyen el marco para el desarrollo de las acciones en salud sexual y reproductiva y en salud pública. Ahora bien, cuando se analizan los

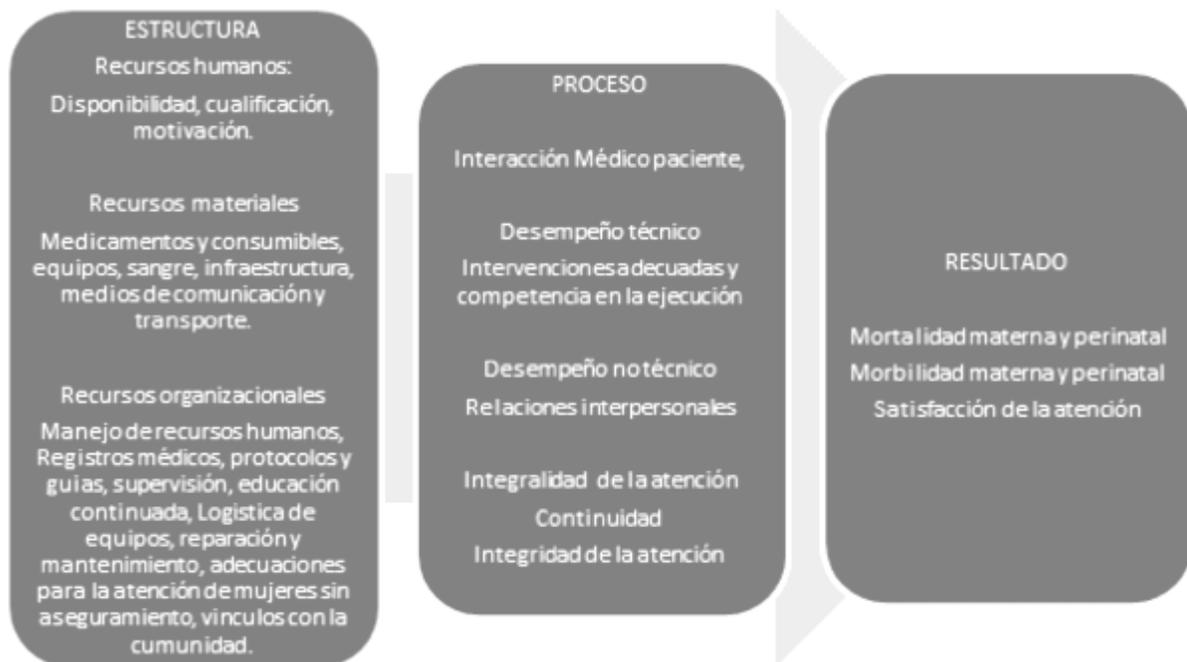
indicadores intermedios relacionados con las metas de mortalidad materna bajo el supuesto de que con estas acciones se lograría mejorar la condición nacional, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010 reporta que en más del 90% de los embarazos las madres han asistido a 4 ó más controles prenatales (91% urbano, 84% rural y el 3% de las gestantes no tuvo ninguna atención prenatal); el 95% de las atenciones del parto fueron institucionales y el 4% domiciliarias pero los departamentos de Guajira, Caquetá, Cauca, Nariño, Chocó, Vichada, Guainía, Amazonas y Vaupés presentan cifras inferiores al 90%; entre las mujeres que tuvieron algún problema postnatal solo el 66% recibió atención médica y existe una leve disminución del porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo de 20.15 a 19.5 y la meta es llegar a menos del 15%. En contraste al avance en cobertura, el país evidencia un rezago importante en el mejoramiento de las competencias institucionales o funciones señales. En la Encuesta Nacional de Salud 2007 se mostró que en Colombia el 96.1% de las IPS privadas y el 78.8% de las públicas estaban habilitadas para el servicio de hospitalización obstétrica, que la mayoría de instituciones de baja complejidad donde se atienden partos son públicas y de estas solo el 15% cuenta con profesionales especialistas (ginecoobstetras) en el servicio, además que en su mayoría no cuentan con las acciones requeridas para cumplir con funciones obstétricas básicas para el manejo de la emergencia obstétrica de acuerdo con estándares de la OMS. Adicionalmente el análisis agregado de casos de Morbilidad Materna Extrema (MME) en Colombia elaborado por la Corporación Científica Pediátrica en el año 2012, permitió caracterizar este evento, encontrándose que las causas son las mismas asociadas a la mortalidad materna, llamando la atención el severo compromiso en la salud de las gestantes, especialmente en aquellas donde la condición que llevó a la MME fue la sepsis de origen obstétrico y no obstétrico y las hemorragias del segundo y tercer trimestre. Precisamente la sepsis fue el diagnóstico con mayor letalidad asociada y mayor agrupación de criterios por caso, es decir que cuando son detectadas para el reporte como MME están en estadios graves de deterioro sistémico. Un estudio desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección en el 2007, con el apoyo del Fondo de población de las Naciones Unidas, evidenció que la cuarta demora relacionada con la calidad de la atención se encontró en el 88.6% de los casos examinados de muertes maternas, situación que también se evidenció en casi la mitad de los casos de MME incluidos en el análisis agregado del año 2012. La cuarta demora en este estudio se caracterizó por demoras en el tratamiento médico, no identificación del riesgo obstétrico periparto que llevó a atenciones

en niveles no adecuados, fallas en la capacitación del recurso humano que atiende las pacientes obstétricas, deficientes historias clínicas que favorecen los eventos adversos y deficiente habilitación de servicios de salud. Para mitigar esta brecha de calidad el país debe continuar en la construcción de un modelo de seguridad clínica que responda decididamente al desarrollo de los servicios de atención obstétrica, armonizado con los desarrollos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, pero en la especificidad de la atención obstétrica de emergencias, que involucre activamente al personal asistencial de manera crítica y proactiva y que contemple puntos de control para garantizar el seguimiento a oportunidades de mejora detectadas, como una estrategia que apoye y consolide las estrategias para la reducción de la muerte materna. Así la detección precoz de la sepsis y enfermedad respiratoria aguda grave (para los casos de influenza), la disposición de insumos para la atención de las emergencias hipertensivas, la disponibilidad de sangre segura, la introducción de nuevas tecnologías y equipos como el balón de bakri o trajes antichoque y las prácticas claves para la referencia en condiciones seguras son algunas de las intervenciones que consolidarían el modelo de seguridad clínica para la atención de la emergencia obstétrica.

Política de seguridad de la atención obstétrica en la agenda pública: Donabedian a finales de los años 80 había propuesto un modelo de calidad basado en tres categorías consecutivas que llevan a mejores desenlaces en el proceso de prestación de salud: 1)

Estructura, 2) Procesos y 3) Resultados. Entendiendo que el mejoramiento es posible gracias a que una estructura (física, de equipamiento o de recurso humano) lleva al desarrollo sistemático de procesos que redundan en el mejoramiento de los resultados. Morestin y cols. en el año 2010, encontraron 37 diferentes instrumentos de evaluación de la calidad y seguridad de la paciente obstétrica desarrollados en las últimas 3 décadas por instituciones como Engender Health, Jhpiego, IMMFACT, OMS, la Universidad de Columbia, entre otras, que son dirigidos a la evaluación de la calidad en las 3 esferas de Donabedian y adelantaron un trabajo de integración entre las varias fuentes de información, el cual fue adaptado a la atención obstétrica, como se representa en la siguiente figura (figura1).

