

Contenido

Editorial 2

Investigación..... 4

Hipertensión arterial no controlada, enfoque practico desde la medicina interna.....4

Y... ¿Cómo vamos con la salud mental?.....10

Un nuevo centro de investigación e innovación en nuestra Subred Sur.....13

Innovación..... 18

Servicios de urgencias “Soluciones innovadoras para problemáticas históricas”.....18

Formación de Talento Humano.. 23

La Subred Sur, un espacio de educación y pedagogía.....23

Los estudiantes hablan.....26

Importancia del conocimiento de los derechos sexuales y educación integral para el bienestar de las niñas, adolescentes y mujeres en Colombia26

Noticias.....29

Culmina la primera corte del semillero de investigación—CREASUR—.....29

El grupo de investigación “Gestión Sanitaria” gana dos convocatorias de investigación en el primer semestre del año 2023.....29

En la Subred Sur, estamos comprometidos con la innovación.....31



**Oficina de Gestión
del Conocimiento**

EDITORIAL

Es un motivo de orgullo para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur presentar a la comunidad científica y, a los diferentes grupos de valor vinculados con nuestra misión, este nuevo Boletín que se enmarca dentro de las nuevas y poderosas formas de comunicación directa, especialmente en las épocas de la denominada quinta revolución y en tiempos de este vertiginoso desarrollo de la denominada Inteligencia Artificial.

La esencia de la Ciencia, tecnología e Innovación (CT+i) es propiciar fundamentalmente la protección de la vida y el mantenimiento de la salud a través de la observación constante y aguda que hacen los investigadores, el seguimiento y la detección de factores de riesgo que puedan afectar negativamente el proceso de la vida y que permitan reducir la morbilidad, mitigando o modificando en lo posible esos factores. De los resultados de esos estudios, *se podrán en general obtener o vislumbrar factores de protección en la vida de la población por las acciones oportunas, adecuadas, eficientes y eficaces que puedan tomarse para fomentar la calidad de vida de la población.*

Un aspecto administrativo no menos importante, es que el desarrollo y la evolución de CT+i, permita tomar determinaciones políticas, administrativas y de gestión en la orientación planificada y en la subsistencia de la organización.

Reconocemos que nuestro equipo humano en la Subred Sur ya transita nuevos caminos del Conocimiento. Así mismo, reconocemos el rigor y el desarrollo del pensamiento crítico y epidemiológico con el que se ha venido trabajando y publicando en el Boletín Epidemiológico. Creemos, sin embargo, que la búsqueda de nuevas formas para fortalecer esas capacidades obliga a quienes crean, proponen investigan y desarrollan el Conocimiento en (CT+i), formas de apropiación y difusión accesible y directa, acordes con las nuevas dinámicas y necesidades de nuestra Subred sur, en el marco del proyecto hacia un hospital universitario

Así lo han entendido los autores participantes en este número.

Invitamos a nuestros lectores para que participen activamente con sus artículos en esta construcción. Hoy les proponemos “la inmersión” en la lectura de unos importantes artículos que nos permiten, por ejemplo, reflexionar sobre políticas de salud y derechos sexuales, hacer de su conocimiento un nuevo proceso creado en la Subred sur con características de Innovación Organizacional como lo es el “Cluster” de Urgencias médicas, profundizar en los nuevos saberes y conductas en relación con Hipertensión Arterial HTA refractaria a tratamiento convencional de esa importante patología, entre otros.

Dr. José Eligio Páez – Referente de Innovación Subred Sur

Laura Bibiana Pinilla Bonilla
Jefferson David Santos Yate
José Eligio Páez Aguilar
Deicy Mayerly Astroza Galvis
Angélica María Moreno Mendieta

***Equipo Editorial
Centro de Investigación***

Nicolás Eduardo Escobar Perdomo
Jefe Oficina de Gestión del Conocimiento Subred Sur

José Eligio Páez Aguilar

Corrección de Estilo

Oficina Asesora de Comunicaciones

Diagramación

URL: <https://www.subredsur.gov.co/gestion-del-conocimiento/>

ISSN:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA ENFOQUE PRACTICO DESDE LA MEDICINA INTERNA

Fabian Sneider Sanabria Rodríguez

Profesional Especializado—Referente Medicina Interna—Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) no controlada se acompaña de mayor demanda de los servicios de salud por los peores desenlaces clínicos como la enfermedad renal crónica terminal, la enfermedad isquémica cardíaca, la insuficiencia cardíaca congestiva, el accidente cerebro vascular y la muerte por todas las causas, constituyéndose en uno de los principales factores de riesgo, que en la mayoría de los pacientes es modificable (1).

Es evidente la asociación lineal que existe entre mayores cifras tensionales y deterioro de la salud cardiovascular. En la parte clínica, es determinante, que el abordaje de los pacientes por parte del personal de salud con conocimientos suficientes, permita el **-reconocimiento temprano-** de las situaciones y consecuencias que conllevan un mal control de la HTA. - especialmente en relación con HTA resistente /pseudo-resistente-.

Definición

La sociedad americana del corazón (AHA) y el colegio americano de cardiología (ACC) en el año 2017 promulgaron nuevas recomendaciones para el inicio más temprano del tratamiento y metas más estrictas en HTA, situación que generó múltiples opiniones a

favor y en contra generando confusión en la comunidad médica. En nuestro medio fue necesario que el consenso de expertos sobre el manejo clínico de la hipertensión arterial en Colombia definiera no adoptar la nueva clasificación de HTA y continuara con el punto de corte de HTA con cifras iguales o mayores a 140/90 mm Hg, estableciendo una meta más estricta para los pacientes con alto riesgo cardiovascular y comorbilidades con cifras inferiores a 130/80 mm Hg y mención especial frente a metas más laxas en pacientes adultos mayores frágiles con cifras menores de 150/90 mm Hg (2).

El documento de **“Análisis de situación en salud”** realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2016, informa una prevalencia del 22% de HTA en Colombia. (2)

La **HTA no controlada** está presente en pacientes que se mantienen por encima de las metas luego de iniciar tratamiento antihipertensivo. En uno de los estudios más extensos realizados en Estados Unidos que incluyó 468.877 pacientes, se encontró que el 31,5% de los estudiados no tenían control de la presión arterial, de los cuales, solo al 30% se les había prescrito más de tres medicamentos antihipertensivos, pero solo al 15% de los que

recibieron triple terapia se les documento Dosis óptimas. En esta definición están contenidas la HTA resistente y la HTA pseudo resistente (3).

La **HTA resistente** es la presión arterial que se mantiene fuera de metas a pesar del uso concomitante de tres medicamentos antihipertensivos, incluidos un bloqueador de los canales de calcio prolongado (BCC), un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un bloqueador de los receptores de angiotensina II (BRA) y un diurético, estos medicamentos deben ser suministrados a dosis máximas descritas o toleradas con frecuencia de dosificación adecuada; a esta definición se añaden los pacientes que consiguen control de las cifras tensionales con el uso de 4 medicamentos antihipertensivos o más. (4-5). Esta definición comprende a los pacientes con mal control confirmado con monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) y a los que se les realizo la toma de presión arterial con una adecuada técnica. La prevalencia de la HTA resistente es variable y se han reportado datos entre el 2% hasta el 12,9% de la población hipertensa. Los pacientes con uso de 5 antihipertensivos que incluyen a la espironolactona y a la clortalidona pueden ser definidos con HTA Refractaria que corresponde al 3% de los pacientes resistentes (6). Los pacientes con HTA resistente tienen mayor probabilidad de presentar HTA secundaria que es definido como un trastorno hipertensivo con causa identificable, la cual es

más frecuente pero no exclusiva de pacientes menores de 35 años de edad y donde se describen como principales causas la apnea del sueño, el hiperaldosteronismo primario, estenosis de arteria renal y la enfermedad renal crónica, donde se agrupan cerca del 90% de las causas secundarias en HTA y el restante 10 % agrupan causas como el síndrome de Cushing, feocromocitoma y coartación aortica entre otras. (5)

Datos del estudio DENERHTN revelaron que al menos al 50% de los pacientes resistentes se les identifico una causa de hipertensión. (7)

La **HTA pseudo-resistente** es padecida por los pacientes aparentemente resistentes que presentan condiciones ajenas al efecto farmacológico que no les permite el control de las cifras Tensionales. Las cinco principales causas de pseudo- resistencia son la mala adherencia al tratamiento farmacológico, estilos y hábitos de vida no saludables, medición inexacta de la presión arterial, terapia antihipertensiva subóptima, e hipertensión de bata blanca. (4-5)

Enfoque Diagnóstico.

