

Workshop
Nacional

De Investigación en Salud

CITEISA

Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud
Centro de Servicios de Salud

SENNOVA

CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD



VOLº 2



CITEISA

Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud
Centro de Servicios de Salud

SENNOVA

Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia
Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)
Directivos SENA

José Antonio Lizarazo Sarmiento
Director General SENA

Emilio Navia
Coordinador Sistema Nacional de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación SENNOVA

Juan Felipe Rendón Ochoa
Director Regional - SENA Antioquia

Miguel Ángel Ceballos Caro
Subdirector del Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia

John Albeiro Giraldo Londoño
Coordinador de Formación del Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia

Diana Catalina Arcila Echavarría
Líder SENNOVA Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia

Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia
Dirección: Calle 51 # 57 - 70. Medellín (Antioquia)
Teléfonos: 5760000 Ext 42503
<http://www.sena.edu.co/regionales-y-centros-de-formación/-zona-andina/Antioquia/Paginas/Antioquia.aspx>
<http://www.centrodeserviciosdesaludsena.blogspot.com.co/>

Se autoriza la reproducción total o parcial de la obra para fines educativos siempre y cuando se cite la fuente.

Comité Científico

Gabriel Jaime Saldarriaga Ruíz
Psicólogo y Magíster en Sociología y Profesional equipo de Fomento del Bienestar y Liderazgo del Aprendiz.

Carlos Alberto Gómez Mercado
Administrador en Salud. Magíster en Salud Pública, Estudiante de Doctorado en Epidemiología y Bioestadística.

Ruth Zorayda Osorio Gutiérrez
Bioingeniera. Especialista en Gestión de Proyectos y Gestora Tecnoparque. Estudiante de Maestría en Materiales y Procesos.

Piedad Lucía Díaz Destouesse

Psicóloga. Especialista en Gerencia del Talento Humano, Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Estudiante de Doctorado en Ciencias de la Educación. Coach Ontológico e Instructora SENA.

Juan Camilo Villada Rios

Licenciado en Educación Física y Deportes. Especialista en Docencia Investigativa Universitaria. Magíster en Psicología de la Educación.

Comité Editorial

Diana Catalina Arcila Echavarría

Ingeniera Química. Magíster en Ingeniería con Énfasis en Química, Estudiante de Doctorado en Biotecnología. Líder SENNOVA Centro de Servicios de Salud.

Luisa María Álvarez Londoño

Bacterióloga y Laboratorista Clínica. Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Estudiante de Doctorado en Ciencias de la Educación. Coach Ontológico e Instructora SENA.

Diseño y Diagramación

Alicia Patiño Restrepo
Publicista.

Corrección de Estilo

Carlos Mario Suárez Garzón
Comunicaciones del Centro de Servicios de Salud.

Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. 2017
Medellín, Antioquia
Volº 2
Código ISSN impreso: 2539-3871
Código ISSN digital: 2590-5708
Periodicidad Anual
88 Páginas

POLÍTICA EDITORIAL

Temática y Alcance

La revista Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud se propone estimular la difusión de temas de actualidad nacional e internacional en las áreas disciplinares de Ciencias de la Salud y afines, tales como: Salud Pública, Salud Psicosocial, Farmacia, Administración en Salud, Actividad física, deporte y recreación, entre otras, que recojan el resultado de investigaciones, la reflexión científica, y la producción intelectual de los investigadores. Los contenidos, textos, imágenes y archivos publicados en la revista Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud son responsabilidad exclusiva de los autores de los artículos y no reflejan ni comprometen de ninguna manera al Comité Editorial, ni al equipo responsable de la publicación, en cabeza del grupo de investigación CITEISA del Centro de Servicios de Salud, SENA-Regional Antioquia. La periodicidad de la revista es anual.

La revista Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, sigue las pautas de Colciencias para la indexación de publicaciones seriadas, dando preferencia a los artículos de:

1. Investigación: relata la manera de delimitar la pregunta de la investigación, el camino para someterla a prueba (análisis estadístico del experimento, protocolos disciplinarios) y la confrontación de los datos generados con la literatura actual; la estructura del documento generalmente incluye cuatro apartados importantes que son introducción, metodología, resultados y conclusiones.

2. Reflexión: documentos que presentan resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales y de revisión. Este tipo de artículo puede contener los siguientes ítems introducción, contenido, conclusiones y referencias bibliográficas.

3. Revisión: es el resultado de una investigación terminada donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica superior a 50 referencias.

Proceso de revisión de artículos

Los autores deben enviar sus artículos a la coordinación de la revista. Recibido el texto, éste se somete a una preselección por parte del Comité Editorial en la que se determina su pertinencia temática para la revista.

Una vez calificado como pertinente para la publicación, inicia el proceso de evaluación académica, en el que se conserva el anonimato de los evaluadores y los autores. Este proceso determina la idoneidad académica del texto y la posibilidad de publicación, o la necesidad de solicitar modificaciones a los autores para someter el trabajo a una nueva evaluación.

Los artículos recibidos para publicación en la revista Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud serán sometidos a evaluación mediante la modalidad doble ciego, siguiendo criterios de rigor teórico y metodológico, previamente definidos y consignados en una rúbrica. Para tal efecto, se priorizará la novedad, originalidad, pertinencia y calidad del texto en contenido y forma.

Para ese propósito, por cada artículo, el Comité Editorial acudirá a dos (2) pares externos o internos al Sena, quienes al aceptar el rol de evaluadores o árbitros se convierten en miembros del Comité Científico. Estas personas deberán contar con elevado perfil académico – científico, teniendo en cuenta su formación profesional (preferiblemente con título de Maestría o Doctorado) y su reconocida trayectoria investigativa. Esto último, se valorará sobre todo, en función de la categorización que Colciencias hace a los investigadores, y asimismo, en la experiencia como autores y evaluadores en los ejes temáticos y líneas impulsadas por la revista.

ORIENTACIONES PARA LOS AUTORES

Presentación de los artículos

1. Los artículos remitidos deben ser originales, escritos en español, no publicados con anterioridad o simultáneamente en otra revista o en línea.
2. Es indispensable que los autores indiquen si su artículo es producto o desarrollo de una investigación en curso o concluida. Se debe incluir en una nota a pie de página el nombre del proyecto, las fechas en que inició y terminó, la entidad que lo financió y lo ejecutó.
3. Los artículos pueden contener 20 páginas numeradas, incluyendo resumen, cuerpo central, ilustraciones, fotografías, gráficos o tablas, referencias, en papel tamaño carta. Deben presentarse a doble espacio, en fuente Times New Roman, tamaño de letra 11 puntos y justificado.
4. En la primera página se debe incluir: título del artículo; nombre completo de los autores, nacionalidad, filiación institucional, grupo de investigación, formación de pregrado y posgrado; resumen no superior a 300 caracteres y entre cinco y diez palabras clave, que no estén incluidas en el título. El resumen y las palabras clave deben estar en español e inglés.
5. El autor debe anexar la siguiente información: correo electrónico, número telefónico/fax, número de celular y dirección de correspondencia, a fin de facilitar el contacto y el seguimiento.
6. El documento se debe entregar en un archivo de Word versión 2007 en adelante.
7. El cuerpo del artículo debe contener los siguientes elementos:

1. Introducción

La estructura de la introducción debe contener: la importancia del tema, estado del arte, definición del problema y descripción de objetivos.

2. Metodología

En la metodología se describen de manera concisa los métodos o procedimientos usados para el cumplimiento de los objetivos. Puede incluir: materiales, localización del estudio, diseño experimental, tipos de análisis, análisis estadístico, entre otros que se consideren pertinentes.

El cuerpo del trabajo debe ser subdividido en ítems y sub-ítems, utilizando listas numeradas multinivel con números arábigos y puntos. Los nombres de los capítulos, ítems y sub-ítems deben escribirse con letras mayúsculas apenas al inicio y en los nombres propios y justificados a la izquierda.

2.1 Ítem

Este es el primer ítem del segundo capítulo.

2.1.1 Sub-ítem 1 del ítem

Este es el primer sub-ítem del segundo capítulo.

2.1.2 Sub-ítem 2 del ítem 1

Este es el segundo sub-ítem del segundo capítulo.

2.2 Ítem 2

Este es el segundo ítem del segundo capítulo.

3. Resultados y discusión

Los resultados corresponden a los datos obtenidos desde los experimentos, ensayos o análisis planteados en la metodología. Emplear en la medida de lo posible, tablas, figuras o texto que apoyen la presentación de dichos datos.

♦Figuras, tablas, notas al pie

Las figuras, tablas, gráficos, fotos, ecuaciones, cuadros e ilustraciones deben estar debidamente insertados en el texto.

Deben ser numerados secuencialmente con números arábigos. Aunque sean generados en otros programas, deben estar presentados en Microsoft Word versión 2007 en adelante. Pueden utilizarse colores según sea necesario. El título debe ser corto, así como las notas explicativas o leyendas que expliquen los símbolos utilizados y aclaren aspectos necesarios para el entendimiento del lector. La Figura 1 presenta el logo utilizado en SENNOVA. Observar que la palabra “Figura”, el número y el punto van en negrilla.



Figura 1. Logo COGESTEC 2014

En las tablas, el título debe ubicarse en la parte superior; los demás elementos tendrán su título en la parte inferior. Se recomienda centrar los elementos y sus títulos, excepto las tablas, que se justificarán a la izquierda. La Tabla 1 muestra los márgenes que deben emplearse en el trabajo completo. Observar que la palabra “tabla”, el número y el punto van en negrilla.

Tabla 1. Márgenes para trabajos completos

Márgenes	Tamaño
Derecha	2,5
Izquierda	3,0
Arriba	2,5
Abajo	2,5

Todos estos elementos deben ser citados en el texto así: Tabla 1, Cuadro 1, Figura 1, etc. La cita de uno de estos elementos en el texto debe preceder siempre su inserción, la cual se hará preferiblemente en la misma página o, a lo más, en la página siguiente a la de su cita.

Las ecuaciones y expresiones matemáticas deben enumerarse al igual que los demás elementos, tal y como se aprecia en la Ecuación 1. Observar que la palabra “Ecuación”, el número y el punto van en negrilla.

$$ax^2 + bx + c = 0$$
$$x = \frac{-b \pm \sqrt{b^2 - 4ac}}{2a}$$

Ecuación 1. De segundo grado o cuadrática

Para obtener una buena calidad de impresión de las ecuaciones, se recomienda utilizar el editor de ecuaciones de Word.

Las notas de pie de página deben ser colocadas en la misma página donde son indicadas y numeradas secuencialmente con números arábigos¹.

Las citas textuales de menos de 40 palabras se escriben entre comillas; si la cita textual es de 40 palabras o más, se coloca en un párrafo propio con margen izquierda de 4,5 cm y letra Times New Roman tamaño 10 puntos, con interlineado sencillo. En todos los casos se debe citar la fuente al final, indicando la página o páginas de la obra original.

Todas las páginas deben numerarse en la margen inferior derecha.

¹ Las notas de pie de página se deben utilizar únicamente cuando sea estrictamente necesario para introducir aclaraciones al texto y se evitará su uso para introducir citas de trabajos consultados.

4. Conclusiones y recomendaciones

Argumentos o afirmaciones relativas a los resultados obtenidos.

Cada una de las conclusiones debe ser observada dentro del desarrollo del artículo.

Deben ser coherentes con los resultados presentados y la discusión planteada.

Agradecimientos (Opcional)

Deben colocarse después de las conclusiones y antes de las referencias, utilizando un nombre de capítulo sin numeración.

Referencias bibliográficas

La lista de referencias debe seguir las reglas de estilo vancouver para trabajos científicos, se coloca al final del trabajo, bajo el nombre de capítulo “bibliografías”, sin numeración. Esta lista contiene solamente los trabajos citados en el texto.

♦ Algunas recomendaciones frente al estilo Vancouver

Las referencias deben enumerarse consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto, en las tablas y en las leyendas de las figuras.

Se recomienda que se utilicen números arábigos en paréntesis.

Se incluyen sólo aquellas referencias consultadas directamente por el investigador, no se deben hacer citas de cita (o segundas fuentes).

Se deben consultar los documentos completos; debe evitarse citar resúmenes. Si por un motivo muy justificado se cita un resumen, se debe especificar, poniéndolo entre corchetes después del título [Resumen] [Abstract].

Los documentos que se citen deben ser actuales, salvo por motivos históricos o si no encontramos referencias actualizadas.

♦ Ejemplos de referencias más utilizados

Libro

Autor/es. Título. Volumen. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1998.

Capítulo de libro

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Coordinador/Editor literario del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Página inicial del capítulo-página final del capítulo.

Rader DJ, Hobbs HH. Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas. En: Barnes PJ, Longo DL, Fauci AS, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 3145-3161.

Artículo de revista

Autores del artículo (6 aut. máximo et al). Título del artículo. Abreviatura de la revista. Año; Volumen (número): páginas.

Vitoria JC, Bilbao JR. Novedades en enfermedad celíaca. An Pediatr. 2013;78(1):1-5.

Página web (sede web)

Sede Web [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de comienzo [fecha de última actualización; fecha de nuestra consulta]. Disponible en: URL de la web Orpha.net [Internet].

Paris: Orphanet; 2000 [actualizado 14 Feb 2013; citado 4 abr 2013]. Disponible en: <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=ES>

Al someter un artículo a la revista Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud mediante el “Formato de cesión de los derechos patrimoniales de autor”, los autores aceptan su publicación y también su difusión en internet y en los índices y bases bibliográficas en los que estuviera indexada la publicación, siempre y cuando dicho trabajo sea considerado como publicable por parte del Comité Editor de la revista, previa evaluación de los árbitros académicos.

CONTENIDO

Evaluación de las prescripciones de medicamentos de control especial en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de referencia en Bogotá.	15 - 22
Intoxicación infantil por medicamentos: experiencias de las madres que acudieron a un hospital público de II nivel en Bogotá D.C.-Colombia	23 - 36
Experiencias de aprendizaje significativo durante la práctica de adulto mayor. Una investigación pedagógica en desarrollo, con los aprendices del programa: Técnico en Enfermería del Centro de Servicios de Salud, del Servicio Nacional de Aprendizaje.	37 - 41
Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) y de estrategias como la simulación en la formación del personal de enfermería.	42 - 52
Implementación del sistema de habilitación de salud en la IPS simulada como estrategia orientada a la prestación de servicios tecnológicos.	53 - 59
Reflexión sobre los retos y amenazas éticas de la e-salud.	60 - 68
Costo de las tutelas en salud en Colombia 1992 a 2016.	69- 75
Fomento de valores, actitudes y normas de juego limpio en una academia de fútbol: la realidad a través del audiovisual.	76- 88

EDITORIAL

¿LA INVESTIGACIÓN EN SALUD, SOLO PARA UNOS PRIVILEGIADOS?

Para nadie es extraño hoy día, el uso del celular o del internet aún en poblaciones alejadas de las áreas urbanas, y aunque muchas veces su uso no sea el más efectivo por el tema de las conexiones, en casi todos los municipios de nuestra geografía llegan los adelantos tecnológicos que conocemos y que disfrutamos actualmente. ¿Sucedre igual con la salud y sus adelantos tecnológicos?

Hoy en pleno siglo XXI, nuestra población rural, y aún suburbana sigue sufriendo la misma problemática que en el siglo XX presentaba, y no precisamente porque el desarrollo de las enfermedades requiera nuevos y complicados protocolos y tratamientos, o que los adelantos tecnológicos requieran nuevas intervenciones de los equipos de salud, tristemente dicha problemática se reduce a algo que todos en el sector salud conocemos, lamentamos y sufrimos: las condiciones de Salud Pública que aún en este siglo siguen siendo mínimas, por no decir que no existen en muchas de nuestras poblaciones y estos mismos problemas de salud siguen afectando las poblaciones más vulnerables de nuestras comunidades.

Esta situación se reitera en nuestro país y en gran parte de Latinoamérica, región que desafortunadamente repite la historia política con dictadores de diferentes corrientes, pero que de tumbo en tumbo o de banda a banda utilizan la Salud Pública como parte de sus ofertas de mandato, con modelos que poco o casi nada garantizan el derecho a la salud que casi todos pregonan.

Uno de los objetivos que busca o persigue la investigación, es la identificación de problemas y su posible solución, en salud si bien es cierto hay adelantos que son el resultado de complejas investigaciones y altas inversiones de recursos, tambien lo es, que problemas simples, siguen marcando el estado de salud de muchas personas, imposibilitándolas incluso para las más básicas actividades cotidianas, peor aún, impidiendo que sigan sus tratamiento médicos de forma efectiva y detallada.

Con estas premisas, para nuestra institución surge una pregunta: ¿Cómo invitar a los jóvenes para que se sigan formando para hacer parte de un mercado laboral cada vez más difícil, más competido y con mayor desigualdad? la tarea no es fácil, pero es un reto importante y crucial para el cumplimiento del objeto misional en nuestra labor de formadores y como contribución así sea mínima al desarrollo de nuestra sociedad. Con este horizonte la investigación se posesiona como una alternativa de mejoramiento de lo que hay establecido científica y socialmente.

Para el Instructor y el Aprendiz que investigan es una contextualización con el mundo laboral real, una oportunidad de repensarlo, analizando sus problemas y posibles soluciones. Permitiéndose así ser parte activa de una comunidad laboral, entendiendo su dinámica y proponiendo cambios que solucionen problemas o mejoren procesos del sector al cual llegará algún día a desempeñarse como profesional, la investigación como co-formadora de nuestros aprendices, respetando y conociendo toda la orientación y requerimientos éticos que la investigación en salud impone.

Es así, como en este segundo volumen de la revista Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, se presentan artículos que abordan temas de actualidad en el área, que ameritan una reflexión objetiva de la situación actual. Adicionalmente, se presentan artículos como resultado de investigaciones finalizadas, con las cuales se abordaron temáticas de situaciones cotidianas de la comunidad y que tiene que ver con problemas de Salud Pública que afectan al ser humano y su grupo familiar.

Miguel Ángel Ceballos Caro
Subdirector
Centro de Servicios de Salud
SENA - Regional Antioquia

Evaluación de las prescripciones de medicamentos de control especial en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de referencia en Bogotá.

Astrid Catalina Flórez Buitrago

Investigador SENNOVA. Instructora Centro de Formación en Talento Humano en Salud. Enfermera Profesional. Magister en Salud Pública y Medio Ambiente. Colombiana.
caflo@misena.edu.co

Javier Leonardo Vásquez

Investigador SENNOVA. Centro de Formación en Talento Humano en Salud. Profesional Especializado en Epidemiología. Colombiano.

Miguel Hernández Camargo

Aprendiz SENA. Tecnólogo de Regencia en Farmacia.

Angy Lorena Penagos

Aprendiz SENA. Tecnólogo de Regencia en Farmacia.

Resumen

Los medicamentos de control especial son fiscalizados por el Fondo Nacional de Estupefacientes del gobierno colombiano, de manera que, el correcto diligenciamiento de las prescripciones médicas es regulado.

El objetivo del estudio es evaluar las prescripciones de los medicamentos de Control Especial generados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de referencia en la ciudad de Bogotá.

La investigación corresponde a un estudio transversal descriptivo retrospectivo llevado a cabo durante los meses de abril a junio del año 2016, en el que se analizaron 1483 prescripciones de medicamentos de control especial en la Unidad de Cuidados Intensivos. Las prescripciones fueron analizadas en cuanto a integralidad, legibilidad, alteraciones y uso de abreviaturas en variables que constituyen la prescripción.

Resultados: en cuanto a la integralidad, se caracterizó por evidenciar presencia total de datos 14,76% (n=219) de las prescripciones, identificándose los mayores porcentajes de omisión de información, para las variables "tiempo de tratamiento" 34,86% (n=517) y "vía de administración" 23,74% (n=352); las variables alusivas a "identificación del paciente" e "identificación del prescriptor" permitieron identificar un amplio porcentaje de datos parcialmente diligenciados, 55,7% y 41,4% respectivamente. A partir del 84,7% del promedio calculado para el concepto de integralidad, el cual incluye la suma de variables diligenciadas completa y parcialmente, se estableció la legibilidad de las formulaciones en un 99,27%, indicando en general una adecuada legibilidad de las variables registradas. El análisis permitió identificar el uso de abreviaturas en 99,06% (n=1469) de las prescripciones de medicamentos de control objeto del estudio. Dado los hallazgos, se recomienda estandarizar y socializar los criterios de diligenciamiento de las fórmulas de control especial proporcionadas por la Unidad de Cuidados Intensivos, de tal manera que los datos requeridos en la prescripción sean diligenciados acorde al esquema con información completa y legible.