Con la adopción del enfoque sistémico a la evaluación de la calidad se han desarrollado otras experiencias significativas como los denominados MATERNITY CLINICAL RISK MANAGEMENT STANDARDS CNST (Clinical Negligence Scheme for Trust), que establecen los estándares para evaluar los servicios de atención obstétrica en el Reino Unido desde 1995, basados en la evaluación y el mejoramiento de 5 categorías: organización, atención clínica, manejo del alto riesgo, estrategias de comunicación, atención posnatal y del recién nacido. Se basa en la puesta en práctica de acciones específicas en el planeamiento y en la ejecución de la atención de la paciente, plantea ciclos de mejoramiento alrededor de la implementación de cada una de las prácticas, desde la construcción de documentos hasta la implementación y el monitoreo de cada una de las



Fuente: Donabedian

políticas. Otro ejemplo relevante lo constituye el desarrollado por *Engender Health, Mailman School of Public Health y Columbia University*, que han adaptado la estrategia COPE (cliente orientado proveedor eficiente) a la atención obstétrica de emergencias y propone varias estrategias para mejorar la calidad de su atención:

- Evaluación de Atención obstétrica de emergencias: donde se evalúa en varios módulos, la idoneidad, oportunidad y cumplimiento de los estándares establecidos. Diferentes guías evalúan la prontitud de cada sala o área para apoyar a los servicios de AOEm, como también la limpieza y la organización, disponibilidad y funcionamiento de energía, agua, equipos, suministros y medicamentos, así como garantía a los derechos de los clientes a la confidencialidad, dignidad y otros temas esenciales.
- Entrevista cliente/familia: el personal debe adelantar entrevistas semiestructuradas, con pacientes o con miembros de la familia para conocer sus perspectivas sobre la calidad de servicios. A través de estas discusiones confidenciales, el personal reúne información sobre el acceso a la atención y conoce las opiniones de los clientes sobre información, dignidad, comodidad, privacidad y confidencialidad, elección informada, libertad de expresión de opinión y continuidad de la atención.
- Revisión de registros: para determinar si estos contienen información importante para realizar el seguimiento de emergencias obstétricas y muertes maternas, y para evaluar si la estructura, forma y contenido se están llevando de manera correcta y completa.
- Análisis de ruta del paciente: el personal realiza un seguimiento a las pacientes de emergencia desde su llegada a la puerta de la institución y a través de puntos clave de su visita, para reunir información sobre el tiempo de espera. Derivado de este proceso se definen los posibles retrasos. -Revisión de casos significativos: los (las) médicos(as), enfermeros(as) y supervisores(as) se reúnen para discutir casos complicados utilizando historias de

caso, registros y resultados de laboratorio, para aprender de los resultados y determinar si los problemas del sistema interfieren con la provisión de atención de calidad.

Modelo de seguridad clínica para la atención obstétrica de emergencias: El modelo de seguridad clínica para la atención de la emergencia obstétrica se basa en la interacción armónica y sistemática de varias estrategias que van ligadas tanto a la ruta de atención como a procesos de mejoramiento de la calidad, en la que se planea, se hace, se verifica y se actúa.

-Vigilancia de la mortalidad y morbilidad materna extrema: La vigilancia en salud pública de la mortalidad materna se realiza en Colombia desde el año 2007 de manera individual y se complementa al certificado de mortalidad el cual desde el año 1998 contiene información específica referente al antecedente de embarazo en muerte de mujeres en edad fértil. La morbilidad materna en Colombia es un proceso más reciente que ha venido implementándose dentro del modelo de seguridad clínica desde el año 2010 y a partir del año 2012 dentro de la Vigilancia rutinaria del SIVIGILA, de manera obligatoria a la totalidad de las Instituciones de salud, en el marco del decreto 3518 de 2006. Su vigilancia en contraste con la mortalidad materna, reviste unas ventajas en el proceso de análisis y planteamiento de alternativas de solución que la posiciona como uno de los principales indicios de atención insegura en la institución en el proceso de mejoramiento de la atención no solo de la emergencia obstétrica sino de todo el ciclo del cuidado de la mujer en edad fértil. Para su identificación se utiliza una herramienta de tamizaje de tipo Trigger tool, que se aplica sistemáticamente a la salida de la institución, a toda paciente obstétrica que ha estado hospitalizada. Esta herramienta es esencial en la búsqueda activa de casos en la institución y capta precozmente cuando se trata de una morbilidad materna extrema, teniendo en cuenta los criterios de enfermedad específica, de falla en órgano blanco o aquellos relacionados con el manejo instaurado a la gestante, establecidos en el modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema.

Criterios de inclusión de casos de morbilidad materna extrema

Enfermedad específica	Falla de órgano	Manejo
<ul style="list-style-type: none"> • Eclampsia • Choque séptico • Choque hipovolémico 	<ul style="list-style-type: none"> • Cardíaca • Vascular • Respiratoria • Renal • Coagulación • Metabólica • Hepática • Cerebral 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso a UCI • Cirugía • Transfusión sanguínea aguda

-Análisis agregado e individual de casos: El modelo de seguridad clínica para la atención de la emergencia obstétrica requiere que de manera complementaria a la identificación y notificación de casos de morbilidad materna extrema, se realice el análisis de los mismos. Este análisis de casos puede realizarse de manera individual o agregado. El modelo incorpora nuevas herramientas para el análisis individual, específicamente el protocolo de Londres cuando se presenta un evento adverso y nuevos indicadores construidos a partir de los casos de MME y de muerte materna. Lo que procura el análisis es finalmente identificar oportunidades de mejoramiento que favorezcan planes de acción orientados a garantizar la calidad y seguridad de la atención obstétrica de emergencia. En las instituciones de baja complejidad donde en ocasiones no es factible obtener casos de morbilidad materna extrema para el análisis, se recomienda analizar casos de emergencia obstétrica atendidos y/o que requirieron remisión.

-Análisis Individual: Se han desarrollado herramientas para sistematizar el análisis individual de casos de Morbilidad Materna Extrema (MME) o de emergencias obstétricas. Esta sistematización incluye:

- Identificación del caso como MME o emergencia obstétrica
- Identificación del prestador y la gestante
- Asignación de la causa y definición de evitabilidad
- Análisis del caso según los retrasos o demoras
- Descripción y clasificación del evento

Si el evento es considerado un evento adverso:

- Impacto del evento adverso
- Causalidad del evento adverso
- Identificación Acciones inseguras
- Factores contributivos

Una vez terminado el análisis del caso se continúa entonces, con la elaboración del plan de acción que tiene como objetivo primordial mejorar los puntos débiles identificados en todo el proceso. Es importante que se incluyan aquellas acciones realizables y con resultados medibles, de tal forma que al ir alcanzando resultados se cree una cultura de seguridad alrededor de hechos cumplidos. Este plan de acción debe contener como mínimo:

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de las pacientes desde un enfoque de riesgo.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- Asignación de un responsable de implementar las acciones.
- Definición del tiempo de implementación de las acciones.
- Identificación y asignación de los recursos necesarios.
- Seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.

- Fijación de fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

- Análisis agregado: Facilita la generación de indicadores que se aproximan a una evaluación de la calidad de la atención en la medida en que permiten relacionar la severidad del compromiso en la salud de las gestantes atendidas en una institución con los resultados en términos de sobrevivida o muerte. La organización debe contar con una batería de indicadores de impacto y de resultado que incluyen los indicadores derivados de la mortalidad materna y morbilidad materna extrema que se describen a continuación:

- Razón de morbilidad materna extrema
- Razón de mortalidad materna
- Índice de mortalidad materna
- Relación morbilidad materna extrema / mortalidad materna
- Relación criterio caso
- % de casos con más de 3 criterios.