La evaluación de los pacientes con sospecha de HTA resistente requiere de la confirmación diagnostica, la exclusión de la pseudo-resistencia y el reconocimiento de los datos estadísticos asociados a esta condición.

El análisis de los síntomas y signos que orienten a pensar en una causa secundaria, así como la edad de presentación, rapidez en la instauración, severidad en el compromiso de órgano blanco, el número de medicamentos y dosis necesarias para conseguir el control de las

cifras tensionales son claves para escoger las ayudas diagnósticas a utilizar y evitar el desperdicio de recursos.

Confirme HTA resistente

Presión arterial en el consultorio, en la casa o trabajo > 140/90 a pesar del uso simultáneo de 3 o más clases de fármacos antihipertensivos a las dosis máximas o máximas toleradas y con la frecuencia de dosificación adecuada que incluye BCC, un IECA o un BRA asociado a un diurético.



Descarte pseudoresistencia

- Excluya errores en la medición y técnicas de la presión arterial
- Realice MAPA para excluir el efecto de bata blanca
- Confirmar la adherencia a la terapia antihipertensiva
- Confirma adherencia a los estilos y hábitos de vida saludables



Evalué compromiso en órgano blanco

- Valoración de tamizaje/ retinopatía hipertensiva por oftalmología cada 2 años.
- Realización de ecocardiograma para valoración de cardiopatía hipertensiva, registrar índice de masa ventricular izquierdo cada 2 años.
- Realización de relación albuminuria /creatinuria



Signos o síntomas compatible con causa secundaria o < de 35 años de edad

- Causas frecuentes: Apnea del sueño, hiperaldosteronismo primaria, estenosis de arterias renales, enfermedad renal crónica
- Causas infrecuentes: Feocromocitoma, síndrome de Cushing, Coartación aortica, otras causas.

Enfoque terapéutico

El objetivo de tratamiento no es diferente en el contexto de HTA resistente, la consecución de la meta en cifras tensionales no varía y para conseguirlo se deben reforzar las recomendaciones alimentarias, fortalecer la adherencia farmacológica, prescripción de ejercicio, evitar el uso de alcohol y cigarrillo, evitar el consumo medicamentos y sustancias relacionados con incrementos de la presión

arterial y del tono simpático, recomendaciones que no son diferentes al de la población hipertensa general.

El tratamiento diferencial en HTA resistente implica el escalonamiento farmacológico dirigido, el manejo de las condiciones secundarias de hipertensión y el uso en algunos casos de terapias experimentales.

Escalonamiento farmacológico dirigido

Partimos del uso simultáneo de 3 o más clases de fármacos antihipertensivos a las dosis máximas o máximas toleradas y con la frecuencia de dosificación adecuada que incluye BCC de acción prolongada, un IECA o un BRA asociado a un diurético. El escalonamiento farmacológico esta condicionado por las comorbilidades, contraindicaciones y tolerancia a los medicamentos, también es prudente adicionar medicamentos de acuerdo con la necesidad del control urgente o una terapia mas conservadora que puede (ajustarse) hacer ajustes cada mes o tres meses. Entre uno y tres meses.

- Cambie el diurético tipo tiazida a uno de mayor potencia. En caso de uso de hidroclorotiazida y TFGe mayor a 30 ml/min sin hiperuricemia, se indica indapamida iniciando con 1,5 mg día hasta 5 mg día o uso de clortalidona iniciando 12,5 mg hasta 25 mg día. (9).
- En caso de tener TFGe menor de 30 ml/min, e hiperuricemia se recomienda uso de furosemida, si ya la venia usando aumentar la dosis vigilando síntomas asociados a hipovolemia.
- Si es necesario el uso de un cuarto medicamento para el control de las cifras, este debe ser un antagonista de los receptores mineralocorticoides como fue señalado en el estudio PATHWAY-2 o el uso de un ahorrador de potasio en caso de no poder usar la primera opción. Espironolactona con dosis inicial de 12,5 mg día hasta 50 mg día o eplerenona 25 mg cada 12 horas hasta 50 mg cada 12 horas, como opción a los antagonistas de receptores mineralocorticoides se indica el uso de amilorida entre 5 y 10 mg día. El uso de estos medicamentos requiere vigilancia estricta de los niveles de potasio (5)
- En caso de no conseguir el control tensional y requiere adicionar el quinto medicamento, se prefiere el uso de betabloqueadores a dosis máximas toleradas para posteriormente escalar a medicamentos como clonidina, vigilando el riesgo de bradicardia al combinarse con betabloqueadores o minoxidil en caso de requerirse. (5)



Terapias experimentales

Las terapias experimentales deben ser escogidas por médicos expertos en el manejo de HTA resistente. En la actualidad ninguna de las terapias contempladas en este grupo tiene aprobación por parte de la FDA.

- La denervación renal ya sea mediante ablación por radiofrecuencia o con ultrasonido basada en catéter ha demostrado efectos modestos en pacientes hipertensos sin tratamiento farmacológico y con HTA no resistente. Los resultados son contradictorios en HTA resistente, el ensayo más representativo en paciente con HTA resistente fue el SYMPLICITY-HTN que demostró que hubo reducción significativa en las presiones arterial sistólica a los 12 y 36 meses de seguimiento. El estudio RADIANCE HTN TRIO demostró que la denervación renal impacto en la disminución del consumo de medicamentos en el grupo de pacientes que recibió la denervación Vs los pacientes que recibieron procedimiento simulado, en contradicción el estudio SYMPATHY no demostró diferencias estadísticamente significativas en reducción de cifras tensionales de los pacientes sometidos a denervación más manejo farmacológico Vs los pacientes con manejo farmacológico convencional (10).
- La estimulación de los baroreceptores del seno carotideo fue estudiada en el Rheos Pivotal Trial que intento implantar dispositivos de terapia de activación barorrefleja y no consiguió una disminución significativa de las cifras tensional y produjeron efectos adversos graves en al menos el 13 % de los pacientes intervenidos. (11)



Trate la causa secundaria

- Simultaneo al escalonamiento farmacológico se debe intervenir la causa secundaria de HTA en caso de identificarla; , para el caso del aldosteronismo primario fue intervenido por medio el manejo farmacologico al elegir un antagonista de aldosterona como cuarto medicamento.
- El tratamiento enfocado a cada una de las causas de HTA secundaria no se discute al detalle en este artículo.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes hipertensos no controlados, no corresponden a HTA resistente verdadera. El abordaje diagnóstico y terapéutico en la práctica clínica no suele tener un enfoque practico acorde a los datos epidemiológicos descritos en la literatura. El diagnóstico temprano de las causas secundarias

y el manejo farmacológico dirigido, ha demostrado mayores beneficios en la salud cardiovascular de los hipertensos resistentes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Acelajado MC, Hughes ZH, Oparil S, Calhoun DA. Treatment of resistant and refractory hypertension. *Circ Res* [Internet]. 2019;124(7):1061–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/circresaha.118.312156>
2. Moya L, Moreno J, Lombo M, Guerrero C, Aristizábal D, Vera A, et al. Consenso de expertos sobre el manejo clínico de la hipertensión arterial en Colombia. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2018;25 (Supplement 3):4–26. Disponible en: <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2018/02/CONSENSO-COLOMBIANO-HTA.pdf>
3. Egan BM, Zhao Y, Li J, Brzezinski WA, Todoran TM, Brook RD, et al. Prevalence of optimal treatment regimens in patients with apparent treatment-resistant hypertension based on office blood pressure in a community-based practice network. *Hypertension* [Internet]. 2013 [citado el 7 de junio de 2023];62(4):691–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23918752/>
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* [Internet]. 2018 [citado el 7 de junio de 2023];39(33):3021–104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165516/>
5. Carey RM, Calhoun DA, Bakris GL, Brook RD, Dargatzis SL, Dennison-Himmelfarb CR, et al. Resistant hypertension: Detection, evaluation, and management: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension* [Internet]. 2018;72(5):e53–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/HYP.0000000000000084>
6. Dudenbostel T, Acelajado MC, Pisoni R, Li P, Oparil S, Calhoun DA. Refractory hypertension: Evidence of heightened sympathetic activity as a cause of antihypertensive treatment failure. *Hypertension* [Internet]. 2015;66(1):126–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.05449>
7. Azizi M, Sapoval M, Gosse P, Monge M, Bobrie G, Delsart P, et al. Optimum and stepped care standardised antihypertensive treatment with or without renal denervation for resistant hypertension (DENERHTN): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2015 [citado el 7 de junio de 2023];385(9981):1957–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25631070/>
8. Shalaeva EV, Messerli FH. What is resistant arterial hypertension? *Blood Press* [Internet]. 2023 [citado el 7 de junio de 2023];32(1):2185457. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891929/>
9. Agarwal R, Sinha AD, Pappas MK, Ammous F. Chlorthalidone for poorly controlled hypertension in chronic kidney disease: an interventional pilot study. *Am J Nephrol* [Internet]. 2014 [citado el 7 de junio de 2023];39(2):171–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24526255/>
10. Schmieder RE, Mahfoud F, Azizi M, Pathak A, Dimitriadis K, Kroon AA, et al. European Society of Hypertension position paper on renal denervation 2018. *J Hypertens* [Internet]. 2018 [citado el 7 de junio de 2023];36(10):2042–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30015759/>
11. Spiering W, Williams B, Van der Heyden J, van Kleef M, Lo R, Versmissen J, et al. Endovascular baroreflex amplification for resistant hypertension: a safety and proof-of-principle clinical study. *Lancet* [Internet]. 2017 [citado el 7 de junio de 2023];390(10113):2655–61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28870716/>

Y ¿CÓMO VAMOS CON LA SALUD MENTAL?