Palabras clave: Errores en la medicación, medicamento de control especial, medicamentos con prescripción, droga, prescripción, estudio transversal.

Abstract

Objective Controlled medication is regulated by Fondo Nacional de Estupefacientes of the Colombian government. This means that the correct way to fill medical prescriptions in is a matter of regulation. The goal of the present study is to evaluate the prescriptions of controlled medication in the ICU (intensive care unit as it is in Spanish in the original) of a reference hospital in Bogotá.

Method: Descriptive retrospective transversal study developed during three months, from april to june, 2016. 1483 controlled medication prescriptions were analyzed and tested in such ICU. Prescriptions were assessed in terms of integrity, legibility, alteration and abbreviation use following variables that constitute the prescription itself.

Results: Integrity in 14,76 % (n=219) prescriptions showed a higher percentage of information omission; for variables such as "treatment time" 34,86 % (n=517) and "route of administration" 23,74 % (n=352); variables such as "patient ID" and "prescriber ID" allowed us to identify a wide data prescription-fill-in percentage, 55,7 % and 41,4 % respectively. From 84,7 % of the calculated mean for integrality, which includes the addition of full and partial fill-in-prescription variables, thus, prescription legibility was established in a 99,27 %, which, in general, indicates a good readability in the registered variables. This analysis allowed us to identify abbreviation use in a 99,06 % (n=1469) of controlled medication prescription assessed.

Conclusions: We recommend to standardize and socialize the fill-in criteria of controlled medication prescriptions processed in the ICU, which should follow clear and efficient fill-in protocols.

Key words: Medication errors, controlled medication, prescribed medication, medication, prescription, transversal study.

1. Introducción

El profesional y el tecnólogo en regencia de farmacia son responsables del suministro de medicamentos a las áreas hospitalarias y de llevar un registro esquemático y secuencial de la rotación de los medicamentos, especialmente de los que son monopolio del estado como lo son los medicamentos de control especial (1).

El error de medicación se define como *"un fallo en el proceso de tratamiento que conduce a, o tiene el potencial de conducir a, daño en el paciente; situación que puede ser dada en cualquiera de las siguientes fases: la transcripción, la dispensación, la administración y el seguimiento de un medicamento"* (2). Prescripciones con errores pueden generar interpretación equivocada por el farmacéutico/regente de farmacia, al leer la receta de forma errada, posibilitando cambiar los nombres de los medicamentos o dispensar una dosis diferente de la prescrita por cuenta de la legibilidad (3).

La mayoría de medicamentos tiene un margen terapéutico seguro, el cual se conoce como la relación entre la dosis de un medicamento que produce efecto terapéutico y la que provoca efecto tóxico (4). En algunos medicamentos ese margen puede ser muy estrecho, y por tanto existe

un riesgo inherente cuando existen fallas en su proceso de utilización; esos fármacos son llamados high-alert medications o medicamentos de alto riesgo (5), aquí denominados medicamentos de control. Los errores que ocurren con esos medicamentos no son muy comunes, pero cuando suceden poseen una alta severidad y pueden llevar a lesiones permanentes o ser fatales (6,7).

Los errores de prescripción son frecuentes en las unidades de cuidados críticos, siendo esperados, ya que estos pacientes, dadas sus condiciones de salud, necesitan de varios medicamentos. Se reporta que los pacientes pueden experimentar 1,7 errores por día y casi todos sufren una amenaza potencial para la vida durante su estancia hospitalaria debido a la disminución de las reservas fisiológicas, aumentando el riesgo de daño debido a los errores relacionados con la medicación (8).

Mario Borges Rosa, farmacéutico brasileiro, estudioso de los errores de la medicación, considera que el personal de salud involucrado con el problema (farmacéuticos, médicos y enfermeras) no sabe identificar un error de medicación y en muchos casos, sólo se dan cuenta de que hubo el error, cuando es grave, resultando muchas veces en fallecimiento.

Los errores menores pasan prácticamente desapercibidos y en consecuencia no son registrados, mucho menos evaluados y estudiados. Por tanto, la práctica profesional en las unidades de salud debe ser el lugar para la discusión del asunto e implantación de medidas de prevención de eventos adversos (3).

Los aprendices del programa Tecnólogo de regencia en farmacia del Centro de Formación de Talento Humano en Salud del Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-, quisieron enfrentarse a ese reto y emprendieron el camino en la búsqueda de comenzar la discusión mediante este trabajo de investigación, basándose en los parámetros y las competencias de su quehacer según la reglamentación actual.

El objetivo del presente artículo es evaluar las prescripciones de medicamentos de Control Especial generadas en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de referencia en Bogotá, de acuerdo con la reglamentación vigente; como objetivo específico está definido: Identificar el porcentaje de errores u omisiones en la formulación de los medicamentos con mayor frecuencia de prescripción.

2. Metodología

A partir de la autorización del equipo de la farmacia de un hospital de referencia en la ciudad de Bogotá, se realizó un estudio transversal con colecta retrospectiva de datos, basado en el análisis de las prescripciones médicas de control especial, emitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos, durante los meses de abril a junio de 2016.

Conforme a la resolución 823 del 2003 (9), se consideran medicamentos de control especial, Alprazolam tableta de 0,5mg, Bromazepam tableta de 3mg, Clobazam tableta de 10mg, Clonazepam solución inyectable 1mg/ml, Diazepam solución inyectable 5mg, Fentanilo Citrato solución inyectable 0,5mg/10ml, Ketamina solución inyectable 200mg/20ml, Lorazepam tableta de

1mg, Morfina Clorhidrato solución inyectable 10mg/ml, Midazolam Clorhidrato solución inyectable 5 mg/5 ml, Remifentanilo Clorhidrato polvo para reconstituir 1mg, Tiopental sódico polvo para reconstituir 1g.

El formulario elaborado para el análisis de las prescripciones contiene 12 variables: fecha, identificación del prescriptor, identificación del paciente tipo de UCI, CIE10, nomenclatura del medicamento (genérico o no), presentación, tiempo de la prescripción, vía de la administración, cantidad suministrada y uso de abreviaturas.

Definición de variables: "fecha de prescripción" hace referencia al registro en la fórmula médica, de día, mes y año en que se prescribió el fármaco de control; "profesional" hace referencia al médico que prescribe el medicamento de control; "identificación de paciente" hace referencia al primer nombre y a los dos apellidos del paciente al cual se le formulan los medicamentos de control; "medicamento" incluye información que da cuenta del nombre del medicamento formulado; "forma farmacéutica" relativa a la disposición física final del medicamento para facilitar su administración; "cantidad" hace referencia al número de formas farmacéuticas acordes con la dosis y la duración del tratamiento, que deben ser dispensadas por el farmaceuta.

El análisis de cada ítem y de la prescripción total fue basada en las definiciones de legibilidad, integralidad y presencia o no de alteraciones, con base en la revisión de la legislación y de artículos publicados los cuales son denominados errores de redacción (9–13).

a) Integralidad: se consideró que la prescripción es integral cuando, por los menos el 90% de las variables se encontraban completas o presentes.

b) Legible: es definida como aquella prescripción leída, entendida normalmente sin problema o gasto de tiempo. En esta clasificación no debe haber dudas sobre la comprensión de todas las palabras, números, símbolos y abreviaturas. El promedio de las variables evaluadas debe ser al menos 90%.

c) No alteraciones: se considera alterada la prescripción, en caso de encontrar tachaduras, borraduras o enmendaduras en alguna de las variables estudiadas. Se considera que la prescripción no está alterada cuando 90% de los ítems están correctamente presentados.

d) Uso de abreviaturas: fueron contabilizadas las abreviaturas presentes en cada uno de los ítems evaluados, solamente se admitieron las abreviaturas del sistema métrico decimal.

Los datos fueron consignados en el programa de cálculo Microsoft Excel, Office 2013. El análisis exploratorio de los datos se realizó por medio de estadística descriptiva, con cálculo de medidas de frecuencias, de posición como (media, mediana), y variabilidad (desvío patrón y coeficiente de variabilidad), mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 21.0.

3. Resultados y discusión

Durante los meses de abril, mayo y junio de 2016, fueron analizadas todas las prescripciones de medicamentos de control especial generadas en este lapso, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se identificaron 1483 prescripciones de 376 pacientes, en un rango de 1 a 69 prescripciones por paciente, se calculó el promedio en 8 prescripciones/paciente y la media en 1 prescripción/paciente.

La evaluación de la integridad general involucra las variables, fecha de prescripción, profesional, sexo, edad, paciente, medicamento, forma farmacéutica, tiempo de prescripción, dosis, vía de administración y cantidad. Se calculó la media de integridad en 86,36% y se identificó que los datos se distribuyeron de manera leptocúrtica; el rango del porcentaje de integralidad se determinó en 63,64 puntos porcentuales, siendo el porcentaje de integralidad menor calculado en 36,36% y el mayor calculado en 100%.

De igual forma se identificaron prescripciones con datos ausentes (n=1264), de las cuales en 197 se observó ausencia de al menos tres variables. Las

variables con mayor porcentaje de omisión o con mayor cantidad de ítems diligenciados inadecuadamente fueron “tiempo de tratamiento” con 34,86% (n=517) y “vía de la administración” con 23,74% (n=352). Las variables identificadas con mayor número de registros diligenciados de manera parcial fueron, “identificación del paciente” con 55,70% (n=826) e “identificación del prescriptor” con 41,4% (n= 614) lo cual se presenta en la figura 1.

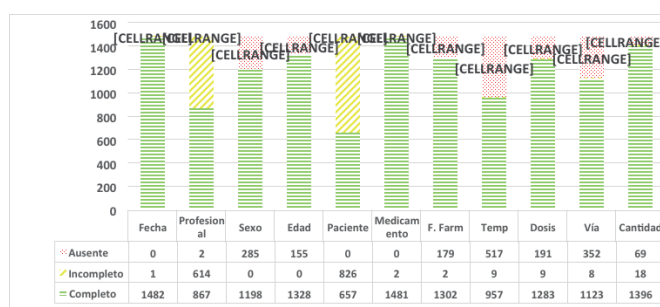


Figura 1: Distribución de las prescripciones según la integridad y el ausentismo.

“La falta de claridad sobre el nombre del paciente puede crear confusiones en la dispensación y administración de los medicamentos, de igual forma cuando hay dificultades en poder visualizar el nombre del médico tratante se puede incurrir en pérdida de tiempo tratando de entender o buscar al médico errado. Según Miasso y Cassiani, se verificó que 33,9% de los errores en la administración de los medicamentos en un hospital de enseñanza, fueron relacionados con la identificación del paciente” (14).

La media de la legibilidad de las prescripciones que cuentan con todos los datos completos fue de 99,27%, indicando una adecuada legibilidad para la generalidad de las variables estudiadas (Figura 2), El porcentaje de ilegibilidad (0,73%) difiere de los resultados encontrados en la literatura revisada, como Araujo 3,14% y Neri 3,29% (3).

Sin embargo, es importante resaltar que -dados los hallazgos- la evaluación global sólo pudo ser realizada al 53,27% (n=790) de los datos recolectados (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución de las prescripciones según la legibilidad

Variable	Legibilidad			
	Legible		Dudosa	
	f	%	f	%
Fecha	1479	99,73%	4	0,27
Profesional	1467	99,05%	14	0,27
Paciente	1474	99,39%	9	0,27
Medicamento	1466	98,85%	17	0,27
F. Farm	1295	99,31%	9	0,31
Tem	956	98,96%	10	0,41
Dosis	1276	98,76%	16	0,31
Vía	1124	99,38%	7	0,35
Cantidad	1412	99,86%	2	0,28

Teniendo en cuenta prescripciones diligenciadas completamente (n=790), se identificó un porcentaje de no alteración de 99,76%.

El análisis de la variable "cantidad correcta" demostró que de las 1414 prescripciones que contaron con información de "cantidad", el 54,46% (n=770) tuvo registro incorrecto de cantidad de medicamento solicitado.

El análisis permitió identificar uso de abreviaturas en un 99,06% (n=1469) de las prescripciones de medicamentos de control objeto del estudio. La revisión arrojó como media del total de abreviaturas 2,79 abreviaturas/prescripción, la mediana se calculó en 3 abreviaturas; por tanto los datos se distribuyeron de manera normal; el rango total de abreviaturas fue calculado en 6, siendo 0 la menor cantidad de abreviaturas encontrada en las prescripciones y 6 la mayor cantidad de abreviaturas presente en la formulación.

La falta de estandarización y de legibilidad en las abreviaciones puede llevar a confusiones gravísimas que pueden atentar contra la vida de un ser humano. Un ejemplo clásico fue la mala utilización de la abreviatura UI en Canadá, donde ocurrió el error de administración de la insulina. El

paciente tuvo una lesión grave permanente, después de recibir 70 unidades de insulina en vez de las siete prescritas, porque la abreviatura U, fue confundida con el número cero (15).

De los 17 medicamentos identificados como prescritos en las fórmulas evaluadas, el Fentanilo fue predominante con un 33,71% (n=500), seguido de Midazolam con un 16,72% (n=248) e Hidromorfona con 16,25% (n=241), se identificó que en 1,7% (n=4) de los registros de Hidromorfona, en 1,61% (n=4) de los registros de Midazolam y en 0,8% (n=4) de los registros de Fentanilo, el nombre del medicamento se encontraba dudoso.

La ausencia de dosis y vía de administración para el medicamento Fentanilo se calculó en 17,4% (n=87) y 35,2% (n=176) respectivamente, para Midazolam, la ausencia de dosis se calculó en 14,11% (n=35), la ausencia de información de vía de administración se estableció en 30,24% (n=75) y para el medicamento Hidromorfona, la ausencia de estas variables se calculó en 15,4% (n=37) y 20,7% (n=50) respectivamente.

La ausencia de información en las variables evaluadas, se debe a que el prescriptor no diligenció la información correspondiente a la casilla del formulario de control especial, situación que puede generar demora en la búsqueda de la información por parte del farmacéuta, y es un indicador visible de no cumplimiento de los parámetros establecidos en el formato.

Los medicamentos anteriormente nombrados como Fentanilo, Hidromorfona y Midazolam, son medicamentos que se utilizan como analgésicos, narcóticos potentes, capaces de ocasionar efectos adversos que pueden conducir al fallecimiento del paciente (16), por tanto los problemas relacionados con la redacción en los ítems medicamentos, su dosis o su vía pueden generar cambio en las presentaciones o administrar una dosis errada.

Del total de prescripciones, un 68,58% (n=1017) de los medicamentos formulados estaban descritos con el nombre genérico, el 31,42% (n=466) complementario, estaban descritos con el

nombre comercial, lo cual conlleva a identificar una situación que incurre en una falta a la Resolución 1478 de 2006 (17), la cual refiere que los medicamentos de control deben diligenciarse en un formato especial, utilizando el nombre genérico de los medicamentos, evitando que su existencia en el inventario sea cuestionada por el nombre del medicamento.

En general se observó error en 1289 formulas. Los errores más relevantes están relacionados con: el nombre incompleto del paciente 65% (n=826), tiempo de tratamiento ausente 34,86% (n=517), nombre de medicamento dudoso 1,33% (n=17), dosis ausente 12,88% (n=191), vía de administración ausente 23,74% (n=352).

De manera similar, el artículo publicado por Rosa (2009) evidencia que el 75% de los errores encontrados en las prescripciones pueden clasificarse como errores de redacción, siendo los más prevalentes los problemas relacionados con la forma farmacéutica, omisión de la dosis o vía de administración (10).

4. Conclusiones

El presente trabajo se sustenta, a través de las referencias internacionales, las cuales inciden sobre la importancia de evaluar los errores de la prescripción en el ámbito hospitalario, ya sea desde el punto de vista de su prevalencia o de su potencial riesgo para los pacientes. De igual forma, este trabajo materializa el criterio de análisis y de decisión que a diario realiza el regente de farmacia, siendo constancia de su implementación desde la formación.

Agradecimientos

Al profesional Félix Andrés Ceballos Ramírez por la corrección de estilo del documento, y a los químicos farmacéuticos: Elías Mora y Flor Alexandra Rodríguez por su apoyo en la recolección de los datos.

Referencias Bibliográficas

1. OPS Colombia - Medicamentos [Internet]. [citado 31 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/pf_it.asp
2. Ferner RE, Aronson JK. Clarification of terminology in medication errors: definitions and classification. *Drug Saf.* 2006;29(11):1011-22.
3. Araújo PT de B, Uchôa SAC. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16:1107-14.
4. Glosario de Términos Farmacológicos – Margen terapéutico [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://glosario.sld.cu/terminos-farmacologicos/2011/05/03/margen-terapeutico/>
5. Institutional High-Alert Medications [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2016]. Disponible en: <https://www.ismp.org/tools/institutionalhighAlert.asp>
6. Cohen MR, Proulx SM, Crawford SY. Survey of hospital systems and common serious medication errors. *J Healthc Risk Manag.* septiembre de 1998;18(1):16-27.
7. Federico F. Preventing harm from high-alert medications. *Jt Comm J Qual Patient Saf Jt Comm Resour.* septiembre de 2007;33(9):537-42.
8. Sada O, Melkie A, Shibeshi W. Medication prescribing errors in the medical intensive care unit of Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Res Notes* [Internet]. diciembre de 2015 [citado 29 de septiembre de 2016];8(1). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/8/448>

9. Ministerio de la Protección Social. Resolución 826 del 2003 [Internet]. Diario Oficial No. 45.192,; 2003. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200826%20DE%202003.pdf
10. Rosa MB, Perini E, Anacleto TA, Neiva HM, Bogutchi T. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. Rev Saúde Pública. junio de 2009;43(3):490-8.
11. Dean B, Barber N, Schachter M. What is a prescribing error? Qual Health Care QHC. diciembre de 2000;9(4):232-7.
12. Rabelo Néri ED, Chaves Gadêlha PG, Maia SG, da Silva Pereira AG, de Almeida PC, Martins Rodrigues CR, et al. Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro. Rev Assoc Médica Bras. mayo de 2011;57(3):306-14.
13. Aguiar G, Silva Júnior LA da, Ferreira MAM. Ilegibilidade e ausência de informação das prescrições médicas: fatores de risco relacionados a erros de medicação. Rev Bras Em Promoção Saúde. 2006;84-91.
14. Miaso AI, Cassiani SHDB. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. Rev Esc Enferm USP. 2000;34:16-25.
15. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What Practices Will Most Improve Safety?: Evidence-Based Medicine Meets Patient Safety. JAMA. 24 de julio de 2002;288(4):501.
16. Fentanilo, analgésico [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-fentanilo-n02ab03>
17. El Ministerio de la Protección social. RESOLUCIÓN NÚMERO 001478 DE 10 DE MAYO DE 2006 [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/resolucion%20001478%20de%202006.pdf>

Intoxicación infantil por medicamentos: experiencias de las madres que acudieron a un hospital público de II nivel en Bogotá D.C.-Colombia.

Flórez Buitrago Astrid Catalina

Investigador SENNOVA. Instructora Centro de Formación en Talento Humano en Salud. Enfermera Profesional. Magíster en Salud Pública y Medio Ambiente. Colombiana
Contacto: caflo@misena.edu.co

Cortes Aguirre Diana María

Instructora Centro de Formación en Talento Humano en Salud. Colombiana.

Rativa Velandia Mercedes

Instructora Centro de Formación en Talento Humano en Salud. Magister en Enfermería, Colombiana.

Nieto Poveda Elcy Cecilia

Instructora Centro de Formación en Talento Humano en Salud. Colombiana.

Dueñas Garzón Adriana Lucía.

Instructora Centro de Formación en Talento Humano en Salud. Enfermera Profesional, Colombiana.

Orjuela Céspedes Claudia Liliana

Instructora Centro de Formación en Talento Humano en Salud. Enfermera Profesional, Postgrado en Administración en Salud Pública. Colombiana.