Las fichas técnicas se presentan en el Apéndice 1

Cada uno de estos indicadores se deberán desagregar en la profundidad que la institución defina, teniendo al menos un estimado global y por causa básica de morbimortalidad agrupada, otros diferenciales que se pueden visualizar en el análisis serán aquellos relacionados con tiempo, lugar, persona (asegurador, procedencia urbana, rural, o municipal, edad, pertenencia étnica, etc.). Esta batería de indicadores podrá dar un panorama de la institución basada en cuatro atributos:

- Frecuencia dada por la razón de morbilidad materna extrema, la cual dará información sobre la magnitud del evento, permitiendo establecer cuáles son las necesidades en materia de recursos humanos y logísticos para la atención de casos, que permitan contar con suficiente capacidad instalada para responder a las emergencias obstétricas. El monitoreo en la frecuencia por parte del equipo multidisciplinario podrá generar respuestas específicas de los procesos de apoyo logístico que mitiguen las situaciones de emergencia obstétrica. Por otro lado este atributo es clave en la distribución de kits de emergencia obstétrica. La desagregación por causa principal podrá generar hipótesis acerca del aumento o disminución relativa de un tipo de diagnóstico comparado con otro, haciendo posibles ajustes en los niveles de la prestación de salud tanto en la prevención como en los protocolos de atención.
- La letalidad evidenciada en el índice de mortalidad materna y la relación morbilidad materna extrema / mortalidad materna. Estos indicadores expresan la probabilidad de morir que tiene una gestante caracterizada como MME y están íntimamente relacionados con el resultado final de caso, permite

la desagregación por causa principal. Su análisis no podrá separarse del grupo de indicadores que reflejan la severidad del compromiso de la salud de las gestantes, ya que en las instituciones que reciben casos de mayor complejidad hay un mayor riesgo de morir desde el ingreso.

- Severidad dada por la relación criterio caso y el porcentaje de casos con 3 ó más criterios. Estos indicadores dan cuenta de las condiciones de salud de las gestantes atendidas en la institución, al igual que los anteriores también permiten la desagregación por causa principal. En general las instituciones de mayor nivel de complejidad concentrarán más pacientes con condiciones más críticas que las instituciones de mediana complejidad. De manera complementaria, en los casos de gestantes remitidas, los indicadores de severidad reflejan también la capacidad del sistema de salud para prevenir enfermedad, la oportunidad en reconocer la emergencia, de estabilizar y de remitir en condiciones que salven vidas.
- Calidad y seguridad en la medida que permiten asociar la severidad del compromiso materno con la letalidad. Es de suponerse que las instituciones que presenten la menor letalidad en gestantes con una importante severidad del compromiso de su salud son aquellas con procesos asistenciales seguros y de calidad.

Evaluación diagnóstica del ambiente y entorno de seguridad El entorno seguro es uno de los pilares fundamentales para la obtención de buenos resultados en los procesos de atención. Es claro que el protagonista fundamental de la atención en salud es el recurso humano, y es un hecho que las organizaciones con tradición en una cultura de seguridad (aviación, industria química, eléctrica, etc.) señalan que la evaluación del ambiente y entorno de seguridad desde la percepción del cliente interno es uno de los rasgos críticos de sus logros en esta materia. En el ámbito de la prestación de servicios de salud la experiencia no ha sido muy grande, sin embargo, según las recomendaciones del *National Quality Forum*, la cultura sobre seguridad sería esencial para minimizar errores y efectos adversos, y su medición necesaria para diseñar actividades que la mejoren. Como iniciativa de evaluación de la cultura de seguridad en los hospitales españoles y como resultado de una cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia se adaptó y ajustó la encuesta original de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de Estados Unidos al español, una herramienta autoadministrada válida y fiable, para que medie este aspecto de la cultura de seguridad de las organizaciones y facilitar el identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla y poder monitorizar su evolución. La encuesta proporciona información sobre la percepción relativa de 12 dimensiones de la cultura de

seguridad, indagadas a través de preguntas contenidas en un cuestionario. En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del UNFPA y la Corporación Científica Pediátrica elaboró un instrumento que se centra específicamente en la evaluación diagnóstica del ambiente y entorno de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica, basándose el diseño de la misma en la ruta crítica de la atención de la gestante acorde con lo establecido en el proceso de atención en el Sistema General de Seguridad Social, proporcionando información en cada punto de la ruta crítica de dimensiones de la cultura de seguridad relacionadas con la competencia y suficiencia del recurso humano, la infraestructura, la tecnología e insumos disponibles, el tiempo de reacción para la atención de la emergencia y la política de seguridad de la institución. Teniendo en cuenta que la ruta crítica y los procesos asistenciales para la atención de la emergencia obstétrica difieren según el nivel de complejidad de la institución que atiende el caso, se diseñó un instrumento para aplicación en la baja complejidad y otro para la alta complejidad. Estas se han construido como resultado de la revisión de los recursos disponibles hoy en día en la literatura para la evaluación sistemática de la seguridad en la emergencia obstétrica y se han aplicado en IPS de Alta y mediana complejidad en Colombia. En este punto otras fuentes de información son:

- Anexo técnico de resolución 1043 (derogado por el decreto 5521 de 2013) matriz de autoevaluación. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Instrumento%20De%20Autoevaluacion%20Resoluci%C3%B3n%201441%20de%2013.docx>
- Consolidado de fallos y de planes de mejora de los casos de mortalidad materna y morbilidad materna analizados. Anexo 6 protocolo de vigilancia en salud pública para la mortalidad materna <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>
- Matrices de autoevaluación de acreditación, Resolución 1446 o 123/2012. <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%200123%20de%202012.rar>
- Instrumento para la evaluación de cuidados obstétricos de emergencia OMS – OPS. Se constituye en una herramienta gerencial basada en la observación y el diálogo y consiste en la verificación del cumplimiento de los requerimientos de calidad y seguridad previamente establecidos y contemplados en las normas que regulan la práctica profesional en salud. Este diagnóstico preferiblemente debe hacerse por parte del líder del servicio de obstetricia, el responsable de calidad de la institución y en lo posible con el concurso de las IPS, las EPS (o gestores) y las direcciones locales de

salud ya que existen factores estructurales en la prestación que pueden estar afectando en ciertos contextos sistemáticamente los casos que deben superarse con el concurso de todos los responsables. Es necesario que las instituciones que son responsables de la gestión de Riesgo y de la organización de la red participen, consuman la información levantada y provean otros datos que pudieran orientar las intervenciones. Adicionalmente con la finalidad de facilitar el proceso institucional se desarrolló un aplicativo “MADEB” que automatiza tanto la evaluación del entorno de seguridad como el análisis individual de caso.

Protocolos, flujogramas y guías de práctica clínica: Dentro de las estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, se planteó la implementación de atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biosicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, el control prenatal, la atención del parto y posparto e interrupción voluntaria del embarazo y la atención de abuso sexual en servicios de urgencia. Por lo anterior, fue perentorio definir recomendaciones para la buena práctica basadas en la mejor evidencia clínica disponible y en la racionalización de costos para mejorar la calidad de atención en salud. La disponibilidad de una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio implica estandarizar para Colombia el cuidado de la mujer gestante, enfatizando en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbimortalidad materna asociada, con el propósito de mejorar la salud materna y la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica. En la actualidad Colombia cuenta con las siguientes GPC:

- Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo
- Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo.
- Infecciones en el embarazo
- Ruptura prematura de membranas (RPM)
- Toxoplasmosis
- Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico
- Complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo (hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abrupcio de placenta y hemorragia posparto)
- Sífilis gestacional y congénita

Complementariamente con el concurso de la Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, la Sociedad Colombiana de Anestesia

y Reanimación y la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, se elaboraron los diagramas de flujo para la atención de la emergencia obstétrica. Su contenido ha sido armonizado con las Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y se socializan como un documento resumen de las prácticas claves que deben ser implementadas en la prestación de servicios para la atención del parto y el manejo específico de las primeras complicaciones (hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis).

