

Contenido

Editorial 2

Investigación..... 4

Absceso del psoas y estafilococcemia por s. aureus meticilino resistente en paciente pediátrico: caso clínico.....4

Innovación.....13

Industria 5.0 en Colombia, un reto de implementación para las empresas sociales del estado.....13

Relato de experiencia exitosa en agroecología: nodos comunitarios de la salud rural en sumapaz - vereda paquiló.....18

Flujogramas de atención, un modelo diferencial e innovador en urgencias.....25

Los estudiantes hablan.....35

inmersión acome - tepiapa

“yo soy guajira 2024 - i.”35

Noticias.....52

Un encuentro de saberes en nuestra Subred Sur La salud mental de nuestros estudiantes.....52

Certificados y reconocimiento a nuestros docentes.....53

¿Por qué el programa de voluntariado es una innovación social?.....53

Aprendiendo y compartiendo con el magazine Estamos IN.....58



Imagen tomada de <https://www.freepik.es/>



Oficina de Gestión
del Conocimiento

EDITORIAL

El segundo semestre del 2024 ha estado compuesto de fichas de rompecabezas complejas. Buscar los patrones y ordenar cada pieza en su lugar para llegar a crear la composición completa del conocimiento de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, ha sido un reto donde el diálogo constante, la escucha, la empatía y la fe convierten los problemas en oportunidades.

Hemos quedado sorprendidos del genuino interés y deseo de los colaboradores y colaboradoras para lograr visibilizar, a través de este boletín, sus investigaciones, experiencias innovadoras y buenas noticias. Los intereses de escritura en mayor porcentaje se dirigieron hacia temas de innovación, lo cual nos ha permitido observar la importancia de la continua integración de la investigación e innovación en salud para llevar a cabo realidades que impacten la calidad de vida de las personas con fundamentos científicos y metodologías de innovación que conviertan las ideas e investigaciones en acciones de impacto en salud.

La innovación como pilar del centro de investigación e innovación de la Oficina de Gestión de Conocimiento de la Subred Sur ha construido un espacio donde los líderes

creativos e innovadores materializan los proyectos y desde el área de innovación se presta un espacios para fortalecer, co-crear, co-construir por medio de la Mesa de Creatividad e Innovación en Salud la cual se realiza una vez al mes de forma presencial con metodologías lúdicas e innovadoras, los resultados se visibilizan al registrarlos en el repositorio de innovación de la entidad, mentorías de equipos innovadores y comunicando en el Magazine Estamos IN y el Boletín del Conocimiento.

La Subred Sur participó en un diagnóstico de la innovación del Distrito Capital denominado Índice de Innovación Pública el cual mide de manera global las capacidades para innovar que tienen las instituciones públicas de Bogotá, el diagnóstico y el informe fue realizado por LabCapital de la Veeduría Distrital. En el año 2023, en el ranking general, la Subred Sur ocupó los primeros lugares con relación a las demás subredes del distrito.

En esta publicación del boletín de conocimiento se tendrán reportes de caso, experiencias de innovación social, noticias con temas de salud mental, docencia e innovación. Finalmente, la integración de investigación, formación e innovación generan un ambiente de conocimiento donde la autonomía provoca acciones de beneficio para la entidad y los diferentes stakeholders de la Subred Sur. Los invitamos a que puedan preguntarse, ¿cómo construir de forma integrada proyectos de impacto enfocados en la calidad de vida de las personas a través de la investigación, innovación y formación?

Laura Bibiana Pinilla Bonilla
Diego Armando Díaz Rincón
Jefferson David Santos Yate
Equipo Editorial Centro de Investigación e innovación

*Carrera 24C # 54 -47 Sur (Sede Administrativa)
Teléfono: 601-7300000 Extensión 11
Bogotá*

Martín Guillermo Jaimes Madariaga
Jefe Oficina de Gestión del Conocimiento Subred Sur

Laura Bibiana Pinilla Bonilla
Diego Armando Díaz Rincón
Corrección de Estilo y Referenciación

Diego Armando Díaz Rincón
Edición

Oficina Asesora de Comunicaciones
Diseño

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

ABSCESO DEL PSOAS Y ESTAFILOCOCEMIA POR S. AUREUS METICILINO RESISTENTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO: CASO CLÍNICO

Castillo, M.A. Médico especialista en pediatría, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E
Delgado, A.M. Médico especialista en pediatría, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E
Gama, P.A. Médico interno pediatría, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E
Molina, G.V. Médico interno pediatría, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

INTRODUCCIÓN

El absceso del psoas se define como la acumulación de material purulento en el compartimiento del músculo iliopsoas. Siendo una patología de baja frecuencia en población pediátrica, en donde en el contexto nacional no se encuentra bibliografía reciente que aborde su adecuado enfoque y manejo.

En este reporte de caso se pretende describir los hallazgos y manifestaciones clínicas que nos pueden guiar a un adecuado diagnóstico, así mismo, el enfoque adecuado terapéutico, tanto farmacológico como quirúrgico. Teniendo en cuenta la amplia gama de diagnósticos diferenciales que este puede tener, por lo cual es propenso el desarrollo de complicaciones, como se presenta en este caso clínico con una estafilococemia por S. Aureus meticilino resistente (MRSA), el cual llevó a complicaciones respiratorias y shock séptico, con una posterior recuperación satisfactoria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 12 años de edad, previamente sana, sin antecedentes

patológicos, ambientales o exposicionales previos de importancia, vacunación completa para la edad; quien ingresó con cuadro clínico de tres días previos a su ingreso de dolor en región lumbar izquierda e irradiación a nivel anterior de muslo izquierdo asociado a limitación funcional, que se acompaña de picos febriles mayores de 38°, hiporexia, náuseas, diaforesis, episodios eméticos; sensibles a tratamiento con analgésicos no esteroideos.

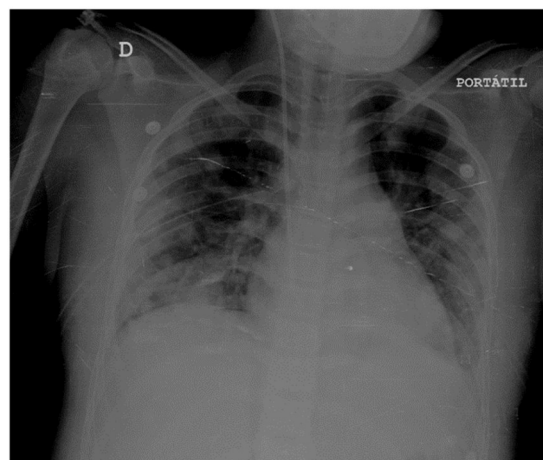
Se encuentra a la paciente álgica, taquicardia, con dolor a la movilización pasiva de muslo derecho, sin otros hallazgos positivos.

PESO	49.7 kg
TALLA	1.53 cm
TA	108/72
Fc	146 x min
Fr	27 x min
T°	37.2

Al ingreso se solicitan paraclínicos con hemograma con leve leucocitosis, con neutrofilia, sin anemia, plaquetas normales, VSG elevada, creatinina normal, PCR positiva francamente positiva, reporte de CPK total y CPK-MB normales, set de radiografía (cadera, fémur izquierdo, columna lumbo-sacra) sin alteraciones.

Durante su segundo día de estancia hospitalaria la paciente presenta evolución hacia el deterioro, hipotensión, hipoxemia, dificultad respiratoria, palidez, taquicardia, algica, febril, facies de dolor, posición antálgica en flexión y abducción, por lo que se consideró paciente en curso de choque séptico más insuficiencia respiratoria, se traslada a la paciente a unidad de cuidados intensivos, se inicia recubrimiento antimicrobiano con Vancomicina con ceftriaxona endovenosa por catéter central, sin embargo, hemocultivo tomado a su ingreso previo al inicio de antimicrobianos fue reportado aislamiento de *Staphylococcus aureus*; sensible a oxacilina y vancomicina (STAPH), por lo cual se suspende ceftriaxona y se adiciona cubrimiento antibiótico con clindamicina.

Imagen 1. Radiografía de tórax con evidencia de neumonía multilobar.



Nota: Radiografía y tomografía de tórax con evidencia de compromiso 4 cuadrantes patrón alveolar reticulogranular que sugieren una Neumonía multilobar con derrames pleurales

Durante el tercer día de hospitalización presenta disestesias en dermatoma L2 izquierdo por lo que es valorada por el servicio de ortopedia quienes en tomografía axial computarizada de cadera evidencian imagen sugestiva de absceso de psoas izquierdo, asociado a proceso inflamatorio en plexo lumbar izquierdo, por lo cual se indicaron estudios de extensión los cuales se muestran en la *tabla 1. Perfil de sepsis*. Se evidencia compromiso sistémico, por lo cual se indicó inicio de soporte vasopresor y ventilatorio no invasivo de alto flujo.

Tabla 1. Perfil de sepsis

Laboratorio	Resultado	Laboratorio	Resultado
Dímero D	4.08 mg/L	Proteína C reactiva	30.3 mg/dl
Fibrinógeno	500 mg/dl	Procalcitonina	2.52 ng/ml
Leucocitos	20660 /uL	Bilirrubina total	2.6 mg/dl
Hemoglobina	12.7 g/dL	Bilirrubina directa	1.98 mg/dl
Plaquetas	79000 /uL	Potasio	2.89 mmol/L
Troponina I	0.02 ng/ml	Sodio	147 mmol/L

Nota: Se evidencia compromiso multisistémico, por lo cual se indicó inicio de soporte vasopresor y ventilatorio no invasivo de alto flujo

Posteriormente, la femenina de 12 años es valorada por cirugía general quienes confirman diagnóstico de absceso del psoas, dado tomografía de abdomen con evidencia de engrosamiento de plano muscular con dos colecciones paralelas a las fibras musculares. aproximadamente de 6 cc como se evidencia en la imagen 2 Tomografía de abdomen y pelvis, sin embargo, por el tamaño de los abscesos se indicó continuar manejo médico

Imagen 2. Tomografía de abdomen y pelvis.

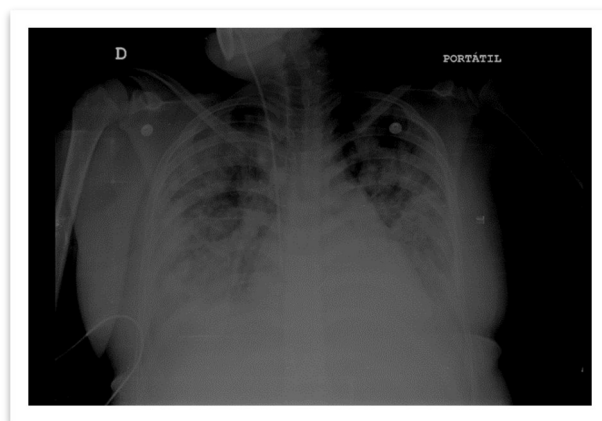


Nota: Se evidencia absceso en músculo iliopsoas izquierdo (A)

Durante el sexto día paciente presenta deterioro del patrón respiratorio, con deterioro radiográfico, sin modulación de respuesta inflamatoria sistémica; por lo cual se realizó nueva tomografía de abdomen donde se evidencia aumento del volumen del psoas izquierdo con dos imágenes hipodensas mal definidas de 62 x 22 x 13 mm en el aspecto anterior para un volumen de 9 cc y de 79x44x15 mm para un volumen de 27 cc, en el aspecto posterior; sin embargo dado riesgo-beneficio, se considera continuar mismo manejo médico instaurado con vancomicina y clindamicina, adicionalmente requiere transfusión de dos unidades de glóbulos rojos.

Durante el noveno día se evidenció en radiografía de tórax como se muestra en la imagen 3. Radiografía de tórax infiltrado de tipo alveolar con broncograma y alveolograma aéreo con tendencia a la consolidación a nivel basal bilateralmente, en relación a neumonía, asociado a derrame pleural derecho, por lo cual es valorado por cirugía pediátrica para drenaje de colección en psoas y toracentesis diagnóstica de derrame pleural bilateral para descartar progresión empiema pulmonar.

Imagen 3. Tomografía de abdomen y pelvis.



Nota: Se evidencia neumonía multilobar y derrame pleural derecho.

Durante el décimo día se realizó con anestesia general y punción guiada por ultrasonido, el drenaje de absceso del psoas, obteniendo drenaje purulento de 25 mL, con colocación de dispositivo hemovac, adicionalmente, se realiza toracoscopia diagnóstica y toracostomía cerrada bilateral con drenaje de 150 cc de líquido hemático. El cultivo del drenaje del absceso fue positivo al mismo germen identificado en el hemocultivo de ingreso: STAPH y confirman el diagnóstico etiológico: absceso del psoas iliaco izquierdo por STAPH, paciente que presentó mejoría clínica en los siguientes cinco días, por lo cual se decide pasar a cuidados básicos para continuar manejo.

El paciente presenta una evolución clínica satisfactoria. Resolución del shock séptico. Se retiró el drenaje y completó 21 días de cubrimiento antibiótico intravenoso intrahospitalario, adicionalmente valorada por el servicio de oftalmología, evidenció queratitis ojo izquierdo manejada con trimetropim sulfametoxazol y aciclovir ungüento, de manera ambulatoria, continua rehabilitación física y controles por consulta externa.