Resumen

El presente estudio se realizó con el objetivo de conocer la experiencia de las madres de niños en edades menores o iguales a cinco años, que presentaron un evento de intoxicación por medicamentos. A partir de las narraciones se identificaron condiciones asociadas, cuidados prestados en la residencia, motivo de asistencia hospitalaria, almacenamiento de medicamentos y precauciones para evitar nuevos eventos.

Los casos fueron obtenidos a partir de las bases de datos generadas en un hospital de segundo nivel en la localidad de Ciudad Bolívar durante el período 2015-2016. Para la recolección de los datos se logró contactar y entrevistar en el domicilio a 5 familias. Los resultados obtenidos permiten afirmar que el evento de intoxicación fue percibido por mujeres adultas, familiares del menor; las condiciones asociadas con la intoxicación y que fueron consideradas en el estudio son: fácil alcance para los menores, envases llamativos y sabor agradable de los medicamento, momentos de descuido por parte de los familiares. Entre los cuidados realizados en el domicilio después del evento de intoxicación están: la administración de agua para provocar el vómito y la solicitud de ayuda a parientes o vecinos para acudir al centro. Se identificó que las acudientes tenían dominio sobre los efectos adversos y el posible impacto que podría haber causado para la salud de sus hijos, si no hubiesen recibido atención oportuna.

A partir de los resultados del estudio se puede concluir, que es necesario mejorar la notificación de los datos a partir de los cuidadores de los niños, éstos deben, proporcionar información veraz y oportuna sobre la identificación y localización de sus viviendas. Las secretarías de salud y las instituciones de educación, podrían generar estrategias masivas y sencillas de prevención de accidentes, verificación de las condiciones de almacenamiento y eliminación correcta de los medicamentos en el hogar y, se recomienda mantener el seguimiento y educación en el entorno familiar, a los casos identificados.

Palabras clave: Intoxicación infantil, cuidado domiciliar, accidentes domésticos.

Abstract

The present research was directed with the objective of getting to know the experience that mothers of children below or equal to five years of age had when their offspring got intoxicated with medication. From oral account by carers, the research focused on the associated conditions, care at home, reasons to visit the hospital, medication storage and precautions taken in order to avoid further similar situations. Information was obtained from a second level hospital data bases located in Ciudad Bolívar locality. This was done during 2015-16. Five families were contacted and interviewed at their homes for data recollection. Results allow to conclude that intoxication events are mostly registered by adult women and relatives; intoxication associated conditions are: easy-access to medication, colorful medication containers and flavorful medication, absence of carers. Among the measures taken to control the situation at home –identified after the intoxication event- there are various actions, such as providing the child with water to produce vomit, the request of help and the transportation of the patient to the hospital. Usually, carers showed knowledge regarding intoxication, adverse effect and impact on their children's health -in the case they had not received proper attention- as a result of several pedagogical lectures given by Secretaría de Salud on this respect.

From the results, we can conclude that it is necessary to enhance data bases from the children carers; carers must provide real and reliable information on identification documents and location of children's places of residence. Collective simple and standardized strategies should be designed and offered by Secretaría de Salud and educational institutions in order to prevent accidents and verify medication conditions, storage and elimination. A follow up of these processes and the cases studied in the present investigation should be done.

Key words: Child intoxication, home care, domestic accidents.

1. Introducción

El objetivo de este trabajo es describir la experiencia del cuidador principal frente a la intoxicación por medicamentos en niños/niñas menores de cinco años reportados al sistema de vigilancia epidemiológica, por un hospital de segundo nivel en la localidad Ciudad Bolívar, durante el periodo 2015-2016 y así identificar los determinantes que contribuyen a la intoxicación por medicamentos en la población de estudio para lograr establecer las categorías descriptivas de las narrativas por las madres cuidadoras de los menores intoxicados y llegar a alternativas para enfrentar la problemática.

Como es bien conocido, los primeros años de vida están marcados por un rápido desarrollo, especialmente del sistema nervioso central. Las condiciones a las cuales niños y niñas están expuestos en los primeros años, influyen en la formación inicial. Los responsables deben proveer condiciones de cuidado, procesos de aprendizaje y de protección, sin embargo las condiciones dependerán de la dinámica familiar, la cual a su vez dependerá de la situación financiera y de las disposiciones gubernamentales, las agencias internacionales y la sociedad civil. "Estos entornos" y sus características son los determinantes para el desarrollo en la primera infancia (DPI), la salud, el bienestar y las habilidades de aprendizaje, a través del balance del curso de la vida" (1).

En la etapa de 12 a 23 meses se logra en forma progresiva la independencia, el lactante comienza la transición desde ser un bebé a ser un niño o una niña, esto se expresa con la consolidación de la marcha, las primeras palabras y la expresión de sus

necesidades. Niños y niñas, en esta edad, suelen buscar a sus cuidadores principales cuando quieren mostrar algo y disfrutan compartiendo sus logros o descubrimientos. De 2 a 4 años se observan nuevos logros, expresan mayor capacidad de pensamiento lógico, desarrollo de la memoria, mayor capacidad para organizar conductas complejas asociadas al desarrollo de las funciones ejecutivas y cognitivas superiores. En la etapa preescolar surge el interés por compartir con los pares y la exploración del mundo físico. Es la etapa en donde se comienza a desarrollar el sentido del logro, la iniciativa, así como la conciencia moral. Las crecientes capacidades lingüísticas le permiten al preescolar comunicar sus deseos y estados internos, a la vez que negociar sus planes e iniciativas con sus cuidadores (2).

Según algunos estudios latinoamericanos, el riesgo de intoxicación es mayor en los niños de 1 a 5 años de edad (3). En Brasil, la agencia de SINITOX registró una prevalencia de 67,3% en este grupo de edad (0-5 años), resultado de las peculiaridades de crecimiento y desarrollo. En la mayoría de los casos, los niños en este grupo de edad son víctimas de intoxicaciones no intencionadas debido a la inmadurez, haciéndolos vulnerables y sin defensa para protegerse de los riesgos accidentales e intencionales. Sobresale su curiosidad y motivación para realizar tareas, expresa incapacidad para prever y evitar sus situaciones de peligro, mayor tendencia a imitar y repetir comportamientos, además en este grupo de edad la coordinación motora aún no está totalmente establecida (4).

Según el sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA), mediante el sistema integral de información de la protección social (SISPRO), durante el período de 2006 al 2015 a nivel nacional la distribución de los diferentes tipos de intoxicación de sustancias químicas en niños con edad igual o menor a 5 años fue para los fármacos con un 34,22% (n=5642), plaguicidas 26,42% (n=4364) y finalmente por otras sustancias químicas el porcentaje es de 21,47% (n=3547).

Es de importancia señalar un aumento de casos de intoxicación por medicamentos para los niños con edades iguales o menores de 5 años. Para el año 2007 el número reportado de casos fue 303, para el año 2011 fue de 749 casos y para el año 2015 el reporte fue de 930 casos.

Para la mismas edades (0-5 años) a nivel departamental para el año 2015 se identificó el mayor porcentaje de casos en Bogotá con un 18,39% (n=171) seguido de Antioquia 11,51% (n=107), Ciénaga del Magdalena 9,35% (n=87) y Valle del Cauca con un porcentaje de 8,71% (n=81).

Se ha demostrado que existen factores que incrementan el riesgo de envenenamiento accidental entre los que destacan el tamaño de la familia, la situación socioeconómica, la ocupación materna y el sitio de almacenamiento de sustancias potencialmente tóxicas (5). De igual forma otro estudio similar realizado en Pakistán, encontró como factores de riesgo relacionados: almacenamiento inseguro de productos químicos y medicamentos (6).

Cualquier caso de intoxicación por medicamentos en la edad infantil, es relevante para el país como lo señala el Plan Decenal de Salud Pública al describir que se deben garantizar los derechos de los niños y niñas, promover su cuidado y disminuir los hechos que conlleven a poner en riesgo su salud (7). Por consiguiente es necesario identificar cuáles son los determinantes que pueden llevar a la intoxicación por medicamentos y así poder promover prácticas que mitiguen este riesgo, promoviendo la salud de los niños y niñas colombianos.

2. Metodología

Estudio descriptivo exploratorio que tiene como objetivo evidenciar la experiencia del cuidador principal frente a la intoxicación por medicamentos en niños menores de cinco años. El tamaño de la muestra fue por conveniencia: niños atendidos en un Hospital de II nivel E.S.E perteneciente a la localidad de Ciudad Bolívar en la ciudad de Bogotá, por tanto los datos personales de los niños fueron la puerta de entrada para contactar a los familiares telefónicamente y agendar la visita en el domicilio. Los niños y niñas debían estar entre 0 a 5 años, ya que se encuentran en una fase de exploración del mundo que los rodea y son dependientes de un adulto para la realización de actividades de la vida diaria. Se delimitó el estudio para intoxicación de medicamentos, considerando que es un evento de notificación obligatorio por las instituciones prestadoras de servicios de salud y por ser una situación que se constituye en un riesgo para la vida del menor y desestabilización del entorno familiar, ameritando ser estudiada.

La recolección de la información, se realizó en dos fases; la primera se llevó a cabo en el hospital, donde se logró obtener información sobre la historia clínica del menor y se consignó en un cuestionario diseñado por las investigadoras. Después del contacto por vía telefónica, se realizó la visita en el domicilio según días y horarios determinados por los cuidadores a los cuales se les ilustra el objetivo de la investigación y se efectúa firma del consentimiento informado.

Posteriormente se llevaron a cabo las entrevistas semiestructuradas, durante el mes de agosto, a través de un cuestionario elaborado por las investigadoras, el cual consta de dos partes, la primera incluye preguntas relacionadas con la caracterización socioeconómica y la segunda incluye aspectos sobre el entorno familiar, hábitos de consumo, adquisición de medicamentos y descripción del evento de la intoxicación por medicamentos.

El instrumento fue validado por profesionales con experiencia en investigación social, pertenecientes al SENA. Dichas entrevistas fueron grabadas bajo el consentimiento de los informantes y tuvieron una duración promedio de 50 minutos; luego fueron transcritas en su totalidad y se realizó un ejercicio de audio y de lectura en conjunto con las integrantes del grupo de investigación para validar los datos obtenidos. Se emplearon como criterios de exclusión de la base de datos otorgada; información inconsistente sobre la localización de la casa del menor durante la llamada telefónica; al respecto no fue posible lograr contactar a dos familias. Entre otros criterios que se plantearon, pero no se dio ningún caso, fue el rechazo de los familiares a participar en el estudio; y el no poder localizar los familiares responsables por el cuidado cotidiano de los niños después de dos visitas continuas programadas. Durante la transcripción de las narraciones se utilizaron nombres ficticios para mantener la reserva de los participantes.

3. Resultados

3.1. Descripción general de las familias

La casa de la familia A, está conformada por 9 miembros, entre los cuales está la abuela, dos cuñados, tres sobrinos, el esposo, la señora Yanet (nombre que se ha usado para resguardar la intimidad de la persona que participó en la investigación) de 22 años, y su hija de 1 año y 7 meses, quien sufrió el evento. La entrevista fue realizada en la sala, en óptimas condiciones de iluminación, orden y de buenas condiciones de los inmuebles.

La familia B, está compuesta por cuatro miembros. La madre de 25 años de edad, Jenny, (nombre que se ha usado para resguardar la intimidad de la persona que participó en la investigación) con grado de escolaridad bachiller, dedicada al hogar, dos niños mellizos de 4 años de edad y un recién nacido, el cual tiene problemas de salud, quien se

encontraba hospitalizado en el momento de realizar la entrevista. El padre se encuentra ausente y refiere que no sigue a cargo de los pequeños. El pequeño que sufrió el evento de la intoxicación fue uno de los mellizos, el cual presenta dificultades para comunicarse de manera verbal, se presume posible evento adverso causado durante el parto. El lugar donde descansa la familia es en el primer piso de la casa, siendo lugar de la entrevista una habitación en la cual hay dos camas, mesa infantil, closet y se encontró ropa sin planchar en la cama y bacinilla infantil en el suelo. La familia C, está compuesta por 6 miembros. La participante, quien se llamará Isabel, de 20 años, su hijo de 2 años y seis meses, la madre de Isabel de 41 años, el padrastro de 43, dos hermanos de 21 y 3 años. La casa queda ubicada en una zona rural de la localidad de Ciudad Bolívar, siendo la entrevista llevada a cabo en la tienda de licores de la abuela de la participante. Isabel, refiere que fue diagnosticada de diabetes resultado de una afectación al páncreas evidenciada después del parto. El niño padece a repetición problemas de gastroenteritis y bronquiolitis. En el jardín se ha caído varias veces, ocasionándose la última vez una fractura en el brazo derecho. Por tanto la familia decide no llevarlo más al colegio, siendo responsable de su cuidado, la participante.

La familia D, está compuesta por 8 personas. La participante que para el estudio se llamó Dora de 42 años, dos hijos de 18 y 5 años; la abuela de 67 años, dos hermanos de 49 y 47 años y los hijos de ellos con edades de 10 y 15 años; Dora refiere que ella trabaja en las afueras de Bogotá y por tanto su hija de 5 años, quien sufrió el evento de la intoxicación esta al cuidado de su madre en horas de la mañana, y su hijo de 18 años la lleva al colegio en la tarde. La vivienda es iluminada y limpia. La entrevista se llevó a cabo en el comedor.

La Familia E, está conformada por 4 personas, la informante que se llamó Elsa de 23 años, su esposo de 30 años, una niña de 13 años y Juan de 3 años, quien sufrió la intoxicación.

La entrevista se llevó a cabo en la casa de la abuela, lugar donde cuidan a los niños mientras los padres trabajan. Se percibe un ambiente de armonía y de unión entre las tres generaciones, conviviendo alrededor del cuidado de los niños.

A continuación se describirá cada una de las categorías encontradas de acuerdo a las narraciones establecidas.

3.2. El día a día de las familias entrevistadas

La siguiente narración puede corroborar la investigación realizada por betancur, 2012 "Prácticas de crianza de buen trato en familias monoparentales femeninas" (8), donde se concluye que a pesar de la pobreza y las condiciones de vulnerabilidad, las madres reconocen su rol de cuidadoras y potenciadoras del desarrollo de sus hijos e hijas y lo asumen con actos de afecto, sin importar que les haga falta una figura masculina dentro de su núcleo (Las Familias A y D no cumplen con el perfil de las características de este análisis).

Familia B: *"...Yo los llevo al jardín en la mañana de 7:30 de la mañana a 3:30 de la tarde, mientras tanto, voy a la clínica, al plan canguro. Llego a la casa a la 1:30 o las 2:00 pm, después me voy a recoger los niños y me vengo rápido para hacer la comida".*

Familia C: *"...El niño está conmigo. Yo no estoy trabajando ni estudiando estoy con él y digamos cuando tengo que hacer alguna diligencia o alguna cita médica o por ejemplo los papeles de la diabetes como toca glucometrías, como toma tantas cosas y se demora uno tanto entonces mi abuelita me hace el favor de tenerlo".*

Familia E: *"Bueno, el niño a las 5:30 am está en la ducha, después desayuna y llega a las 6:20 am al colegio. Luego sale a las 12:30 y está aquí en la casa de la abuela más o menos a las 1:00 pm. Almuerza, ve televisión, juega con las plastilinas y yo llego a las seis*

para recogerlo, hacer tareas, comer y acostarlo."

En la mayoría de los casos la madre, cuidador principal debe delegar el cuidado de los pequeños a familiares y personas cercanas. Según Montaña, 2016 las abuelas son quienes más se ocupan del cuidado de los niños y niñas y quienes prolongan la experiencia de crianza, lo cual se asocia con el conocimiento previo y el compromiso de apoyo inter-generacional (9). Además, se observó que mientras en algunas familias se da un espacio de protección y formación inicial e identidad en los niños y las niñas, en otras hay un alejamiento paterno o materno que lleva a la sustitución parental.

3.3. Relatos sobre la adquisición y consumo de los medicamentos en el hogar

En cuanto a este tema, algunas investigaciones ponen en evidencia la problemática existente. Como ejemplo se tiene que, los errores en la medicación en las farmacias en los Estados Unidos se relacionan con la sustitución incorrecta de los medicamentos, lectura o interpretación inadecuada de las instrucciones e indicaciones erróneas sobre la preparación de la medicación (10), al respecto logramos obtener las siguientes narraciones:

Familia B: La madre refirió que la niña sufrió de malestar estomacal y por tanto decidió administrar Dolex. Al buscar el medicamento en la cocina, se dio cuenta que se había terminado, por tanto fue a la droguería. Allí le vendieron: "Advil niño" en jarabe. Ella se lo administró a la niña según recomendaciones del vendedor.

En la noche la niña se quejó de dolor de estómago y de vómito y los padres decidieron ir al médico, llevando consigo el medicamento. El médico de turno se dio cuenta que el medicamento estaba vencido y recomendó que lo más adecuado es administrar acetaminofén a los niños.

Familia C: "...Sí, pero es que soy diabética y mientras estuve en el SISBÉN no podía conseguir la insulina o la atención médica necesaria". "Cuando me toca ir a reclamarlos llevamos un container y después, cuando los traigo a la casa, los guardo en la puerta de la nevera".

Familia D: "...eeehh... Mi mamá toma enalapril pero ella alza las pastas. Y las pastas que ella se tomó, eran de mi papá. Pero el ya murió".

Familia E: "...Los medicamentos se consumen por recomendación del doctor. La última vez que fui, el médico mencionó lo importante que era revisar las fechas de fabricación. A decir verdad casi nunca lo reviso. De hecho, cuando los reviso miro el estado del frasco, observo que se encuentre sellado y que la tapa no se vea deteriorada".

En el estudio realizado por Margonato et al, 2008 se concluyó que en los estratos menos favorecidos, dada la dificultad para obtener los medicamentos, los residentes prestan mayor atención a las fechas de fabricación y vencimiento de los medicamentos (11). Situación de interés, ya que pone en evidencia que en nuestra sociedad se debe realizar un estudio más detallado sobre los cuidados con los medicamentos y es un llamado de atención para que las autoridades sanitarias y las familias, presten mayor atención sobre su cuidado.

3.4 Relatos sobre los signos y síntomas presentados por los menores al momento de la intoxicación

El comportamiento sensible de cuidado, es producto de una relación recíproca y coordinada donde ambos interlocutores, adulto cuidador y niño, están en una relación de cooperación sintonizada, tanto emocional como comportamental (12) como prueba de lo anterior está expuesto en la narraciones de los familiares, donde perciben que "alguna cosa" diferente está

sucediendo con los pequeños, sea por sus movimientos o apariencia física.

Familia B: "...Me di cuenta porque estaba barriendo y arreglando este cuarto, de repente salió el frasco que estaba debajo de la cama. Yo pensé que se me había caído, pero no percaté que estaba vacío. De hecho, llevaba buscando la amoxicilina porque tenía que tomar su medicina a las como a las cuatro de la tarde. Al ver el medicamento Tomás me dijo que le dolía el estómago. Yo le pregunté si había comido muchos dulces, o se había tomado algo. Él me respondió que se había tomado un yogurt. Yo sabía que no era yogurt porque no les había comprado, tampoco les doy muchos dulces".

Familia C: "...Ella me dijo que cuál era la reacción del niño, si estaba dopado o no. Yo le dije que él estaba viendo televisión y le mandé una foto con el celular. Me dijo que lo llevara al doctor porque lo más seguro era que el niño estuviera dopado ya que el acetaminofén contiene paracetamol".

Familia D: "...Entonces, cuando mi mamá la vio, ella lo había destapado, eran como tres pastillas y las tenía sobre la cama. Entonces mi mamá la vio como mareada".

Familia E: "...No, pues yo no estaba. A mí me llamaron hasta medio día porque yo estaba trabajando. Yo me fui como desde las ocho de la mañana pero le dijeron que no que tenía que llamar a la mamá porque tenían que dejarlo en revisión. El niño tenía la presión acelerada y me dijeron que llevara los papeles porque ella no había llevado nada, pero como ella trabaja, entonces me dijo que llevara los papeles y que en su trabajo el pediatra también nos ayudaba".