Jovanne Angelica Niño Niño

Profesional Especializado—Cohorte Salud Mental—Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La salud mental en Colombia es un tema de gran importancia y preocupación. El país ha experimentado múltiples desafíos en términos de salud mental debido a factores como la violencia, el conflicto armado, la pobreza, la desigualdad social y la falta de acceso a servicios de salud adecuados y adicionalmente en la actualidad debido a las circunstancias generadas por la pandemia. Sin embargo, en los últimos años, se han realizado esfuerzos significativos para abordar la salud mental en Colombia, para ello se ha definido diferentes marcos normativos, que han permitido cada vez más darle la importancia que requiere. Entre los principales se pueden describir por una parte desde el nivel nacional con la ley 1616 del 2013, la Resolución 4886 del 2018, la resolución 3280 del 2018 y a nivel distrital con el acuerdo 144 del 2005 y la política distrital de salud mental 2015 - 2025 (1). Cada una de estas normas nos guía y orientan frente a como se debe garantizar la salud mental a la población, sus diferencias en la atención y establecimiento de programas para mejorar el acceso a los servicios de salud mental y reducir el estigma, pues, muchas personas que padecen enfermedades mentales enfrentan discriminación social y barreras para buscar tratamiento efectivo y oportuno. El estigma puede llevar a un retraso en la

búsqueda de ayuda y a una falta de apoyo adecuado por parte de la comunidad.

Dentro de los principales problemas, se encuentran la prevalencia de trastornos mentales. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental, aproximadamente el 17% de la población Colombiana ha sufrido un trastorno mental en algún momento de su vida. (2) Los trastornos más comunes incluyen la depresión, la ansiedad, el trastorno por estrés postraumático y el consumo de sustancias psicoactivas (2).

Es entonces, la salud mental un componente esencial del bienestar general de las personas. Afecta la manera en que pensamos, sentimos y actuamos en nuestra vida diaria. Una buena salud mental contribuye al desarrollo personal, las relaciones saludables y el desempeño laboral adecuado.

Así las cosas, para la Subred Sur en concordancia con su modelo de atención y bajo los parámetros de la resolución 3202 del 2016, fue fundamental organizar la respuesta ante los problemas, trastornos y consumo de sustancias psicoactivas y dificultades que implican un adecuado desarrollo de la salud mental no solo de su población asignada para la atención, sino también de los habitantes de las 4 localidades

que componen la Subred. Para tal efecto, inicia con el reconocimiento de todas y cada una de las acciones y servicios que se despliegan desde lo promocional-preventivo hasta la atención resolutive.

Posteriormente, se estructuró la ruta de atención en salud mental-spa (3), que permite reconocer las puertas de entrada de cada una de esas actividades y a la vez facilita monitorear de una u otra forma su articulación integral.

Así mismo, se estableció una mesa de salud mental con el acompañamiento de los actores intersectoriales movilizados y gestionados desde las políticas de salud mental y SPA, actores promocionales y actores asistenciales (4). Es decir, que a partir de ese espacio de articulación se facilitó entretejer, reconocer y fortalecer la comunicación y completitud de los procesos y actividades que benefician a la comunidad. De igual forma, y en paralelo se inició un proceso de gestión del riesgo buscando un monitoreo nominal.

En este ejercicio fue necesario trabajar en equipo desde la atención hospitalaria, ambulatoria, complementaria, gestión del riesgo, plan de intervenciones colectivas, convenios de salud mental y SPA, entre otros, a fin de definir variables para consolidar una base de seguimiento persona a persona y teniendo presente las diferentes entradas de los pacientes y usuarios a las atenciones o acciones

de salud mental. Es importante resaltar que esto no se podría lograr si no se hubiese contado, no solo con la voluntad de las partes, sino también, con la comprensión de la importancia de prestar un servicio cada vez más integral a favor de nuestros usuarios. Sin embargo, muchas veces se hace complicado, cuando desde la construcción de las guías y lineamientos orientadores de las acciones no se piensa en la sinergia de las mismas.

Entonces, basado en el enfoque de riesgo, se tuvo en cuenta identificar las vulnerabilidades por cada grupo de riesgo, teniendo presente en lo posible, la ubicación geográfica, la condición diferencial y el tipo de riesgo identificado.

Desde corresponsabilidad

De igual forma, cada día se busca estructurar mejor la capacidad de respuesta por medio de la gestión del acceso oportuno a la atención, pero para ello se hace necesario contar con la corresponsabilidad de los beneficiarios, es decir, que sí se les brinda educación en prevención de problemas y trastornos en salud mental y consumo de spa, su deber es poner en práctica dichas recomendaciones y si requieren una atención resolutive, su deber es asistir a su cita y seguir las recomendaciones de su plan de manejo, para que de esta forma identifiquen sus riesgos y a sí mismo los aprendan a controlar, modificar, gestionar y con el apoyo de los profesionales, evitar potencialmente desenlaces

fatales o incapacitantes.

Mejoramiento continuo o plan de mejoramiento

En general, como parte del mejoramiento continuo se sistematizaron las historias clínicas ambulatorias de psiquiatría y psicología con el fin de facilitar la valoración del riesgo a consumo de sustancias psicoactivas, sistematización de los temas de psico-educación al paciente y sistematización de la derivación a otros servicios, en especial a la ruta de promoción y mantenimiento.

Por otra parte, se fortaleció el talento humano y se encuentra en actualización las guías de práctica clínica.

A pesar de estos avances, aún queda mucho por hacer para mejorar la situación de la salud mental en Colombia y en especial en la Ciudad de Bogotá. Es por ello, que se requiere una optimización de la inversión y recursos para los servicios de atención a la misma, con un enfoque integral que aborde los factores sociales, económicos y culturales que contribuyen a la solución de la problemática de salud mental y a la formación de más talento humano que trabaje y aporte al logro de los objetivos anhelados.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Política de atención integral en salud p d el a en el c. Gestión integral del riesgo en salud [internet]. Gov.co. [citado el 7 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vp/doa/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

2. Minsal.cl. [citado el 7 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/pdf-plan-nacional-salud-mental-2017-a-2025.-7-dic-2017.pdf>

3. Orientaciones técnicas para la implementación de la ruta integral de atención para personas con problemas mentales, trastornos mentales y epilepsia, con enfoques diferenciales en el marco de los elementos estratégicos de la aps [internet]. Gov.co. [citado el 7 de junio de 2023]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/dds/rias/rias_probrel_mentales.pdf

4. Gov.co. [citado el 7 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/politica-nacional-salud-mental.pdf>

5. Org.co. [citado el 7 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v33n4/v33n4a01.pdf>

6 Conceptual p, operativa m y. Estrategia de gestión del riesgo asociado a problemas, trastornos y eventos de salud mental [internet]. Gov.co. [citado el 7 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/ent/estrategia-gestion-riesgo-asociado.pdf>

7 La vez intelectualmente aceptable y suficientemente sencilla qf a., de la salud. P o. Arc la s se nue de m del t. El concepto de “campo de salud” una perspectiva canadiense [internet]. Edu.ar. [citado el 7 de junio de 2023]. Disponible en: <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/el%20concepto%20de%20campo%20de%20salud%20-%20una%20perspectiva%20canadiense.pdf>

8. Redjurista.com. [citado el 7 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.redjurista.com/documents/resolucion_3202_de_2016_ministerio_de_salud_y_proteccion_social.asp

UN NUEVO CENTRO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN NUESTRA SUBRED SUR

Dra. Laura B. Pinilla MSc, David Santos MSc(e) - Centro de Investigación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Los antecedentes del centro de investigación

Desde su apertura en el año 1990, el Hospital El Tunal ha venido experimentando un crecimiento progresivo en las áreas asistencial y científica. Inició como un pequeño centro asistencial en Bogotá para luego convertirse en una institución de alta complejidad reconocida en el año 2006 como el “Mejor Hospital de Colombia” posterior a una evaluación realizada por el Ministerio de Protección social, el Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional y la Fundación para la investigación y Desarrollo de la Salud – FEDESALUD (1).