Evaluación de adherencia a guías, protocolos y listas de chequeo de casos: La evaluación de la adherencia del recurso humano a los procesos clínicos es un pilar esencial en el aseguramiento de la seguridad del paciente y del proceso continuo de mejoramiento, ya que da una idea de la línea de base así como de los ajustes al plan de entrenamiento y capacitación del personal del servicio. En la emergencia obstétrica es un dato que no puede faltar a la hora de evaluar cuál es la adherencia de las prácticas institucionales con las que han demostrado alta eficacia. El manejo activo del tercer periodo del parto, evidenciado por la aplicación de oxitócica en los registros clínicos; o el manejo agresivo y simultáneo para la hemorragia obstétrica; o la aplicación de sulfato de magnesio en casos de preeclampsia severa; o la consejería anticonceptiva en el posparto o posaborto; la aplicación de antibiótico de amplio espectro en la primera hora después de instaurada la sepsis, son prácticas que deben ser evaluadas por la institución. El proceso de medición de la adherencia exige un equipo de auditoría que cuente con unos criterios específicos y sistemáticos para la evaluación de la misma. Se deben diseñar unos instrumentos de verificación de la adherencia a las guías de atención integral y a los diagramas de flujo de la atención de la emergencia obstétrica basados en los referentes técnicos existentes (GAI, Diagramas de flujo para la atención Obstétrica de emergencias). En lo relacionado con las listas de chequeo, el país aún no cuenta con instrumentos definidos, existiendo propuestas elaboradas por grupos académicos con interés en el tema, las cuales deberán ser sometidas a consensos para adaptación definitiva.

Kits de emergencia obstétrica: Los Kits de emergencia obstétrica surgen como una respuesta para favorecer la disposición de los insumos críticos en la atención de las emergencias obstétricas más frecuentes en el país en el entendido de la alta prevalencia de demoras tipo 4 en las muertes maternas, Reciente evidencia internacional soporta el creciente uso de esta herramienta sugiriendo que puede disminuir el 30% de las muertes. De manera complementaria se ha desarrollado un manual de

buenas prácticas de reposición y mantenimiento de dicho kit, para que su sostenibilidad sea garantizada por prestadores y aseguradores y estos procesos se incorporen en la rutina institucional. La cantidad de instituciones en el país que tienen y sostienen el kit de emergencia obstétrica requiere ser determinado; sin embargo, es sabido que estos se han ido implementando en las IPS de alta complejidad como herramienta complementaria con buenos resultados. Su contenido deberá guardar una unidad, es decir que no basta con tener algunos insumos en la farmacia y otros en el kit, su inventario debe ser supervisado regularmente para asegurar su reposición. El contenido de emergencia obstétrica deberá adecuarse a las características de la población atendida en el territorio y en el contexto, la dotación de este kit, la supervisión, así como su reabastecimiento, deben ser materia de gestión directa del programa de fármaco-vigilancia de la institución y debe estar plenamente documentado en los manuales de procesos y procedimientos. Para garantizar los procesos de gestión del kit de emergencia obstétrica las instituciones de salud disponen del “Manual de buenas prácticas para el manejo del kit de emergencia obstétrica”.

Rondas y reuniones de seguridad: La institución deberá construir en su plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC unos criterios específicos de calidad esperada que incorporen, en la ruta crítica de las pacientes desde el ingreso, distintos escenarios de indagación como la revisión de registros, la inspección, el paciente trazador, o los casos hipotéticos. El Ministerio de Salud ha desarrollado una metodología para la evaluación de la atención aplicable a las rondas de seguridad que consta de 83 preguntas siguiendo el listado de actividades del diagrama de flujo con el fin de abarcar la totalidad del proceso. Se tuvieron en cuenta para la construcción del instrumento las tablas de recursos necesarios, los tiempos de atención desarrollados, los manuales de manejo de las emergencias, el manual de habilitación y la experiencia de los expertos. Las respuestas y el análisis de cada una de las preguntas permiten evaluar la capacidad resolutoria de las instituciones de salud de alta complejidad para la atención de la emergencia obstétrica. Las preguntas elaboradas están enfocadas en 3 dimensiones dadas por la metodología del camino crítico (recurso humano, infraestructura, insumos y equipos). En la herramienta se presenta la dimensión y su respectiva convención de la siguiente manera:

Dimensión RH	Presencia Recurso Humano
RH - EJ	Ejecución Recurso Humano
RH - CO	Competencia Recurso Humano
T	Tiempo
IF - IN - E	Infraestructura - Insumos - Equipos

Por otro lado, las 3 dimensiones desarrolladas se trabajan en 4 grupos de procesos macro seleccionadas a partir del flujograma. Los grupos de actividades son:

1. Ingreso de la paciente a la institución
2. Admisión
3. Evaluación médica, reanimación inicial (ABC), Tratamiento farmacológico, toma de laboratorios, reevaluación médica
4. Seguridad clínica

Entrenamiento bajo escenarios de simulación:

Con cierta frecuencia en la práctica clínica se evidencia que quienes están enfrentándose a una emergencia obstétrica no tienen el entrenamiento. La literatura ha mostrado los mejores resultados en tanto los equipos están más compenetrados y preparados para situaciones no esperadas, es por esto que se recomienda la realización de entrenamiento bajo escenarios de simulación para mejorar las competencias técnicas y comunicacionales del equipo. Simulación no quiere decir solo simuladores. La literatura no ha mostrado beneficio adicional en los resultados en salud cuando los simuladores y los entrenamientos son realizados en centros de simulación. Para el jefe del servicio y para los gerentes debe estar claro que genéricamente la simulación es un ejercicio en el que se representa artificialmente un proceso del mundo real con la suficiente autenticidad para conseguir un objetivo específico, favorece el aprendizaje simulando en lo posible un escenario clínico más o menos complejo, y permite la valoración positiva o negativa de conductas que determinan el éxito en situaciones críticas; esto incluye técnicas de comunicación y trabajo en equipo. De esta manera, tan solo el familiarizarse con el kit del manejo de la emergencia obstétrica puede ser para el equipo interdisciplinario un ejercicio de simulación. El nivel de fidelidad de la simulación se deberá adecuar a cada contexto, en el ámbito de la tecnología disponible y del tipo de casos que se representan. Pero siempre se deberá ejecutar por una persona entrenada, bajo una secuencia sistemática y simple en la que se transmitan competencias técnicas y no técnicas en esquemas mentales compartidos.

Palabras clave: Mortalidad materna; Bienestar materno; Salud pública; Servicios de salud materna; Obstetricia.

Bibliografía

1. A.D. The Quality of care How Can it be Assessed? JAMA. 1988; 1743-8.
2. Authority NL. CNST MATERNITY CLINICAL RISK MANAGEMENT STANDARDS. 2012.
3. BOGOTA FSF DE. Evaluación de impacto de las estrategias desarrolladas en el nivel nacional y regional para la reducción de la mortalidad materna en el país en el marco del SGSSS. Bogotá; 2010.