3.5. Relatos sobre las condiciones causales de la intoxicación por medicamentos

Cuando se pidió a las familias que narraran los hechos que antecedieron al evento de la intoxicación, la interpretación oral fue tranquila y con argumentos, demostrando el hecho como un suceso circunstancial; en algunas narraciones no se conocen causas puntuales de lo ocurrido, situación que puede reflejar inseguridad o miedo de la responsabilidad que se debe asumir ante el accidente.

Es así como la siguiente familia justifica el accidente por las características propias de la edad de los niños, es decir sus habilidades de locomoción y curiosidad innata.

Familia B: *"...Bueno, lo que sucedió fue a causa de la amoxicilina para preparación, que es un frasco rosado. Yo medicamentos a la mano no les dejo, no les dejo, no les dejo absolutamente nada, pero entonces los señores cogieron esa mesita, y yo tenía una tabla, pusieron unas sillas, mientras el uno tuvo al otro, el otro se subió, bajó abrió el frasco y se lo tomo".*

En la siguiente narración, se demuestra que los padres temen que sean juzgados por los investigadores y se considere que fue descuido por parte de los cuidadores.

Familia C: *"...Si, ahí fue donde ocurrió el incidente más o menos, digamos. Encima de un armario he... tengo el frasco de acetaminofén, había sacado una cucharada porque había presentado fiebre ese mismo día y mientras dormía pues digamos fui de la habitación al patio a sacarle una pijama pues el cogió con una silla cogió el frasco y cuando llegue ya había desocupado el frasco de acetaminofén. No y él, de por si con él no se "briega" (sic) para darle un medicamento o algo así...."*

"...Pues hay inmediatamente yo lo que hice fue cogerlo e irme para el hospital con él. La idea...hay empezamos fue de una vez un lavado gástrico y estuvo hospitalizado tres días porque el

acetaminofén contiene paracetamol y eso es malísimo para el hígado y los riñones, pues; ahí, ya me explicaron".

Familia D: *"...El medicamento era de mi papá, pero es que eso ya lo había botado....ya lo habían botado todo y mi hermano había guardado esas pastas. Y ella se puso y esculcó acá, en esta alcoba y pues el médico me dijo que no se las había comido sino había como chupado la pasta, y entonces yo creo que se las chupo".*

Los integrantes de la familia en ocasiones, no visualizan riesgos que pueden ocurrir en el hogar o puede darse lugar a que se confíen del ambiente en que viven.

Familia E: *"...Sucedio porque a mi hermano le regalaron unos dulces (Viagra) y los dejó en la sala. El niño llegó y comió porque eran igualitos a una bolita Jet de chocolate, la única diferencia era el color del papel, porque de resto son igualitos. Le dieron ese obsequio porque él cumplía dieciocho años, pero los dejó en la sala y el niño se los comió".*

Entendemos que no es fácil relatar situaciones de dolor y angustia vividos, y que el tratar de justificarlas puede aliviar el sufrimiento. De igual manera, consideramos que para las familias, la entrevista les permitió recordar, reflexionar sobre lo ocurrido. El estudio permitió corroborar el análisis realizado por otros autores al identificar que los envases de los medicamentos coloridos, endulzados, con sabor a frutas y con formas variadas, predisponen al aumento de las intoxicaciones accidentales en los niños (11).

3.6. Narrativas sobre los primeros auxilios proporcionados al menor

Es importante evidenciar que las familias realizaron algún tipo de actividad para disminuir los síntomas y para evitar secuelas de las intoxicaciones, las cuales en algunas ocasiones fueron dirigidas por los mismos cuidadores, familiares y vecinos; según los conocimientos

previos, tradiciones culturales y el estrés que se debió afrontar. Al igual que el artículo publicado por (13), llama la atención que algunas familias antes de buscar los servicios de salud, suministraron agua e intentaron provocar el vómito; comportamiento que, dependiente de la sustancia, habría podido agravar el cuadro y producir mayor riesgo para la vida de los menores.

Familia B: *"...Pensé que lo mejor era darle agua tibia para que vomitara. Al instante él devolvió todo....su vómito era pura agua rosada, me di cuenta de que era la amoxicilina. Y de una vez corra para allá, él empezó a vomitar todo, no toleraba nada de lo que le daba. Yo le di changua caballuna, esa de carne, cilantro, cebolla"*

Según la siguiente narración, la búsqueda inmediata de un proveedor de salud, da confianza y posibilita identificar la acción que debe ser tomada de inmediato.

Familia C: *"...Cuando me di cuenta la tapa del Acetaminofén estaba en el piso y él le estaba metiendo el dedo para ver si podía sacar más jarabe. Yo traté de hacerlo vomitar, pero él cerró la boca. Empecé a llamar a mi suegra que es enfermera pero no me contestó, entonces llamé a una prima que también es enfermera. Ella me dijo que cuál era la reacción del niño, si estaba dopado o no. Yo le dije que él estaba viendo televisión y le mandé una foto con el celular. Me dijo que lo llevara al doctor porque lo más seguro era que el niño estuviera dopado ya que el acetaminofén contiene paracetamol. Entonces, cogí el frasco del Acetaminofén, plata y salí corriendo para el médico. Aquí el transporte es muy malo, entonces le pedí el favor a un señor que si me podía llevar urgente. Cuando llegué al hospital, mostré todos los papeles para que me atendieran"*

Familia D: *"...Ella estaba con mi mamá, entonces cuando llegué al hospital de Meissen, la vi como dormida, entonces yo llevé las pastas. Les llevé las pastas y las miraron y allá le hicieron como un*

lavado. Y ahí duró como cinco días hospitalizada. Y me dijeron que la hidratara, entonces yo le di harta agua y le saqué cita. Y allá me dijeron que no había quedado con ninguna secuela"

Familia E: *"Mi sobrina, como ella es enfermera miró que en la parte de atrás se le puso rojito y entonces tocó llamar al hospital"*

Algunas familias decidieron realizar cuidados en su domicilio, que consideraron ideales, según su percepción del estado de salud del menor, otras familias buscaron atención médica de inmediato. Los cuidadores que realizaron la primera acción lo realizaron por su propia cuenta, sin pedir asesoría, en el segundo caso, se puede observar que fue intercedido por los familiares.

3.7. Sentimientos de la cuidadora frente al acontecimiento

En la madre o cuidador principal existen sentimientos positivos y negativos frente al cuidado de un bebé o niño pequeño, debido a las exigencias y demandas que esto implica. En el polo o extremo positivo se encuentran los sentimientos de amor, aceptación, ternura, protección, goce compartido y cualquier otro tipo de reacción positiva generada por el bebé o niño pequeño. En el otro extremo, están los sentimientos de rabia irritación y rechazo, entre otras (14); en nuestro caso como lo describen las narrativas, los sentimientos expresados son de culpa, incertidumbre, miedo y angustia generadas por el comportamiento del niño y las demandas de cuidado exigidas por el acontecimiento:

Familia B: *"...No, eso para mí fue algo terrible". "Yo medicamentos a la mano no les dejo, no les dejo, no les dejo absolutamente nada..."*

Familia C: *"...Yo traté de hacerlo vomitar, pero él cerró la boca. Empecé a llamar a mi suegra que es enfermera pero no me contestó, entonces llamé a*

a una prima que también es enfermera "Entonces, cogí el frasco del Acetaminofén, plata y salí corriendo para el médico".

Familia D: "...El medicamento era de mi papá, pero es que eso ya lo habían botado...ya lo habían botado todo y mi hermano había guardado esas pastas..."

Familia E: "...Ella (sobrina) lo vio cuando se lo comió, pero pensó que era un dulce normal. Sin embargo, cuando se dio cuenta de que no era un dulce, se asustó. Ella vio que le habían regalado Viagra. Yo le dije a mi hermano que por qué ponía eso encima de la mesa, que no fuera tan estúpido y lo llevamos rápido al médico. La mejilla la tenía muy roja y él, es súper blanco, entonces por su tono de piel se pudo ver más fácil".

"...El papá, no pues, también se asustó, pero cuando llegamos el niño ya estaba súper bien. Si le da a uno duro verlo cómo le dolía su bracito".

Sin importar las circunstancias que llevaron a la intoxicación por medicamentos, es evidente la emoción que se genera frente al evento ocurrido con el menor y como la familia se moviliza en busca de alternativas para recobrar el bienestar del menor y la armonía en las familias.

3.8. Cuidados con los medicamentos y prevención de nuevos accidentes

El cuidado, está conformado por las siguientes condiciones: 1) La participación de otras personas, dado que es un factor de coparticipación parental. 2) Abarca la vida total del niño, la niña o el adolescente y del cuidador. 3) Demanda una percepción y una práctica de acuerdo con la integralidad del sujeto. 4) Es trascendente para el futuro, ya que no se limita a facilitar el bienestar del niño, la niña en el presente. 5) "El cuidado es más que ayuda, puede ser una potencia en la relación humana, que permite fortalecer una nueva generación de personas que crecen sintiendo que son

amadas y reconocidas" (9).

En cuanto a los cuidados con los medicamentos están las condiciones de almacenamiento de los medicamentos. La mayoría de las familias entrevistadas almacenan los medicamentos principalmente en la cocina, siendo éste, un lugar no apropiado debido a que puede originar cambios en las condiciones físico-químicas y según estudios realizados, coinciden en que la cocina, es el lugar más peligroso del ambiente, porque en ella ocurren quemaduras, lesiones cortantes, laceraciones, entre otros accidentes (15).

Familia B: "...En la cocina, ahí tengo un estante y lo mantengo cerrado, además, lo dejo con candado, pero se me olvidó guardar la amoxicilina y, preciso fue el tarro que se tomó."

Las familias decidieron tomar conductas cruciales para evitar nuevos accidentes relacionados con los medicamentos:

Familia C: "...y entonces, de acuerdo a ese incidente, "realizamos el botiquín"; más o menos está a la altura de ese y ahí, meter sólo los medicamentos...nos toca a nosotros también utilizar una silla para poder alcanzar los medicamentos, pero debido a ese incidente..."

"...Yo escribo en una hoja, la hora en la que debo dar cada uno de los medicamentos. Siempre escribo la hora en que se lo di, porque a veces se duerme y se corren los horarios".

Familia D: "...Yo se lo anoto a mi mamá en la caja, o a mi hermana que viene cada rato, para recordarle la hora de la droga. Más o menos le dan es cada 12 horas, entonces se los doy yo a las seis de la mañana antes de salir y otra vez le toca a las seis de la tarde cuando yo ya he llegado y si no, se la da mi mamá o le pongo "whatsapp" a mi hermana que le de la droga".

Familia E: "...Pues los medicamentos siempre han estado ahí y ya los alcanza, pero cuando más

pequeño no los alcanzaba. De todos modos él nunca los coge, ya sabe que eso es de la abuelita y no se coge, además, ella es la única que mantiene con medicamentos. El incidente fue porque el medicamento parecía un dulce, parecía una bolita de chocolate, tenía un aspecto muy parecido. Mi hermano me contó que hay unos dulces chinos con la misma apariencia y que Carlos cuando había ido allá había traído unos muy similares...”

En este caso el botiquín se ubica en una de las alcobas dentro de un closet, y según relatan, no realizaron ningún cambio de la ubicación ni cuidado adicional, seguramente, porque el accidente fue debido a un descuido de una persona mayor y no por el comportamiento del menor, el cual consideran atiende a órdenes.

3.9. Apoyo por la red de proveedores de salud

En concordancia con la teoría de las necesidades humanas de Abraham Maslow, los clientes solicitan atención médica por necesitar primordialmente, seguridad, afiliación y afecto y también estima. Es decir, acuden en la idea de conocer el estado de salud o de recuperarla, así como, buscando encontrar signos de estima al solicitar el servicio (16).

Familia B: “...Le tomó los signos vitales, me preguntó si había presentado fiebre. Yo le dije que había vomitado y le mostré el frasco de amoxicilina. Me dijo que estaba intoxicado y que esa toma podría afectarle la flora intestinal. Me dijo que le comprara la Enterogermina, 10 ampolletas y que debía darle una ampolleta cada día. Me recomendó que debía tener cierto cuidado con él, darle jugo de guayaba, pera, manzana y mucha agua.”

Se observa también que dos casos requirieron hospitalización, posiblemente relacionado con la sintomatología referida y de manera preventiva dados los efectos adversos que se pueden

manifestar con la ingesta de los medicamentos. Se piensa que, los casos que necesitaron hospitalización estarían relacionados con la oportunidad de la identificación y atención prestada.

Familia C: “...ahí empezamos, fue de una vez un lavado gástrico y estuvo hospitalizado tres días por que el acetaminofén contiene paracetamol y eso es malísimo para el hígado y los riñones... pues ahí ya me explicaron...”

Familia D: “...y ya después vino la trabajadora social, vinieron como cuatro veces y ya después vieron que estaba bien y hasta ahorita que vinieron ustedes.”
La sorpresa del equipo de salud, frente a la narración del familiar del menor cuando comentó que el medicamento al parecer de origen Chino, tenía aspecto de dulce. Importante aspecto para divulgar a la comunidad.

Familia E: “...y todo, por un hombre de treinta años regalando esos dulces, y mi sobrina me dijo que era muy parecida la envoltura del dulce y él se lo comió y el doctor no nos creía, un hombre de 60 años diciendo: “...a mí no me diga que el viagra viene en dulce”... que de dónde lo habíamos traído... y mi sobrina le decía: “doctor yo misma lo vi cuando se la comió” y el no creía y después nos pusimos a leer y que eso ahora también viene en barra de chocolate y en varias presentaciones y, no sé si aquí sean muy comunes, pero allá sí.”

Ante esta problemática, los profesionales de salud, tienen una gran responsabilidad en la orientación y alerta de las familias, pues son mediadores activos en el cambio de comportamientos y actitudes, en el sentido de la prevención de accidentes y minimizar las consecuencias que se pueden derivar.

De ese modo, para que el cuidador pueda realizar las conductas necesarias para prevenir problemas en la infancia, es imprescindible que sean intensificadas acciones de educación individual o colectiva necesitando de la actuación de los profesionales involucrados en esa realidad (15).

3.10. Red de apoyo al cuidado del menor

Según la literatura se hallaron cuatro aspectos que "ponen obstáculos al desarrollo funcional de la comunicación y las relaciones familiares, y éstos son: la separación de los padres, el maltrato psicológico y físico, la crisis económica y el consumo de drogas" (17). Por consiguiente en algunas situaciones, la red de apoyo es la única alternativa con la que cuenta el cuidador para afrontar la crisis.

Familia B: *"...debido a la urgencia me los cuidaba la dueña de la casa. Uno de los niños se enfermó y por un mal cuidado en el jardín llamaron al Bienestar Familiar. Se llevaron a los niños y se los entregaron a la abuela paterna. Y hablando sinceramente la abuela paterna es una porquería, se los llevó y los expuso al papá. Cuando yo salí, el 23 de Julio de la clínica, ya había pasado dos meses y medio, me dirigí al Bienestar Familiar, expliqué mi caso y todo salió muy bien. Cuando volvieron empezaron a contarme lo vivido, me decían que su papá los iba a regañar y que él no los quería."*

En el caso que viene a continuación, la red con la que cuenta la familia para el cuidado del menor no es adecuada, por tanto la familia se enfrenta con dificultades cuando deben realizar diligencias y actividades fuera del hogar.

Familia C: *"...Sí, pues como les he contado Samuel estaba en el jardín, pero con lo sucedido fue el tope. Ahora permanece conmigo, por ejemplo, cuando ustedes me llamaron Samuel me acompañaba mientras lavaba la ropa. Por esa razón no escuchaba el celular, el tambor de la lavadora suena muy fuerte. Cuando estaba en el jardín me era más fácil desplazarme al hospital porque si no alcanzaba a llegar mi abuela lo recogía. Por ejemplo, hay ocasiones en donde me toca pedirle el favor al papá del niño, quien trabaja como jefe de bodegas. A él le queda muy complicado por lo que permanece en el trabajo de lunes a sábado y es cuando me toca acudir a otras personas"*

Familia E: (Intervención de la Abuela) *"Él es muy apegado a mí y siempre va cogido de mi mano. Yo lo cuido muy bien. Un día fuimos al barrio Quirigua a visitar a un hermano y yo le dije a Juancho que se tenía que sentar, saludar decentemente y permanecer a mi lado. Le expliqué que no debía ponerse a jugar porque allá había perros. Todos quedaron muy asombrados de ver lo juicioso que era."*

Según la literatura el funcionamiento familiar está asociado con la percepción de la red de apoyo familiar, es decir; una mayor percepción de redes de apoyo familiar y menor percepción de sentimiento de falta de apoyo se relacionan con mejor funcionamiento familiar, lo cual reafirma la importancia de los recursos familiares para resolver los conflictos, reducir las situaciones producidas por el estrés evolutivo y/o imprevisto, así como para prevenir el cambio que puede producir una crisis en el sistema familiar (18).

4. Conclusiones y recomendaciones

- ♦ Al momento de la notificación, los proveedores de salud deben orientar a las familias sobre la importancia de proporcionar información clara y real sobre los datos de identificación y localización para realizar un seguimiento del caso.
- ♦ Esta investigación, reveló que los cuidadores no tienen suficiente información sobre prácticas adecuadas para el almacenamiento de los medicamentos y que se deben reforzar los cuidados, antes, durante y después de su administración.
- ♦ Es prioritario que los proveedores de salud incrementen las acciones de orientación para que las familias sean los líderes primarios en prevenir accidentes y llevar acciones oportunas y seguras para el bienestar del menor, asegurando los derechos fundamentales de los niños, en relación con la prevención y el cuidado de su salud.

♦De acuerdo con este análisis, las autoridades políticas de salud y gestores de enseñanza en salud pública, deben unir esfuerzos para que se cuente con profesionales permanentes en el Distrito, con sólidos conocimientos y empoderamiento de la salud de los niños.

♦ Como instructoras del Centro de Formación de Talento Humano en Salud, del Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA, los resultados de este trabajo nos incentivan a dar una mirada al interior de nuestra comunidad educativa, para motivar la investigación sobre el uso de los medicamentos y los cuidados en su administración y almacenamiento, en cada una de las familias de nuestros aprendices. De igual forma, debemos buscar apoyo en instructores y aprendices del programa de formación: Tecnólogo en Regencia de Farmacia, para poder proporcionar información clara y relevante, que garantice prácticas seguras, en la utilización de los medicamentos.

Agradecimientos

Al Doctor Omar Rovira por su aceptación a participar en esta investigación; a los profesionales Fabián Rojas, Elsa Stella, César Agudelo y Arturo Bustamante, por sus contribuciones para la elaboración del instrumento. Al profesional Félix Andrés Ceballos Ramírez, por la transcripción y corrección de estilo y, de manera especial, agradecemos a la Escuela Nacional de Instructores (ENI) del Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA, a través de la profesional Rusby Yalile Malagón, Líder de Investigación Pedagógica, por su asesoría metodológica.

Referencias Bibliográficas

1. Lumpink Garren. PRIMERA INFANCIA, desarrollo humano e inclusión [Internet]. Mineducación. 2009 [citado 13 de octubre de 2016]. Disponible en:

<http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-192454.html>

2. Centro de Innovación e Investigación en Educación y TIC Universidad de Santiago de Chile. ATENCION DE SALUD PREVENTIVAS DE SALUD INFANTIL [Internet]. Minsalud. 2010 [citado 13 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://capacitacion.siad-sps.cl/cursoguiapediatrica/modulos2/modulo4/lactantes.php>

3. Prado Vizcaíno Y, Vizcaíno Londián M de los Á, Abeledo García CM, Prado Vizcaíno E, Leiva Peláez O. Intoxicaciones agudas en pediatría. Rev Cuba Pediatría. 2011;83:356-64.

4. Rodrigues Mendonca D, Menezes MS, Matos MAA, Reboucas DS, Filho JN d. C, Assis RS d., et al. Acute Poisoning in Children in Bahia, Brazil. Glob Pediatr Health [Internet]. 17 de febrero de 2016 [citado 19 de noviembre de 2016];3(0). Disponible: <http://gph.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/2333794X15623243>

5. Gheshlaghi F, Piri-Ardakani M-R, Yaraghi M, Shafiei F, Behjati M. Acute poisoning in children; a population study in isfahan, iran, 2008-2010. Iran J Pediatr. Abril de 2013;23(2):189-93.