Desde el año 2001, el Hospital El Tunal ha mostrado una tendencia clara hacia la investigación y la gestión del conocimiento. Evidencia de ello se puede encontrar en el Boletín Epidemiológico Virtual BETU, el cual fue una iniciativa que tuvo cerca de 14 años de duración en donde se publicaron diversos temas relacionados con infecciones, resistencia bacteriana y eventos de vigilancia epidemiológica (2).

Posteriormente, hacia el año 2009, el Hospital El Tunal firmó un convenio denominado “Integración, investigación, Docencia: Modelo de Regencia Universitaria” con la Universidad Nacional de Colombia. (2)

A partir del año 2016, sucedió una gran transformación con la fusión de las Empresas Sociales del Estado Usme, Nazareth, Vista hermosa Tunjuelito, Meissen y el Tunal, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, se convirtieron en la “Subred Integrada de Servicios de Servicios de Salud Sur E.S.E” (2). En dicha fusión, se hizo evidente el desarrollo de Unidades como Vista Hermosa, Tunjuelito y Meissen y el fortalecimiento de ámbitos como la docencia, que facilitaron procesos de formación en el nivel de pregrado y posgrado en el área de ciencias de la salud (1).

Posteriormente, la Junta Directiva de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur establece mediante el Acuerdo 10 de 2017, la estructura organizacional de la institución creando dentro del organigrama a la oficina de Gestión del conocimiento, entre otras áreas (3).

Con la renovación de la administración de la Alcaldía de Bogotá, se designa un nuevo gerente para la Subred sur, y el acuerdo 074 de la junta directiva en el año 2020, define una plataforma estratégica para la vigencia 2020-2024 que estaría alineado con el Plan de Desarrollo para la ciudad de Bogotá “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del

siglo XXI”, con el Plan de Desarrollo del país “Pacto por Colombia. Pacto por la equidad” y con el Plan Nacional de Salud Pública “Modelo de Atención Integral Territorial -MAITE”, entre otros (4).

Dentro de la Misión y la Visión institucional de esta plataforma se incluyeron los aspectos de “formación académica orientada a la investigación científica e Innovación”, buscando convertirse en un referente con enfoque diferencial territorial y comunitario. La oficina de Gestión del Conocimiento, por lo tanto, se ubicó dentro de la estructura funcional de la institución como un macroproceso estratégico dependiente de la gerencia dándole un lugar protagónico en este mapa de procesos.

En septiembre de 2021, se creó la política de investigación que se articula directamente con la Plataforma y los objetivos estratégicos de la Subred Sur alineándose con la meta de alcanzar estándares superiores de calidad en salud aunado al reconocimiento como Hospital Universitario. Consecuentemente, en el año 2021, se firmó un Convenio interadministrativo celebrado entre el Fondo Financiero Distrital-FFDS y la Subred integrada de servicios de salud Sur E.S.E, el cual da alcance a la meta sectorial 543 del Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024 que se encuentra encaminada a crear una red de Hospitales Universitarios líderes en investigación y tecnología (5).

En el artículo 100 de la ley 1438 de 2011, hospital universitario es definido “como una

Institución Prestadora de Salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión” (11).

Un crecimiento histórico en investigación

Hacia el año 2020, sucedió la creación de un nuevo Boletín Epidemiológico de la Subred sur, que se originó en tiempos de pandemia ante la necesidad de promover la apropiación social de conocimiento y el crecimiento de una cultura científica. Hasta la fecha se han publicado 6 volúmenes del mismo con diferentes temáticas.

Sin embargo, no sólo el Boletín epidemiológico fue parte de los avances en investigación de la institución, dado que se ha registrado que desde el año 2011 se vienen desarrollando proyectos de investigación en múltiples áreas y que hasta el año 2019 ascendían a un número de 160. En la época de pandemia, a partir del año 2020, los proyectos continuaron en crecimiento franco, ya que tan sólo en 3 años (2020-2022) se registraron 144 trabajos de investigación en la Subred (6), junto con cerca de 50 publicaciones entre artículos y documentos de trabajo. En este mismo periodo de tiempo se destacaron dos proyectos que han sido ganadores de convocatorias de Minciencias y ATENEA en alianza colaborativa con instituciones educativas.

El primer grupo de investigación de la subred sur fue creado en el año 2011, reconocido en el año 2021 y localizado en la Categoría C por Minciencias en el marco de la convocatoria de reconocimiento de grupos. En el momento, el grupo cuenta con cerca de 34 investigadores activos y 98 productos de investigación. Por otra parte, en el Censo de investigadores y docentes que se consolidó en noviembre del año 2022, se puso en evidencia el reconocimiento de 5 investigadores dentro de la Subred que han sido categorizados por Minciencias como nivel Junior y Asociado.

¿Y cómo vamos? retos y oportunidades en Investigación

En el año 2023, la oficina de Gestión del Conocimiento experimenta una reestructuración funcional que pretende aumentar la calidad y la eficiencia de los procesos de generación y apropiación social del conocimiento. En dicha reestructuración, se involucra un número mayor de profesionales especializados para poder dar un cubrimiento a las necesidades que afronta la subred sur en materia de docencia, investigación e innovación.

Esta reorganización facilita que rápidamente, se optimice la ruta de investigación (8) para colaboradores y talento humano en formación; se facilite la creación de la ruta y la mesa de innovación (9) para la subred Sur, se optimicen los procesos de registro y archivos del proceso de investigación, preparando a la Subred sur

para una recategorización del grupo de investigación ante Minciencias y a una consolidación de los aspectos investigativos que hacen parte del proyecto Hospital Universitario.

Es así como finalmente, en el proceso de fortalecer y posicionar los procesos de investigación en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. se inicia el trámite técnico, operativo y administrativo en los inicios del 2023 para crear el Centro de Investigación e Innovación institucional. (10)

Los centros de investigación, en la Guía Sectorial de COLCIENCIAS, son definidos como: “Organizaciones públicas o privadas independientes, con personería jurídica, o dependientes de otra persona jurídica que tienen como misión institucional desarrollar diversas combinaciones de investigación (básica o aplicada) con líneas de investigación declaradas y un propósito científico específico” (12).

Finalmente, el 5 de mayo de 2023 se formaliza la creación del Centro de Investigación e Innovación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. que tiene como objeto incentivar, promover y desarrollar actividades de investigación e innovación al interior de la Subred.

Dentro de algunas de las funciones estipuladas para el centro de investigación de la Subred se tiene: “Apoyar la creación y el desarrollo de proyectos de investigación que impacten

positivamente la salud de la población rural y urbana local, distrital, nacional e internacional enfocado al mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de la persona, familia y comunidad”. En el fortalecimiento de estos procesos, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. participó en las convocatorias de investigación desarrolladas durante el primer semestre del 2023 por la agencia distrital para la educación superior, la ciencia y la tecnología - ATENEA denominadas *“Convocatoria cooperación en la red pública distrital de investigación e innovación en salud para la gestión y ejecución de proyectos de investigación en eventos de interés de salud de la ciudad”* y *“Convocatoria de investigación e innovación para la solución de retos del sector salud-2023”*, en las cuales la subred realizó la presentación de 3 y 1 proyectos de investigación respectivamente para aspirar a la financiación, siendo la Subred ganadora de estas convocatorias con los 4 proyectos de investigación presentados.

En el seno del centro de investigación se crea el Semillero de investigación denominado “CreaSur” cuyo objetivo es propender por el fortalecimiento de las competencias en investigación de los colaboradores y el talento humano en formación.