DISCUSIÓN

El absceso del psoas forma una acumulación de pus en el músculo psoas; aunque poco común en niños, se presenta con signos y síntomas variados, lo que a menudo resulta en un retraso en el manejo (1)

El músculo psoas surge desde las apófisis transversas y caras laterales de los cuerpos vertebrales entre la duodécima vértebra torácica y la quinta lumbar, es así como discurre a través del borde pélvico, profundo al ligamento inguinal y anterior a la cápsula articular de la cadera para así formar un tendón que se inserta en el trocánter menor del fémur. El músculo ilíaco se une al psoas y se insertan en el mismo tendón, siendo estos los principales flexores de la cadera (Músculo iliopsoas) (2)

El absceso del psoas se define como la acumulación de pus en el compartimiento del músculo iliopsoas, se pueden dividir en primarios y secundarios. (3)

PRIMARIO: siembra hematógena o linfática desde un sitio distante. Se deben, en la mayoría de los casos, a una infección por un único organismo, siendo la bacteria principal y más común el *Staphylococcus aureus*, incluido *S. aureus* resistente a meticilina (MRSA). Si se sospecha de tuberculosis en un paciente, es relevante tener en cuenta que *Mycobacterium tuberculosis* es una causa frecuente de absceso de personas en regiones donde la tuberculosis es común. (4-5)

SECUNDARIO: propagación directa de la infección al músculo desde una estructura adyacente, sin conocer si la afectación es una causa o una consecuencia del absceso del músculo psoas. (4-5)

Puede ser mono o polimicrobiano, por cualquiera de los siguientes microorganismos causantes: *Streptococcus pneumoniae*, *Streptobacillus moniliformis*, *Staphylococcus lugdunensis*, *Actinomyces israelii*, *Salmonella* (principalmente *Salmonella* no *typhi*) *Candida albicans*, *Brucella*. (4-6-7)

Estructuras adyacentes:

- *Cuerpos vertebrales*: son el sitio más frecuente. La osteomielitis o discitis vertebral puede dar lugar a un absceso del psoas cuando la infección se propaga desde el hueso y perfora la vaina del psoas.

- Articulación de la cadera: la artroplastia de cadera, secundario a infección hematógena y antecedentes de neoplasia, han sido factores predictivos del absceso del psoas.

-Tracto gastrointestinal: paciente con enfermedad de Crohn asociado a dolor de cadera, debería relacionarse y sospechar absceso del psoas.

- Aorta: aneurisma de la aorta infectado puede complicarse a absceso de la aorta

- Tracto genitourinario: la cirugía renal, la litotricia extracorpórea por ondas de choque y la nefrectomía, la rotura del absceso renal también se ha asociado con el absceso del psoas. (8-2)

Manifestaciones Clínicas:

Como bien lo hemos dicho, la presentación de clínica de esta patología realmente se considera inespecífica; iniciando con un síndrome constitucional, con posterior aparición de fiebre y dolor inespecífico, lo que conlleva a un retraso en el diagnóstico. Por lo anterior, podríamos realizar una lista de signos y síntomas que podría presentar el paciente que tenga patología (9)

- Dolor de espalda
- Dolor en flancos
- Dolor abdominal en abdomen bajo que suele exacerbar al realizar movimiento que implique la movilidad del músculo psoas (extensión)
- Fiebre
- Masa Inguinal
- Cojera
- Anorexia
- Pérdida de peso

Sin embargo, es muy importante tener en cuenta los diagnósticos diferenciales, dentro de ellos encontramos apendicitis aguda, artritis séptica de cadera, artritis sacroilíaca, osteomielitis ilíaca, fiebre reumática, discitis, abscesos de tejidos blandos, linfoma y enfermedad pélvica inflamatoria además de recordar que los síntomas pueden estar presentes durante algunas semanas y hasta 6 meses (9-10).

Laboratorio Clínico:

- Leucocitosis
- Anemia
- Trombocitosis con menos frecuencia
- VSG elevada
- PCR elevada

Imágenes:

- Tomografía computarizada (GOLD STANDARD): en la mayor parte de los casos es evidente, sin embargo, otros hallazgos pueden ser lesión hipodensa focal, infiltración de la grasa circundante y gas o líquido aéreo dentro del músculo. Muestra toda la expansión del absceso hacia la pelvis debida a la interferencia de los gases intestinales suprayacentes y también buscando patología asociada a estructuras adyacentes. (11)
- Resonancia Magnética: se logra evidenciar mejor los tejidos blandos y estructuras adyacentes como cuerpos vertebrales. (11)

Tratamiento:

- El tratamiento del absceso de psoas consiste en drenaje e inicio rápido de una terapia antibiótica adecuada. (5)

DRENAJE: mediante intervención percutánea (ecografía o tomografía computarizada) y quirúrgica, en caso de falla de drenaje. (9-7)

ANTIBIÓTICOS: la terapia antimicrobiana dirigida es preferible a la terapia empírica, sin embargo, siempre debe incluir actividad contra *S. aureus* (11)

CONCLUSIONES

1. Diagnóstico y manejo temprano: el absceso del psoas en pacientes pediátricos puede presentar desafíos diagnósticos debido a la presentación clínica variada. En este caso, la identificación temprana del absceso y la intervención oportuna mediante drenaje quirúrgico, combinada con terapia antibiótica dirigida, fueron cruciales para la evolución favorable del paciente.
2. Importancia del drenaje quirúrgico: el drenaje del absceso del psoas resultó ser una intervención esencial en la resolución del problema. La adecuada evacuación del pus permitió la reducción del proceso infeccioso y facilitó la recuperación del paciente, adicionalmente previo a este drenaje la evolución fue estacionaria.
3. Rol de la terapia antibiótica: la terapia antibiótica específica y oportuna jugó un papel clave en la resolución de la infección. La selección del antibiótico adecuado basado en los cultivos y la sensibilidad contribuyó a una evolución clínica favorable.

4. Manejo multidisciplinario: la estancia en la unidad de cuidado intensivo (UCI) fue necesaria debido a la severidad del caso y la complejidad del manejo inicial. Esto destaca la importancia de una vigilancia cercana en casos de abscesos de los psoas complicados que pueden requerir un monitoreo y apoyo intensivo, así mismo como el acompañamiento de grupo de cirugía pediátrica.

5. Pronóstico favorable: La evolución favorable del paciente tras el tratamiento demuestra la eficacia del enfoque multimodal en el manejo de abscesos del psoas, que incluye el drenaje, la terapia antibiótica, y el manejo multidisciplinario

6. Consideraciones clínicas: este caso subraya la necesidad de considerar el absceso del psoas en el diagnóstico diferencial de pacientes pediátricos con dolor lumbar y signos de sepsis. La intervención precoz puede mejorar significativamente el pronóstico y reducir complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Schwaitzberg SD, Pokorny WJ, Thurston RS, McGill CW, Athey PA, Harberg FJ. Psoas abscess in children. J Pediatr Surg. 1985; 20:339-42.
2. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O: Psoas abscess: case report and review of the literature. J Urol. 1992;147:1624-6. 10.1016/s0022-5347(17)37650-4

3. Lucas Pérez-Romero, Javier, Salazar García, Pilar, Lucas Pérez-Romero, Marta, & Belmonte, María Ángeles. (2011). Absceso de Psoas. Revista Clínica de Medicina de Familia, 4(1), 76-78. Recuperado en 21 de noviembre de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000100011&lng=es&tlng=es.
4. Mückley T, Schütz T, Kirschner M, Potulski M, Hofmann G, Bühren V: Psoas abscess: the spine as a primary source of infection. Spine (Phila Pa 1976). 2003, 28:E106-3. 10.1097/01.Brs.0000050402.11769.09
5. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA: Primary vs secondary iliopsoas abscess. Presentation, microbiology, and treatment. Arch Surg. 1995, 130:1309-13. 10.1001/archsurg.1995.01430120063009
6. Yacoub WN, Sohn HJ, Chan S, et al.: Psoas abscess rarely requires surgical intervention. Am J Surg. 2008, 196:223-7. 10.1016/j.amjsurg.2007.07.032
7. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA: Primary vs secondary iliopsoas abscess. Presentation, microbiology, and treatment. Arch Surg. 1995, 130:1309-13. 10.1001/archsurg.1995.01430120063009

8. Idris I, Aburas M, Ibarra Martinez F, Osei-Kuffuor E, Adams K, Dizadare T, et al. Primary psoas abscess in a pediatric patient: A case report. Cureus [Internet]. 2022; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.26206>
9. Sánchez, I. C. (s/f). ABSCESO DEL MUSCULO PSOAS. Medigraphic.com. Recuperado el 22 de noviembre de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms177c.pdf>
10. Denis Spelman, MBBS, FRACP, FRCPA, MPH, Daniel J Sexton, MD, Sandra Nelson, MD, Keri K Hall, MD, MS. Absceso del psoas. 2022.
11. Kiran Khedkar, Charu Sharma, Vikrant Kumbhar, Mukta Waghmare, Pankaj Dwivedi, Suraj Gandhi, Hemanshi Shah. Management of paediatric psoas abscess: our experience. 2018;
12. Tong CWC, Griffith JF, Lam TP, Cheng JCY. The conservative management of acute pyogenic iliopsoas abscess in children. JBone Joint Surg. 1997;80-B:83-5.

INDUSTRIA 5.0 EN COLOMBIA, UN RETO DE IMPLEMENTACIÓN PARA LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

Óscar g. Hernández Alomia - Ingeniero de Producción, Especialista en Gerencia de Procesos y Calidad, Especialista en Gerencia de Proyectos, Magíster en Ingeniería de Procesos, Doctorando en Ingeniería de Procesos, Universidad EAN

INTRODUCCIÓN

La industria 5.0 emerge de la Industria 4.0 como una revolución tecnológica que promueve la sostenibilidad y personalización, a partir de, de un proceso mancomunado entre máquinas y humanos.

El presente artículo refleja las implicaciones, oportunidades y retos que enfrentan las Empresas Sociales del Estado en un país como Colombia, y el desafío en la implementación de nuevas tecnologías orientadas hacia la prestación de los servicios de salud de carácter público.

DESARROLLO

La Transición a la Industria 5.0

La Industria 4.0 como fase de la evolución industrial centró sus procesos en la implementación y automatización de tecnología avanzada y uso de Inteligencia Artificial, generando un rápido crecimiento en el desarrollo industrial por medio de procesos de fabricación más eficientes y empresas más productivas. (1). Esto representó nuevos desafíos para la sociedad ante la inminente sustitución de puestos de trabajo por la

implementación de nuevas tecnologías digitales, desvalorizando la fuerza laboral y de la experiencia adquirida a lo largo del proceso de producción, visibilizando la necesidad de reconocer la importancia de la gobernanza y la regulación colectiva para priorizar los objetivos socioambientales junto con la productividad industrial (2).

El término de “industria 5.0” reenfoca el desarrollo del sector hacia un modelo de producción que utilice la tecnología para ser más competitivo, pero también para generar un impacto positivo en la sociedad, según la Comisión Europea en el año 2022, por tanto, esta no viene para sustituir a la industria 4.0, sino que complementa el progreso aportado por las diferentes tecnologías y potencia la relación positiva entre los hombres y las máquinas. (3) Así, la sostenibilidad, el protagonismo de las personas y la resiliencia se convierten en los tres principales ejes de la nueva industria.

COLOMBIA Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INDUSTRIA 5.0

En Colombia la adopción de tecnologías ha sido imparcial, desigual y limitada entre los diversos sectores, es un claro ejemplo como los sectores privados de carácter financiero y de manufactura avanzan a mayor velocidad en comparación con sectores de carácter público como el sector salud, lo que refleja un reto significativo para el país. (6)

Las Empresas Sociales del Estado, en su mayoría presentan déficits financieros que conllevan a limitaciones presupuestales, dificultades en su infraestructura, lo que lleva a estructurar desde la implementación de la Industria 5.0 mecanismos que les permitan mejorar la eficiencia operativa, calidad en la prestación del servicio y se refleje en la atención y mejoramiento de la calidad de vida del usuario y/o paciente.

RETOS, OPORTUNIDADES Y ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INDUSTRIA 5.0 EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO E.S.E

Los países latinoamericanos incluyendo Colombia se encuentran adoptando algunos principios de la Industria 5.0, enfrentando diversos retos y desafíos que deben ser acaparados por los diferentes sectores para una idónea implementación, entre ellos se encuentra:

Financiación. Las Empresas Sociales del Estado enfrentan restricciones presupuestales, lo que requiere como Estado visibilizar la inversión evaluada a largo plazo como un ahorro que conlleva a la mejora de la calidad en la prestación del servicio y la eficiencia operativa. (7)

Conciliación Cultural. La transición a un modelo de industrialización 5.0 implica cambio en la forma en que operan las organizaciones y la aceptación de llegar a un objetivo en común a partir de la innovación. (8)

Formación continua. Fomentar una cultura de colaboración humano-máquina (9), hace parte de la adopción de la industria 5.0, cualificar al personal en el uso de nuevas herramientas y la integración efectiva para el mejoramiento de los procesos en curso.

Infraestructura tecnológica, (10), que para el caso de las ESEs es deficiente, en la actualidad operan con sistemas desactualizados y obsoletos, dificultando la transición a la Industria 5.0, lo que requerirá para el estado inversión financiera en la actualización de la infraestructura e integración de tecnologías de hardware, software, inteligencia artificial avanzada.