6. Ahmed B, Fatmi Z, Siddiqui AR. Population Attributable Risk of Unintentional Childhood Poisoning in Karachi Pakistan. Bhutta ZA, editor. PLoS ONE. 26 de octubre de 2011;6(10):e26881.

7. Ministerio de Salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. Minsalud. 2013 [citado 20 de noviembre de 2016]. Disponible:<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

8. Betancur TMG. Prácticas de crianza de buen trato en familias monoparentales femeninas [Internet]. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2012 [citado 3 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224568007>
9. Montaña LML. El cuidado de las hijas y los hijos durante la migración internacional de los padres y las madres [Internet]. Ánfora. 2012 [citado 3 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357834265006>
10. Seifert SA, Jacobitz K. Pharmacy prescription dispensing errors reported to a regional poison control center. J Toxicol Clin Toxicol. 2002;40(7):919-23.
11. Margonato FB, Thomson Z, Paoliello MMB. Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. febrero de 2008;24(2):333-41.
12. Carbonell OA. La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia [Internet]. Scielo Uruguay; 2013. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200008
13. Aleixo ECS, Itinose AM. Intoxicação infantil: experiência de familiares de crianças intoxicadas no município de Maringá (PR). Ciênc Cuid Saúde. 2003;f147-f147.
14. La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la PRIMERA infancia 1 [Internet]. [citado 2 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200008
15. Rocha Bezerra MA, Rocha RC, Negreiros FDS, Lira FMO de M, De Sousa LT, Santiago SCG. ACIDENTES DOMÉSTICOS EM CRIANÇAS: CONCEPÇÕES PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. Cogitare Enferm [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 3 de noviembre de 2016];19(4). Disponible en: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37301>
16. Morillo Castro JL, Marcano Aular Y. Satisfacción del cliente de la consulta externa de pediatría en clínicas privadas. Rev Venez Gerenc. 2010;15:591-603.
17. Prettel MG, Sañudo JEP. La Comunicación Familiar En Asentamientos Subnormales De Montería (colombia) [Internet]. Psicología desde el Caribe. 2010 [citado 3 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://tuxchi.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106002>
18. Medellín Fontes MM, Rivera Heredia ME, López Peñaloza J, Kanán Cedeño MG, Rodríguez-Orozco AR. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Ment. 2012;35:147-54.

Experiencias de aprendizaje significativo durante la práctica de adulto mayor. Una investigación pedagógica en desarrollo, con los aprendices del programa: Técnico en Enfermería del Centro de Servicios de Salud, del Servicio Nacional de Aprendizaje.

Carlos Darío Jiménez Baloco

Instructor Centro de Servicios de Salud. Enfermero Profesional.
Estudiante de Maestría en Enfermería. Colombiano
cdjimenez46@misena.edu.co

Carmen Alicia Martínez Contreras

Instructora Centro de Servicios de Salud. Enfermera Profesional.
Colombiana
carmenisha@misena.edu.co

María Cecilia Botero Gómez

Colombiana, Instructora Centro de Servicios de Salud. Gerontóloga.
Colombiana
mcbotero1@misena.edu.co

Resumen

Los procesos de enseñanza y de aprendizaje, son espacios para la construcción de conocimiento y están mediados por diversos factores que son determinantes para dar significado a las experiencias y reflexiones que realizan los aprendices. Dichos factores inciden en los procesos cognitivos y favorecen la apropiación de conceptos y habilidades. El aprendiz del programa: Técnico en Enfermería durante la práctica en un hogar geriátrico, desarrolla competencias para interactuar y cuidar de los adultos mayores y en dicha práctica se ve sometido a múltiples situaciones que pueden favorecer el estrés, lo que se vería reflejado en su proceso formativo. Es en este mismo escenario de práctica donde se evidencia el surgimiento de un sinnúmero de sentimientos que, de alguna forma pueden influir sobre el desarrollo del aprendizaje y es por ello que surge la idea de investigar sobre las experiencias de aprendizaje significativo de los aprendices del programa de formación: Técnico en Enfermería, durante su práctica en un hogar geriátrico.

Para la ejecución del proyecto de investigación que se plantea, la información ha sido recolectada a través de las narrativas de los aprendices de la fase dos (2) del programa de formación: Técnico en Enfermería y será analizada bajo un enfoque cualitativo que podría ser fenomenológico.

Palabras clave: narrativa, aprendiz, experiencia, fenomenológico, geriátrico, epistemológico, holístico, cuidador, biomédico.

Abstract:

The teaching and learning processes are spaces for the construction of knowledge and are mediated by diverse factors that are determinant to give meaning to the experiences and reflections that the apprentices make. These factors affect cognitive processes and favor the appropriation of concepts and skills. The apprentice of the program: Technician in Nursing during the practice in a geriatric home, develops competences to interact and take care of the elderly and in that practice is subjected to multiple situations that can favor stress, which would be reflected in the process formative. It is in this same practice scenario where the emergence of a number of feelings that can influence the development of learning and that is why the idea of investigating the significant learning experiences of the apprentices of the program arises. of training: Nursing technician, during his practice in a geriatric home.

For the execution of the research project that is proposed, the information has been collected through the narratives of the apprentices of phase two (2) of the training program: Nursing Technician and will be analyzed under a qualitative approach that could be phenomenological

Keywords: narrative, apprentice, experience, phenomenological, geriatric, epistemological, holistic, caregiver, biomedical.

1. Introducción

Los procesos de enseñanza y de aprendizaje se conciben como espacios en los cuales el principal protagonista es el aprendiz, quien construye el conocimiento a partir de leer, de aportar sus experiencias y reflexionar sobre ellas, de intercambiar sus puntos de vista con sus compañeros y con sus docentes. En estos espacios se propicia el disfrute para que el estudiante se comprometa con un aprendizaje para la vida (1). Para fortalecer este proceso, se hace necesario comprender cada una de las experiencias que tienen los aprendices durante su formación y por tanto, la información y los contenidos deben ser potencialmente significativos para que el estudiante pueda categorizarlos y darles un significado. Este proceso cognitivo es el resultado de la interrelación de los aprendizajes previos y los conocimientos actuales, arrojando como resultado nuevas estructuras cognoscitivas que debutan como aprendizaje significativo, marcando de esta manera una experiencia con potencial enriquecedor dentro del ámbito académico y personal (2). Durante las prácticas de los aprendices del programa de formación: Técnico en Enfermería, en los centros de atención a los adultos mayores, afloran un sinnúmero de sentimientos suscitados por la incertidumbre, el estrés por la presencia del instructor, la impotencia ante las situaciones emocionales, el contacto con el sufrimiento, la muerte y la falta de habilidades y competencias (3). Estos fenómenos han sido estudiados desde el ámbito de la profesión de enfermería por su implicación dentro de la enseñanza y el aprendizaje, guiando el contexto epistemológico de la disciplina (4–7).

De manera opuesta a este argumento, la formación para los técnicos en enfermería se ha enfocado en el desarrollo de competencias que implican el fortalecimiento de habilidades y conocimientos para la ejecución de actividades de cuidado, en lo que hace referencia a los aspectos técnicos. No obstante, el componente abstracto relacionado con la expresión de sentimientos y

experiencias ha sido poco estudiado, lo que justifica el desarrollo de esta investigación.

Aproximarse a la comprensión de la experiencia y a la forma como el aprendiz de técnico en enfermería favorece la construcción de aprendizajes significativos, capaces de influir en la manera como se brinda el cuidado desde el nivel técnico, con un enfoque holístico y enmarcado en el humanismo, respondería a los requerimientos de la sociedad y el ámbito sanitario (8).

Es así como la práctica de los aprendices con adultos mayores en hogares geriátricos, se convierte en un escenario propicio para la expresión de sentimientos que, interrelacionados con el aprendizaje, resultan en una experiencia cargada de aspectos positivos entre los participantes del cuidado. Enfrentarse a este tipo de población carente de afecto, de salud y con necesidades básicas insatisfechas, promueve la reflexión entre los aprendices. No obstante, en la mayoría de los casos, el proceso formativo obvia los espacios que permitirían la expresión de dichas reflexiones, razón por la cual, éstas se quedan en pensamientos y silencios de los aprendices que no son sometidos a un proceso cognoscitivo, lo que hace que se diluya su carácter de aprendizaje significativo (9,10). Como consecuencia de lo anterior se considera que, es desde la formación académica que se debe fortalecer el aprendizaje significativo como una forma de transformar el conocimiento en expresión de ideas que aporten al componente técnico y también, a la construcción del ser de cada individuo (11). Es en este sentido donde, abrir los espacios de reflexión de las prácticas de adulto mayor a través de la narrativa de enfermería, fortalece las dimensiones humanas y el perfil del aprendiz puesto que, esta herramienta contribuye a la expresión verbal o escrita de una situación de enfermería en la que se narra la interacción en el cuidado de las personas, como experiencias reales, vividas por el aprendiz de enfermería y en dichas experiencia se destacan los momentos más importantes dentro de su función de cuidador (12).

“Las narrativas o situaciones de enfermería son una fuente de conocimiento en las que se puede evidenciar que, el trabajo del cuidador, se constituye en una experiencia de vida compartida, en la cual la enfermera se une al proceso de vida de la persona cuidada y trae su propio proceso de vida a esta relación, fortaleciendo la condición humana del paciente y de la enfermera (13,14)”.

Sin embargo, muchas veces el estudiante de enfermería en el desarrollo monótono y mecanizado de las actividades, no logra reconocer a los otros a su cargo, como seres que requieren cuidados, más allá de lo biomédico.

El objetivo central de la investigación es describir a través de las narrativas, las experiencias de aprendizaje significativo de los aprendices del programa: Técnico en Enfermería del Centro de Servicios de Salud del Servicio Nacional de Aprendizaje- SENA, en su práctica de adulto mayor en un hogar geriátrico de la ciudad de Medellín y los objetivos específicos están enmarcados en identificar las interrelaciones entre los saberes previos y los nuevos conocimientos, en la práctica de adulto mayor en un hogar geriátrico, indagar sobre los aspectos significativos de la relación: adulto mayor/aprendiz, durante el desarrollo de las prácticas y finalmente, identificar el rol del técnico en enfermería en la atención integral del adulto mayor, durante el desarrollo de la etapa práctica de su formación.

2. Metodología

La investigación que se pretende desarrollar sería de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico, puesto que se pretende describir las experiencias desde la vivencia de otro. La información será recabada por medio de narrativas de enfermería (15).

3. Resultados y discusión

Los resultados esperados corresponden a los análisis de las narrativas de enfermería, elaboradas por los estudiantes al final de la etapa práctica de su formación. Tanto el análisis como la discusión de los resultados, estarán orientados a responder la pregunta sobre las experiencias de aprendizaje significativo que tienen los aprendices del programa: Técnico en Enfermería, del Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA.

Referencias Bibliográficas

1. Universidad Marista de Merida. proceso enseñanza aprendizaje [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 21]. Available from: <http://www.marista.edu.mx/p/6/proceso-de-ensenanza-aprendizaje>
2. Báez Hernandez, F., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L. & M-L. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan [Internet]. 2008;8. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476>
3. Pulido-Martos M, Augusto-Landa JM, López-Zafra E. Estudiantes de Enfermería en prácticas clínicas: el rol de la inteligencia emocional en los estresores ocupacionales y bienestar psicológico . Vol. 25, Index de Enfermería . scieloes ; 2016. p. 215–9.
4. Becerril MMLB, Gómez MGP. Propuesta para la enseñanza del cuidado en enfermería. Rev Enfermería Univ ENEO-UNAM. 2009;6(1):33–41.
5. Castro Bellodas MA, Julcahuanca Balcázar ML. Significados y atributos de la práctica de enfermería : una contribución para la enfermería geriátrica, Chiclayo 2013. 2013;1–122. Available from : <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/132>.

6. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Fischbeck Feinstein N, Li H, Small L, Wilcox L, et al. Nurses' Perceived Knowledge, Beliefs, Skills, and Needs Regarding Evidence-Based Practice: Implications for Accelerating the Paradigm Shift. *Worldviews Evidence-Based Nurs* [Internet]. 2004 Sep [cited 2017 Oct 28];1(3):185–93. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1524-475X.2004.04024.x>
7. Algoso M, Peters K, Ramjan L, East L. Exploring undergraduate nursing students' perceptions of working in aged care settings: A review of the literature. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2016;36:275–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.001>
8. Durán de Villalobos M. Marco epistemológico de la enfermería | Durán de Villalobos | Aquichan [Internet]. Vol. 2, Revista Aquichan. 2002. p. 7–18. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/17>
9. Universidad de Alicante. Seminario de Historia y Antropología de los Cuidados Enfermeros. M, EBSCO Publishing (Firm) M, González Sanz P, Fernández Trinidad M, Blas Gómez I de. Cultura de los cuidados : revista de enfermería y humanidades [Internet]. Universidad de Alicante; 1997 [cited 2017 Jul 17]. Available from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/36982>
10. Pérez M. La práctica reflexiva. Una perspectiva para la formación docente en la obra de Donald Schön. Perspect sobre la enseñanza la Leng Matern las lenguas y la Lit [Internet]. 0:391–8. Available from: <http://www.practicareflexiva.pro/wp-content/uploads/2015/09/Mauricio-Perez-Abril.pdf>
11. Del H. Humanización del servicio en los cpsam. 2015;
12. León B. Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas (Tesis doctoral). UCM, Fac Ciencias Políticas y Sociol [Internet]. 2015;265. Available from: <http://eprints.sim.ucm.es/27912/1/T35623.pdf>
13. Dyess S, Boykin A, Rigg C. Integrating Caring Theory With Nursing Practice and Education. *JONA J Nurs Adm* [Internet]. 2010;40(11):498–503. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005110-201011000-00010>
14. Gómez, Olga;Gutierrez E. La Situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería: la narrativa como medio para comunicarla [Internet]. 1st ed. Bogotá: universidad Nacional de Colombia; 2011. 201 p. Available from: <http://catalogo.aseuc.org.co/bw-la-situacion-de-enfermeria-fuente-y-contexto-del-conocimiento-de-enfermeria-la-narrativa-como-medio-para-comunicarla-enfermeria.html>
15. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. 5ta ed. Metodología de la investigación. 2010. 656 p. Available from: <http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006>

Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) y de estrategias como la simulación en la formación del personal de enfermería.

Yurani Maricel Martínez Sánchez

Instructora Centro de Servicios de Salud. Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Enfermera Profesional.
Magíster en Educación. Colombiana.
yuranim@misena.edu.co

Resumen

Si se tiene en cuenta que la esencia de la enfermería es el cuidado, se debe prestar especial atención a este aspecto, al momento de implementar programas de entrenamiento del personal de salud, específicamente de las y los enfermeras/os, sobre todo si los procesos de enseñanza, de aprendizaje y de evaluación están acompañados por el uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y por la implementación de estrategias en las cuales se simulan procesos y procedimientos, en favor de la seguridad de los pacientes, de sus familias y de los cuidadores.

El presente artículo busca identificar aspectos relacionados con el uso de TIC y el uso de estrategias que involucren procesos simulados en los ambientes de aprendizaje, para la formación y entrenamiento del personal de enfermería. Se hace una recopilación de algunos temas que son relevantes en los procesos de formación y entrenamiento de dicho personal.

Se realiza la recopilación de la información por medio de la búsqueda bibliográfica en bases de datos académicas y científicas tales como: Dialnet, Google Académico, Scielo, Science Direct y PubMed y en repositorios de tesis de especializaciones, maestrías y doctorados nacionales e internacionales, usando como descriptores en español: investigación educativa en enfermería, uso de las TIC, humanización de las TIC, tecnologías en salud, cuidado en enfermería, y en inglés: humanization of ICT, ICT in nursing education, nursing education, simulation, con una ventana de búsqueda entre 2005 y 2017. Es importante mencionar que pueden existir investigaciones que no fueron incluidas en esta revisión bibliográfica y no por ello dejan de ser importantes a la temática aquí tratada. Esta recopilación permite entonces, reconocer dos grados tópicos, el primero es el uso de las TIC en la formación del personal de salud y el segundo es el uso de estrategias de aprendizaje que involucren la simulación, en la formación del personal de enfermería.

Palabras clave: formación en enfermería, cuidado, simulación, humanización y deshumanización.

Abstract

If one takes into account that the essence of Nursing is care, special attention should be paid to this aspect, when implementing training programs for health personnel, specifically nurses. This, especially if the processes of teaching, learning and evaluation are accompanied by the use of Information and Communication Technologies (ICT) and by the implementation of strategies in which processes and procedures are simulated, in favor of the safety of patients, their families and of the caregivers. This paper seeks to identify aspects related to the use of ICT and the use of strategies that involve simulated processes in learning environments for the education and training of Nursing personnel. A compilation of some topics relevant in the preparation processes of the mentioned personnel was made. The information was collected by means of the bibliographic search in academic and scientific databases such as: Dialnet, Google Scholar, Scielo, Science Direct and PubMed and in repositories of specialization theses, master's degrees and national and international doctorates. Descriptors in Spanish such as educational research in nursing, use of ICT, humanization of ICT, health technologies, nursing care, were used.

On the other hand, the following English descriptors were employed: humanization of ICT, ICT in nursing education, nursing education, simulation. The window of search covered a period between 2005 and 2017. It is important to mention that there may be investigations that were not included in this bibliographical review and, nonetheless, they are still important to the topic addressed here. This collection then allows to recognize two main topics, the first is the use of ICT in the training of health personnel and the second is the use of learning strategies that involve simulation in the training of Nursing personnel.

Keywords: training in nursing, care, simulation, humanization and dehumanization.

1. Introducción

Jean Watson (1) refiere que la enfermería es una práctica que debe estar sustentada en el ejercicio de valores humanísticos, donde el objetivo es brindar cuidados transpersonales y la enfermera debe ser capaz de sentir y expresar lo que le pasa a su paciente y por tanto, contribuir desde diversos aspectos a mantener la humanización del cuidado en todas aquellas situaciones y lugares donde se pueda ver amenazada. Plantea además Watson que, para la formación del personal de enfermería es fundamental dirigir el aprendizaje hacia la vivencia de verdaderos procesos de interacción y reciprocidad entre la enfermera y el paciente.

No obstante, en la actualidad son pocas las oportunidades que tienen los estudiantes de enfermería y en general del área de la salud, para acceder a los campos de práctica con pacientes reales. Borda & Norcini (2) y otros autores, describen algunos motivos que influyen en esta situación, a saber: prácticas inadecuadas realizadas por personal en formación, problemas de responsabilidad legal con practicantes, nuevas exigencias normativas por parte de instituciones acreditadores, estancias hospitalarias cortas, mayor competitividad académica para los estudiantes y menor disponibilidad de campos de prácticas y docentes, entre otras situaciones que interfieren en el contacto directo de los estudiantes con los pacientes.

Por tanto, las instituciones educativas se han visto

en la necesidad de incorporar en sus programas de formación, el uso de las TIC en los diferentes espacios y niveles de formación con el fin de preparar, entrenar y evaluar a los estudiantes del área de la salud (3), garantizando con ello un acercamiento previo del estudiante a diferentes situaciones propias de su quehacer como personal del área de la salud, de manera que llegue al momento de la atención real, más tranquilo y con mayor capacidad de interactuar con los pacientes, familias, colectivos y equipo de salud, orientando la formación hacia una atención más segura.

Se identifica además el uso de los simuladores y/o parte de ellos, en prácticas académicas que le permiten al estudiante aprender de sus equivocaciones, repetir los procedimientos sin riesgos para el paciente y perfeccionar o adecuar las técnicas clínicas, en ambientes de aprendizaje no reales, por lo que según Galindo (3) se le permite al estudiante tener un aprendizaje interactivo, en el cual puede afianzar asuntos relacionados con la toma de decisiones, trabajo en equipo, perfeccionamiento de su práctica clínica en un espacio académico seguro, donde pueda recibir la realimentación inmediata por parte del docente, sin exponer al paciente a riesgo alguno. No obstante, las TIC en el proceso de formación, deben ser consideradas como un complemento para la enseñanza, el aprendizaje, la evaluación y el logro de competencias y habilidades clínicas y comunicativas de los estudiantes y no reemplazan el aprendizaje directo con el paciente en los campos de prácticas reales (4) puesto que, no

permiten predecir con exactitud, las reacciones de las personas frente a situaciones de dolor, sufrimiento, situaciones que involucren asuntos relacionados con la moral, complicaciones inesperadas, atención de carácter transcultural, desarraigos, rechazo de los pacientes al tratamiento, procesos de duelo y mecanismos que tienen los pacientes y sus familiares para afrontar la vida y/o la muerte y que son algunas de las situaciones que no pueden ser abordados de manera específica e integral a través del uso de las TIC y las simulaciones durante la formación, por estar ligadas directamente con el comportamiento del ser humano (5).