Aún quedan muchos retos y oportunidades para seguir avanzando: En un corto plazo el centro de investigación aspira a obtener un reconocimiento de buenas prácticas clínicas en

investigación por el INVIMA, lo que facilitará el camino para el reconocimiento como hospital universitario de la USS Tunal y un mediano plazo el centro de investigación aspira al reconocimiento por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Es un reto de todos los colaboradores de la Subred Sur y el talento humano en formación el convertirse en una institución líder en la gestión del conocimiento en el ámbito de la salud.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Tabla Información Convenio Docente Asistencial Global. Oficina de Gestión del Conocimiento. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.
2. Redacción El Tiempo. El Tunal es el mejor hospital de Colombia. 25 de noviembre 2006. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2290598>
3. Concejo de Bogotá. Acuerdo 641 de 2016. 6 de abril de 2016. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Acuerdo_641_de_20166.pdf
4. Alcaldía Mayor de Bogotá, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Junta Directiva. Acuerdo No 010 de 2017. Disponible en: <https://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/institucional/Acuerdo%2010%20de%202017.pdf>
5. Alcaldía Mayor de Bogotá. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Junta Directiva. Acuerdo 074 de 2020. 2 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/documentacion/ACUERDO%20074%20DE%202020.pdf>
6. Tabla maestra de investigaciones años 2011-2022. Oficina de Gestión del Conocimiento. Hospital El Tunal-Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.

7. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024. Anexo 1. Artículo 14. Metas sectoriales en los programas generales. Disponible en: https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2020documentos/15062020_Anexo%20No%201.%20Articulo%2014%20Metas%20Sectoriales.pdf

8. ALMERA: Ruta de Investigación Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

9. Circular GG 06 de 2023: Adopción de la cultura creativa e innovadora en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

10. Resolución No. 372 DE 2023: Centro de Investigación e innovación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

11. Congreso de la República. Ley 1438 del 2011 Sistema General de Seguridad Social en Salud. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

12. COLCIENCIAS. Guía Sectorial de Programas y Proyectos de Ciencia, Tecnología e Innovación – 2015. Disponible en: <https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/cartilla-guia-sectorial-2016.pdf>

SERVICIOS DE URGENCIAS

“Soluciones innovadoras para problemáticas históricas”

Daniel Huertas Rojas

Director Dirección de Urgencias —Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E 2023

Clúster de Urgencias

Los servicios de atención de Urgencias a nivel mundial establecen un reto mayúsculo para la Organizaciones de Salud, debido a sus particulares características y a que requieren procesos y estrategias de creación e Innovación ágiles y resolutivos, en el día a día de su operación.

En la salud global y dentro de la misionalidad de nuestras instituciones, en la Subred Sur, la demanda de atención de patologías urgentes y mortales y la proyección de estas atenciones no es posible vislumbrarla como se quisiera, aunque podrían establecerse dentro de comportamientos estadísticos previsibles, a diferencia de otros procesos médicos asistenciales, dados los factores de riesgo, densidad poblacional o área geográfica como la nuestra.

Dentro de la revisión bibliográfica de diferentes países en vía de desarrollo (1) (2) se halló que la principal característica con la que se identifican los pacientes en los servicios de urgencias es la sobreocupación (3), estableciendo diferentes causas para este fenómeno. Entre las más frecuentes se encuentran:

- Déficit de camas hospitalarias
- Dificultades en la pertinencia clínica.

- Falta de disponibilidad de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de manera permanente.
- Problemáticas psicosociales de los usuarios.

La sobreocupación permanente de los servicios asistenciales y en especial en las áreas de urgencias, generalmente, traen como consecuencia (2):

- Inoportunidad de la atención.
- Incremento en la morbilidad y mortalidad.
- Aumento en el promedio día estancia.
- Sobrecostos en la atención.
- Incremento de eventos adversos.
- Insatisfacción de los usuarios.

Las dificultades presentadas en los servicios de urgencias a raíz de la reciente pandemia por Covid-19 (4), representaron un gran reto de planeación estratégica, enfrentándonos a una realidad de sobreocupación histórica de los servicios hospitalarios. Nos encontrábamos ante un agente externo con una circunstancia que aumentó la demanda de servicios médicos, siendo esta muy elevada en relación con la oferta de servicios, lo que generó un colapso

hospitalario en un momento determinado como se evidenció en varios países del mundo.

Así mismo, se establecieron diversas estrategias nacionales e internacionales para *enfrentarla*; a nivel hospitalaria se evidencian conceptos en común, entre los cuales hay dos fundamentales para el origen de las estrategias diseñadas por la dirección de urgencias: La primera está en relación con la **disminución de la ocupación y, la segunda, con la cohortización de áreas expertas para mejorar el proceso de atención.**

Para la disminución de la ocupación, se evidencia una estrategia que recomienda la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (5) denominado **Triage inverso**, que establece como su nombre lo indica, una priorización. Pero, a diferencia del triage de ingreso, este es inverso y su función es priorizar el egreso del paciente identificado para la salida. Sin embargo, al realizar un análisis se identifican diversas circunstancias que pueden intervenir en la estancia de paciente dentro de los que se enmarcan: el manejo clínico, temas administrativos, oportunidad en apoyo diagnóstico y terapéutico, trámites de referencia y contra referencia, problemáticas psicosociales, entre otros.

Aunado a esto, se presentan problemas de articulación y de comunicación entre los diferentes perfiles clínicos y no clínicos que intervenían en la atención del paciente, generando dificultades en la integralidad de la atención y la oportunidad en la resolución de conflictos por no presentar puntos afines y concretos.

Evidenciada esta situación, se crea la estrategia **Clúster**, cuya palabra se define como la integración de varios elementos que se articulan de manera sincrónica para cumplir con un objetivo o función determinada. Esta articulación consiste en integrar en una misma ronda a perfiles médicos, de enfermería, apoyo social, apoyo terapéutico y diagnóstico, perfiles administrativos en un mismo espacio y temporalidad frente al paciente, donde se identifican las diferentes problemáticas a resolver sobre el paciente de cualquier índole.

Más allá de evidenciar la problemática, el enfoque principal es establecer la solución a una dificultad y determinar el perfil más indicado para gestionar dicho inconveniente. Esta reunión se realiza de manera sincrónica, permitiendo que las metas y objetivos frente a la atención del paciente estén plenamente identificados por cada uno de los integrantes, sumando esfuerzos articulados para cumplir con dicho fin, bajo la modalidad de un trabajo en equipo.

Posterior a la unión de los procesos, el siguiente paso está ligado a la implementación estableciendo los circuitos, que no es más, que un fortalecimiento de la comunicación asertiva y propositiva, razón por la cual se establece el sistema de comunicación **SBAR** (Situation, Background, Assesment, Recommendation), es un sistema implementado por la marina en el año 1970 y adaptado a los servicios hospitalarios en Estados Unidos en el año 1990, el cual establece una técnica de fácil comunicación, de alta eficiencia y lenguaje común. Este sistema establece:

- **Situation:** Situación o diagnóstico clínico del paciente.
- **Background:** Antecedentes de por qué se llegó la situación.
- **Assessment:** Evaluación de la problemática y como se puede solucionar.
- **Recommendation:** Determine la solución específica y el rol a quien le va a asignar la tarea.

Una vez establecido un sistema de comunicación, la estrategia debe tener un modelo de evaluación de la eficiencia y del cumplimiento de resultados, por lo cual una vez registrada la problemática y el perfil que va a dar la solución a la misma, el profesional designado durante la jornada laboral va a ejecutar su acción, comunicando su resultado al líder del Clúster, quien registra el porcentaje de cumplimiento en el instrumento diseñado y establecido para este fin.

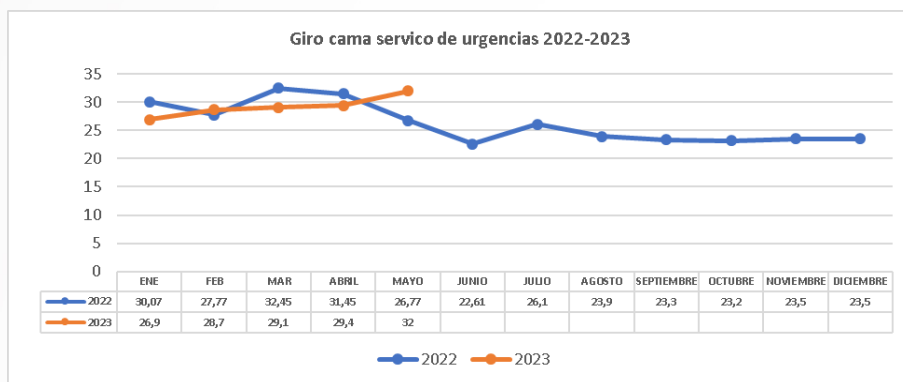
Esta fase final es muy similar a la estrategia **Briefing y Debriefing**, la cual busca crear una retroalimentación positiva en un círculo de calidad para determinar la eficiencia del plan de trabajo y el análisis.