4. DANE M. La mortalidad materna y perinatal en Colombia en los albores del siglo XXI. 2006.
5. Engender Health y Mailman School of Public Health CU. Mejoramiento de la calidad para atención obstétrica de emergencia Libro de herramientas. 2005.
6. Fathalla MF. Safe motherhood. *Int J Gynaecol Obs.* 1988;347-8.
7. GUISE JM. SEGEL S. Team work in obstetric critical care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008; 937-51.
8. MARIENAER. VAN DE VEN J. MOL BW. HOUTERMAN S. OEI SG. Multidisciplinary Team Training in a simulation setting for Acute Obstetric emergencies. *Obstet Gynecol.* 2010; 1021-31.
9. MCCARTHY J .MAINE D. Framework For Analyzing The Determinants Of Maternal Mortality. *Stud Fam Plan.* 1992; 23-33.
10. Mercy N. Ouma. Benjamin T Chemwolo. Sonak Pastakia. Astrid Christoffersen-Deb. Sierra Washington. Pilot study of single-use obstetric emergency medical kits to reduce maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet.* 2012; 49-52.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Nacional -ASIS. 2013.
12. MORESTIN F. BICABA A. SERME JD. FOURNIER P. Evaluating quality of obstetric care in low resource settings Buiding on the literature to design tailor-made evaluation instruments - an ilustration in Burkina Faso. *BMC Health Serv Res.* 2010
13. MSPS. Resolución 5521. 2013.
14. Salas EP. Mortalidad materna en Colombia: evolución y estado actual. 2001.
15. Souza JP, Tuncalp O . Obstetric transition: the path way towards ending preventable maternal death,. *BJOG.* 2014; 1-4.
16. SOUZA JP. TUNCALP O. VOGEL JP. BOHREN M. Obstetric Transitionñ The Pathway Towards Ending Preventable Maternaql Deaths. *BJOG.* 2014; 121.
17. UNFPA DG de SPM de la PSF de P de las NU—. Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (MME). 2006.
18. UNFPA, OMS U. Trends in maternal mortality.

Caracterización de la morbilidad neonatal extrema en neonatos atendidos en el Hospital Universitario de Santander durante el año 2013

Characterization of Extreme Neonatal Morbidity in Neonates treated at the Hospital Universitario de Santander in 2013

Angélica María Delgado-Beltrán, MD. Esp*

Luis Alfonso Pérez-Vera, MD. Esp*

Mónica Andrea Beltrán-Avendaño, MD. Esp*

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, firmó la Declaración de los Objetivos del Milenio, siendo uno de ellos reducir la mortalidad infantil (1). **Objetivo:** Presentar la caracterización de la morbilidad neonatal extrema en neonatos atendidos en el Hospital Universitario de Santander durante el año 2013, estudio piloto. **Síntesis del contenido:** En el 2011, 6.9 millones de niños menores de 5 años murieron, 75% por problemas neonatales(2). Las muertes de estos niños en Colombia se han reducido en los últimos 30 años, pero la mortalidad neonatal aún aporta más del 50% de los casos, 66% concentrados en los primeros 7 días de vida (3). Como un indicador orientador para reducir la mortalidad neonatal se creó el concepto de la morbilidad neonatal extrema – Ministerio Nacional de Educación (MNE), que define un evento que pone en riesgo inminente la vida del neonato, ocurrido entre el nacimiento y el día veintiocho de vida, por lo que requiere de detección e intervención oportuna de las causas con el fin de evitar la muerte (4). Puede estar condicionado por factores sociales, demográficos y asistenciales de la materna o el neonato (5). Esta metodología fue desarrollada en Brasil hace 8 años; en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social en el 2013 propuso evaluar su aplicabilidad.

Conclusiones: En la ponencia se presenta el estudio piloto del fenómeno de MNE en los neonatos hospitalizados durante el 2013 en el Hospital Universitario de Santander – HUS – (Bucaramanga, Colombia), con miras a probar el proceso que permite generar esta metodología para identificar hacia qué aspectos se deben promover las intervenciones para reducir su ocurrencia.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Declaración de los Objetivos del Milenio. 2014
2. Organización Mundial de la Salud OMS. Centro de prensa – OMS. 2009
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2012
4. Pileggi Cynthia, Souza João P., Cecatti Jose G., Faúndes Anibal. Abordagem do near miss neonatal no 2005 WHO Global Survey Brazil. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2010. Feb [cited 2015 July 24]; 86(1): 21-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000100005&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000100005Pileggi, Souza, Cecatti & Faúndes, 2010.
5. Souza JP¹, Gülmezoglu AM, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z; WHOMCS Research Group. The world health organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. BMC Health Serv Res. 2011 Oct 26;11:286. doi: 10.1186/1472-6963-11-286.

**Profesor, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Dra. Mónica Andrea Beltrán Avendaño, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Profesora Titular Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia. E-mail: mandreabeltran@gmail.com

Efecto del Programa Madre Canguro en el desarrollo psicológico, medidas antropométricas y fisiológicas en niños prematuros

Effect of the Kangaroo Mother Program in the Psychological Development Program, Anthropometric and Physiological Measurements in Preterm Infants

Patricia Díaz-Gordon, Psc. Mg*

Pilar Abreu-Peralta, Enf. (c) Mg**

Olga Lucía Gómez-Díaz, Enf. (c) Mg**

Luis Augusto Gómez-Díaz, MD***

Carmen Cecilia Sandoval-Gómez, Enf****

Resumen

Introducción: La influencia de las madres en el desarrollo a lo largo de la vida de sus hijos es fundamental, la madre define y percibe los acontecimientos teniendo en cuenta el conocimiento adquirido a través de la socialización en su vida, en donde el entorno, el apoyo de la familia y los amigos juegan un papel muy importante para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre y saber cómo cuidar a su hijo, es decir la madre asume su rol de manera particular independiente del sistema social (Mércer, 1985). Esto implica, bajo la teoría de adopción del rol maternal, la necesidad de tener en cuenta el entorno familiar, la escolaridad, el trabajo, las creencias religiosas y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol, en donde la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo (Alvarado, Guarín, & Cañón-Montañez, 2011). En esta línea, fundamental tener presentes factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante (en este caso por ser un

niño prematuro y de bajo peso al nacer) y el apoyo de la pareja como factor predisponente para hacer posible el cuidado del hijo (Bee, Legge, & Meighan, 1999). A partir de las vivencias de las gestantes hay algunos elementos que pueden contribuir a mejorar la prestación de los servicios de salud, no todas las embarazadas reciben la noticia del embarazo de la misma manera y pueden experimentar emociones diversas que dependen de factores internos (experiencias previas, personalidad, fortalezas, etc.) y de factores externos como el apoyo familiar, las condiciones socioeconómicas y la calidad de las relaciones con su pareja (Carnaval, González, & Tovar, 1998). En ese sentido, Barnard (2000; citada por Shonkff & Meisels, 2000) desarrolló el modelo de interacción para la valoración de la salud infantil (*Child Health Assessment Interaction Model*). Su modelo y su teoría fueron el resultado del proyecto de valoración de Enfermería infantil. Barnard cree que el sistema padres-lactante está influido por las características de cada uno de los miembros. Estas características se modifican para satisfacer las necesidades del sistema mediante un comportamiento adaptativo. La interacción entre el padre (o el cuidador) y el niño se describe en el modelo de Barnard mediante cinco

* Psicóloga, docente programa de Psicología, Universidad Autónoma de Bucaramanga.