2. Uso de las TIC en la formación del personal de salud

El uso de las tecnologías en los procesos formativos brindan a los estudiantes la posibilidad de acercarse un poco más al contexto donde se desempeñarán (6), puesto que les permite participar más activamente de su proceso de aprendizaje y de evaluación.

Según Frenk et al., (7) en el mundo se cuenta con 2420 escuelas de medicina, 467 escuelas o departamentos de salud pública y un número indeterminado de centros superiores de educación en enfermería, que preparan alrededor de un millón de nuevos médicos, enfermeros, matronas y profesionales de la salud pública cada año (7).

Pero, a pesar de contar con tantas instituciones dedicadas a la formación de profesionales del área de la salud, los autores identifican: “[...] *escasez de información e investigación sobre la educación profesional en salud* [...]” (p: 11). Por lo anterior, los autores proponen reformas educativas que sean abordadas desde el diseño curricular e incluyan el logro de las competencias propias del área de la salud a través del adecuado uso de las tecnologías, el trabajo colaborativo y el diseño de rutas flexibles dentro de las carreras profesionales. Por otro lado, proponen dentro de dichas reformas educativas

para la formación de profesionales del nuevo siglo:

“La explotación del poder de las tecnologías de la información para aprender mediante la generación de evidencias, la capacidad para la recolección y el análisis de información, las simulaciones, el aprendizaje a distancia, la conectividad colaborativa y la gestión del conocimiento.” (7).

Igualmente, dentro de esta reforma propuesta por los autores a las instituciones educativas, sugieren el dominio de las nuevas tecnologías de la información, lo cual le permitirá transformar el proceso de aprendizaje, de transmitir conceptos a desarrollar competencias en los estudiantes para “[...] *acceder, discriminar, analizar y utilizar el conocimiento. Más que nunca, estas instituciones tienen el deber de enseñar a los estudiantes en cómo pensar de manera creativa para dominar grandes flujos de información en la búsqueda de soluciones*” (p.12).

Autores como Achury (8), Pinilla (9), Falcó & Luis-Rodrigo (10), Tovar (11) expresan que la educación en salud, requiere de la implementación de estrategias que permitan una participación activa de los estudiantes durante todo el proceso de formación, para ello las instituciones educativas han tratado de desarrollar estrategias de aprendizaje con el uso de las TIC y de la simulación. Pero, esta contribución al proceso formativo por parte de las tecnologías según Tovar et al., (12) depende de la buena percepción que tengan los docentes de su implementación en la formación y de la necesidad que vean todos los actores educativos (administrativos, docentes y estudiantes) en transformar la pedagogía tradicional en un pedagogía dinámica, que propicie la interacción, el trabajo colaborativo, la construcción del conocimiento y la incorporación de estas nuevas tecnologías a los diferentes ambientes de aprendizaje.

Todo esto le exige a los docentes de las áreas de salud, prepararse y desarrollar competencias y habilidades en el uso de las tecnologías en los procesos formativos, lo cual se logra a través del fortalecimiento de su creatividad y capacidad de rediseñar sus propios métodos y estrategias pedagógicas. Según Lugo (13) las TIC contribuyen a innovar los sistemas educativos, lo que permite lograr aprendizajes de calidad, no sólo en aspectos administrativos de las instituciones sino también en los procesos de enseñanza y gestión del conocimiento.

Rojas (14) realiza una investigación en Medellín sobre las experiencias de aprendizaje mediadas por TIC de los estudiantes de medicina en la Universidad CES, concluyendo que las TIC son mediadoras en la interacción de docentes y estudiantes, por permitir el acceso a la información, consolidar el trabajo colaborativo, avanzar en el aprendizaje de conocimientos actualizados y fortalecer el desarrollo de competencias clínicas en los estudiantes de medicina. La autora refiere que, aunque en la actualidad se siguen dando clases magistrales, se evidencia el aumento del uso de la simulación para el desarrollo de talleres y prácticas de laboratorio clínico. Menciona también que es frecuente el uso de las bases de datos para la búsqueda de información científica y la actualización, gracias a los avances tecnológicos que le permiten al estudiante, tener durante toda su formación, acceso a la información y disponibilidad de la misma.

Además, con respecto a las clases magistrales, Rojas (14) expresa que el uso de herramientas audiovisuales permite generar mayor recordación en los estudiantes por permitirles ver, escuchar y en muchos casos como en la simulación, practicar lo visto, escuchado y leído. A su vez refiere que la academia, se apoya en medios virtuales desde los cuales se generan interacciones desde lo simbólico, verbal e icónico, que le permiten al estudiante acceder a múltiples posibilidades para enriquecer su conocimiento, por lo que puede

afirmarse que los espacios virtuales, a través de imágenes, sonidos, textos e hipertextos, dinamizan la construcción y transformación del conocimiento y la relación entre los sujetos y el objeto de estudio o saber específico.

En España, la formación en campus virtuales, con herramientas como la plataforma Moodle, han demostrado un impacto positivo en el aprendizaje según Falcó-Pegueroles & Luis-Rodrigo (10), aunque autores como Button, Harrington, & Belan (15) en Australia realizaron un estudio el cual consistió en revisar 28 artículos de investigación relacionados con los problemas que presentan los estudiantes y educadores que participan en el e-learning (enseñanza en línea) de los programas de enfermería. Dicha revisión se llevó a cabo entre enero de 2001 y diciembre de 2012. Como fuentes de datos para la consulta se emplearon las bases de datos: CINAHL, MEDLINE, OVID, ProQuest Central, PubMed, ERIC y Science Direct.

Como hallazgos principales los autores identifican que las TIC y el uso del computador tienen implicaciones tanto para los estudiantes como para los docentes de enfermería, entre ellas que el uso de las TIC, no sólo se requiere en los procesos de enseñanza y de aprendizaje, sino que también es necesario su dominio para cuando se ejerce la profesión. Otro hallazgo importante fue la necesidad de desarrollar instrumentos que permitan medir el impacto y la eficacia del uso de las TIC durante la formación. Los autores sugieren que se requieren más investigaciones que den cuenta de las percepciones que tienen los docentes y los estudiantes de la educación virtual y demás TIC utilizadas en los procesos de aprendizaje; de igual manera, identifican la necesidad de capacitación que requieren los docentes en el manejo de las TIC para su uso e implementación en los procesos de enseñanza y de aprendizaje.

Debido a las transformaciones culturales y a los avances tecnológicos y científicos, el cuidado de enfermería debe estar sustentado con evidencia desde lo científico, ético y práctico (16), por tanto,

enseñar a cuidar implica abordar el aprendizaje del cuidado desde lo técnico, científico, ético, humanístico, social, comunitario, asistencial y clínico, aspectos que pueden ser potencializados con el uso de las TIC en los procesos formativos ya que, como lo resalta Achury (8) las TIC tienen como propósito apoyar y mejorar los procesos de enseñanza, de aprendizaje y de evaluación, al estimular al estudiante hacia el logro de nuevas habilidades de pensamiento, a desarrollar su capacidad para buscar y adquirir nuevos conocimientos, que le faciliten la comunicación y el acercamiento con el docente, sin límites de tiempo y espacio. A su vez la autora refiere que la educación virtual ha permitido atender la demanda con respecto a la formación, actualización y capacitación permanente del personal de enfermería, dado que el uso de la informática le permite al estudiante seleccionar, almacenar, medir y utilizar los datos de tal manera que le estimula su capacidad para documentar y procesar la información.

Heredia (17) en México, realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas, para explorar la experiencia con Facebook de alumnos y docentes de un curso de anatomía. Los 10 residentes que participaron de la investigación cursaban la asignatura de anatomía durante la especialidad de Ginecología y Obstetricia. El autor concluye que los entrevistados “consideraron que Facebook, como herramienta de aprendizaje, afectó positivamente el logro de sus objetivos de la materia y expresaron que esta modalidad mantiene el interés y es más atractiva” (p.4). Facebook fue una herramienta que les permitió a los participantes tener un punto de encuentro permanente que favoreció la comunicación durante todo el proceso formativo. A su vez, según los docentes que participaron de la investigación, la familiaridad en el manejo de las redes sociales por parte de los estudiantes fue una de las ventajas para el proceso de enseñanza de los docentes y para el proceso de aprendizaje de los estudiantes, quienes consideran que el uso de esa

herramienta con fines educativos, hace más atractivo su proceso de formación, puesto que les permite optimizar los tiempos de lectura y análisis.

3. Uso de estrategias de aprendizaje que involucran la simulación en la formación del personal de enfermería

Como ocurre en otros campos educativos, la incorporación de las TIC se da también en las instituciones de salud, por lo que no se pueden desligar de la ejecución de los programas de formación en salud ya que, tal y como lo expresa Trens et al (18) actualmente, ninguna profesión puede ejercerse sin la implementación de técnicas y uso de instrumentos tecnológicos. Estos avances tecnológicos y científicos según Verástegui (19) han permitido mejorar las prácticas de cuidado y son los mismos pacientes quienes ahora exigen que los cuidados les sean brindados de manera integral, con calidad y respeto a su dignidad, por lo que la autora considera indispensable la formación humanística de las enfermeras, que les permita reflexionar sobre su propia práctica y analizar sus actos con la mirada enfocada en los aspectos éticos y morales implicados en la humanización del cuidado.

Un ejemplo de lo anterior se evidencia en los resultados de la investigación realizada por Reiersen, Solli & Bjork (20) en Noruega, en la cual se realizaron entrevistas a grupos focales de estudiantes de enfermería con el fin de identificar sus percepciones con respecto a la simulación de la tele-enfermería, para ello cada estudiante asistió a dos horas teóricas y tres horas de simulación en escenarios de tele-enfermería. Para las simulaciones se emplearon videos en tiempo real y tecnologías de audio, los estudiantes debían dar respuesta a tres simulaciones puntuales: 1) Ayudar a un paciente en su domicilio para el cuidado de la colostomía. 2) Ayudar a los cuidadores de un hogar geriátrico a rehabilitar un paciente que sufrió un

accidente cerebrovascular y 3) Ayudar a un grupo de enfermeras en la atención domiciliaria con cuidados paliativos de una mujer con cáncer de seno en fase terminal. De esta manera, cada estudiante tuvo la oportunidad de experimentar su rol dentro de la atención simulada por tele-enfermería.

Como resultados de esta investigación se identificó que la enfermería, a través de la simulación mediada por las TIC, experimenta una nueva forma de brindar cuidados, aunque los estudiantes que participaron de la investigación no habían experimentado la simulación de la tele-enfermería, la describieron como una práctica emocionante e interesante por permitirles ofrecer los cuidados a pacientes en áreas remotas y por permitir disminuir las hospitalizaciones de estos. También se identificó la necesidad que tuvieron los estudiantes de incorporar a este tipo de simulaciones su capacidad de comunicación, toma de decisiones, conocimientos del área y habilidades tecnológicas para lograr los resultados; los mismos estudiantes sugieren que la simulación de la tele-enfermería debe introducirse en la formación temprana de la enfermería, ya que la consideran como el futuro de la enfermería.

Otro ejemplo del uso de la simulación, como herramienta de enseñanza y de aprendizaje, según Salas & Ardanza, (21), Alinier (22), Kim, Park y Shin (23) y Gamble (6), coinciden en afirmar que las herramientas de simulación tienen como propósito ofrecer al futuro profesional del área de la salud, la oportunidad de realizar una práctica muy parecida a la que realizará con sus pacientes en la vida real, lo cual le ofrece la oportunidad de volverse cada vez más experto, adquirir seguridad, conocimientos y habilidades de dominio psicomotor en aquellos procesos o procedimientos para los cuales está siendo entrenado, con lo que se contribuye a elevar la calidad en la ejecución de estos procedimientos y por ende, la seguridad durante la atención de pacientes reales.

Pero, ¿qué es el cuidado?

Según Martínez (5) el cuidado

[...] es una acción humana que se realiza con el fin de proteger, recuperar y mantener la salud de las personas, familias y colectivos, que requiere de la puesta en escena de conocimientos, habilidades y destrezas no solo técnicas y científicas sino también éticas, humanas y holísticas puesto que el cuidado en enfermería se realiza de manera diferencial y de acuerdo a la cultura, condición clínica de cada persona que lo requiere y a las necesidades bio-sico-sociales identificadas por el personal de enfermería (5).

Significa que, en el cuidado intervienen múltiples factores que interfieren en la humanización o deshumanización de la atención y ello no solamente se relaciona con el uso de la tecnología. Esta premisa se apoya en lo que expresa Beltrán (24) sobre algunos aspectos que confluyen en el cuidado humanizado y que tienen relación con las intervenciones que se ejecutan y la manera como se ejecutan y por tanto, los procedimientos y las intervenciones que se le realizan al paciente, deben estar siempre acompañadas de la interacción, el lenguaje, la comunicación, los gestos y las actitudes positivas por parte del personal de enfermería hacia el paciente y su familia.

En la ciudad de Cartagena, Romero, Contreras y Moncada (25) realizaron un estudio con 132 pacientes en el Hospital Universitario del Caribe, durante los meses de enero y junio del 2012, para determinar la relación entre la hospitalización y la percepción de cuidado humanizado de enfermería. Ellos encontraron que en los servicios de hospitalización y de alta complejidad, el dolor, la tristeza, el sufrimiento y la impotencia son sentimientos comunes, tanto en los pacientes como en las enfermeras, situaciones que conducen a la deshumanización del cuidado debido a múltiples factores tales como:

[...] las reformas en el sistema de salud, los problemas administrativos y organizacionales en la prestación de los servicios de salud, el uso de la tecnología, la carga laboral, las múltiples funciones administrativas, que llevan en cierta medida a alejar al personal de enfermería del contacto con las personas y del verdadero cuidado humanizado (25).

Granados (26) en un estudio realizado en Medellín, identifica la tecnología como mediadora de la interacción enfermera-paciente, en el sentido de que la tecnología no remplace los cuidados de la enfermera, pero se considera de carácter imprescindible para la atención del paciente. La autora manifiesta que son las personas “[...] quienes deciden que hacer frente a las situaciones y en este proceso existirán quienes acepten a la tecnología como un medio de acercamiento o, por el contrario, como medio para alejarse del paciente [...]” (p.118). La autora concluye la investigación manifestando que, a través de los elementos tecnológicos se pueden generar espacios de comunicación, interacción y confianza con el paciente, lo cual le facilita a la enfermera identificar necesidades de cuidado e intervenirlas, pero también expresa que la tecnología puede interferir de manera positiva o negativa en los procesos de atención y esto depende únicamente del significado que le da quien la usa y cómo la usa. Por lo anterior se considera que las tecnologías no son las únicas causantes de la deshumanización de la atención en salud (27), puesto que el sentido o significado deshumanizante de la tecnología se lo da quien la usa, como las usa, el contexto en el cual la usa, pero también, hace parte de la deshumanización, el mismo sentido y significado que le da quien las necesita.

Ceballos (28) considera el tecnologicismo -definido como la importancia que se le da a lo técnico e instrumental, dejando de lado la relación directa con el paciente- un aspecto clave que aleja a la enfermería del cuidado humanizado. La autora refiere que ambos aspectos deben ser complementarios y no contrarios ya que, para los

pacientes es importante que se les realicen los procedimientos con calidad técnica y científica pero también, que los traten con calidez humana.

Algunas de las características que según Ceballos (28) debe poseer el personal de enfermería para brindar cuidados humanizados son: “capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana” (p:33) y es aquí donde adquiere importancia la formación del personal de enfermería, según la autora, dado que los docentes en enfermería deben ser un claro testimonio para sus estudiantes: excelentes seres humanos, respetuosos, comprensivos, empáticos y cálidos con sus pacientes y con sus estudiantes. Finalmente y de acuerdo con varios autores (21);(29); (2); (30); (31), la integración de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y de los ambientes de aprendizaje simulados en la formación del personal del área de la salud, han permitido tanto a los docentes como a los estudiantes, explorar y actuar sobre situaciones específicas de su área, lo que los lleva a tener un acercamiento previo con los pacientes y sus situaciones, acercamiento que incluye el abordaje bio-sico-social del mismo, aunque este abordaje así planteado, depende de la manera como el docente asuma la representación de la realidad que se intenciona en la simulación.

Cabe anotar que la formación del personal de enfermería, apoyada en la simulación, favorece la interacción enfermera-paciente, la adquisición de la pericia requerida en la técnica clínica, la resolución de problemas y conflictos inherentes a su ámbito laboral, la toma de decisiones, la comunicación con el equipo de salud, la capacidad de ubicarse y adherirse a un entorno hospitalario, a sus protocolos y demandas normativas, el empoderamiento de su rol, el desarrollo de su postura ética para actuar ante situaciones dilemáticas y en general, para poner en evidencia sus valores y su capacidad para acoger al paciente desde su humanidad.

Sin embargo, este acercamiento previo que se realiza mediante el uso de las tecnologías y que carece de la presencia física del paciente y su familia, simulan las situaciones, los contextos, las relaciones y posiblemente las percepciones de los individuos, pero no responden exactamente a la vida real, por el hecho de ser una representación artificial de los procesos reales (4).

4. Conclusiones

Las estrategias de aprendizaje que involucran la simulación en la formación del personal de enfermería han permitido que los estudiantes tengan un acercamiento previo al cuidado de seres humanos y a diferentes contextos que, aunque son simulados, les permite interactuar con diversas situaciones con las cuales se tendrán que enfrentar en su vida laboral, por ende dicha recreación artificial de la vida real contribuye en las prácticas académicas a la construcción e integración del conocimiento, al desarrollo de la habilidad y destreza que se requiere por parte del estudiante, para la atención del paciente y su familia en un contexto real y al fortalecimiento de otras competencias tales como la toma de decisiones, la búsqueda, el almacenamiento y uso de información disponible, el trabajo en equipo y la comunicación con pacientes, compañeros y superiores.

Es necesario investigar más sobre esta temática y ahondar en la evaluación del uso de las simulaciones como estrategia pedagógica y sus repercusiones en la calidad de la atención. A su vez, se requiere de cambios en los diseños curriculares, que permita integrar las tecnologías en los procesos de enseñanza, de aprendizaje, de evaluación y de seguimiento, de tal manera que contribuya al logro de competencias propias del área de salud, donde la tecnología sea vista como un medio para la construcción y gestión del conocimiento, para el desarrollo de prácticas académicas con altos estándares de calidad, para optimizar el cuidado seguro de pacientes en

entornos de aprendizaje simulados y reales y para el entrenamiento, no sólo del estudiante durante su proceso formativo, sino también para la actualización y entrenamiento del equipo de salud, pacientes, familias y colectivos.

Agradecimientos

Muchas gracias al grupo CITEISA por la motivación y orientación que me dieron para escribir este artículo y poder compartir con otros parte de mi trabajo investigativo.

Referencias Bibliográficas

1. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto Enfermería*. 2007;16(1):129-35.
2. Borda R, Norcini J. Los pacientes Virtuales en educación de los profesionales de la Salud. *REDU: Revista de Docencia Universitaria*. 2012;10 (Esp):201-9.
3. Galindo C. Percepción de los estudiantes de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana sobre el uso de la simulación clínica como estrategia de aprendizaje. (Tesis). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. 2013.
4. Ruiz A, Angel-Müller E, Guevara O. La simulación clínica y el aprendizaje virtual. *Tecnologías complementarias para la educación médica*. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2009;57 (1):67-79.