Como su mismo nombre indica, la estrategia Clúster no solo es la articulación de diferentes perfiles que trabajan en pro de un objetivo común, sino también la evidencia de dicha articulación con otras estrategias adaptadas, que permiten crear un proceso diferencial, creativo y eficaz.

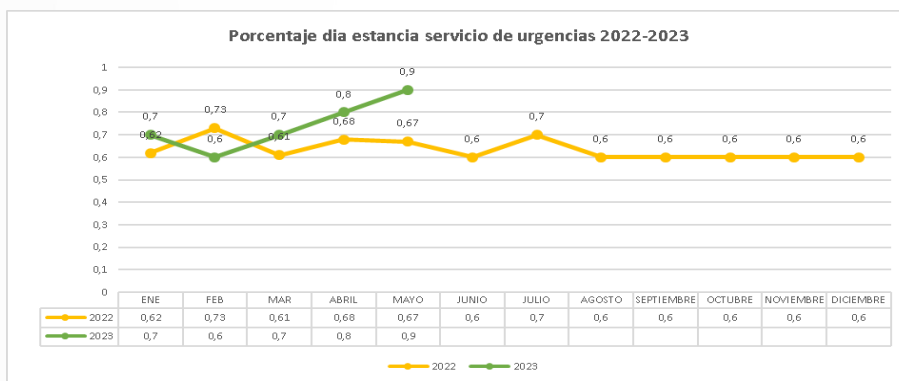
Esta estrategia se realiza en cada una de las sedes que cuentan con servicios de urgencias; se hace de manera sincrónica, incluyendo perfiles como el líder de la unidad, médicos especialistas, médicos generales, enfermería profesional, auxiliares de enfermería, apoyo terapéutico y diagnóstico, trabajo social, referencia y contrarreferencia y facturación.

Basado en el ciclo PHVA, se realizó una evaluación durante el tiempo de la implementación y de la ejecución, que evidenció un resultado muy positivo frente a diferentes variables, en los indicadores de eficiencia y de calidad técnica.

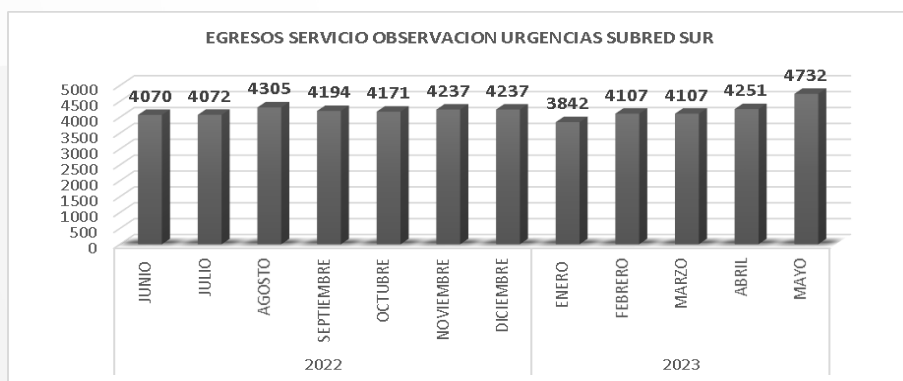
El análisis de los resultados permite evidenciar con relación al “**proceso de la dirección de urgencias**”, un incremento en los egresos, identificando una mayor resolución en las dificultades encontradas durante el proceso de atención en salud. Lo anterior se confirma con las cifras de indicadores como el giro camilla, el promedio día estancia (que establece que el paciente no permanezca más tiempo en el servicio de urgencias al que realmente requiere para definir su condición clínica), el egreso y la producción de consultas (*Ver gráficas*)



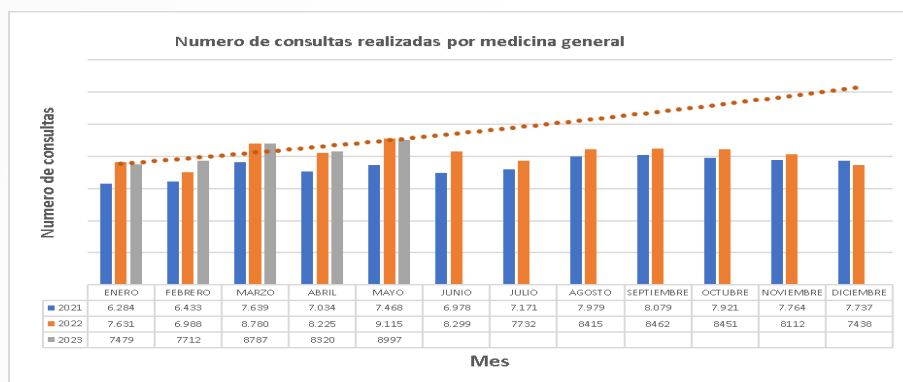
Gráfica 1. Giro—Camilla



Gráfica 2. Promedio día estancia



Gráfica 3. Egresos



Gráfica 4. Producción consultas

Haciendo un análisis de los resultados, en el proceso de la dirección de urgencias se evidencia un incremento en los egresos, identificando una mayor resolución en las dificultades encontradas durante el proceso de atención en salud. Lo anterior se confirma con la cifra de giro camilla y el promedio día estancia, principalmente.

En conclusión, la estrategia CLUSTER, es una de las estrategias innovadoras implementadas por la Dirección de Urgencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, que se creó con el objetivo de articular todos los procesos, disminuyendo las estancias inadecuadas y maximizando la seguridad y satisfacción del usuario, transformando el concepto de equipo de trabajo a trabajo en equipo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Rodrigo, R. Parra, C. [2020] saturación de los servicios de urgencias. estrategias para su reorganización, documento consenso, grupo de trabajo catástrofes e incidentes con múltiples víctimas de la sociedad española de urgencias de pediatría. Recuperado de https://seup.org/pdf_public/gt/Consenso_reorganizacion_epid2.pdf.
2. Gutiérrez, j, Cohen j, García m [2019]. Seguridad del paciente en el servicio de urgencias [López, J]Gestión clínica del servicio de urgencias estrategias y soluciones. Colombia [pp 15-23] Mc Graw Hill.
3. Restrepo, J. Jaen, J. Espinal, J. Zapata, P.[Octubre 2017] Emergency department overcrowding: a four-hospital analysis in Medellin and a strategy simulation, Medellin Colombia doi: <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-34.ssua>
4. Servicio de urgencias y emergencias. [junio 2020]. Planes de contingencia escalada y desescalada pandemia covid 19, Sociedad Española de urgencias y emergencias.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). [abril 2020]. Recomendaciones para la reorganización y expansión de los servicios hospitalarios en respuesta a la COVID -19, documento técnico de trabajo. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-para-reorganizacion-expansion-servicios-hospitalarios-respuesta-covid-19>

Formación del talento humano

La Subred Sur, un espacio de educación y pedagogía

Mgtr. Tizziana I. Delgado D.

Profesional Especializado Formación del Talento Humano en Salud

Oficina de Gestión del Conocimiento Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E 2023

El proceso de docencia – servicio en las instituciones de salud toma importancia en el marco del Decreto 190 de 1996, el cual fue derogado por el Decreto 2376 de 2010, por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud.

La relación docencia-servicio, definida como el “acuerdo de voluntades suscrito entre las instituciones participantes en la relación docencia - servicio, frente a las condiciones, compromisos y responsabilidades de cada una de las partes, formalizadas en un documento. Cuando el escenario de práctica y la institución educativa tienen integración de propiedad, deberá existir un documento donde se definan los lineamientos de la relación docencia - servicio, el cual reemplazará el convenio” (1).

Estado actual de los convenios docencia - servicios.

Teniendo en cuenta lo establecido por el Decreto 780 de 20146 Sector Salud y Protección Social (2).

Por cada convenio docencia - servicio se deberá conformar un comité entre el escenario de práctica y la institución educativa, integrado por:

a. El director, gerente o el jefe del área

de educación de la institución que sirve de escenario de práctica.

b. Un representante de la institución educativa.

c. Un representante de los estudiantes que estén rotando en el escenario de práctica.

Los comités tendrán funciones de coordinación, seguimiento y evaluación de las actividades de docencia - servicio que se realicen en los escenarios de práctica respectivos, las cuales se consignarán en el convenio respectivo.

En la actualidad, el jefe de la oficina de Gestión del Conocimiento, es el delegado por la Gerencia para presidir los comités, en este momento se cuentan con 32 convenios docencia - servicio de los cuales 16 se encuentran activos con Instituciones de Educación Superior y 8 con Instituciones para el Trabajo y el Desarrollo Humano.