** Enfermera, docente programa de Enfermería, Universidad Autónoma de Bucaramanga.

*** Médico, docente programa de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga.

**** Enfermera, programa Canguro, Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.

señales y actividades: 1) la claridad del lactante en la emisión de señales; 2) la reactividad del lactante a los padres; 3) la sensibilidad de los padres a las señales del lactante; 4) la capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante y 5) las actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres. Un aspecto importante en las afirmaciones teóricas de Barnard es que la enfermera proporciona sobre todo apoyo a la sensibilidad y a la respuesta de la madre a los signos de su hijo, en lugar de intentar cambiar sus características y estilo de cuidados maternos. La madre y padre al enfrentarse a la prematuridad de su hijo recién nacido se encuentra ante una situación adversa donde es difícil desarrollar su rol innato de madre y cuidadora y por ende se hace más difícil la percepción de las necesidades del lactante. Es aquí donde el Programa Madre Canguro se convierte en un apoyo fundamental, donde la educación a los padres y cuidadores, la supervisión permanente de todas las señales de salud y enfermedad que expresa el prematuro trascienden y posibilitan la calidad de vida de la familia lactante. Molina (1992), afirma que el Programa Madre Canguro surgió en Colombia como respuesta a una situación crítica de hacinamiento, falta de tecnología, infecciones cruzadas nosocomiales, pobre pronóstico, ausencia de recursos de alta tecnología y una mortalidad extremadamente alta para niños con bajo peso en las unidades de neonatología durante los años 70. Charpak y Figueroa (1996), en un recuento histórico del Programa Madre Canguro en Bogotá, Colombia, en el Instituto Materno Infantil (IMI), la maternidad pública más grande del país, 20,000 partos por año en esta época, el Dr. Edgar Rey Sanabria, entonces jefe del servicio de neonatología y profesor de pediatría de la Universidad Nacional de Colombia, decidió utilizar a las madres como incubadoras ante la insuficiente cantidad de estas, instituyendo lo que él llamó técnica Madre Canguro, en todos los recién nacidos "sanos", con peso al nacer <2,000g. En Bucaramanga, el Programa "Madre Canguro" en el Hospital Universitario de Santander (HUS), se ha convertido en una alternativa eficaz y segura para brindar atención integral a los neonatos prematuros (menores de 37 semanas de edad gestacional) y/o de bajo peso al nacer (menores de 2,500 gramos), y evitar posibles complicaciones y secuelas que traerían dichas situaciones, desde el punto de vista médico, psicológico y social. <http://hus.gov.co/index>. **Objetivo:** Evaluar el efecto del Programa Madre Canguro en las áreas del desarrollo psicológico (locomotora, personal, social, audición y lenguaje, y coordinación óculo manual, agudeza sensorial, constancia de objetos, memoria, aprendizaje, capacidad para resolver problemas, generalización y clasificación) y en las medidas antropométricas de los niños (talla, peso, perímetro cefálico) y fisiológicas (temperatura, frecuencia

cardíaca, frecuencia respiratoria, patrón de alimentación), en niños prematuros (28 a 36 semanas de edad postconcepcional, peso menor a 2,500gr al nacer). **Metodología:** Se realizó investigación de tipo cohorte, se escogieron dos grupos de niños: un grupo experimental (E), los niños que nacen con bajo peso y prematuros entre las 32 a las 36 semanas de edad gestacional, que participan del Programa Madre Canguro y otro grupo control (C), conformado por niños nacidos entre las 32 a las 36 semanas de edad gestacional y que no estuvieron expuestos al programa. Teniendo en cuenta que el estudio se realizó en los niños que ingresaron al Programa Madre Canguro del Hospital Universitario de Santander (HUS), la población corresponde al total de niños que nacen entre las 32 a 36 semanas de edad gestacional y estuvieron en condiciones clínicas y cumplieron los criterios de inclusión para formar parte de cada grupo control y experimental. Se contemplaron los siguientes criterios de inclusión de la población: niños con edad gestacional de 32 a 36 semanas, niños de bajo peso al nacer menor de 2,500 gr, niños seleccionados con el criterio establecido para el Programa Madre Canguro del Hospital Universitario de Santander. Y como criterios de exclusión: niños que no cumplieran con la edad gestacional de 32 a 36 semanas, niños con severidad clínica, niños que interrumpieron su asistencia al Programa Madre Canguro y niños del grupo control que se encontraban en programas de estimulación temprana después de las 40 semanas corregidas (durante los primeros 18 meses de edad). Se empleó como primera prueba psicológica el Test de Desarrollo Infantil *Griffiths*, creado por John Griffiths en 1954 en Inglaterra, revisada y completada en 1964 por Ruth Griffiths. Se distingue por ser un instrumento de buena confiabilidad y validez discriminativa. Buen valor predictivo del desarrollo a 4, 8, y 12 años. Ha sido estandarizada a la población colombiana en 1977 y 1985 por Vuori y Ortiz y ha sido utilizado por 20 años en los Programas Madre Canguro con niños Pretérmino y a término. Como segundo instrumento psicológico, se empleó la Escala Comportamental Bayley, fue diseñada y validada por Nancy Bayley de la Universidad de Berkeley en el año 1969 para evaluar niños con edades comprendidas entre el nacimiento y los 30 meses. Posteriormente se revisa en el año 1984 y por último en 1993, cuando se extendió su rango de aplicación hasta los 42 meses. Se utilizó además la prueba *Home Inventory*, para la medición de la calidad de estimulación y apoyo dado a un niño en su hogar. Esta prueba refiere que la calidad del entorno en el hogar, en referencia a la calidad de la estimulación y a las oportunidades de aprendizaje, está estrechamente ligada al bienestar del niño. La prueba fue desarrollada en 1984 por Caldwell y Bradley. **Resultados:** Los resultados muestran que las familias pertenecen en su mayoría al estrato 1 y 2, con 2 ó 3 servicios públicos y régimen subsidiado en salud. Algunos niños están

expuestos a ambientes contaminantes o hacinamiento en sus viviendas. Se resalta que los factores ambientales referidos a los adultos cuidadores ejercen influencia en el desarrollo cuando se anticipan a las necesidades de los niños y no estimulan el lenguaje, la comunicación y la lectura y tampoco ofrecen juguetes para estimular la cognición. En los dos grupos (experimental y control), entre los 12 y los 18 meses, la alimentación ofrecida a los niños no contiene los nutrientes necesarios para sus necesidades de crecimiento; sin embargo poseen talla, peso y perímetro cefálico acorde con el estándar de la Organización Mundial de la Salud. Todas las madres de los grupos asistieron a control prenatal pero no se evidencian acciones preventivas para la prematuridad en referencia al cuidado psicológico. Hay diferencias en la reacción al extraño en los niños a la edad de 12 meses, los niños del programa son sociables y no evitan al evaluador, mientras que en el grupo control presentan reacción al extraño esperada con la edad. A la edad de 18 meses los niños de los dos grupos presentan reacción al extraño pero con mayor intensidad de respuesta en algunos niños del grupo experimental. Se reportan 9 niños muertos, uno con hemiparesia e hipotonía muscular en el grupo control, hecho que no ocurre en el grupo experimental, por lo cual se evidencia que el Programa Madre Canguro ofrece la oportunidad de garantizar la supervivencia a los niños y niñas en el primer año y prevenir riesgos futuros. En cuanto al efecto del Programa Madre Canguro en el desarrollo de los niños y niñas, tanto del grupo control como del grupo experimental, se pudo evidenciar en los resultados que en la evaluación médica, medidas antropométricas y psicológicas, no se encuentran hallazgos clínicos, ni patológicos que indiquen diferencias marcadas entre ellos. En el grupo control a diferencia del grupo experimental, se encontró que las madres mostraron menos atención en la higiene de sus hijos, observado en la ropa, piel y cabello sucio (por tierra de su tipo vivienda, manchas de alimentos, entre otras). En los dos grupos se encontró que las condiciones ambientales en las que viven ayudan a la proliferación de zancudos, razón por la cual los niños presentaron lesiones notorias en la piel. En otras situaciones, sin discriminación entre grupo control ni experimental, las condiciones físicas de la vivienda ofrecen riesgo de accidentalidad. Se evidenció además que las madres adoptan su papel materno independientemente del acompañamiento que tuvieron en este proceso, no encontrando diferencias entre lo que perciben de sus hijos y las condiciones de apoyo en su proceso de crecimiento y desarrollo, y los patrones de comportamiento con sus hijos no variaron si ellas estuvieron en el Programa Madre Canguro o no. El estado emocional de los progenitores y cuidadores, unido a las pobres condiciones físicas del ambiente, a la agresividad del entorno, a las limitadas oportunidades de superación de estas barreras que