5. Martínez Y. Prácticas y concepciones que tienen los docentes del programa Técnico en Enfermería del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) regional Antioquia, sobre el uso de las TIC y su relación con la humanización del cuidado: Escuela de Educación y Pedagogía. Universidad Pontificia Bolivariana; 2017.
6. Gamble AS. Simulation in undergraduate paediatric nursing curriculum: evaluation of a complex 'ward for a day' education program. *Nurse Education in Practice*. 2017;23:40-7.
7. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educación Médica*, 16(1), 9-16. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.011>. 2015.
8. Achury D. Estrategias pedagógicas en la formación de profesionales de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2008;10(2):97-113.
9. Pinilla A. Modelos Pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. *Acta Médica Colombiana*. 2011;36 (4):204-18.
10. Falcó A, Luis-Rodrigo M. La Nueva estructura para la enseñanza-aprendizaje de la materia de enfermería clínica en los estudios de Grado de Enfermería. *Educación Médica*. 2012;15 (4):207-2012.
11. Tovar B. Modelo Pedagógico y la Evaluación del Estudiante en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
12. Tovar M, Argote L, Ocampo M. Las TIC en la escuela de enfermería de la Universidad del Valle: una experiencia transformadora. *Colombia Médica*. 2011;42(2):134-43.
13. Lugo M. Las políticas TIC en la educación de América latina. *Tendencias y experiencias*. *Revista Fuentes*. 2010;10:52-68.
14. Rojas I. Experiencias de aprendizaje mediadas por TIC de los estudiantes de medicina en la Universidad CES. Medellín, Antioquia. Universidad Pontificia Bolivariana; 2014.
15. Button D, Harrington A, Belan I. E-learning & information communication technology (ICT) in nursing education: A review of the literature. *Nurse Education Today*. 2014;34(10):1311-23. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691713001652>.
16. Orellana A, Sanhueza O. Competencia en investigación en enfermería. *Ciencia y Enfermería*. 2011;17(2):9-17.
17. Heredia Caballero ÁG. Facebook en educación médica: punto de vista de usuarios en una residencia de ginecoobstetricia. *Investigación en Educación Médica*. 2015;5(17):32-9. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/consultaremotab.edu.co/science/article/pii/S2007505715000459>.
18. Trens D, Basulto A, Vercher A, Acosta M. Visión humanística de los cuidados de Enfermería. *Metas de Enfermería*. 2013;16(9):70-4.
19. Verástegui M. Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3620/1/Verastegui_lm.pdf. 2014.

20. Reiersen IÅ, Solli H, Bjørk IT. Nursing students' perspectives on telenursing in patient care after simulation. *Clinical Simulation in Nursing*. 2015;11(4):244-50. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/consultaremotab.edu.co/science/article/pii/S1876139915000146>.
21. Salas R, Ardanza P. La simulación como método de enseñanza y aprendizaje 1995. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol9_1_95/ems03195.htm.
22. Alinier G. Effectiveness of the Use of Simulation Training in Healthcare Education: University of Hertfordshire; 2013.
23. Kim J, Park J, Shin S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Medical Education*. 2016;16 (1):1-8.
24. Beltrán O. De la atención impersonal al cuidado humanizado de enfermería mediante esfuerzos humanizadores. El punto de vista de los pacientes, los familiares y las enfermeras. (Tesis Doctoral). Universidad de Antioquia, Medellín 2014.
25. Romero E, Contreras IM, Moncada A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. Hacia la Promoción de la Salud. 2016;21 (1):26-36.
26. Granados-Pemberty Y. El uso de tecnología y la interacción enfermera paciente. El punto de vista de las enfermeras: Medellín: Universidad de Antioquia; 2012.
27. Arredondo C, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*. 2009;18 (1):32-6.
28. Ceballos P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería*. 2010;16(1):31-5.
29. Amaya A. Simulación clínica: "aproximación pedagógica de la simulación clínica". *Universitas Médica*. 2010;51(2):204-2011.
30. Durá M, Merino F, Abajas R, Meneses A, Quesada A, González A. Simulación de alta fidelidad en España: de la ensoñación a la realidad. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2015;62(10):18-28.
31. Serna-Ojeda JC, Borunda-Nava D, Domínguez-Cherit G. [Simulation in medicine. The situation in Mexico]. *Cirugía Y Cirujanos*. 2012;80(3):301-5.

Implementación del sistema de habilitación de salud en la IPS simulada como estrategia orientada a la prestación de servicios tecnológicos.

Fredy Arley Mazo Jaraba

Practicante, Tecnología en Gestión de Procesos Administrativos en Salud.
Centro de Servicios de Salud. Semillero Semsalud.
famazo09@misena.edu.co

Juan David Piedrahita Toro

Profesional en Administración en Salud. Investigador Grupo de de Investigación CITEISA. Colombiano.

Luisa María Correa Aguilar

Tecnóloga en Actividad Física. Investigadora Grupo de Investigación CITEISA. Estudiante de Licenciatura en Educación Física, Recreación y Deporte. Colombiana.

Resumen

En este artículo se presentan los resultados obtenidos en el desarrollo de la fase inicial de un proyecto de innovación, ejecutado en el Centro de Servicios de Salud, Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Regional Antioquia, cuyo objetivo general es implementar el sistema de habilitación para la prestación de servicios tecnológicos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) simulada, apoyando la seguridad del paciente, de manera que se garanticen procesos acordes con el contexto laboral y permitan la ejecución de los procesos investigativos y de innovación. El SENA es una institución de formación técnica y tecnológica y no una institución prestadora de servicios de salud. Sin embargo, cuenta con ambientes de aprendizaje que simulan una IPS real, dotados con todos los implementos, insumos, equipos biomédicos y capacidad tecnológica. Allí se pueden realizar procedimientos como en una institución prestadora de servicios de salud, por tanto los aprendices que hacen uso de estos ambientes en el marco de su formación, estarán accediendo a mejores herramientas tecnológicas y pedagógicas, lo que les permitirá ser más competitivos en el medio. Adicionalmente se pretende presentar la metodología de implementación del sistema de habilitación en la IPS simulada. Por otra parte, es de resaltar los resultados logrados durante la primera fase, cuyo avance ha arrojado información importante para continuar avanzando hacia el logro del propósito del proyecto.

Palabras Clave: innovación, software, resolución 2003, simulación.

Abstract

This article presents the results obtained in the development of the initial phase of an innovation project, executed in the Health Services Center, National Service of Learning (SENA), Regional Antioquia, whose general objective is to implement the habilitation system for the provision of technological services in a simulated Health Services Provider Institution (IPS), supporting patient safety, so as to guarantee processes that are in accordance with the work context and allow the execution of the research and innovation processes. SENA is a technical and technological training institution and not a health service provider institution. However, it has learning environments that simulate a real IPS, equipped with all the implements, supplies, biomedical equipment and technological capacity. There procedures can be performed as in a health service provider institution, so the apprentices who make use of these environments in the framework of their training, will be accessing better technological and pedagogical tools, which will allow them to be more competitive in the medium. Additionally, it is intended to present the implementation methodology of the rating system in the simulated IPS. On the other hand, it is important to highlight the results achieved during the first phase, whose progress has yielded important information to continue advancing towards the achievement of the project's purpose.

Keywords: Innovation, software, resolution 2003, simulation.

1. Introducción

Este artículo está fundamentado en la primera fase del desarrollo de un proyecto de innovación que actualmente se encuentra en ejecución en el Centro de Servicios de Salud del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Regional Antioquia, cuyo objetivo general es implementar el sistema de habilitación para la prestación de servicios tecnológicos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) simulada, apoyando la seguridad del paciente de manera que se garanticen procesos acordes con el contexto laboral y permitan la ejecución de los procesos investigativos y de innovación. Cabe aclarar que en este texto los resultados que se presentan dan respuesta a los dos primeros objetivos específicos. Por esta razón lo que se presenta es un diagnóstico de la situación actual de los ambientes simulados respecto al cumplimiento de la resolución 2003, vigente para la República de Colombia, *“por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”* (1), en el cual se define el Sistema Único de Habilitación como:

“Conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)” (1).

Como aclaración importante en el contexto de este artículo se presenta la definición de simulación como:

“Reproducir experiencias reales de pacientes a través de escenarios adecuadamente guiados y

controlados. La simulación crea un ambiente ideal para la educación, debido a que las actividades pueden diseñarse para que sean predecibles, consistentes, estandarizadas, seguras y reproducibles” (3).

Asimismo, se describe la incorporación de los lineamientos presentados en la resolución 2003, en una IPS simulada como entidad con objeto social diferente; con la finalidad de garantizar condiciones que mejoren aspectos importantes que impactan en la seguridad del paciente. El punto de partida de las condiciones del Sistema Único de Habilitación es el sistema de salud de Colombia, el cual es reglamentado por la ley 100 de 1993, dando origen al sistema de seguridad social integral y tiene como objeto:

“Regular el servicio esencial de la salud, por medio de la creación de condiciones de acceso para todos los colombianos y residentes del país, por lo cual busca brindar a la población, servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo a través de un modelo de prestación de servicios público en Salud” (3).

De igual modo, la ley 100 de 1993 señala que hacen parte del sistema: los usuarios, como actores principales del mismo, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Empresas Sociales del Estado (E.S.E) (4).

Sin embargo, el sistema de salud en Colombia ha demostrado que a través de los años ha presentado un deterioro progresivo, tanto en la parte económica, como en la prestación de los servicios y otros factores que se le asocian. (5) Es así como, a pesar de que la Constitución Política de Colombia (3) argumenta que la salud es un derecho fundamental para todos los colombianos, ésta se ve vulnerada por diversos factores que entorpecen su debido cumplimiento.

Por ello, las diferentes instituciones académicas, que se enfocan en la formación de personal asistencial del área de la salud, deben contribuir a

la mejora del sector en Colombia, comprometiéndose a formar profesionales que por medio del desarrollo de sus funciones, velen por la seguridad del paciente, entendida como: *“El conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”* (6).

Para ese fin, se necesita emplear herramientas que garanticen la calidad de los programas que se ofertan y por consiguiente, fortalezcan los conocimientos de los futuros egresados. De esta forma, será posible contribuir al propósito de hacerle frente a las problemáticas que se presentan a diario en las IPS, buscando disminuir su impacto negativo. Esto significa que se incorporen a los procesos pedagógicos y ambientes de formación, algunas estrategias de innovación (7).

2. Metodología

A través del levantamiento de la línea base de los procesos del área administrativa de la IPS simulada se definió la ruta de gestión de la institución, luego se comparó con los procesos que son reglamentados por la ley 10 de 1990, *“por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”* (8) y de esta forma se determinaron los puntos críticos a fortalecer en la IPS simulada.

Adicionalmente, se tomó como soporte la legislación vigente que reglamenta el sector salud y de esta manera se realizó un diagnóstico de las áreas que la conforman, a saber: ayudas diagnósticas, hospitalización, urgencias, cirugía, ginecobstetricia, entre otras. Con ello, se pudo generar un plan de acción para cumplir con los requisitos mínimos de habilitación.

Dentro de estas condiciones mínimas se encontró la necesidad de definir y documentar los procesos

y procedimientos que se realizan en la IPS simulada, los cuales son concordantes entre los procesos de atención que hacen parte de la formación y aquellos que son realizados en una IPS real. Esto se logró a partir de mesas de trabajo interdisciplinarias integradas por asistentes que forman personal asistencial y que prestan servicios de atención.

En la definición de estos procedimientos se aclararon los requerimientos tecnológicos necesarios para garantizar condiciones que permitan una aplicación efectiva de la simulación avanzada y de alta fidelidad, integrando servicios que responden a las necesidades de los usuarios y se obtienen y gestionan a partir de las diferentes tecnologías (9). Con esto se buscó tener una plataforma que permita la prestación de servicios tecnológicos, éstos definidos como: *“servicios permanentes que benefician a todos los usuarios, tanto internos como externos, y que están orientados hacia la prestación de servicios de suministro, administración y operación de la infraestructura tecnológica y de sistemas de información, de manera continua”* (10) y en el caso de este proyecto, están enfocadas a la atención en salud.

Posteriormente, se creó un banco de casos clínicos, que permitieran realizar las simulaciones desde los diferentes programas que serán integrados en un sistema de gestión o software, el cual busca que los aprendices del SENA se unifiquen, conozcan y converjan, con las diferentes áreas que componen una institución de salud real.

Las etapas desarrolladas durante la metodología se presentan a continuación:

2.1. Diagnóstico

Esta se desarrolló con los diferentes líderes de cada servicio. Se utilizó la resolución 2003 de 2014, la cual presenta las autoevaluaciones como mecanismos para hacer el diagnóstico de una entidad prestadora de servicios de salud frente al cumplimiento de los requisitos presentados en la resolución.

2.2 Implementación

De acuerdo a la información recolectada con el diagnóstico, se diseñó un plan de trabajo para implementar acciones que permitieran dar cumplimiento a los aspectos que no se cumplían en la autoevaluación. Esto se realizó de la mano de un programa de capacitación para el personal involucrado en los diferentes servicios de la IPS simulada. De manera general se trabajó todo el sistema documental dejando así definidos los procesos de atención de cada servicio, los protocolos transversales requeridos por la resolución como son: bioseguridad, lavado de manos, manejo de residuos, entre otros; los programas tales como: seguridad del paciente, tecnovigilancia, farmacovigilancia, etc. Los cuales fueron socializados con las personas involucradas en los diferentes servicios.

3. Resultados

Por medio de la información obtenida, a través de los diferentes mecanismos que se utilizaron en la metodología y actividades, se puso en evidencia el cómo operan, y con que cuentan los diferentes ambientes simulados, lo que a su vez permitió dar el primer paso del proceso de habilitación e intervenir en diferentes aspectos que exige la normatividad.

3.1. Diagnóstico

Se obtuvieron las autoevaluaciones de cada uno de los servicios de la IPS simulada (se presenta una en la tabla 1), lo cual permitió tener el diagnóstico de la situación actual de los ambientes simulados frente a la norma vigente de habilitación. Adicionalmente se socializaron con los responsables de cada servicio y se definieron tanto el plan de capacitaciones como las necesidades que se deben cubrir para cumplir con la normatividad.

Tabla 1. Informe de autoevaluaciones* de la IPS simulada, Centro de Servicios de Salud, Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Regional Antioquia

ESTÁNDAR	OBSERVACIONES
TALENTO HUMANO	En este estándar al hacer la evaluación se evidencia que no cumple con personal idóneo para este servicio. Tampoco se tendrá en cuenta la oferta de cita prioritaria, ni aplica para exámenes de optometría, puesto que el SENA no es una Institución que presta servicios de salud.
INFRAESTRUCTURA	En este ítem no se cuenta con áreas, como lo son la sala de espera adecuada, tampoco se cuenta con consultorios médicos, ni la adecuación de estos mismos como lo son sanitarios para su uso. Por otra parte no aplica consultorios para realizar procedimientos. En conclusión no aplica para este estándar.
DOTACIÓN	En este aspecto los consultorios sí cuenta con la dotación y equipos necesarios para realizar procedimientos, como lo son camillas, baja lenguas, tensiómetros, equipo de órganos, balanza, entre otros. El resto de los otros aspectos no aplica puesto que el SENA no es una Institución prestadora de servicios de salud.
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS.	Este estándar, no aplica porque para el manejo de medicamentos debemos tener en cuenta que debe haber un profesional idóneo para la utilización de este y el permiso para poderlos manipular.
PROCESOS PRIORITARIOS	Para este caso no se cuenta con unos procedimientos para reportar las enfermedades de notificación obligatoria cuando ocasionalmente se presenten. Por otra parte como no se realizan procedimientos, no aplican ningunos de los otros ítems estipulados en la norma y en este estándar.
HISTORIA CLÍNICA:	No se tiene una historia clínica para este servicio, tampoco para los otros servicios.
INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS	Este estándar no aplica puesto que el SENA no presta servicios de salud y por tal motivo no tiene contrato con entidades externas que puedan facilitar servicios que no se oferten en la IPS simulada.

Corresponde al microambiente de consulta externa y se evaluó en los siete estándares de habilitación (11)

Teniendo claridad de las necesidades que debían ser cubiertas, se realizó una priorización, teniendo en cuenta grado de importancia y viabilidad de ejecución. Este insumo se utilizó para definir el plan de trabajo de implementación de la normatividad vigente que aplica a una institución con objeto social diferente.

3.2 Implementación

De acuerdo a los resultados obtenidos en la fase de diagnóstico, los requerimientos por implementar se dividieron en dos grandes grupos: infraestructura y documentación.

En infraestructura se encontraron algunos aspectos a mejorar, de los cuales no todos podían ser organizados de manera inmediata, teniendo en cuenta la disposición presupuestal. En este caso, se definieron las adecuaciones necesarias a la luz de la norma, se realizaron algunas en la vigencia de esta fase del proyecto y para las faltantes se dejó el proyecto escrito, de tal manera que se pudiesen solicitar recursos posteriormente.

En documentación se definieron procedimientos, protocolos, programas y manuales solicitados desde la norma, como aspecto importante en la búsqueda de la seguridad del paciente. Adicionalmente fueron socializados con el personal de los diferentes servicios en el marco de las capacitaciones programadas y en algunos casos, se inició el proceso de integración de estos protocolos en los programas de formación.

4. Conclusiones y recomendaciones

La implementación del Sistema Único de Habilitación en la IPS simulada permite que se pueda brindar un ambiente con condiciones reales para ser utilizado en la formación del personal asistencial, lo que contribuye en la generación de aprendizajes significativos de los aprendices.

La simulación avanzada y de alta fidelidad no se trata sólo del uso de un simulador con condiciones tecnológicas muy avanzadas, sino que busca, integrar condiciones que permitan a los usuarios de los ambientes sentirse en espacios reales, lo

cual implica tener toda la rigurosidad necesaria.

Este trabajo permitirá generar estrategias para la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos de los aprendices en etapa lectiva y pre prácticas, con el propósito de que los aprendices ejecuten, identifiquen y den solución a las posibles fallas que ocurrieron en la atención de un usuario. Desde las directrices de la OMS, toda institución de salud debe trabajar en garantizar la seguridad del paciente, tema de interés, en el cual también se debe trabajar desde la formación, por lo tanto las entidades que forman el personal asistencial de salud no se deben sentir eximidas de esta labor.

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 2003 DE 2014 [Internet]. Bogotá D.C.; 2014. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 2003 de 2014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%202003%20de%202014.pdf)
2. Corvetto M, Bravo MP, Montaña R, Utili F, Escudero E, Boza C, et al. [Simulation in medical education: a synopsis]. Rev Med Chil [Internet]. 2013;141(1):70–9. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Congreso de la República de Colombia. Constitución política de Colombia 1991 preámbulo el pueblo de Colombia. Bogotá D.C.; 1991 p. 108.
4. Gobierno Nacional - República de Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá D.C.; 1993.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. 2013;168. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Estudio_sobre_el_modo_de_gestionar_la_salud_en_Colombia.pdf).

6. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [Internet]. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C.; 2008. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

7. Cilleruelo E, Carrasco F, Etxebarria B. Compendio de definiciones del concepto «innovación» realizadas por autores relevantes: diseño híbrido actualizado del concepto. Dir y Organ [Internet]. 2008;34(36):91–8. Available from: <http://revistadyo.es/index.php/dyo/article/viewArticle/20>

8. Congreso de la República de Colombia. LEY 10 DE 1990 (enero 10). Bogotá D.C.; 1990.

9. Gobierno de la República de Colombia. Ministerio de las Tecnologías de la Información y Comunicación [Internet]. 2017. Available from: <http://www.mintic.gov.co/gestionti/615/w3-propertyvalue-6800.html>

10. Ministerio de las Tecnologías de la Información y Comunicación. Gestión TI Arquitectura TI Plataforma de Participación [Internet]. 2017. Available from: http://estrategiaticolombia.co/gestionti/lineamientos/interior.php?elemento_nivelid=325

11. Mazo Jaraba F, Correa Aguilar L, Piedrahita Toro J. Informe De Autoevaluaciones de la IPS simulada, Centro de Servicios De Salud, Servicio Nacional De Aprendizaje (SENA), Regional Antioquia. Medellín; 2017.

Reflexión sobre los retos y amenazas éticas de la e-salud.

Luz Llined Mendoza Victoria

Estudiante de Maestría en Dirección Estratégica
Profesional en Salud Ocupacional
Tecnóloga en Atención Prehospitalaria
Docente SENA. Colombiana.
luzllimevic@misena.edu.co

Diana Catalina Arcila Echavarria

Estudiante de Doctorado en Biotecnología
Magíster en Ingeniería
Ingeniera Química
Líder Grupo de Investigación Ciencia Tecnología e Innovación en Salud.
Colombiana.