Se cuenta con la rotación de estudiantes de programas técnicos, tecnológicos, pregrado y postgrado, en los diferentes escenarios de práctica de la Subred Sur.

Capacidad instalada

Se debe tener en cuenta en cada uno de los “escenarios de práctica, la vocación docente y la capacidad para recibir a los estudiantes del programa, la disponibilidad de los servicios habilitados, los recursos tecnológicos, la infraestructura, los medios educativos y el recurso humano requerido para promover el desarrollo de las competencias previstas en el programa, bajo condiciones adecuadas de seguridad, calidad, protección y bienestar, tanto para los estudiantes como para los pacientes, y en concordancia con el nivel y área de formación, la modalidad de ofrecimiento del programa y sus características de diseño curricular, entre otros aspectos” (3).

Lo anterior, se debe visibilizar en los aspectos que correspondan al aseguramiento de la calidad de las prácticas formativas.



Fuente: (Ministerio de Educación Nacional & Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

En este momento se encuentra en proceso de actualización de la capacidad instalada en los escenarios de práctica en la Subred Sur, a la fecha se cuentan con: los Hospitales El Tunal y Meissen, y los Centros de Salud Vista Hermosa y Tunjuelito.

Logros obtenidos

Con el fin de atender las necesidades de las diferentes áreas de la Subred Sur, se logró la articulación con el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, para contar en el primer semestre de 2023 con la rotación de 38 estudiantes de los programas: técnico en apoyo administrativo en salud, técnico en salud oral y tecnología en salud ambiental y seguridad sanitaria, los cuales han permitido impactar positivamente la prestación de los servicios de seguridad del paciente, humanización, farmacia, facturación, orientación al usuario, unidad funcional, ambulatorios, gestión ambiental, entre otros.

Por otra parte, con el fin de fortalecer las capacidades docentes de los colaboradores de la Subred Sur, se ha generado articulación con la Universidad Militar Nueva Granada para el desarrollo de la Especialización en Docencia Universitaria, para el primer semestre se graduaron 17 colaboradores.



Para el I semestre de 2023, es importante mencionar la terminación de la rotación de los estudiantes de medicina que realizaron su internado en la Subred en el último año y el ingreso de los nuevos estudiantes de las universidades de San Martín, Antonio Nariño, Nacional, Rosario, Militar.



Retos esperados

En búsqueda de fortalecer el proceso de formación de talento humano en el marco del proceso de responsabilidad social se formula el convenio interinstitucional como una oportunidad para que en la Subred Sur se desarrollen procesos de pasantías, prácticas académicas y sociales, judicaturas, en otros programas académicos diferentes a los de salud.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina. Modelos de Contratación. [Internet]. Universidad Jorge Tadeo Lozano; [consultado el 9 de agosto del 2023]. Disponible en: https://issuu.com/acemi/docs/modelos_de_contratacion_web_
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016 Sector Salud y Protección Social. [Internet]. Función pública; [consultado el 9 de agosto del 2023]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=77813
3. Ministerio de Educación. Modelo de Evaluación de la Docencia Servicio para el Desarrollo de Programas Académico en Salud. ; [consultado el 9 de agosto del 2023]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-403336_Documento_00.pdf

Los estudiantes hablan

IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y EDUCACIÓN INTEGRAL PARA EL BIENESTAR DE LAS MUJERES EN COLOMBIA

Valentina Marin Henao

Médico Interno Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E 2023, Fundación Universitaria San Martín Bogotá

De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que “buscan erradicar la pobreza en el mundo en todas sus formas, poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria, una mejor nutrición” (1); garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en las diferentes etapas de desarrollo y que son objetivos universales, transformadores, ambiciosos y orientados a la acción. En realidad, son 17 objetivos cada uno con enfoque diferencial con el fin de dar una atención integral a la comunidad (1).

Con base en lo anterior, el Gobierno Nacional desde el Ministerio de protección social y de Salud, deben ajustar el programa para el cumplimiento de los objetivos en mención, de acuerdo con las recientes políticas públicas y lineamientos. Corresponde a los profesionales de la salud desempeñar su labor de la mejor manera para contribuir a su cumplimiento.

Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que nos atañe directamente a los médicos es el número 5, que a la letra dice: “Lograr la igualdad de género y empoderar a las mujeres y las niñas”. Este objetivo tiene gran relevancia, pues se debe resaltar que muchas mujeres en pleno siglo XXI siguen siendo abusadas y discriminadas, a pesar de los diferentes

métodos de sensibilización en las diversas comunidades, respecto al valor y las capacidades que tiene el género femenino, el cual ha demostrado sus competencias físicas y mentales en el transcurso de la historia y ha alcanzado grandes logros a nivel social, cultural, artístico, científico y muchas otras disciplinas. La actual y desconcertante realidad, es que la mujer es minimizada y vulnerada en diferentes sociedades alrededor del mundo.

De acuerdo con UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia,) en 2017, en todo el mundo, aproximadamente quince millones de mujeres adolescentes en edades entre quince y diecinueve años han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas en algún momento de sus vidas; la misma entidad, reporta que una madre de cada cuatro niños menores de cinco años es víctima de violencia por parte de su compañero íntimo (2).

De acuerdo con el Ministerio de Protección social y de salud, según la evaluación realizada en “192 municipios de Colombia, un 9% de los adolescentes interrumpen el colegio por diversas razones, y si esta cifra se toma como un 100%, un 29% corresponde a casos de embarazo o paternidad (28% mujeres y 1% hombres)” (4).

Es de resaltar, que “las mujeres adolescentes, tienen, en la mayoría de los casos, relaciones sexuales con hombres mayores de edad” (5).

Por ello, el objetivo del presente artículo es realizar una evaluación reflexiva del mantenimiento de la salud de la mujer desde los primeros años de vida, con relación al Objetivo 5, que como se expresó, “busca eliminar todas las formas de violencia hacia las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata de blancas y explotación sexual” (7). Consideramos que la educación y empoderamiento femenino en las diferentes áreas de sus vidas, así como eliminar las prácticas nocivas que aún se viven, como el matrimonio infantil precoz y forzado, la mutilación genital femenina, el reconocer y valorar los cuidados y trabajo doméstico no remunerado, deben ser consideradas en toda su extensión.

De igual manera, se requiere la adecuada “prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social, así como la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país” (6), buscando generar mejoría en la salud pública al brindar integralidad y seguridad a las mujeres, niñas y adolescentes, que promueva subsanar esas necesidades y mejorar las condiciones y calidad de vida.

Un aspecto relevante es involucrar al género femenino como *portadoras de problemas de*

salud, ya que al asumirlo o reconocerlo de esta manera en las instituciones y en general todo el territorio nacional, la mujer gozaría de salud y equidad en todos los aspectos de su vida, desde recién nacida hasta la vejez. (3). Se trata de entender que al reconocer estas necesidades y mejorando la calidad de vida de las mujeres, se *adquiere estatus* como problemática en salud pública.

Es importante señalar, que desde las diferentes áreas de la salud, se debe hacer un esfuerzo mancomunado por reducir las estadísticas señaladas anteriormente y de esta manera aportar a la consecución de los objetivos propuestos mundialmente a partir de la promoción del bienestar de la mujer, desde temprana edad, -generando evaluaciones individuales por curso de vida y ciclo vital individual desde la primera infancia, adolescencia y adultez joven,- brindando educación desde el conocimiento de los derechos de la mujer donde se involucre esto, como problema de salud pública y prevención de las enfermedad.

Es decir, incluyendo la educación sexual y mantenimiento de la salud por medio de seguimientos médicos regulares; con diferentes tamizajes y acompañamientos en cada etapa, con el fin de que incidan en un desenlace correcto para la mujer y la salud pública en general.

Teniendo en cuenta los aspectos y el entorno psicosocial durante su curso de vida, se asume

el desarrollo como un proceso vital que se construye e influye tanto en la vida de los sujetos como de las familias. (4)

Por lo tanto, el mantenimiento de la salud de la mujer depende del momento o grupo de edad de esta y desde el sistema de salud se deben tener herramientas y competencias profesionales que permitan orientar en preconcepción, además de seguimiento de las Rutas de atención integral en salud (RIAS).