Múltiples estudios reflejan como la implementación y la evolución de la Industria 5.0, fortalecen la colaboración entre inteligencia artificial y humanos para optimizar los diversos procesos, para el caso de las ESEs brindaría oportunidades en la mejora significativa de la atención al paciente garantizando diagnósticos más oportunos, optimización en los procedimientos quirúrgicos (11)

Por otra parte, la automatización de procesos administrativos mejora la calidad del servicio y reduce el tiempo del profesional en salud en tareas repetitivas. (12)

Las Empresas Sociales del Estado pueden ofrecer soluciones innovadoras y efectivas que maximicen el uso de los recursos, minimicen los desechos y creen un ambiente idóneo para los pacientes y los profesionales de la salud, esto se reconoce por (8) como Sostenibilidad y Bienestar Social.

Sin embargo, identificar los retos y oportunidades en el sector Salud, los lineamientos y políticas nacionales e internacionales, y los diversos estudios que enmarcan procesos de innovación en la Industria 5.0, no es suficiente; en Colombia las Empresas Sociales del Estado deben contar con una estrategia de transición de la Industria 4.0 a 5.0 que les permita aprovechar al máximo sus ventajas en el sector, a continuación, algunas recomendaciones a tener en cuenta:

- Realizar evaluación de las necesidades de la ESEs para el desarrollo de sus objetivos estratégicos.
- Identificar la infraestructura tecnológica con la que se cuenta en la actualidad.
- Identificar limitaciones presupuestales y de infraestructura.
- Reconocer las competencias del talento humano y sus competencias tecnológicas. (6)
- Establecer una ruta de implementación, donde empalme las necesidades identificadas, los requerimientos enmarcados en los objetivos estratégicos de la institución (13)
- Crear alianzas con el sector académico, centros de investigación y el sector tecnológico, para favorecer la generación y transferencia del

conocimiento al momento de implementar nuevas tecnologías, (9)

- Garantizar la formación continua del talento humano para maximizar los beneficios de la innovación y la tecnología al interior de los servicios. (7)
- Implementar proyectos de simulación y/o pruebas piloto transitorias, de forma controlada para asegurar la corrección antes de la implementación global y/o despliegue a gran escala. (14)
- Reconocer las experiencias exitosas de otros sectores y/o instituciones, en la implementación de nuevas tecnologías, acortara pasos en la curva de aprendizaje propio.

CONCLUSIÓN

La Industria 5.0 es una oportunidad sin precedentes para mejorar el funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado en Colombia y se visibilice en la prestación de servicios de salud.

A pesar del gran desafío que representa, una buena planificación y la inversión correcta en tecnología y capacitación, reflejará cómo el funcionamiento de las empresas del estado pueden mejorar sustancialmente; el verdadero desafío radicará en colocar al ser humano en el centro de esa mejora y que éste utilice la tecnología como su herramienta para un servicio más humano, eficiente y sostenible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Demir KA, Döven G, Sezen B. Industry 5.0 and human-robot co-working. *Procedia Computer Science*. 2021;180:623-30. Disponible en: www.sciencedirect.com
2. Wang S, Zhou Y. From Industry 4.0 to 5.0: How technology is changing the workplace. *IEEE Transactions on Industrial Informatics*. 2024;20(6):4012-25. Disponible en: <https://www.ieee-ies.org/pubs/transactions-on-industrial-informatics>
3. Enric. Industria 5.0: Qué es y sus características. *Advanced Factories*. 24 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.advancedfactories.com/industria-5-0-caracteristicas/>.
4. Hernández-Arango A. Tecnologías 5.0 o de perfeccionamiento humano para la medicina. *Medicina*. 2022;43(4):535-53. Disponible en: <https://anmdecolombia.org.co/publicaciones-academia/>
5. Maddikunta PKR, Pham Q, Prabadevi B, et al. Industry 5.0: A survey on enabling technologies and potential applications. *Journal of Industrial Information Integration*. 2021;26:100257. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jii.2021.100257>.
6. Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia. Plan de acción para la transformación digital de Colombia. Gobierno de Colombia; 2019. Disponible en: https://www.mintic.gov.co/portal/715/articles-124641_recurso_1.xlsx
7. Romero D, Stahre J, Taisch M, Wuest T. The Operator 4.0 as the enabler of workplaces of the future: A human-centric perspective on the Fourth Industrial Revolution technologies. *IFIP Advances in Information and Communication Technology*. 2020;592:21-30. Disponible en: <https://link.springer.com/>
8. European Commission. Industry 5.0: Towards a sustainable, human-centric and resilient European industry. Publications Office of the European Union; 2021. Disponible en: https://commission.europa.eu/index_en
9. Fukuda S. Transition from Industry 4.0 to Industry 5.0: A human-centric solution. *Sustainability*. 2020;12(16):5970. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2071-1050/12>
10. Gómez J, Ramírez P, Sánchez M. Challenges and opportunities for Industry 5.0 in developing countries. *Journal of Emerging Technologies in Computing Systems*. 2022;18(3):1-15. Disponible en: <https://dblp.org/db/journals/jetc/jetc18.html>
11. Müller JM, Kiel D, Voigt KI. What drives the implementation of Industry 5.0. A sustainability-oriented analysis. *Journal of Manufacturing Technology Management*. 2022;33(3):1-20. Disponible en: <https://techniumscience.com/>

12. Marr B. The 7 biggest technology trends in 2022 everyone must get ready for now. Forbes; 2021. Disponible en: <https://www.forbes.com/>
13. Golovianko M, Vagan T, Vladyslav B, Diana M. Industry 4.0 vs. Industry 5.0: Coexistence, transition, or a hybrid. Procedia Computer Science. 2023;217:102-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877050922022840>.
14. Carro SJ, Sarmiento PS. The human factor and its role in the transition to Industry 5.0: a systematic review and future perspectives. Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento. 2022;10(24). Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/4576/457669807011/html/#redalyc_457669807011_ref55.

INNOVACIÓN SOCIAL

RELATO DE EXPERIENCIA EXITOSA EN AGROECOLOGÍA: NODOS COMUNITARIOS DE LA SALUD RURAL EN SUMAPAZ - VEREDA PAQUILÓ

Adriana Forero, delegada de políticas de salud mental y discapacidad de Sumapaz
Subred Integrada de servicios de salud sur E.S.E

Laura González, delegada de políticas de infancia y adolescencia y seguridad alimentaria y nutricional de Sumapaz
Subred Integrada de servicios de salud sur E.S.E

Andrea Moya, referente equipo PSPIC ruralidad, Subred Integrada de servicios de salud sur E.S.E,

Leidy Ordoñez líder políticas y delegada política de salud ambiental de Sumapaz
Subred Integrada de servicios de salud sur E.S.E

Yuliana Torres, líder comunitaria nodo de mujeres “Mi propósito soy yo”

Genaldo Villalba, líder comunitario nodo de seguridad alimentaria y nutricional “Me cuido y te cuido”

DESCRIPCIÓN DEL ORIGEN DE LA EXPERIENCIA

La localidad de Sumapaz, caracterizada por ser un territorio netamente rural donde se ubica el páramo más grande del mundo y por ser la más extensa de Bogotá, limita con la localidad de Usme y con los departamentos del Huila, Meta y Cundinamarca, incidiendo en las dinámicas territoriales de alimentación, salud, transporte, entre otros.

Durante los últimos años, se ha intensificado un modelo productivo agroindustrial con monocultivos de papa y ganadería extensiva, usando de forma indiscriminada agroquímicos, afectando la salud, el ambiente y la soberanía alimentaria y nutricional de los campesinos. Lo anterior, se puede asociar a la información disponible en Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015, donde se evidencia que 54,2 de cada 100 hogares se encuentran en Inseguridad Alimentaria y Nutricional (INSAN),

así mismo, según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2022, en los hogares rurales 33 de cada 100 hogares se encuentran en INSAN. Por otro lado, en el componente de salud mental, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública reportó entre 2019 y 2023 un total de 371 casos de violencia, lo que representa el 17% de la población, y 87 casos de conducta suicida, equivalente al 4%. Sumado a ello, Sumapaz ha sido víctima del conflicto y estigmatización por ser cuna de luchas agrarias, presentando una ruptura del tejido social a causa de la violencia y la vulneración de muchos de sus derechos.

Dichas situaciones han motivado a la conformación de los nodos comunitarios a partir del interés de la comunidad para fortalecer el autoconsumo de productos de las huertas, el tejido social y la unidad entre vecinos.

Desde sus inicios se ha logrado consolidar un grupo unido y comprometido, con el que se establecieron dos huertas comunitarias para el cultivo de alimentos de calidad, esto bajo el enfoque de la soberanía alimentaria, con siembras libres de aplicación agroquímicos como compromiso al cuidado de la salud, la vida y el medio ambiente. Estas iniciativas reciben fortalecimientos por parte de la Subred Sur, no solo en temas agroecológicos y la creación de huertas comunitarias sino también en habilidades blandas, pues, se tiene como objetivo fomentar la unión y el trabajo en equipo, mejorando así la salud mental de los participantes a través de la conexión con la naturaleza y el sentido de pertenencia a su territorio y empoderamiento como campesinos y campesinas. Dentro de su estructura, se cuenta con líderes como la Señora Jaqueline Romero y Don Genaldo Villalba, quienes iniciaron la participación comunitaria mediante el establecimiento de huertas. Sin embargo, el éxito de estos proyectos se debe en gran medida a las mujeres que integran el equipo, quienes han sido fundamentales en su desarrollo. Además, la organización se fortalece continuamente con la incorporación de jóvenes, que aportan ideas flamantes para el desarrollo y crecimiento de las iniciativas.

DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Los nodos de seguridad alimentaria y nutricional “Me cuido y te cuido” y de mujeres “Mi propósito soy yo”, son iniciativas comunitarias de líderes promotores de la salud rural conformados por familias, mujeres, niños, jóvenes y personas con discapacidad, quienes

buscan favorecer a la comunidad de Paquiló y otros habitantes de la región de Sumapaz a través de proyectos comunitarios y actividades para garantizar la soberanía y seguridad alimentaria de la población reconociendo la importancia del cuidado del ambiente y de la salud; se encuentran conformados por 24 personas de la comunidad Sumapaceña, miembros de 12 familias.

Estos nodos se crearon en el mes de mayo de 2019 con el apoyo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, a fin de mejorar la calidad de vida de las familias paquiloceñas y Sumapaceñas. El nodo de seguridad alimentaria y nutricional “Me cuido y te cuido” realiza acciones encaminadas en la garantía del derecho a la alimentación a través de la promoción de la soberanía alimentaria mediante la producción limpia y agroecológica, aportando a mejorar las condiciones de la salud humana y la salud ambiental. Por su parte, el nodo “mi propósito soy yo”, tiene como objetivo principal el reconocimiento a la mujer y fortalecimiento de capacidades en temas como autoestima, igualdad, equidad, empoderamiento, emprendimiento y eliminación de violencias, está compuesto por hombres y mujeres, buscando que ellos sean partícipes del cambio y de mejorar la salud mental y bienestar de la población reconociendo el papel de la mujer en el cuidado individual, familiar, colectivo, de la huerta y del medio ambiente.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

En mayo de 2019 se conformaron los nodos de Seguridad Alimentaria y Nutricional “Me cuido y te Cuido” y de mujeres “Mi propósito soy yo”, con habitantes de la vereda Paquiló, en donde se concerta como primer proyecto la conformación de dos huertas comunitarias, ubicadas en las viviendas de Yaquelin Romero y de Fanny Baquero. El objetivo principal es mejorar la seguridad alimentaria de los integrantes de los nodos, sus familias y la comunidad que se vea beneficiada con el intercambio de semillas libres de químicos, productos de las huertas y plántulas. A partir del mes de junio de 2019, se da inicio al trabajo de las huertas.

Desde entonces, se ha realizado siembra y cosecha de productos constantes aportando al autoconsumo de las familias, recuperando las prácticas y productos ancestrales de buena calidad y libres de químicos, como cubios, papas cornetas, papas criollas moradas, cilantro, cebolla larga, perejil, acelga, espinaca, lechuga, rábano, maíz, habas, brócoli, coliflor, así como plantas medicinales que permiten diversificar las huertas y sirven como control natural de plagas, entre las que se encuentran el romero, altamisa, ruda, menta, caléndula, poleo, orégano, hierba del dolor, entre otras. Adicional a esto cada grupo familiar tiene una huerta casera en sus fincas para un total de 12 huertas, con las que se realiza intercambio de semillas, generando acciones agroecológicas y fortalecimiento de capacidades en producción sostenible, agroecología.



Foto 1. Vivienda Fanny Baquero, y vivienda Yaquelin Romero, vereda Paquiló, junio 2019



Foto 2. Entrega de plántulas y cosecha de tubérculos andinos, vereda Paquiló 2020 y 2023



Foto 3. Huerta vivienda Fanny Baquero, vereda Paquiló 2020.

Los integrantes de los nodos han recibido diferentes fortalecimientos por cuenta de los profesionales de salud enfocados a la medicina integrativa, seguridad alimentaria, salud mental, salud física y salud ambiental, mediante el aprendizaje continuo y el desarrollo de acciones que les permite fortalecer su liderazgo, cohesión grupal, desarrollo de habilidades comunicativas y de trabajo en equipo, logrando el desarrollo de un proyecto que desea crecer y tener sostenibilidad en el tiempo convirtiéndose en una fuente de ingreso y de bienestar para la comunidad. Dentro de las actividades con el médico alternativo, se encuentra la transformación de plantas medicinales en pomadas, ungüentos, jarabes, entre otros usos.



Foto 4. Actividad de salud mental y trabajo en equipo. Elaboración de jarabe para la gripa y pomada de caléndula, vereda Paquiló 2019 y 2020.