son las mismas para ambos grupos de estudio, son en últimas las razones para que el avance en el desarrollo físico, intelectual, emocional y psicológico de los prematuros y nacidos de bajo peso, que logran sobrevivir, tengan similares resultados.

Conclusiones: En la investigación se evaluó el efecto del Programa Madre Canguro desde la perspectiva interdisciplinaria, integrando los profesionales de la salud en Medicina, Enfermería y Psicología, lo que permite involucrar un elemento innovador dentro del estudio. Dentro de las bondades del Programa Madre Canguro se considera la perspectiva psicológica de las madres, en referencia a la problemática de prematuridad de su hijo, abordaje con cuidado integral y holístico de la familia gestante y lactante, el fortalecimiento de la red de apoyo social y del grupo familiar. Las atenciones desde el Programa Madre Canguro están dirigidas al cuidado del bebé y al éxito en la adherencia al tratamiento. Independiente de la participación del Programa Madre Canguro, los padres se preocupan a su modo por la salud y el bienestar de sus hijos. Es importante destacar que el Programa Madre Canguro es exitoso al permitir la detección precoz de eventos con riesgo de secuelas, lo que permite actuar rápidamente con acciones hacia los padres y los niños, pero no es objeto del programa cambiar las circunstancias sociales, económicas, culturales, políticas en las que se desenvuelven estos grupos poblacionales. Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, se derivan algunos interrogantes que pueden orientar investigaciones posteriores. ¿Qué impacto tienen los controles prenatales en la prevención del parto prematuro?; sería muy interesante hacer un estudio poblacional del número de prematuros en los distintos estratos socioeconómicos de la ciudad para evaluar si la condición socioeconómica de las madres es un factor determinante de la prematuridad; ¿cuáles son los imaginarios sociales de las madres o cuidadores de los niños y niñas respecto a la alimentación, la higiene y desarrollo?; ¿cuáles son los imaginarios sociales de los profesionales de la salud en relación al prematuro?; ¿el conocimiento que poseen los profesionales de la salud sobre la gestante concuerda con sus representaciones sociales?; ¿cuáles son los imaginarios sociales sobre la autonomía de los niños y niñas menores de dos (2) años?; ¿cómo favorecer la visión holística de la salud en los profesionales que atienden a las madres con hijos prematuros?; ¿cuáles son los rasgos de personalidad de los padres y cuidadores que influyen en la adherencia a tratamientos de salud? [Abreu-Peralta P. Efecto del Programa Madre Canguro en el Desarrollo Psicológico, Medidas Antropométricas y Fisiológicas en Niños Prematuros.

Palabras Clave: Prematuro; Desarrollo Infantil; Método Madre-Canguro; Monitoreo Fisiológico; Pesos y Medidas Corporales.

Bibliografía

1. Alvarado L, Guarín L, & Cañón-Montañez W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Revista CUIDARTE* 2011; 2(1).
2. Meighan, M. M., Bee, A. M., Legge, D., Oetting, S. (1998). Romana, T. Mercer: Maternal role attainment. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (4th ed. pp. 407- 422). St. Louis: Mosby.
3. Carnaval G, González M & Tovar M. La experiencia de las mujeres gestantes: lo invisible. *Salud Perinatal*(17) Diciembre de 1998.
4. Charpak N & Figueroa Z. [Página principal en internet]. El Bebé - El método Madre Canguro. [Recuperado el 28 de Junio de 2013], de *Holistika.net*: (SF de SF de 2006). http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/EL_METODO_MADRE_CANGURO.
5. Hospital Universitario de Santander - HUS. (SF de SF de 2009). Programa Madre Canguro. Recuperado el 29 de octubre de 2012, de Hospital Universitario de Santander - HUS: http://www.hus.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=148.
6. Mercer R. The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research* Julio-Agosto de 1985; 34(4), 198-204.
7. Molina H. Evaluación del Programa Madre Canguro en el Hospital Luis Edmundo. Chalcatnajiigo. El Salvador: Editorial Gente Nueva 1992 (págs. 255-261).
8. Shonkff J & Meisels S. Assessment of parent-child interaction: implications for early intervention. *Handbook of Early Childhood Intervention* 2000.



**ORIGINALITY STATEMENT FROM
THE ARTICLES RECIEVED IN MEDUNAB**

Journal from the Health Sciences Department from Universidad Autónoma de Bucaramanga

The author(s) from the article:

I (we) certify that it is unpublished and original according to the specifications conducted by the journal and it is not being evaluated for publication in any other editorial entity, which is presented for the potential publication in the journal from the Health Sciences Department from the Universidad Autónoma de Bucaramanga, **MedUNAB**.

The information already published contained in the article is identified with it's respective credit and reference included in the bibliography section. If necessarily, it counts with the respective authorization for the publication of it.

I (we) assume the responsibility if any difficulty or complain is presented regarding the copyright and I (we) release of it the Health Sciences Department from the Universidad Autónoma de Bucaramanga.

I (we) declare that I (we) won't present the document to other committees for taking it into consideration for publication meanwhile a written answer about the decision made by the Editorial Committee from **MedUNAB** regarding the acceptance or rejection of the document has not been received.

In case the article is approved, I (we) authorize the Universidad Autónoma de Bucaramanga for it to be published in **MedUNAB** and to be edited, reproduced and exhibited at the national and international level in the different databases from bibliographic index through printed, electronic or other means.

By the information previously explained, as a reward I (we) declare acceptance of receiving two copies from the journal number in which the article is published.

In evidence, it is signed the present declaration in _____ (city), the ____ (day), of _____ (month) from the _____ year.

Name(s) and last name(s)	Signature	Identity document type and number
--------------------------	-----------	-----------------------------------

Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB | Avenida 42 No. 48 – 11 |
 PBX (57) (7) 643 6111 /643 6261 | Centro de Contacto: 018000127395
 Correo electrónico: medunab@unab.edu.co
 Bucaramanga – Colombia, Suramérica



DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE DOS ARTIGOS RECEBIDOS NA REVISTA MEDUNAB

A Revista é da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Autônoma de Bucaramanga

O (s) autor (es) do artigo:

Certifico (certificamos) que o artigo é original e inédito de acordo com as regras que regem a revista e não está sendo avaliado por outro comitê de estudo para ser publicado em qualquer outra editora, o qual é submetido para possível publicação na Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Autônoma de Bucaramanga, **MedUNAB**.

A informação já publicada, que estiver contida no artigo é identificada com o seu próprio crédito e de referência na literatura. Se necessário, ele tem a devida autorização para publicá-lo.