Finalmente, una **educación sexual integral** protege a las niñas, y ayuda a construir una sociedad más segura e inclusiva, teniendo en cuenta que la educación sexual es un derecho y que además ésta no acelera los procesos naturales, no vulnera la infancia y sí brinda las herramientas que logran aportar a la protección y a un desarrollo cognitivo y social adecuado, que no solo permite a la mujer explorar su cuerpo y conocerlo, sino que previene embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, ayudando a que la mujer a que se empodere y evolucione no solo como individuo en su círculo social sino como población y sin temor a discutirlo en cualquier escenario.

En conclusión, si bien es cierto que los profesionales de la salud, principalmente los médicos debemos enfocarnos en prevenir las enfermedades y promocionar la salud, quizá podamos contribuir y qué mejor manera que con la educación y adecuada orientación comunitaria. La evolución de un país en desarrollo se basa en extremar esfuerzos en

educar a sus ciudadanos, con el fin de que cuenten con las herramientas emocionales, conductuales y cognitivas necesarias para afrontar las situaciones a las que se pueden ver enfrentados al vivir en sociedad. Esta es probablemente la razón de que, en la actualidad, especialmente en las regiones más alejadas de Colombia, peligre la autonomía de las mujeres

Que no persistan los casos de niñas que desconocen lo que pasa cuando aparece su menarquia, además del desconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual y que la utilización de métodos anticonceptivos populares o folclóricos como prácticas comunes, puedan ser erradicados a la mayor brevedad.

Está en nuestras manos cambiar la realidad y el futuro infantil, y propender por la protección y el bienestar integral para las niñas, adolescentes y mujeres colombianas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. MinSalud.gov.co. [citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/presentacion-introduccion-objetivos-desarrollo-sostenible-salud.pdf>
2. Violencia, abuso sexual y homicidio contra millones de niños [Internet]. Unicef.org.[citado el 28 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/comunicados-prensa/violencia-abuso-sexual-y-homicidio-contra-millones-de-ninos>

3. ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas [Internet]. ONU Mujeres. [citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-5-gender-equality>

4. Women and Health: The key for sustainable development . Langer A., Meleis A., Knaul F.M., Atun R., Aran M., Arreola-Ornelas H., Bhutta Z.A., (...), Frenk J. The Lancet (2015).

5. MinSalud.gov.co. [citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/Paginas/12-de-hombres-y-6-de-mujeres-adolescentes-tienen-primera-relacion-sexual-antes-de-los-14-a%C3%B1os.aspx#:~:text=Seg%C3%BAn%20cifras%20oficiales%2C%20un%2012,todas%20las%20regiones%20del%20pa%C3%ADs.>

Noticias

Culmina la primera corte del semillero de investigación—CREASUR—

El 16 de agosto finaliza la primera cohorte del semillero de investigación—CREASUR en su nivel básico, donde colaboradores y talento humano en formación recibieron capacitación en búsqueda literaria, referencia bibliográfica, diseños epidemiológicos en investigación, estructura de un protocolo, Comité de Ética en Investigación, estadística básica, redacción de artículos, entre otros.

Por parte de la Oficina de Gestión del

Conocimiento se agradece la participación activa y se invita a los interesados a estar pendientes de los canales internos y externos de la entidad, por medio de los cuales se convocará para el desarrollo de los siguientes niveles.



El grupo de investigación “Gestión Sanitaria” gana dos convocatorias de investigación en el primer semestre del año 2023

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E en el primer semestre del 2023, con su grupo de investigación “Gestión Sanitaria”, participo en la convocatoria de “Cooperación

en la red distrital de investigación e innovación en salud para la gestión y ejecución de proyectos de investigación en eventos de interés de salud de la ciudad”, liderada y financiada por la Secretaría Distrital de Salud y gerenciada por la Agencia Distrital para la Educación Superior la Ciencia y Tecnología – ATENEA.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. presento a esta convocatoria tres proyectos de investigación, de los cuales los tres fueron elegidos como ganadores, los proyectos fueron:

“Biomonitoreo de metales y función cognitiva en escolares de Bogotá, 2023” liderado por la ingeniera ambiental Iris Andrea Moya Muñoz como investigadora principal y como co-investigadores se encuentra el Dr. Cesar Alejandro Geney Celis.

“Factores asociados a los conocimientos, percepciones y prácticas frente a la atención de urgencias relacionadas con el accidente cerebrovascular en Bogotá, 2023” donde se encuentran como co-investigadores el Dr. Juan Carlos Bohórquez González y la Dr. Andrea del Pilar Calderón Castro como Médicos Neurólogos, el Epidemiólogo Jefersson David Santos Yate y la Enfermera Profesional Eveling Tatiana Capera Barragan.

“Factores predictores del bajo peso en recién nacidos a términos en dos Subredes Integradas de Servicios de Salud, Bogotá D.C.” donde se encuentran como co-investigadores de la Subred Sur E.S.E. la Dra. Ruth Liliana López Cruz como Medica Pediatra, Neonatóloga y Perinatologa, el Epidemiólogo Jefersson David Santos Yate y la Enfermera Profesional Sandra Milena Valencia.



Adicionalmente, la Subred Sur también participo y fue ganadora en la Convocatoria ***“Investigación e innovación para la solución de retos del sector salud - 2023”*** de la Secretaría Distrital de Salud y la Agencia Distrital para la Educación Superior, la Ciencia y la Tecnología -Atenea-(Agencia Atenea, 2023), con el proyecto ***“Uso de técnicas moleculares de última generación en el diagnóstico de sífilis gestacional y congénita para el fortalecimiento de la atención de maternas y neonatos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Bogotá D.C.”*** el cual fue construido en alianza con el Grupo Laboratorio de Genética Molecular Bacteriana de la Universidad El Bosque. En este proyecto como co-investigadores de la Subred Sur E.S.E. se encuentran la Dra. Narda María Olarte Escobar y el jefe Ismael Alberto Valderrama Márquez.

Los anteriores resultados muestran el potencial investigativo que poseen los colaboradores de la Subred Sur E.S.E. Continuamos fortaleciendo las competencias en investigación de nuestro talento humano, y de esta manera obtener más logros y fuentes de financiación para investigación por medio de las convocatorias distritales y nacionales.

Agencia Distrital para la Educación Superior la Ciencia y Tecnología – ATENEA. *“Cinco proyectos que responden a las necesidades en salud de los bogotanos se pusieron en marcha”*. Disponible en: <https://agenciaatenea.gov.co/noticias/cinco-proyectos-que-responden-las-necesidades-en-salud-de-los-bogotanos-se-pusieron-en-marcha>.

Agencia Distrital para la Educación Superior la Ciencia y Tecnología – ATENEA. *“4 proyectos de investigación e innovación ganadores de la convocatoria retos del sector salud 2023”*. Disponible en: <https://agenciaatenea.gov.co/noticias/4-proyectos-de-investigacion-e-innovacion-ganadores-de-la-convocatoria-retos-del-sector-salud-2023>

En la Subred Sur, estamos comprometidos con la innovación.

Para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., la innovación es considerada una estrategia fundamental que busca aportar a la mejora continua y crecimiento de la entidad. Desde la plataforma estratégica, especialmente en la misión y la visión se ha definido el deseo de ser referentes en innovación, con el desarrollo de actividades que impacten positivamente la salud y la calidad de vida de los grupos de valor de la entidad.

El pasado mes de abril en un trabajo articulado, la Oficina de Gestión del Conocimiento y la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional realizaron con éxito el cargue de la información en el Índice de Innovación Pública (IIP) 2023, un instrumento diseñado por el LABCapital de la Veeduría Distrital para medir las capacidades de innovación pública de las entidades del Distrito.

En este índice fueron reportados los proyectos de innovación que han sido desarrollado por parte de los colaboradores de la Subred Sur, donde para el periodo 2021 – 2022, se identificaron 26 proyectos de innovación que dan respuesta a los retos y/o oportunidades de mejora identificados por medio de los diferentes canales dispuestos por la entidad.

Por sus resultados de impacto y beneficio a los grupos de valor, se resaltan las innovaciones asociadas a la estrategia *“Cuida tu salud, cuida tu planta” - Horticultura en la Unidad Renal del Hospital El Tunal*, *“Línea Rosa” o ruta de violencia*, *“Creando Comunidad Alrededor del Sabor del Campo”*, *“Con Energía eficiente, segura y sostenible le ponemos el corazón”*, las rutas de trauma y ACV (Accidente Cerebro Vascular) y la estrategia CLUSTER implementada por la Dirección de Urgencias.

Como Subred Sur, seguimos fortaleciendo nuestras capacidades de innovación con el fin de atender de manera creativa los retos identificados en búsqueda del mejoramiento continuo y la construcción de soluciones colectivas.