Con la llegada de la pandemia, se afectó el tejido social, la comercialización de alimentos y productos de aseo así como la seguridad alimentaria de las familias. En este contexto, los nodos comunitarios se reunían con el fin de trabajar en las huertas, para intercambiar productos orgánicos entre las familias de la vereda y así mismo realizar trueques con los trabajadores de la Subred sur, de canastas de productos de las huertas por productos de aseo personal y para el hogar. De esta manera, se inició el primer mercado campesino de la Subred sur “Creando comunidad alrededor del sabor del campo” que actualmente se realiza una vez al mes, en donde se comercializan productos agroecológicos, lácteos y amasijos promoviendo los circuitos cortos de comercialización entre habitantes de la ruralidad y los trabajadores de la Subred sur



Foto 5. Intercambio de canastas de productos orgánicos por productos de aseo, vereda Paquiló 2020



Foto 6. Mercados campesinos sede administrativa Subred sur, 2021.

Se ha participado en intercambios de saberes en el Parque temático en salud pública Chaquén con otros nodos de líderes promotores de la salud rural y otras organizaciones del territorio, buscando ampliar el conocimiento, generando alternativas de bienestar y espacios de fortalecimiento que enriquezcan el trabajo comunitario. En el año 2023, se fortalecen los nodos para la presentación de proyectos a convocatorias con Organizaciones No Gubernamentales, logrando la construcción de dos invernaderos y la siembra de otros productos para la diversificación de las huertas.



Foto 7. Nodos comunitarios vereda Paquiló, 2023

CONCLUSIONES

Los nodos comunitarios de la vereda Paquiló reflejan una firme lucha por el derecho a la alimentación, rechazando el modelo agroindustrial predominante y promoviendo la agroecología como vía para establecer sistemas alimentarios justos, resilientes y adaptativos, esenciales para el bienestar de la comunidad. Esta alternativa alimentaria, adaptada al cambio climático y a la variación de precios de insumos agrícolas, no solo diversifica, cultivos y mejora la calidad nutricional, sino que también contribuye a la resiliencia económica y social, fomentando el uso sostenible de recursos naturales. Además, los nodos han fortalecido el tejido social, facilitando el diálogo intergeneracional y preservando la identidad cultural de la comunidad como campesinos, proporcionando un entorno de apoyo emocional y social que mejora la salud mental de sus miembros. Las actividades han potenciado habilidades de liderazgo y comunicación, valorando el conocimiento de las personas mayores, el empoderamiento de las mujeres, la mano de obra de los hombres y fomentando el desarrollo de habilidades en niños, adolescentes y jóvenes. Sin embargo, para asegurar la viabilidad y sostenibilidad a largo plazo de estos proyectos, es crucial obtener más apoyos y recursos, incluyendo financiamiento, formación adicional y apoyo técnico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcaldía Local de Sumapaz (s,f). Conociendo mi localidad, historia. Disponible en: <http://www.sumapaz.gov.co/mi-localidad/conociendo-mi-localidad/historia>
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2022). Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2022. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2022>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/libro-ensin-2015.pdf>
4. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (2023). Eventos de interés en salud pública. Disponible en: <https://portalsivigila.ins.gov.co/>
5. Subred Integrada de Servicios de Salud sur E.S.E. (2023). Boletín Epidemiológico Sumapaz primer semestre 2023. Indicadores de seguimiento en salud mental. Disponible en: <https://www.subredsur.gov.co/boletin-sumapaz-2do-semester-2023/>

INNOVACIÓN EN URGENCIAS

FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN, UN MODELO DIFERENCIAL E INNOVADOR EN URGENCIAS

Daniel Huertas, Director de Urgencias, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La atención en urgencias es la puerta de entrada para acceder a servicios sanitarios de los pacientes que atraviesan por una condición física, mental y emocional de incomodidad aguda que puede desencadenar en la mortalidad del mismo o en la imposibilidad de sobrellevar su vida dentro de la cotidianidad, autonomía y dignidad requerida si no se atiende de manera oportuna. Esta dinámica establece que es un servicio de alta demanda que constantemente desborda la capacidad instalada a nivel estructural, situación que conlleva a la sobreocupación que es la principal dificultad a la que las instituciones de salud se ven enfrentados en sus servicios de urgencias.

Estas características propias de urgencias determinan que el personal sanitario de esta área deba atender con agilidad, con precisión y rigurosidad técnica, con pertinencia terapéutica, oportunidad en la atención. Lo que genera que se vea sometido a altos niveles de estrés laboral dada las exigencias anteriormente mencionadas.

A diferencia de otros procesos sanitarios, los servicios de urgencias representan un gran reto para los que realizan la planeación de funcionamiento y de respuesta, ya que al ser un proceso de libre demanda y criticidad, su programación de asistencia y de respuesta si bien depende de una capacidad instalada

estructural, depende de otros factores como:

- Histórico de atenciones por meses, franjas horarias que permita tener una línea base para anticiparse a la demanda.
- Identificación de riesgos en la zona de influencia de tipo antrópico, biológico, epidemiológico y natural.
- Caracterización de la población de influencia que pueda identificar, grupo etario, comorbilidades, riesgos individuales y colectivos.



- Primeras causas de atención en periodos inmediatamente anteriores e históricos
- Uso de recursos requeridos previamente para la planeación de la necesidad anticipada.

Sin embargo, y a pesar de planeaciones estipuladas tomando las variables previamente expuestas, es frecuente que en muchas situaciones la demanda de pacientes supere la capacidad instalada establecida ya sea por una emergencia que represente la llegada masiva de pacientes, o por sencillo arribo inducido en determinados días.

Estas situaciones representan un desafío para los líderes de urgencias, ya que si bien el indicador de sobreocupación no siempre representa un indicador de inadecuada gestión

surgirán situaciones que, por más planeación, la demanda superará la capacidad instalada. Se pueden citar dos posibles escenarios, donde en el primero se encuentra superada su estructura física y de confort pero se continúa con la prestación de servicios clínicos manteniendo la oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad del paciente; y en un segundo escenario, la demanda, en cierto punto, ya no tiene posibilidad de respuesta a la atención de pacientes afectando la accesibilidad, la oportunidad, el déficit de recursos idóneos por ende la pertinencia clínica y definitivamente la seguridad. Este último escenario transforma la emergencia en catástrofe, traduciéndose en incremento de la mortalidad y las secuelas mentales y funcionales de los usuarios.



Imagen tomada de <https://www.subredsur.gov.co/>

Ante estos escenarios los profesionales de urgencias durante la prestación de sus servicios se cuestionan:

- ¿A quién debo atender primero?
- ¿Cuento con los recursos para satisfacer la necesidad clínica de este paciente?
- ¿Cuál será el mejor lugar para atender el paciente en base a su Diagnostico?
- ¿En caso de requerir un apoyo más especializado tanto humano como tecnológico, el paciente será trasladado oportunamente?

El sistema de Triage a nivel mundial se creó con el objetivo de determinar la prioridad en la atención basado en la urgencia que tenga el usuario, con el fin de clasificar y establecer tiempos de atención que den prelación a lo más crítico y organizando lo menos urgente. Este sistema ha venido evolucionando técnicamente, adicionando variables que permitan ir mejorando los criterios de clasificación. En la actualidad los sistemas de clasificación más relevantes son:

1. Sistema de clasificación Triage - canadiense
2. Sistema de clasificación Triage - australiano
3. Sistema de clasificación Triage - Índice de severidad de emergencias ESI
4. Sistema de clasificación Triage – Español (SET)
5. Sistema de clasificación Triage – Manchester
6. Sistema de clasificación Triage – Andorrano (MAT)

Estos sistemas tienen modelos diferentes de clasificación, unos los hacen por tablas sindromáticas acorde a los síntomas, otros lo hacen a través de softwares que establecen categorías sintomáticas y variables que permiten la clasificación desde el mismo software, y uno lo realiza a través de flujogramas clínicos, pero incorpora el uso de recursos.

En Colombia, la resolución 5596 del año 2015, establece especificaciones normativas para la implementación y realización del Triage en 5 niveles, y plasma el tiempo de triage 1 y 2, así como determina que el tiempo de triage 3 debe ser fijado por cada institución prestadora de servicios de salud IPS acorde a sus capacidades. Sin embargo, el modelo de implementación y línea técnica es diseñado por cada institución, situación que, si bien da autonomía a las instituciones, también permite que no exista una transversalidad en los criterios de clasificación.

La Organización panamericana de Salud (OPS) en el año 2016, publica un documento técnico que habla de la implementación de modelos estructurados de Triage, cuyo contenido esboza no solo la necesidad de establecer tiempos sino recursos y áreas determinadas para cada tipo de urgencia. Desde entonces se ha venido contemplando técnicamente la necesidad imperiosa que las áreas de urgencias estén subdivididas acorde a los requerimientos de los usuarios.

Con la Pandemia por COVID 19 sucedida desde finales del año 2019 e inicios del año 2020 el concepto de la cohortización de áreas tomó mucha más relevancia. La imperiosa necesidad de redistribuir los servicios para la atención de pacientes con sospecha de contagio por SARS - COV 2, generó la creación de rutas específicas de acceso, atención, roles, distribución, movimientos, inventarios, guías de manejo y procedimientos. La experiencia iba permitiendo, que la tecnificación y seguimiento del proceso fuera progresivamente mayor, con mejores resultados clínicos y optimización del recurso.

Diversas instituciones a nivel nacional e internacional, manejan rutas y protocolos clínicos para la atención de ciertas patologías en las que intervienen grupos de expertos para el manejo idóneo de la situación presentada, ejemplo de ellos son el equipo de respuesta para código azul, accidente cerebrovascular o síndrome coronario agudo.

Al observar estos escenarios y ante las problemáticas más frecuentes de urgencias plasmadas con antelación, la dirección de urgencias implementó un modelo de atención diferencial, articulando muchas de estas estrategias, adaptándolas a necesidades de nuestra población, adicionándole procesos propios e innovadores con herramientas tecnológicas.

En el momento de establecer las estrategias se generaban grandes inquietudes a resolver:

- ¿Cómo adaptar estas estrategias y fusionarla en una sola?
- ¿Cómo generar un proceso que usualmente funcionaba en una única estructura y transponerlo a una atención en red de muchas sedes?
- ¿Cómo establecer un sistema de comunicación transversal que permite un conocimiento homogéneo en los diferentes roles que intervienen?
- ¿Cómo lograr que una vez se identifica la priorización en el sistema de Triage dicha priorización se mantenga hasta la definición de la conducta?
- ¿Cómo tener un control adecuado de las herramientas farmacológicas, tecnológicas y humanas en las áreas de atención?

Dado lo esbozado en el tercer trimestre del año 2022, la dirección de urgencias de la subred integrada de Sur implementó el modelo de atención diferencial de urgencias a través de flujogramas de priorización. Esta implementación se desarrolló tratando de darle solución a observaciones realizadas dentro de la gestión como por ejemplo:

- Si bien la resolución 5596 del año 2015 establece que todo paciente clasificado como Triage II debe ser atendido antes de 30 minutos, el indicador ante Ministerio establece la sumatoria de minutos sobre pacientes atendidos, lo cual convierte el indicador en un promedio, que en la mayoría de instituciones cumple, el análisis a profundidad genera si el indicador debería tomarse por promedio de tiempos o por porcentaje de cumplimiento. Este análisis evidenció que de los 1000 triage 2 mensuales que se atendían el cumplimiento oscilaba sobre el 70%, lo cual traducía que 300 pacientes en un alto riesgo de complicación médica eran atendidos extemporáneamente, situación que generaba un potencial efecto deletéreo sobre el usuario. Sin embargo, al ser un indicador por promedio históricamente el tiempo se cumplía.
- Los pacientes una vez clasificados, hacían el mismo procedimiento independiente el nivel riesgo, lo cual constituía un alto riesgo dejar un paciente gravemente enfermo en sala de espera.
- Una vez se hacía la atención médica, el paciente era direccionado a una misma sala de procedimientos, donde la priorización de gravedad se perdía y se reemplazaba por la priorización del orden de llegada, aumentando mucho más las complicaciones.
- El triage 3 que es el triage más concurrido, tenía largas horas de espera, por inoportunidad en la atención, por

reprocesos, por realizaciones de acciones de no valor, pacientes dispersados en muchas zonas por lo que se perdía su observación, incremento de sucesos de seguridad.

- Los múltiples actores en la atención no definidos generaban problemas de comunicación y articulación en la atención.

¿En qué consiste la estrategia?

La estrategia flujogramas de atención de urgencias consiste en la realización de un sistema de triage estructurado que permita sectorizar las áreas, la tecnología, los recursos por cada clasificación establecida en los servicios de triage.

¿Cómo funciona la estrategia?

- Desde la llegada de los usuarios se identifica el riesgo a través de las priorizaciones establecidas en el atril del digiturno para la atención en Triage
- En las altas complejidades se cuenta con gestor de riesgo en la sala de espera que identifica potenciales riesgos en cada uno de los usuarios anticipando a los sucesos
- Se realiza la clasificación de Triage con base al procedimiento establecido en la Subred Sur que adopta criterios similares al Sistema de clasificación Triage Canadiense.
- Se determina la clasificación con base a los criterios

Triage 1: ingreso inmediato a unidad de reanimación, sala de partos, consultorio código blanco, área de contención

Triage 2: ingreso inmediato a área de Triage 2, paciente es acostado de inmediato, monitorizado y valorado por el equipo de triage 2 de acuerdo al flujograma de atención.