Em caso de surgir alguma dificuldade ou queixa sobre a propriedade intelectual, assumo (assumimos) tal responsabilidade e exonero (exoneramos) da mesma a Faculdade de Saúde da Universidade Autônoma de Bucaramanga.

Declaro (declaramos) que o presente documento não será apresentado a outras comissões de estudo para sua publicação até que o Comitê Editorial **MedUNAB** tome a sua decisão sobre a aceitação ou rejeição do mesmo e a comunique por escrito aos (as) autores (as) do documento apresentado.

No caso de ser aprovado, autorizo (autorizamos) à Universidade Autônoma de Bucaramanga sua publicação em **MedUNAB**, podendo ser editado, reproduzido e exibido nacional e internacionalmente em várias bases de dados e índices bibliográficos impressos, eletrônicos ou outros.

Pelo exposto acima e em plena concordância, aceito (aceitamos) como retribuição, receber duas cópias do número da revista em que o artigo seja publicado.

Por razões de coerência, assino (assinamos) esta declaração _____ (cidade), o ____ (dia) do mês _____ do ano _____.

Nomes e sobrenomes

Assinatura

Tipo y número de documento de identidad

Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB | Avenida 42 No. 48 – 11 |

PBX (57) (7) 643 6111 /643 6261 | Centro de Contacto: 018000127395

Correo electrónico: medunab@unab.edu.co

Bucaramanga – Colombia, Suramérica



DOCUMENTO PARA LA CESIÓN Y GARANTÍAS DE DERECHOS DE AUTOR

Fecha _____
Ciudad _____

TÍTULO DEL ARTÍCULO

Los autores mencionados a continuación, declaramos tener claros los contenidos expuestos en el documento sometido a su consideración y aprobamos su publicación. Como autores de este trabajo certificamos que ningún material contenido en el mismo está incluido en ningún otro manuscrito, ni está siendo sometido a consideración de otra publicación; no ha sido aceptado para publicar, ni ha sido publicado en otro idioma. Adicionalmente certificamos haber contribuido con el material científico e intelectual, análisis de datos y redacción del manuscrito, haciéndonos responsables de su contenido. No hemos conferido ningún derecho o interés en el trabajo a terceras personas. Igualmente certificamos que todas las figuras e ilustraciones que acompañan el presente artículo no han sido alteradas digitalmente y representan fielmente los hechos informados.

Los autores abajo firmantes declaramos no tener asociación comercial que pueda generar conflictos de interés en relación con el manuscrito, con excepción de aquello que se declare explícitamente en hoja aparte (propiedad equitativa, patentes, contratos de licencia, asociaciones institucionales o corporativas). Las fuentes de financiación del trabajo presentado en este artículo están indicadas en la carátula del manuscrito.

Dejamos constancia de haber obtenido consentimiento informado de los pacientes sujetos de investigación en humanos, de acuerdo con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, así como de haber recibido aprobación del protocolo por parte de los Comités Institucionales de Ética donde los hubiere.

Los autores abajo firmantes transferimos mediante este documento todos los derechos, título e intereses del presente trabajo, así como los derechos de copia en todas las formas y medios conocidos y por conocer, a la Revista **MedUNAB**. En caso de no ser publicado el artículo, la Revista **MedUNAB** accede a retornar los derechos enunciados a sus autores.

Cada autor debe firmar este documento. No son válidas las firmas de sello o por computador.

Nombres completos y firma

Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB | Avenida 42 No. 48 – 11 |
PBX (57) (7) 643 6111 /643 6261 | Centro de Contacto: 018000127395
Correo electrónico: medunab@unab.edu.co
Bucaramanga – Colombia, Suramérica



DOCUMENT FOR THE COPYRIGHT CESSION AND GUARANTEES

Date _____

City _____

ARTICLE'S TITLE

The authors mentioned below declare having clear knowledge about the contents exposed in the document submitted to consideration and approve its publication. As the authors of this manuscript, we certify that no material contained in it is included in any other manuscript, and it's no being taken into consideration for other publication; has not been accepted for publishing, nor has been published in another language. Moreover we certify that we have contributed with the scientific and intellectual material, data analysis and manuscript writing, making us responsible of its content. We have not given any right or interest from the work to third parties. By the same token, we certify that all the figures and illustrations that accompany the current article have not been modified digitally and represent accurately the facts informed.

The signing author below declare not having commercial association that may generate conflict of interest in relation to the manuscript, with exception of what is declared explicitly in a separate page (equitable property, patents, license agreements, institutional or corporative associations).

The funding sources from the work presented in this article are indicated in the cover of the manuscript.

We leave evidence of having obtained informed consent from the patients subjected to investigation in human beings, in agreement with the ethical principles contained in the Helsinki Statement, as well as having received endorsement for the investigation protocol from the Institutional Ethics Committees where they exist.

The signing authors below transfer by means of this document all rights, title and interests from the present work, as well as the copyright in every way and means known and to be known, to the journal **MedUNAB**. In case of the article not being published, the journal **MedUNAB** agrees to take back the rights stated to their authors.

All authors must sign this document. Computerized or stamp signatures are not valid.

Complete name and signature

Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB | Avenida 42 No. 48 – 11 |

PBX (57) (7) 643 6111 /643 6261 | Centro de Contacto: 018000127395

Correo electrónico: medunab@unab.edu.co

Bucaramanga – Colombia, Suramérica



DOCUMENTO DE TRANSFERÊNCIA E GARANTIAS DOS DIREITOS AUTORAIS

Data: _____

Cidade: _____

TITULO DO ARTIGO:

Os autores, abaixo-assinados, declaramos ter claros os conteúdos exibidos no documento submetido à sua apreciação e aprovamos a sua publicação. Como autores, deste estudo, declaramos que nenhum material nele contido, faz parte de outro manuscrito ou está sendo submetido à consideração de outra publicação; ele não tem sido aceito para outra publicação e nem foi publicado em outro idioma. Além disso, afirmamos que temos contribuído com a produção do material científico e intelectual, análise de dados e elaboração do manuscrito, tornando-nos responsáveis pelo seu conteúdo. Nós não autorizamos qualquer direito ou interesse no trabalho a terceiros. Certificamos também que todas as figuras e ilustrações que acompanham este artigo não foram alteradas digitalmente e representam fielmente os fatos nele informados.

Os autores abaixo-assinados, declaramos não ter nenhuma associação comercial que poderia criar conflitos de interesse em relação com o manuscrito, com exceção do que é explicitamente indicado numa folha separada (propriedade justa, patentes, contratos de licença, associações institucionais ou parcerias corporativas).

As fontes de financiamento do trabalho apresentado neste artigo, são indicadas na capa do manuscrito.

Afirmamos que, no caso de ter pacientes como sujeitos de investigação, obtivemos o consentimento dos mesmos, de acordo com os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, bem como tendo recebido a aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética da Instituição onde estes existem.

Os autores abaixo-assinados, transferimos todos os direitos, títulos e interesses deste trabalho, bem como os direitos autorais em todas as formas e meios de comunicação conhecidos e desconhecidos, para a revista **MedUNAB**. No caso de não ser publicado o artigo, a revista **MedUNAB** retorna aos autores os direitos acima enunciados.

Cada autor deve assinar este documento. As assinaturas de selo ou de computador não são aceitas.

Nomes completos e assinatura

Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB | Avenida 42 No. 48 – 11 |

PBX (57) (7) 643 6111 /643 6261 | Centro de Contacto: 018000127395

Correo electrónico: medunab@unab.edu.co

Bucaramanga – Colombia, Suramérica