Triage 3: ingreso a consulta el paciente una vez clasificado, pasa a la sala de espera, es llamado a la consulta y de acuerdo a su morbilidad se da egreso o pasa al área de Triage 3 a la espera de un procedimiento, la posible administración de un medicamento, o a la espera de la toma de alguna ayuda diagnóstica.

Triage 4 y 5: pacientes derivados a la consulta prioritaria o a la respectiva atención por su EPS de acuerdo a la normatividad vigente.

Dentro del diseño de la estrategia y el modelo de atención por flujogramas, era claro que se debían hacer cambios y adaptaciones de infraestructura, los cuales contemplaran espacios de atención, definiendo cada área para el proceso respectivo; entonces así cada unidad diseñó y adaptó sus correspondientes servicios dando respuesta al objetivo de la estrategia (áreas para Triage 1, áreas para Triage 2 y áreas para Triage 3).

Se definieron los actores correspondientes que harían el efectivo proceso de atención en estas áreas, instaurando equipos de trabajo dinámicos.

Es importante entender, que esta innovación debía recibir capacitación, por lo tanto, el

personal profesional del servicio de urgencias propiamente hablando de los profesionales de enfermería, participaron en su totalidad en la primera Jornada de capacitación para la ejecución del procedimiento de Triage. Jornada que cumplió con una intensidad horaria con criterios de evaluación, y que generó la respectiva certificación de los participantes que cumplieron satisfactoriamente el objetivo de la capacitación.

El procedimiento de Triage como todo proceso de gestión debe ser medido, y así lo exige la norma, el paciente que dentro del flujograma de atención, es clasificado como Triage 1 debe ser atendido de manera inmediata, paciente clasificado como Triage 2 en los primeros 30 minutos y pacientes clasificados como Triage 3 debe ser atendido en los próximos 180 minutos.

Teniendo claro estos tiempos para la atención, se empezó a hacer seguimiento de cada una de las clasificaciones para Triage 2 y Triage 3 del servicio de urgencias de la subred sur, iniciando una labor de auditoría rigurosa, creando una línea de base que permitiera comparar los tiempos de oportunidad con los años anteriores y, mostrando así, el impacto que ofrecía el modelo de atención por flujogramas para el servicio de urgencias, creando expectativas para la mejora continua y permitiendo intervenciones inmediatas en las posibles desviaciones presentadas en los indicadores de oportunidad para Triage 2 y Triage 3.

Tabla 1. Comparativo anual del tiempo promedio de atención de los pacientes que fueron clasificados como Triage 2 en urgencias de la Subred sur

OPORTUNIDAD TRIAGE II SUB RED SUR					
DIRECCION DE URGENCIAS					
	2020	2021	2022	2023	2024
ENERO	20,31	18,8	20,5	8,5	10,4
FEBRERO	20,73	21,3	19,8	10,6	8,9
MARZO	20,28	20,6	25,3	10,5	8,8
ABRIL	20,69	24,9	24,6	8,4	9,4
MAYO	15,1	21,9	24,3	11,5	10,3
JUNIO	19,3	23,8	21,8	10,5	9,8
JULIO	18,66	20,8	27	9,5	9,4
AGOSTO	20,17	22,5	24	8,5	
SEPTIEMBRE	18,23	21,7	13,2	10,5	
OCTUBRE	19,58	24,4	11,7	8,4	
NOVIEMBRE	20,5	23,7	11,1	7,8	
DICIEMBRE	20,12	22,7	13,6	11,5	

Fuente: Sistemas de la información – Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Grafica 1. Tiempo de atención en minutos de los pacientes atendidos en urgencias en los últimos 4 años, clasificados como Triage 2

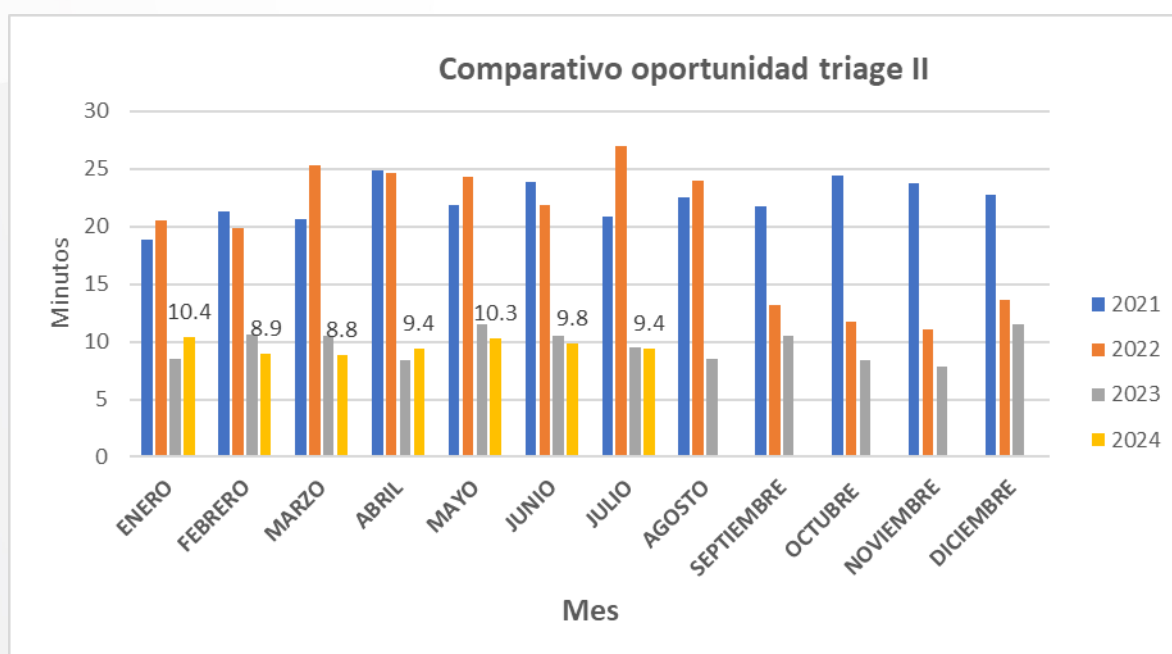
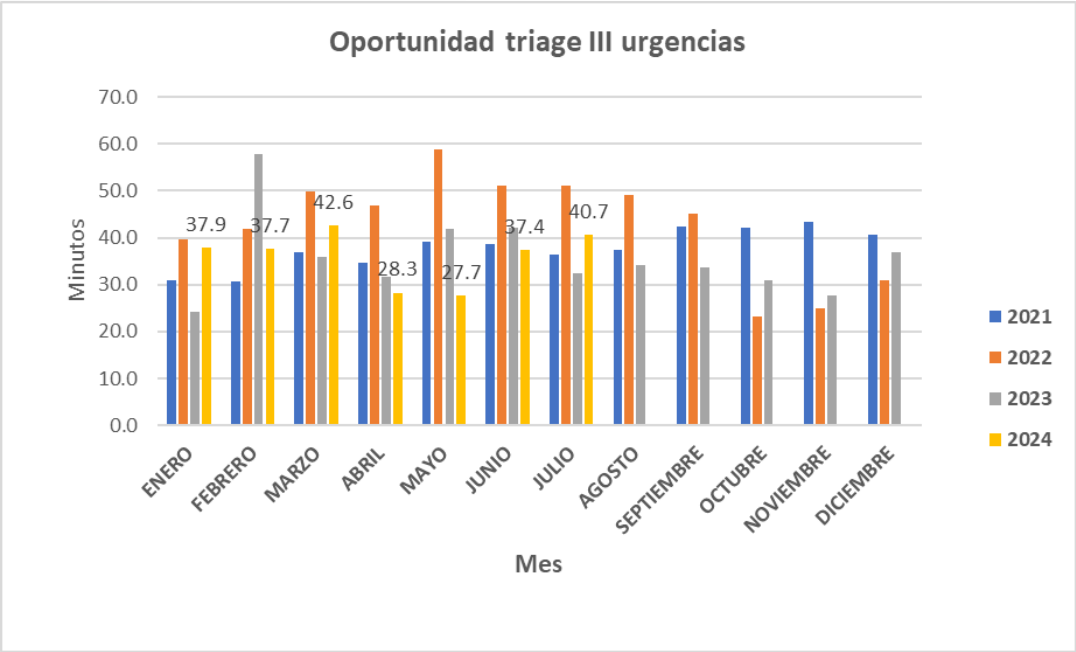


Tabla 2. Comparativo anual del tiempo promedio de atención de los pacientes que fueron clasificados como Triage 3 en urgencias de la Subred Sur

OPOTUNIDAD TRIAGE III SUBRED SUR				
DIRECCION DE URGENCIAS				
MES AÑO	2021	2022	2023	2024
ENERO	30,9	39,6	24,2	37,9
FEBRERO	30,6	41,8	57,8	37,7
MARZO	36,8	49,9	35,8	42,6
ABRIL	34,6	46,8	31,8	28,3
MAYO	39,2	58,8	41,9	27,7
JUNIO	38,7	51,1	42,2	37,4
JULIO	36,4	51,1	32,5	40,7
AGOSTO	37,3	49	34,1	
SEPTIEMBRE	42,3	45,2	33,7	
OCTUBRE	42,2	23,2	31	
NOVIEMBRE	43,3	25	27,6	
DICIEMBRE	40,7	31	37,02	

Fuente: Sistemas de la información – Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Grafica 2. Tiempo de atención en minutos de los pacientes atendidos en urgencias en los últimos 4 años, clasificados como Triage 3



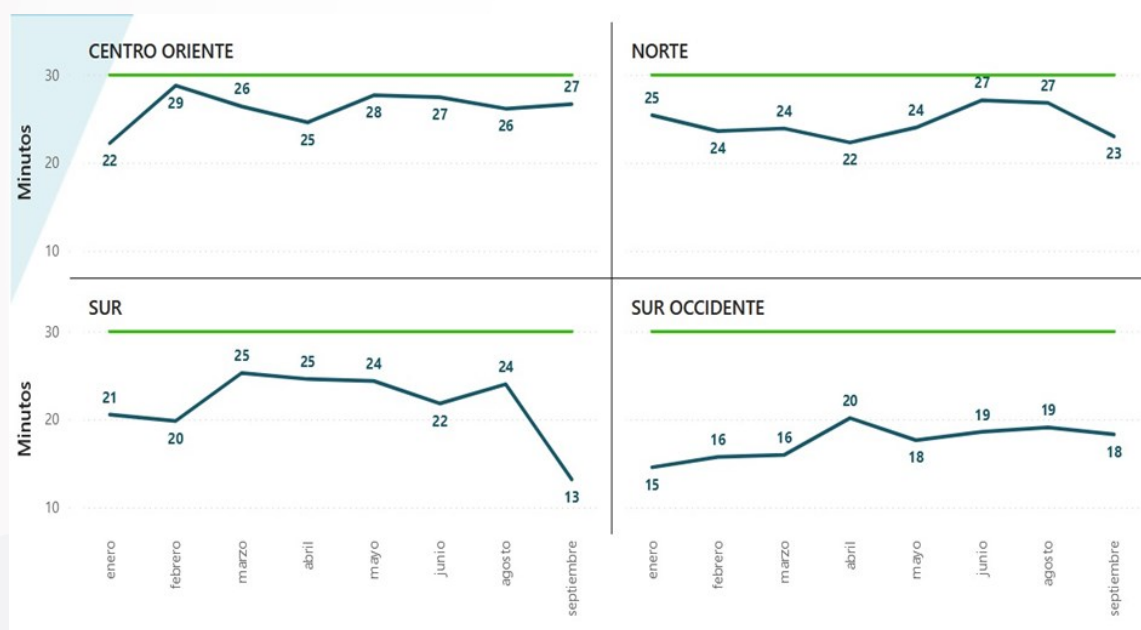
Fuente: Sistemas de la información – Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Las tablas y las gráficas muestran el comportamiento de la oportunidad para el indicador de Triage II y Triage III en los últimos 4 años.

En el análisis que se realiza se evidencia que la aplicación del modelo de atención inicial de urgencias definida por flujogramas impacta en el proceso de atención de los usuarios de manera satisfactoria.

En estas se presenta una oportunidad de atención por debajo de los 10 min en el Triage II, y para Triage III es de 40 min, evidenciando así, los mejores tiempos a nivel distrital para estos dos indicadores.

Grafica 3. Comparativo del indicador de oportunidad para Triage 2 en las 4 subredes integradas del distrito capital



Fuente: Convenio interadministrativo 0008-2021 - RIAS Agresiones, accidentes, traumas y violencia

En la gráfica 3, se evidencian los tiempos medidos para el año 2022 para el indicador de oportunidad de triage 2 en las 4 subredes del distrito. Al observar el mes de agosto a septiembre en la subred sur, se pasa de 24 minutos a 13 minutos promedio en que un paciente es llamado a la consulta después de ser clasificado. En esta fecha se instaura la atención inicial de urgencias definida por flujogramas de atención en los servicios de urgencias de la subred sur, mostrando el gran impacto que tiene en los tiempos de atención y quedando posicionada como los mejores tiempos del distrito los cuales se han mantenido hasta la fecha, como se observa en las anteriores gráficas y convirtiéndose en un modelo de referenciación para los servicios de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Restrepo, J. Jaen, J. Espinal, J. Zapata, P. (Octubre 2017). Emergency departamento overerowing: a four-hospital análisis in Medellin and a strategy simulation. Medellin, Colombia. Doj: <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-34.ssua>
2. 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 http://seup.org/pdf_public/gt/Consenso_reorganizacion_epid2.pdf
3. Sánchez, I. Somoza, J. Estebaranz, F. (2010). Unidad de urgencias hospitalaria estándares y recomendaciones, ministerio de sanidad y política social. España
4. Servicio de urgencias y emergencias. (Junio 2020). Planes de contingencia escalada y desescalada pandemia COVID 19, Sociedad Española de urgencias y emergencias.
5. Secretaría Distrital de Salud (2016). Centro de atención prioritaria en salud CAPS. Bogotá D.C., Colombia. Recuperado de http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Caps_Boletin_Prensa.aspx
6. Grupo Atención de Emergencias y Desastres. (2017). Manual de planeamiento hospitalario para emergencias Ministerio de protección social República de Colombia.
7. 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.

LOS ESTUDIANTES HABLAN

INMERSIÓN ACOME - TEPIAPA “YO SOY GUAJIRA 2024 - I”

Juan Camilo Soler, Médico Interno, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, Presidente Nacional Asociación Colombiana Médica Estudiantil- Acome

María Fernanda Gutiérrez, Médico Interno, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Kevin Steven Leguizamón, Médico Interno, Hospital Departamental de Villavicencio Meta, Presidente Capítulo Bogotá, Asociación Colombiana Médica Estudiantil- Acome

Angie Valentina León, Estudiante de noveno semestre de Medicina Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Vocal Nacional de Proyección Social Asociación Colombiana Médica Estudiantil- Acome

José Edgar Alarcon Investigador y gestor de proyectos en la Región de La Guajira. Director de la Corporación Tepiapa. Humanista.



Imagen de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome)

INTRODUCCIÓN

La Asociación Colombiana Médica Estudiantil (ACOME) es una organización de ámbito nacional, autónoma, políticamente independiente y sin ánimo de lucro, cuyo objetivo principal es brindar las herramientas necesarias para lograr un proceso de formación integral de los estudiantes de medicina de Colombia, que no sea ajeno a la realidad social, económica, cultural y gremial del país. ACOME es miembro federado de la Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina (FELSOCEM) (1).

La Corporación Tepiapa¹ sin ánimo de lucro, pretende establecer un estilo de vida que conserve, sostenga y continúe los sentidos de vida humana de nuestro contexto colombiano, por medio de la acción humanitaria, la investigación y la implementación técnica y tecnológica. Para promover grupos humanos, más justos, sostenibles y solidarios con los sentidos de la vida (2).

En conjunto estas dos organizaciones sin ánimo de lucro se unen, en el año 2022, en un esfuerzo para generar un impacto social desde la medicina occidental en el territorio Guajiro, estableciéndose en tres rancherías en los municipios de Manaure y Riohacha.

En contexto la Guajira es un departamento ubicado en el extremo norte de Colombia, con una superficie de 20.848 km². Limita al norte y al este con el mar Caribe, al sureste con la República de Venezuela, al sur con el departamento del Cesar, y al oeste con el departamento del Magdalena y el mar Caribe (3).

En cuanto a la demografía, La Guajira cuenta con una población estimada de 1.038.397 habitantes en 2023, con una densidad poblacional de 49,8 habitantes por km². El departamento está conformado por 15 municipios, siendo Riohacha, la capital, el principal centro poblacional donde se concentra una gran parte de la población, junto con otros municipios como Uribia, Manaure, y Maicao, casi el 70% de la población vive en estos municipios principales y en la capital. Por pertenencia racial, el 46,2% de la población se auto reconoce como indígena, el 7,4% como negro/afro, el 0,1% como raizal, el 0,1% como palenquero y el 0,01% como gitano/Rom (3).

En cuanto a la educación, en La Guajira se identifican problemáticas principalmente en la baja tasa de cobertura en diferentes niveles educativos, lo que indica dificultades significativas en la continuidad y finalización de la educación.

¹ La organización en su experiencia inserta en territorio ha definido una línea de acción en torno a la salud humana. Esta se denomina Anaas'eiruku (Buena Carne). Para llevar a cabo esta acción voluntaria la organización ha tenido una reflexión cuidadosa y permanente entre los saberes propios en torno a su salud, con los saberes y conocimiento de salud en occidente.

Algunos de los problemas más destacados son:

La educación secundaria: la tasa de cobertura en la educación secundaria (grados sextos a noveno) en La Guajira fue de solo 60,30% en 2022, lo que representa una disminución leve con respecto a años anteriores y se encuentra por debajo del promedio nacional (3).

La educación media: en este nivel, que corresponde a los grados décimo y undécimo, la cobertura es aún más preocupante, con solo un 26,40% en 2022. Esto indica que un número considerable de estudiantes no logra matricularse en los últimos años de la educación media, limitando sus oportunidades de obtener un título de bachiller (3).

La educación superior: la cobertura en educación superior es alarmantemente baja, con un 20,4% en 2022, lo que posiciona a La Guajira como el departamento con la tasa más baja de la Región Caribe y muy por debajo del promedio nacional, que es del 54,9%. Además, los estudiantes enfrentan dificultades en las pruebas de estado, lo que refleja problemas en la calidad educativa (3).

Estos problemas estructurales en el sistema educativo de La Guajira indican desafíos significativos en términos de acceso, calidad, y seguimiento educativo, lo que afecta negativamente las oportunidades de desarrollo de los jóvenes en el departamento.

En Colombia, la prevalencia de malnutrición en menores de 5 años ha sido objeto de diversos

estudios comparativos, especialmente al analizar los diferentes estándares utilizados para la medición y clasificación del estado nutricional. De acuerdo con el Ministerio de Salud y la Protección Social se destaca que, según la Resolución 2465 de 2016 y los patrones de la OMS, la malnutrición en menores de 5 años se caracteriza tanto por déficit como por exceso, sin grandes diferencias entre los parámetros utilizados (4).

Por ejemplo, en un estudio realizado en el municipio de Palermo, Huila, se encontró que, según el índice de masa corporal (IMC) para la edad, el 11,81% de los menores presentaron algún tipo de malnutrición: 1,9% de desnutrición y 9,8% de sobrepeso y obesidad. Además, el 25,5% estuvieron en riesgo de malnutrición, con un mayor riesgo de sobrepeso (17,7%). Según los parámetros de la OMS, el 12,2% presentó malnutrición: 9,8% por exceso y 2,4% por déficit (5).

Estos datos reflejan la coexistencia de problemas tanto de desnutrición como de obesidad en la población infantil colombiana, lo que subraya la necesidad de intervenciones de salud pública que aborden ambos extremos del espectro nutricional.

La malnutrición en menores de 5 años en Colombia representa un grave problema de salud pública que afecta tanto el desarrollo físico como cognitivo de los niños, este problema tiene consecuencias a corto y largo plazo, incluyendo un aumento en las probabilidades de desarrollar complicaciones cardiovasculares en la edad adulta. La malnutrición también puede impactar negativamente la productividad de una región y aumentar los costos de atención en salud, generando una carga significativa para el sistema de salud pública (6).



Imagen de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome)



Imagen de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome)

En Colombia, la prevalencia de malnutrición en menores de 5 años incluye tanto la desnutrición como el sobrepeso y la obesidad. Esto refleja un problema doble donde coexisten ambos extremos de malnutrición. La Resolución 2465 de 2016, que adapta los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el contexto colombiano, juega un papel crucial en la clasificación y monitoreo del estado nutricional de esta población, lo que influye directamente en la toma de decisiones para los programas de salud pública infantil (7).

En La Guajira, la desnutrición infantil es un problema crítico, especialmente en las comunidades indígenas, como los wayúu. Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015, la prevalencia de desnutrición crónica en niños indígenas menores de 5 años fue del 29.6%, mientras que la desnutrición global alcanzó el 7.2%. En La Guajira, la prevalencia de desnutrición crónica fue del 28.4%, muy por encima del promedio nacional de 10.8% (8).

MATERIALES Y MÉTODOS

La idea de generar estas inmersiones nace de las grandes necesidades que se tienen desde todos los aspectos socioculturales y económicos que se viven dentro el territorio guajiro, nuestra jornada en el territorio pobre tiene varios objetivos clave, diseñados para abordar las necesidades de la comunidad Wayuu de manera integral, y estos objetivos pueden incluir:

- Acceso a Servicios Básicos de Salud: Prover servicios médicos esenciales, como consultas generales y tratamiento de enfermedades comunes.
- Prevención y Educación: Educar a la comunidad sobre la prevención de enfermedades, higiene personal, salud reproductiva, y nutrición, para mejorar la calidad de vida según las condiciones del territorio a mediano y largo plazo.
- Detección Temprana: Realizar exámenes y diagnósticos tempranos de enfermedades

crónicas o infecciosas que puedan ser comunes en la comunidad, como la hipertensión.

- Salud Mental: Ofrecer apoyo psicológico y orientación en salud mental, ayudando a las personas a manejar el estrés, la ansiedad, y otras condiciones que pueden estar agravadas por la pobreza.
- Distribución de Medicamentos y Suministros: Prover medicamentos esenciales y suministros médicos a quienes lo necesiten, especialmente para quienes no tienen acceso regular a ellos.
- Promoción de la Salud Comunitaria: Fomentar la creación de redes de apoyo comunitarias que promuevan la salud y el



Imagen de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome)

- **Atención a Grupos Vulnerables:** enfocar recursos y atención en grupos particularmente vulnerables, como niños, mujeres embarazadas, ancianos, y personas con discapacidades.
- **Fortalecimiento de Capacidades Locales:** capacitar a los miembros de la comunidad para que puedan continuar implementando prácticas de salud y autocuidado después de la jornada.
- **Recopilación de Datos:** recolectar información sobre las condiciones de salud de la comunidad para ayudar en la planificación de futuras intervenciones y políticas de salud.

Estos objetivos se alinean para crear un impacto sostenible en la salud y el bienestar de la comunidad, abordando tanto las necesidades inmediatas como los factores a largo plazo que contribuyen a la mala salud en territorios pobres.

Los equipos interdisciplinarios han estado conformados por estudiantes de medicina, odontología, enfermería, nutrición, dietética y fisioterapia; que estén debidamente matriculados en Instituciones de Educación Superior reconocidas por el Ministerio de Educación Nacional. Médicos generales graduados que cuenten con tarjeta profesional, médicos residentes en disciplinas como medicina interna y pediatría. Una vez los equipos estén en el territorio, se disponen en

grupos de trabajo multidisciplinarios para abordar la población por grupos etáreos o especialidades médicas afines. Dicho trabajo se lleva a cabo en un tiempo de tres días, de tiempo completo con las diferentes actividades programadas con las comunidades Wayúu.

Hace parte de las jornadas de inmersiones médicas, la entrega de medicamentos dirigidos al tratamiento de las patologías diagnosticadas. La interacción con la población infantil es fundamental en la inmersión, dado que desde la vocalía de proyección social se define grupos de trabajos con estudiantes de medicina de semestres de básicas, y con este grupo se realizan dinámicas y juegos infantiles para brindar un espacio de diversión y entretenimiento.

El abordaje desde la promoción y prevención en salud, se realizan grupos focales con los hombres y mujeres del territorio, con talleres de lactancia materna, talleres sobre rehidratación oral, primeros auxilios y en algunas rancherías donde, desde el ámbito ancestral, nos permite realizar talleres de educación sexual, con la población juvenil y líderes comunales se dan estrategias de autocuidado y conservación del medio ambiente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los miembros Acomistas que asisten a las inmersiones deben estar matriculados en Instituciones de Educación Superior acreditadas por el Ministerio de Salud y anexo deben ser miembros activos de la asociación, los cuales se consideran como miembros activos una vez se inscriben de manera formal y voluntaria a través de la dirección de talento humano en salud de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome), cumpliendo con requisitos preestablecidos por esta organización estudiantil.

Los miembros voluntarios deben pasar por un proceso de inscripción de forma libre y voluntaria a la convocatoria realizada públicamente ofrecida por la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome) a nivel nacional en las 64 facultades de medicina del país, deben pasar por un proceso de capacitaciones específicas brindadas por la Corporación Tepiapa y por la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome), las cuales tiene un costo que el voluntario debe pagar, una vez el voluntario, pase los filtros con las capacitaciones, debe realizar el proceso final y es cancelar el costo de comida y transporte dentro del territorio.

Los voluntarios asistentes deben reunir una serie de requisitos consistentes en documentos orientados a la seguridad social, esquemas de vacunación, deben firmar un consentimiento informado donde se realiza el hincapié en la confidencialidad de la historia clínica orientados

a la buena ética médica sobre el trato de datos personales de la población abordada.

La custodia de las historias clínicas obtenidas dentro del territorio de forma manual está bajo el cargo de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome), para objeto de estudio de enfermedades prevalentes y posibles proyectos de investigación que se puedan llevar a cabo en el territorio, futuros enfoques terapéuticos desde el área de medicina.

RESULTADOS

La desnutrición en La Guajira es el resultado de una combinación compleja de factores estructurales, sociales, culturales y ambientales que se han acumulado a lo largo del tiempo. La Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome) y la Corporación Tepiapa, dentro de su trabajo y experiencia en el territorio han identificado factores que contribuyen a la desnutrición en esta región, que a continuación se describen:

1. Inseguridad alimentaria: muchas familias en La Guajira no tienen acceso regular a alimentos suficientes, seguros y nutritivos debido a la pobreza, la falta de recursos económicos, y la dependencia de una economía informal. La producción agrícola local es limitada, lo que agrava la situación de inseguridad alimentaria.

2. Escasez de agua potable: la falta de acceso a agua potable es un problema crítico en La Guajira. Las sequías prolongadas, la falta de infraestructura para la recolección y distribución de agua, y la contaminación de las fuentes de agua afectan gravemente a las comunidades, limitando su capacidad para mantener una nutrición adecuada.

3. Condiciones climáticas extremas: la Guajira es una región árida que enfrenta sequías frecuentes y condiciones climáticas extremas que afectan la disponibilidad de alimentos y agua. Estas condiciones también limitan la capacidad de las comunidades para cultivar alimentos o mantener ganado, lo que empeora la situación de inseguridad alimentaria.

4. Falta de servicios de salud y saneamiento: las deficiencias en los servicios de salud y saneamiento aumentan la incidencia de enfermedades infecciosas, que a su vez contribuyen a la desnutrición al interferir con la absorción de nutrientes y el crecimiento infantil. La diarrea, por ejemplo, es común debido al agua contaminada y a la falta de instalaciones sanitarias adecuadas.

5. Desplazamiento y vulnerabilidad social: el conflicto armado y las actividades extractivas (como la minería) han desplazado a muchas comunidades Wayúu, reduciendo su acceso a recursos naturales esenciales para su subsistencia. Este desplazamiento agrava la vulnerabilidad social y económica, aumentando el riesgo de desnutrición.

6. Impacto de políticas y modelos económicos: las políticas nacionales y regionales a menudo no han abordado adecuadamente las necesidades específicas de las comunidades indígenas, como los wayúu. Además, la explotación de recursos naturales ha tenido un impacto negativo en el medio ambiente local, afectando los medios de vida tradicionales y contribuyendo a la pobreza y la inseguridad alimentaria.



Imagen de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome)

7. Crisis humanitaria y emergencias alimentarias: La Guajira ha enfrentado crisis humanitarias recurrentes debido a la falta de respuesta adecuada a las emergencias alimentarias, particularmente durante las sequías. La falta de intervención oportuna ha llevado a tasas elevadas de desnutrición y mortalidad infantil.

8. Falta de educación y conocimientos nutricionales: muchas familias carecen de conocimientos sobre nutrición adecuada y prácticas de salud infantil. Esto, sumado a la influencia de costumbres y creencias tradicionales, puede limitar la adopción de prácticas alimenticias saludables.

9. Problemas de transporte y aislamiento geográfico: el aislamiento geográfico y la falta de infraestructura de transporte dificultan el acceso a mercados, centros de salud y otros recursos esenciales, lo que contribuye a la inseguridad alimentaria y la desnutrición.

Estos factores interrelacionados crean un entorno desafiante en La Guajira, donde la desnutrición es un síntoma de problemas más amplios relacionados con la pobreza, la exclusión social, y la falta de acceso a recursos básicos. Para abordar la desnutrición de manera efectiva, es necesario un enfoque integral que aborde estos determinantes subyacentes.

La alimentación de los niños en las comunidades Wayúu de La Guajira está influenciada por una combinación de factores culturales, económicos y ambientales. A

continuación se describen las características principales de la dieta infantil en estas comunidades:

1. Dieta tradicional: la dieta tradicional Wayúu se basa en alimentos producidos localmente, como el maíz, las legumbres (frijoles) y el chivo (carne de cabra). Estos alimentos son fundamentales en la alimentación de los niños y son valorados tanto por su aporte nutricional como por su significado cultural.

2. Lactancia materna: la lactancia materna es común y se practica durante un período prolongado. En muchas comunidades Wayúu, las madres amamantan a sus hijos hasta los dos años o más, ya que se cree que la leche materna es crucial para el desarrollo y la salud del niño. Sin embargo, la introducción de alimentos complementarios puede ser tardía, lo que a veces resulta en una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales.

3. Introducción de alimentos complementarios: los alimentos complementarios se introducen gradualmente, y suelen incluir papillas de maíz, caldos de carne de cabra y otros alimentos básicos. Sin embargo, la variedad y calidad de estos alimentos pueden ser limitadas debido a la escasez de recursos y a las condiciones de inseguridad alimentaria en la región.

4. Alimentos culturales y sazónadores: la dieta de los niños Wayúu también puede incluir alimentos específicos que son culturalmente significativos, como ciertos tipos de pescado y frutas locales cuando están disponibles. Además, se utilizan sazónadores tradicionales para preparar los alimentos, lo que les da un sabor distintivo y está relacionado con las costumbres locales.

5. Desafíos alimentarios: las condiciones de sequía durante el año y la falta de acceso a agua potable limitan la disponibilidad de alimentos frescos y nutritivos. Las familias a menudo dependen de alimentos almacenados o comprados, que pueden no ser tan nutritivos como los alimentos frescos.

Además, la pobreza y la falta de acceso a recursos básicos agravan la situación y en muchos casos, los niños no reciben una dieta equilibrada que satisfaga todas sus necesidades nutricionales.

6. Influencia de alimentos procesados: en años recientes, los alimentos procesados y comercializados han comenzado a formar parte de la dieta infantil, especialmente en las áreas más urbanizadas. Sin embargo, estos alimentos a menudo son bajos en nutrientes y altos en azúcares y grasas, lo que contribuye a problemas de malnutrición.

7. Rol de las mujeres y la comunidad: las mujeres, especialmente las madres y abuelas, son las principales responsables de la alimentación infantil. En la cultura Wayúu, las mujeres tienen un rol central en la preparación de los alimentos y en la transmisión de conocimientos alimentarios tradicionales. La alimentación de los niños es vista como un deber colectivo, con la comunidad participando en la crianza y el cuidado de los más pequeños.



Imagen de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome)

8. Variabilidad y adaptación: la dieta de los niños puede variar según la temporada y la disponibilidad de alimentos. Las comunidades wayúu han desarrollado mecanismos de adaptación para enfrentar la escasez de alimentos, pero estas prácticas no siempre son suficientes para garantizar una nutrición adecuada.

En resumen, la alimentación de los niños Wayúu está profundamente conectada con su entorno cultural y las limitaciones que enfrentan debido a factores económicos y ambientales. Si bien la lactancia materna y los alimentos tradicionales juegan un papel importante, los desafíos actuales, como la inseguridad alimentaria y la falta de recursos, complican la capacidad de proporcionar una dieta equilibrada y nutritiva a los niños.

Las creencias culturales juegan un papel fundamental en la prevalencia y el manejo de la desnutrición en la etnia Wayúu en La Guajira. La relación entre estas creencias y la desnutrición es compleja, ya que las prácticas tradicionales y los valores culturales pueden tanto proteger como exponer a los niños a riesgos nutricionales. A continuación, se detallan algunos aspectos clave:

1. Prácticas Tradicionales de Alimentación

Lactancia materna y destete: en la cultura Wayúu, la lactancia materna es una práctica común y prolongada, a menudo hasta los dos años o más. Sin embargo, el destete y la

introducción de otros alimentos pueden estar influenciados por creencias sobre la idoneidad de ciertos alimentos para los niños pequeños, lo que a veces resulta en una dieta inadecuada o insuficiente.

Alimentos tradicionales: la dieta de los Wayúu se basa en alimentos que son culturalmente aceptados y disponibles localmente, como el maíz, el frijol, proteína de carne de chivo, res, pescado y algunas especies silvestres y las preparaciones tradicionales. Sin embargo, la falta de diversidad en la dieta y el acceso limitado a alimentos ricos en nutrientes esenciales puede contribuir a la desnutrición.

2. Creencias sobre la salud y la enfermedad

Interpretación de la desnutrición: en algunas comunidades Wayúu, la desnutrición puede no ser reconocida como una enfermedad o un problema de salud en sí misma. Puede interpretarse dentro de un marco cultural que no necesariamente coincide con las definiciones biomédicas.

Por ejemplo, la pérdida de peso o la falta de crecimiento podría atribuirse a causas espirituales o a desequilibrios en la vida social o familiar.

Uso de medicina tradicional: la medicina tradicional juega un papel importante en la vida de los Wayúu. Los remedios y prácticas curativas tradicionales se utilizan para tratar enfermedades, incluyendo aquellas relacionadas con la nutrición. Sin embargo, estas prácticas no siempre son suficientes para abordar casos severos de desnutrición o infecciones relacionadas.

3. Roles de género y responsabilidad familiar

Rol de la mujer en la alimentación infantil: las mujeres Wayuu tienen un rol central en la alimentación y el cuidado de los niños. Sin embargo, su acceso limitado a recursos, educación, y apoyo externo puede afectar la nutrición infantil. Además, las responsabilidades de las mujeres en la comunidad pueden limitar el tiempo que tienen para preparar alimentos nutritivos y adecuados para sus hijos.

Autoridad de los mayores: los mayores de la comunidad tienen un gran respeto y autoridad en la toma de decisiones, incluidas las relacionadas con la alimentación y el cuidado de la salud. Esto puede ser positivo si los mayores están bien informados, pero también puede ser un obstáculo si persisten prácticas alimenticias que no son óptimas para la salud de los niños.

4. Impacto de la modernización y el cambio cultural

Cambio en los hábitos alimenticios: la modernización y el contacto con otras culturas han introducido cambios en los hábitos alimenticios de los Wayúu. El acceso a

alimentos procesados y menos nutritivos ha aumentado, lo que puede desplazar los alimentos tradicionales más saludables y contribuir a la malnutrición.

Pérdida de conocimientos tradicionales: con la modernización, algunos conocimientos y prácticas tradicionales relacionados con la alimentación y la salud están en riesgo de perderse, lo que podría impactar negativamente en la capacidad de las comunidades para manejar la nutrición infantil de manera efectiva.

5. Intervenciones culturalmente sensibles

Integración de prácticas tradicionales con la medicina moderna: para abordar la desnutrición de manera efectiva, es esencial que las intervenciones de salud pública respeten y se integren con las creencias y prácticas culturales Wayuu. Esto podría incluir la colaboración con líderes comunitarios y sanadores tradicionales, así como la educación sobre nutrición que tenga en cuenta los valores y costumbres locales.

Empoderamiento de las mujeres y educación: mejorar el acceso de las mujeres a la educación y a recursos para el cuidado infantil puede tener un impacto positivo en la nutrición infantil.

Las infecciones a menudo reducen el apetito, lo que puede resultar en una ingesta insuficiente de alimentos. Esto es particularmente problemático para los niños pequeños, que necesitan una dieta rica en nutrientes para su crecimiento y desarrollo.

Un niño desnutrido es más propenso a contraer infecciones, y cada infección empeora la desnutrición. Este ciclo puede ser difícil de romper sin intervenciones adecuadas que aborden tanto la nutrición como la prevención y tratamiento de infecciones. Las infecciones recurrentes y la desnutrición crónica pueden tener un impacto devastador en el crecimiento físico y el desarrollo cognitivo de los niños. Esto puede llevar a retrasos en el desarrollo y a una menor capacidad para aprender y prosperar en la vida adulta.



Imagen de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome)

Una de las intervenciones más efectivas para prevenir infecciones y mejorar la nutrición es garantizar el acceso a agua potable y mejorar las condiciones de saneamiento.

Esto reduce la incidencia de enfermedades transmitidas por el agua, como la diarrea. Proporcionar suplementos nutricionales a los niños desnutridos, junto con atención médica para tratar infecciones de manera temprana, es crucial para romper el ciclo de desnutrición e infecciones. La educación en prácticas de higiene, como el lavado de manos, y en la importancia de una dieta balanceada es fundamental para reducir la transmisión de infecciones y mejorar el estado nutricional de los niños.

CONCLUSIONES

- El juego permite a los niños expresar sus emociones, liberar tensiones y olvidarse de los problemas del entorno, esto es especialmente importante en contextos de pobreza, donde el estrés relacionado con la inseguridad alimentaria, la violencia o la inestabilidad económica puede ser alto (9).
- El juego físico no solo beneficia la salud física, sino que también tiene un impacto positivo en la salud mental al mejorar el estado de ánimo y reducir los síntomas de depresión. Los niños aprenden a reconocer y manejar sus emociones a través del juego. Esto es crucial para desarrollar habilidades de autorregulación emocional, que son fundamentales para enfrentar situaciones difíciles de manera saludable (9).

- Algunos tabúes alimentarios afectan la dieta de las madres embarazadas y lactantes, así como la de los niños. Por ejemplo, ciertos

alimentos pueden ser evitados porque se cree que pueden causar daño al niño o a la madre, o porque están asociados con supersticiones locales. Esto puede llevar a una dieta limitada que no cubre todas las necesidades nutricionales. Las parteras y los sabedores (líderes espirituales y curanderos)

juegan un papel crucial en la salud y la nutrición dentro de las comunidades Wayúu. Sus recomendaciones y rituales en torno a la alimentación y el cuidado infantil son seguidos con gran respeto, lo que puede influir en la adopción de prácticas nutricionales específicas.

- La desnutrición no siempre se reconoce como un problema médico en algunas comunidades wayúu. En lugar de ver la

desnutrición como una enfermedad que requiere intervención médica, puede interpretarse como una consecuencia de

desequilibrios espirituales o como un castigo ancestral. Esta percepción puede retrasar la búsqueda de ayuda médica y la adopción de intervenciones nutricionales adecuadas. La autonomía en la producción de alimentos es valorada en las comunidades Wayúu, donde se prioriza el consumo de alimentos cultivados o criados localmente. Sin embargo, los cambios climáticos y económicos han afectado esta práctica, lo que ha llevado a una mayor dependencia de alimentos procesados y comprados, que no siempre son nutritivos.

- Con la modernización y el contacto con otras culturas, algunas prácticas tradicionales han comenzado a cambiar. La influencia de productos alimenticios comercializados y el acceso limitado a opciones saludables han alterado las dietas tradicionales, lo que en algunos casos ha contribuido a problemas de malnutrición.



Imagen de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome)

- En la cultura Wayúu, el bienestar de los niños está profundamente ligado a la comunidad y al entorno espiritual. Las prácticas de alimentación y cuidado infantil están entrelazadas con rituales y creencias que buscan asegurar la protección y el crecimiento saludable de los niños.
- Estas creencias culturales deben ser entendidas y respetadas en cualquier intervención de salud pública dirigida a mejorar la nutrición en La Guajira. Es fundamental que las políticas y programas se diseñen en colaboración con las comunidades locales, integrando sus conocimientos tradicionales y respetando sus costumbres para asegurar la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones (12).



Imagen de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (Acome)

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Colombiana médica estudiantil. Asociación Colombiana Médica Estudiantil - Quiénes somos [Internet]. https://web.facebook.com/acomoeoficial/?locale=es_LA&_rdc=1&_rdr. 2002 [cited 2024 Jul 16].
2. Corporación Tepiapa. (2023, February 24). Quiénes somos [Review of Quiénes somos]. Corporación Tepiapa. <https://www.tepiapa.org/nosotros>
3. Cámara de comercio de La Guajira (2023). Base de datos del Registro Mercantil de jurisdicción de la Cámara de Comercio de La Guajira, 2023
4. Ministerio de salud y protección social. Prevención de la malnutrición o desnutrición. Guía técnica: buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Bogotá. 2010
5. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. Ministerio de la Protección Social: Bogotá D.C; 2011. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Bas e%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>
6. Barrera-Dussán, N., Fierro-Parra, E. P., Puentes-Fierro, L. Y., & Ramos-Castañeda, J. A. (2018). Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años afiliados al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) del área urbana del municipio de Palermo en Colombia, 2017. Universidad Y Salud, 20(3), 236. <https://doi.org/10.22267/rus.182003.126>
7. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición: datos y cifras [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
8. Sguassero DY, Moyano LC, Aronna LA. Validación clínica de los nuevos estándares de crecimiento de la OMS: análisis de los resultados antropométricos en niños de 0 a 5 años de la ciudad de Rosario, Argentina. Arch Argent Pediatr 2008;106(3):198–204.
9. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (Fao). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2013. Hambre en América Latina y el Caribe: acercándose a los Objetivos del Milenio. Roma: Editorial Fao; 2014.
10. Adell Segura, J. y Castañeda Quintero, L. J. (2010). Los Entornos Personales de Aprendizaje (PLEs): una nueva manera de entender el aprendizaje. R. Roig Vila y M. Fiorucci (Eds.). Valencia, España.

11. Ministerio de la Protección Social. Análisis de la situación de salud (ASIS) Colombia. Imprenta N. Bogotá D.C: noviembre de 2016; 2016.
12. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO, Organización Panamericana de la Salud OPS et al. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. [Internet]. OPS_OMS Ecuador. Santiago de Chile; 2020 [citado 20 de mayo de 2021]. 150 p. Disponible en: <https://bit.ly/3beKZJg>
13. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. Ministerio de la Protección Social: Bogotá D.C; 2011. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Bas e%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

NOTICIAS

La salud mental de nuestros estudiantes

Lady Liliana Agudelo Nuñez, Líder formación talento humano en Hospital Meissen, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

El pasado 26 de julio se realizó el encuentro entre los estudiantes de internado y residentes de programas médicos quirúrgicos donde se trataron temas de importancia para todo nuestro personal en formación en la Subred Sur. En este espacio se contó con la compañía de los procesos transversales de humanización, centro de escucha, además desde la Oficina de Gestión del Conocimiento se socializaron las 12 reglas de oro de la relación docencia-servicio.

El encuentro se realizó con el fin de fortalecer el acompañamiento a todos nuestros estudiantes durante su proceso de formación donde se resalta la importancia en salud mental, el autocuidado emocional dentro del entorno educativo y los procesos de formación.

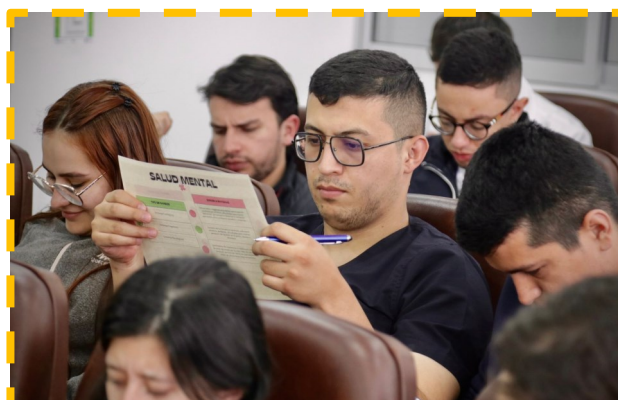


Imagen archivo Subred Sur



Imagen archivo Subred Sur

Certificados y reconocimiento a nuestros docentes

Lady Liliana Agudelo Nuñez, Líder formación talento humano en Hospital Meissen, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

El segundo semestre de 2024 nuestros colaboradores de las unidades de servicios de salud de nuestra subred recibirán su certificado como docentes, es gratificante como institución en vía de certificarnos como hospital universitario reconocer a quienes logran su especialización en docencia. ¡Felicitamos a nuestros colaboradores por su esfuerzo y dedicación!



Imagen tomada de <https://www.unsplash.com/>

¿Por qué el programa de voluntariado es una innovación social?

Lony Samantha Tapias, Referente de Responsabilidad Social, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, líder programa de voluntariado

Diego Armando Díaz Rincón, líder de innovación en Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, líder programa de voluntariado

La innovación social es la introducción de nuevas acciones, metodologías y actividades que buscan suplir y cubrir las necesidades o problemáticas de una comunidad específica.

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) definió la innovación social como nuevas formas de gestión, de administración, de ejecución, nuevos instrumentos o herramientas, nuevas combinaciones de factores orientadas a mejorar las condiciones sociales y de vida en general de la población de

la región. Un factor clave en el surgimiento de innovaciones sociales ha sido, sin duda la activa participación de la comunidad desde la definición del problema que desean solucionar, la identificación de posibles alternativas de solución, la ejecución de las mismas así como su seguimiento. Es indispensable que los modelos innovadores tengan una relación costo – beneficio (tangible e intangible) mejor que la de los tradicionales, además deben ser escalables, sostenibles y posibles de ser convertidas en programas y políticas públicas que puedan afectar a grupos amplios de la población.

El voluntariado en la Subred Sur se considera una innovación social porque responde a una necesidad crítica y a un problema en el ámbito de la atención en salud como lo es: la no humanización, la falta de empatía y el bienestar del colaborador los cuales se han debilitado a lo largo del tiempo, reflejándose en la falta de sentido de pertenencia en los colaboradores hacia la institución, evidenciándose en una rotación del 1.6% en el año 2023 según los indicadores de contratación y talento humano.

Una alternativa a este problema es la incorporación de altruismo y filantropía como fundamentos para revitalizar el cuidado mutuo. A través del voluntariado, no solo promovemos el bienestar emocional de quienes reciben el apoyo, sino que también fortalecemos el sentido de pertenencia, compromiso de los voluntarios con la institución, descubrimiento de nuevas habilidades y talentos personales, el cuidado de quienes nos cuidan, creando un ambiente más cercano, personalizado y positivo.

Actualmente, contamos con iniciativas de voluntariado que fomentan la interacción directa, como: "Artesanos de Sonrisas", "Clown", "Ruta de la navidad" y la elaboración de "Pulpos Amigurumis" para bebés prematuros.

El amor, la sonrisa y el arte tomaron vida en la Mesa de Creatividad e Innovación de la Subred Sur. Los miembros de la Mesa a través del diálogo y el diseño de proyectos con

metodologías de innovación desarrollaron la primer acción piloto en voluntariado Clown. Esta acción convocó a 31 colaboradores y colaboradoras, los cuales fueron formados en un taller de un día brindado por el profesor de clown y director de la Fundación Siervos del Alfarero, Alejandro Figueroa.



Imagen archivo Subred Sur

Finalmente, la acción de voluntariado clown se llevó a cabo el día 31 de agosto en los hospitales El Tunal y Meissen donde los colaboradores y colaboradoras crearon sus propios personajes, vestimenta y puesta en escena para visitar a los pacientes y transformar su ambiente por medio del amor, la sonrisa y el arte.



Imagen archivo Subred Sur

Te invitamos a ser parte de un entorno empático de servicio a los demás, si estas interesado en apoyar al otro, te invitamos a escribirnos al correo responsabilidadsocial.eje@subredsur.gov.co con el asunto: Deseo ser voluntario Subred Sur. Tu intención será orientada para evaluar el mejor espacio en el voluntariado para desempeñar tu vocación y talento al servicio de otros.

El programa de voluntariado se ha construido con metodologías de innovación social y pública, la siguiente ficha permite comprender el proyecto de innovación social con la prueba piloto de la acción de voluntariado Clown Subred Sur:

Ficha de innovación Programa de Voluntariado:

Nombre Proyecto	Programa de Voluntariado
Fase de innovación	El proyecto ha venido aplicando la metodología de doble diamante. Desarrollando identificación de acciones de voluntariado, referenciación con instituciones hospitalarias y capacitaciones teórico - prácticas con partner social como Fundación Siervos del Alfarero, Cruz Roja del Ecuador. Se ha integrado las fases de innovación pública del Laboratorio de Innovación de Chile, el programa de voluntariado se encuentra en la fase 6. Piloto y evaluación.
Sector	Calidad de vida y bienestar en salud
Grupo de valor	usuarios, familia, comunidad, colaboradores, servicios tercerizados y grupo de formación
Tipo de Innovación	Innovación social
Problemática	Se carece de una cultura de cuidar al cuidador, empatía humana hacia los pacientes, falta de identidad y sentido de pertenencia de los colaboradores
Exploración	Esta fase se ha desarrollado a través de una investigación inicial realizando una referenciación inicial en Méderi el 30 de octubre del 2023 del programa de voluntariado, continuando con el análisis bibliométrico: guía para elaborar un plan de voluntariado, manual del ciclo de gestión de las personas voluntarias de la plataforma de voluntariado de España, modelo de gestión para organizaciones de acción voluntaria de la guía técnica colombiana, elaboración de documento de análisis y diagnóstico de voluntariado, normati-

Prueba piloto	Se realizó una acción de voluntariado Clown en una primera fase de formación en clown y una segunda fase de visita a pacientes con personajes clown en Hospital El Tunal y Hospital de Meissen
Insights o Hallazgos: (Observaciones y patrones)	• Desarrollo de habilidades artísticas, comunicativas en colaboradores • Oxigenación y ruptura de la rutina diaria de trabajo provocando bienestar al servir a otros • Ambiente de esperanza y sentido de importancia al visitar de los pacientes en hospitalización • Sensibilidad y aumento de empatía por los pacientes al tener cercanía con ellos, aumentando entusiasmo y alegría al ver sonreír y cambiar de actitud a los pacientes • Permite adherencia del colaborador a la institución, debido a que el servir al otro de forma voluntaria genera bienestar y fidelidad a la entidad • Mejoramiento de habilidades blandas, estado emocional y comunicación
Voluntarios impactados con formación	31 colaboradores en taller de formación, 28 colaboradores certificados
Hospitales visitados	Tunal y Meissen
Partner social: (Aliados y mentores para acompañar el proceso de nacimiento, crecimiento y maduración del proyecto)	1. Fundación Siervos del Alfarero – director y especialista en Voluntariado: Alejandro Figueroa 2. Cruz Roja de Ecuador – Coordinador de Voluntariado: Jorge Mera
¿Quiénes co-construyen el proyecto desde la innovación social?	Miembros activos de la mesa de creatividad e innovación en salud de la Subred Sur
¿Quién acompaña el diseño desde la metodología de innovación social?	Líder de Innovación y mentor Diego Armando Díaz Rincón

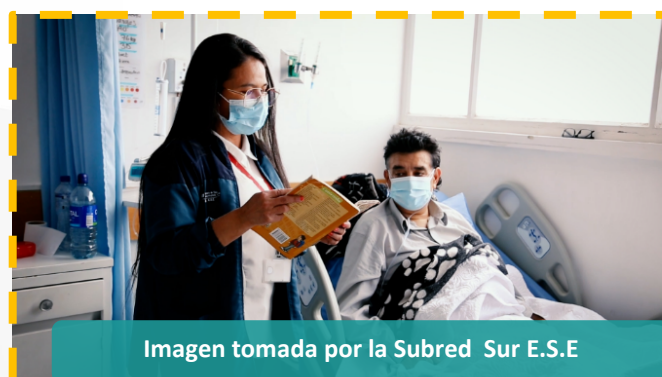
El programa de voluntariado toma acción con diferentes líneas:



***Abraza a un Pulpo
Pulpos Amigurumis***



Clown Subred Sur



Artesanas de Sonrisas

Aprendiendo y compartiendo con el magazine Estamos IN

Los contenidos de aprendizaje producidos en el magazine Estamos IN generan una cultura de conocimiento donde se comunican proyectos de investigación, innovación y docencia, invitando a expertos que comparten sus experiencias.

Los invitamos a aprender a través de los contenidos de video por Youtube y a compartirlo. En el episodio del mes de agosto se entrevistó al Doctor Daniel Huertas quien es director de urgencias de la Subred Sur donde habló acerca de las acciones innovadoras en las rutas de atención diferencial en urgencias, pueden observar el contenido [aquí](#).