Resumen:

El desarrollo de la e-salud no solo se trata de la evolución continua de un sistema que a través de la tecnología genera nuevas oportunidades para los sistemas sanitarios a nivel mundial, este exige considerar diferentes aspectos inherentes a la interacción humana, es por ello que el objetivo de este documento es reflexionar sobre los diferentes retos y amenazas éticas de la e-salud y algunos de sus componentes más reconocidos. En su desarrollo se presenta la cronología de aparición de los diferentes términos relacionados con la e-salud, incluyendo su definición. Para realizar la reflexión sobre los retos y amenazas éticas se desarrolla un caso clínico como ejemplo.

Palabras clave: telesalud, telemedicina, e-learning, m-salud, seguridad del paciente.

Abstract:

The development of e-health is not only about the continuous evolution of a system that through technology generates new opportunities for health systems worldwide, this requires considering different aspects inherent to human interaction, that is because the objective of this document is to reflect on the different challenges and ethical threats of e-health and some of its most recognized components. In its development, the chronology of appearance of the different terms related to e-health, including its definition, is presented. In order to reflect on the ethical challenges and threats, a clinical case is developed as an example.

Keywords: telehealth, telemedicine, e-learning, m-health, patient safety.

1. Introducción

La e-salud es un campo emergente que se refiere a los servicios de salud y a la gestión de la información suministrada o mejorada a través de las tecnologías de la información y/o las comunicaciones (TIC) (1). Inicialmente los términos más conocidos y usados en este campo fueron telemedicina y telesalud (2), sin embargo, durante los últimos años se han introducido múltiples términos relacionados: salud móvil o m-salud, telemonitoreo, teleradiología, teleasistencia, entre otros. En general, todos hacen referencia a las múltiples posibilidades para la salud y todos los aspectos relacionados con ella, mediada por las TIC. Cabe aclarar que la e-salud, no sólo hace referencia a la atención en salud; el ciberaprendizaje o e-learning y la investigación en el área, mediadas por medios digitales, también se encuentran incluidos en este término.

Diversos estudios han descrito los múltiples beneficios de los servicios de e-salud, y han demostrado que es posible disminuir las brechas geográficas para la llegada de servicios de salud a poblaciones distantes, dar enfoques individualizados de los problemas de salud de cada paciente, generar y compartir sistemas de información integrados para las instituciones prestadoras, *"monitoreo de bajo costo, de la condición del paciente, lo que reduce las demandas de recursos y personal"* (3) adquisición y seguimiento de la información de los pacientes y los proveedores de servicios de salud, gestión de los medicamentos de forma personalizada -lo que permite una mayor adherencia a los tratamientos (4)- transmisión remota, almacenamiento e interpretación de parámetros fisiológicos o

imágenes diagnósticas –útil para un seguimiento intensivo de los pacientes (5)-educación más accesible y mejora en las operaciones y la eficiencia financiera de los sistemas de salud (6).

No obstante, la utilización de diferentes herramientas informáticas y sistemas tecnológicos de comunicación aplicados al área de la salud, trae consigo implicaciones éticas que deben ser consideradas por los actores de los sistemas, entre ellos se puede encontrar: la práctica profesional en línea, el consentimiento para el uso de datos, la privacidad, la equidad, etc. El objetivo de este artículo es hacer una revisión descriptiva que permita reflexionar sobre los retos y amenazas éticas de la e-salud.

2. Conceptos

Múltiples son las definiciones que se pueden encontrar para los conceptos relacionados con e-salud, dado que la terminología en este campo, adolece de falta de claridad y falta de acuerdo sobre la definición de los conceptos (2).

En las búsquedas realizadas para la construcción teórica del presente escrito, se evidenció el uso indistinto de términos como telemedicina, telesalud y e-salud (2) por lo que inicialmente se intentó unificar dichos conceptos.

El término telemedicina significa literalmente "curación a distancia" (7), es tal vez el más antiguo y fue introducido en la década de 1970. Sin embargo, en vista de la falta de reconocimiento de una definición, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: *"la prestación de servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud utilizando tecnologías de información y comunicación para el intercambio válido de información para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y para la educación continua de los proveedores de atención médica,*

todo con el fin de mejorar la salud de individuos y sus comunidades" (7).

Por su parte el estado Colombiano mediante la ley 1419 de 2010, la define como:

"La provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos, en su área geográfica" (8).

Posteriormente, con el objetivo de cubrir también las funciones de educación y administración relacionadas con la salud, se introdujo el término telesalud, el cual permite dar un alcance más amplio (2). La OMS postula en sus recientes documentos que los términos telesalud y telemedicina pueden ser sinónimos (9). Por su parte la norma colombiana hace referencia a *"el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la telemedicina y la teleeducación en salud"* (8).

Sin embargo, el término que podría cobijar los dos anteriores –telemedicina y telesalud- sería e-salud. Muchos autores han intentado definir e-salud (1)(2)(10), algunos de ellos se aventuran a asegurar que este concepto es dinámico, cambiante e integrador, puesto que permite que se vayan adhiriendo nuevos aspectos, según los desarrollos que vayan emergiendo (11). Aunque no existe una definición universal de e-salud, todos los autores concuerdan en afirmar que ésta, implica el uso de las TIC para optimizar la salud.

Por su parte la OMS la define como: *"el apoyo que la utilización costo-eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, , con*

inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud” (12). Este término ya no sólo cubre áreas o profesionales de asistencia sanitaria, pues alude a otras profesiones y actividades (comunicación, generación y gestión de datos, planificación de los sistemas, pacientes y familiares) que participan en el desarrollo de la salud (11).

Algunos componentes de e-salud son: el registro médico electrónico o historia clínica electrónica, la telesalud -que a su vez contempla la telemedicina- la m-salud o salud apoyada por dispositivos móviles (teléfonos móviles, dispositivos de monitoreo y dispositivos inalámbricos), e-learning en ciencias de salud (aprendizaje mediado por TIC), la educación continua en TIC que se refiere a programas que facilitan las habilidades para su aplicación a la salud (incluyen la publicación electrónica, el acceso abierto, la alfabetización digital y el uso de las redes sociales) y la estandarización e interoperabilidad que hace referencia a la comunicación entre diferentes tecnologías y aplicaciones de software para el intercambio y uso de datos en forma eficaz, precisa y sólida (12).

3. Beneficios

Múltiples beneficios de la e-salud se han documentado, todos ellos en pro de la optimización, eficacia y eficiencia de la salud en diferentes esferas. Organizaciones mundiales afirman que la cobertura universal de la salud no se puede lograr sin el apoyo de la e-salud (9).

Por ejemplo, los datos generados por los servicios de la e-salud, son de interés para los múltiples actores públicos y privados que crean redes de salud, registros electrónicos nacionales e internacionales o bien, sistemas de información que pueden ser utilizados para la atención,

tratamiento, monitoreo, gestión, revisión de la calidad, educación e investigación en el área.

De igual forma el uso del e-learning en ciencias de la salud puede reducir costos a la capacitación de los trabajadores sanitarios (13), contribuir a superar los desafíos de la educación continua (14) y mejorar el acceso y la disponibilidad de la educación, eliminando las barreras de distancia y recursos disponibles (15).

Por otra parte la investigación y la innovación en el área de la salud se ven beneficiadas por las intervenciones y aportes multidisciplinarios, sin necesidad de una interacción presencial en el mismo espacio de tiempo y lugar.

De acuerdo a la OMS se referencian repercusiones positivas de la e-salud para los diferentes actores interesados, esto se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Ejemplos de repercusión de la e-Salud (16)

PARTES INTERESADAS	REPERCUSIÓN DE LA E-SALUD
CIUDADANOS	• Hace posible la atención personalizada en el sistema de salud, a cualquier edad. • Presta atención sanitaria en el hogar, el trabajo o el colegio, y no sólo en el hospital o clínica. • Dedicar una atención especial a la prevención, la educación y la autogestión. • Facilita el contacto con profesionales para obtener consejos y apoyo.
PROFESIONALES DE LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA MÉDICA	• Facilita el acceso a los conocimientos actuales, especializados y acreditados en el ámbito de la atención clínica, la investigación y la salud pública; y a las investigaciones, publicaciones y bases de datos. • Hace posible la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud. • Facilita la disponibilidad de sistemas de aprendizaje a distancia de alta calidad para una educación profesional básica y continuada. • Permite la consulta a distancia con los pacientes, la búsqueda de segundas opiniones y el contacto con redes profesionales.
HOSPITALES, UNIVERSIDADES Y SALUD PÚBLICA	• Establece a los hospitales como red virtual de profesionales de la salud que conecta todos los niveles del sistema. • Supervisa la calidad y la seguridad; mejora los procesos de atención sanitaria y reduce la posibilidad de errores médicos. • Facilita la movilidad de los ciudadanos y de sus historiales médicos, y ofrece información sobre los pacientes en el momento y lugar que se necesita. • Ofrece nuevas oportunidades para la investigación básica y aplicada; desde el conocimiento de la salud hasta la política y la adopción de las medidas prescritas. • Amplía la colaboración y la potencia informática compartida (por ejemplo, el procesamiento en red y la computación en la nube). • Presta servicios a pesar de la distancia y de los obstáculos temporales. • Normaliza los pedidos de medicamentos, suministros y su entrega.

PARTES INTERESADAS	REPERCUSIÓN DE LA E-SALUD
EMPRESAS RELACIONADAS CON LA SALUD	• Ofrece contenidos de salud como mercancía al público y a los profesionales de la salud. • Facilita la investigación y el desarrollo de nuevos productos y servicios: historiales médicos, sistemas de información e historias clínicas electrónicas. • Permite la comercialización generalizada y rentable de productos y servicios de la salud dirigida a empresas y gobiernos, tanto locales como extranjeros.
GOBIERNOS	• Ofrece un sistema de publicación de informes en salud pública fiables, puntuales y rápidos a medida que incrementa la importancia de la salud en la economía, la seguridad, los asuntos exteriores y las relaciones internacionales. • Crea entornos propicios en vez de limitaciones tecnológicas. • Ofrece nuevos papeles a las partes interesadas, profesionales de la salud, autoridades y ciudadanos, entre otros. • Identifica las tendencias de las enfermedades y los factores de riesgo; analiza los datos sociales y sanitarios; modela las enfermedades poblacionales; modela las enfermedades poblacionales.

Tomado de: Documento "Conjunto de herramientas para una estrategia de e-salud nacional".
Geneva: WHO; 2012.

4. Discusión

A pesar de las diversas soluciones que se pueden abordar mediante el uso de la e-salud y los beneficios que provee a los actores de los sistemas de salud, surgen diferentes consideraciones que deben abordarse en el desarrollo de las mismas. Existe una preocupación mundial por aspectos como la definición de la jurisdicción médica; la responsabilidad o el reembolso de los servicios de

la telesalud; el abordaje de la seguridad del paciente y la atención basada en la calidad, las normas de transmisión o criterios de competencia clínica, la protección de la privacidad de los datos personales identificables de los individuos y de sus datos relacionados con la salud; el gobierno del intercambio de información digital entre profesionales de la salud dentro de un país, entre diferentes países, entre entidades de investigación y organizaciones públicas y privadas;

la oportunidad de acceso electrónico de los individuos a sus propios datos relacionados con la salud y su derecho a exigir que estos sean confidenciales, así como a exigir la supresión de aquellos que estén relacionados con su salud o a permitir que puedan ser compartidos con profesionales de su elección. Los análisis hechos por organizaciones mundiales, demuestran la desigualdad que existe entre los diferentes países del mundo con respecto al abordaje, manejo y control de cada uno de estos aspectos (6)(17).

Como ejemplo de algunas consideraciones expuestas anteriormente se puede analizar el siguiente caso:

- Si se desarrolla un dispositivo de monitoreo remoto para generar una base de datos de los parámetros fisiológicos de un grupo de pacientes y facilitar intervenciones terapéuticas tempranas y alertas para el cumplimiento de los tratamientos, se tendría la oportunidad de mejorar el acceso a la atención y disminuir los costos que se le generan a los pacientes por los desplazamientos y el tiempo que deben invertir en el proceso. Por otra parte, los usuarios elegibles para este proyecto, deben cumplir con condiciones de conectividad y puede que algunos de ellos no tengan las competencias para el manejo de dispositivos electrónicos por lo que deben estar incluidos en programas de alfabetización digital (4). Si se considera que no toda la población, sobre todo en países de economías en desarrollo, tiene acceso a internet, ésta sería una barrera tanto para las personas que aún no cuentan con el servicio (17) como para garantizar un acceso igualitario a este beneficio, es aquí donde se puede presentar la *"amenaza de que la salud en línea pueda profundizar entre, los que tienen y los que no tienen"* (18).

De otro lado, los datos que arroje el dispositivo son valiosos para facilitar la asistencia sanitaria y podrían ser usados por equipos de investigación en el fortalecimiento de la evidencia disponible de los tratamientos y terapias actuales y futuras. Sin embargo, estos mismos datos deben ser

protegidos por legislaciones nacionales y acuerdos internacionales. Aunque gran parte de los países disponen de una legislación sobre protección de datos relativos al paciente, parece ser que es bastante genérica y no es específica o totalmente clara en algunos aspectos, entre ellos el tipo de información a proteger, especialmente cuando se trata de expedientes en formato electrónico (17).

Si no es claro quién debe gobernar esta información, podría estar en riesgo la privacidad de los pacientes o ser utilizada para beneficio particular de individuos u organizaciones, que se escapan al control de las autoridades (19), por lo que se estaría vulnerando el derecho a la protección de datos personales (20), este es un aspecto que genera desconfianza en los usuarios, por tanto dificulta la adherencia a programas de e-salud (4).

Otro aspecto a analizar en este caso, puede ser la pérdida del contacto presencial entre el paciente y los profesionales de la salud, ya que la información fisiológica generada por los usuarios del dispositivo sería el objeto de análisis del personal asistencial. Si bien es cierto que no siempre se tiene la posibilidad de desplazar a algunos lugares el personal requerido para realizar el monitoreo y la asistencia, la evaluación personal de las condiciones de los pacientes quedaría relegada (19).

5. Conclusiones

Es claro que los servicios de salud contarán con múltiples soluciones tecnológicas, que permitirá un abordaje más eficiente de los diferentes aspectos relacionados con el área, pero ello supone un sinnúmero de retos éticos para los diferentes interesados.

Es necesario entender la e-salud como una parte en evolución en los sistemas de salud, que debe buscar fortalecerlos y no reemplazar aspectos

importantes como la interacción presencial paciente-profesional de la salud.

Integrar la e-salud a los sistemas de salud trae consigo un reto desde los aspectos éticos, legales, gubernamentales y de autocuidado. Queda preguntarse: ¿Hasta dónde llega la responsabilidad ética individual y colectiva de cada actor del sistema de salud cuando se decide integrar las tecnologías de la información y comunicación en el área?

Referencias Bibliográficas

1. Eysenbach G. What is e-health? 2001;3:2–3.
2. Fatehi F, Wootton R. Telemedicine, telehealth or e-health? A bibliometric analysis of the trends in the use of these terms. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2012;18(8):460–4. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/jtt.2012.gth108>
3. Law LM, Wason JMS. Design of telehealth trials--introducing adaptive approaches. *Int J Med Inform.* 2014;83(12):870–80.
4. Car J, Tan WS, Huang Z, Sloot P, Franklin BD. eHealth in the future of medications management: personalisation, monitoring and adherence. *BMC Med* [Internet]. 2017;15(1):73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28376771> %5Cn<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5381075>%5Cn<http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0838-0>
5. Di Lenarda A, Casolo G, Gulizia MM, Aspromonte N, Scalvini S, Mortara A, et al. The future of telemedicine for the management of heart failure patients: a Consensus Document of the Italian Association of Hospital Cardiologists (A.N.M.C.O), the Italian Society of Cardiology (S.I.C.) and the Italian Society for Telemedicine and eHealth. *Eur Hear J Suppl* [Internet]. 2017;19(suppl_D):D113–29. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartjsupp/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/sux024>
6. World Health Organization. Atlas of eHealth country profiles. The use of eHealth in support of universal health coverage. WHO, Geneva [Internet]. 2016;392. Available from: www.who.int/%0Ahttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Atlas+of+eHealth+Country+Profiles#0
7. World Health Organization Global Observatory for eHealth. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States [Internet]. Vol. 2, Observatory. Geneva; 2010. 96 p. Available from: http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
8. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1419 de 2010 “Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la telesalud en Colombia.” *Congr Colomb* [Internet]. 2010;1–6. Available from: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documentos/ley141913122010.pdf>
9. World Health Organization. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Geneva; 2016. 156 p.
10. Pardo JC, Rosario RB do, Abdellah LD, Justel FB, Tomás JFÁ de. Definición y evolución de la eSalud. Formas para evaluar la calidad de los proyectos de eSalud. *FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria* [Internet]. 2015;22(9):475–81. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207215002273>

11. Pardo JC, Rosario RB do, Abdellah LD, Justel FB, Tomás JFÁ de. Definición y evolución de la eSalud. Formas para evaluar la calidad de los proyectos de eSalud. FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria. 2015;22(9):475–81.
12. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre eSalud (2012-2017) [Internet]. Vol. 28, 51.o Consejo Directivo de la OPS, 63.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011 (documento CD51/13). 2011. Available from: http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=54:estrategia-y-plan-de-accion-sobre-esalud-2012-2017&Itemid=&lang=es
13. Sissine M, Segan R, Taylor M, Jefferson B, Borrelli A, Koehler M, et al. Cost Comparison Model: Blended eLearning versus traditional training of community health workers. Online J Public Health Inform. 2014;6(3):e196.
14. Tirmizi SN, Khoja S, Patten S, Yousafzai AW, Scott RE, Durrani H, et al. Mobile-based blended learning for capacity building of health providers in rural Afghanistan. mHealth [Internet]. 2017;3(April):14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28567411> %5Cn<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5427181>
15. George PP, Papachristou N, Belisario JM, Wang W, Wark PA, Cotic Z, et al. Online eLearning for undergraduates in health professions: A systematic review of the impact on knowledge, skills, attitudes and satisfaction. ?the?Journal Glob Heal [Internet]. 2014;4(1):10406. Available http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=prem&AN=24976965%5Cnhttp://imp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/44IMP/44IMP_services_page?sid=OVID&isbn=&issn=2047-2978&volume=4&issue=1&date=2014&title=?the+?journal+of+global+h
16. Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT). Conjunto de herramientas para una estrategia de eSalud nacional. Ginebra; 2012. 80-91 p.
17. Organización Panamericana de la Salud. La eSalud en la Región de las Américas: derribando las barreras a la implementación. Resultados de la Tercera Encuesta Global de eSalud de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Us1.1. 2016. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31287>
18. Kaplan B, Litewka S. Ethical Challenges of Telemedicine and Telehealth. 2008;(March 2007):401–16.
19. Kleinpeter E. Four Ethical Issues of “E-Health.” Irbm [Internet]. 2017;38(5):245–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.irbm.2017.07.006>
20. OEA. OEA - Organización de los Estados Americanos: Democracia para la paz, la seguridad y el desarrollo. 2009 Aug 1 [cited 2017 Dec 20]; Available from: http://www.oas.org/es/sla/ddi/proteccion_datos_personales.asp

Costo de las tutelas en salud en Colombia 1992 a 2016.

Alejandro Arango Castrillón.

Administrador en Salud.

Instructor Centro de Servicios de Salud

Profesional en Administrador en Salud.

Investigador Grupo Salud y Sociedad.

Facultad Nacional de Salud Pública UdeA.

alejandroudea@gmail.com

Resumen

En Colombia cada día en promedio se interponen 70 acciones de tutelas, 17 de las cuales solicitan servicios de salud. Lo anterior, en contraste con los múltiples esfuerzos del Estado que, durante los últimos 24 años ha adelantado diversas reformas y ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para impactar cobertura de aseguramiento, accesibilidad, eficiencia en el manejo y distribución de los recursos. Aun así, continúa el incremento de las acciones de tutelas en salud y éstas, además de haberse consolidado como indicador de apropiación de derechos fundamentales, se ha constituido como un indicador de accesibilidad a los servicios de salud. Este artículo realiza una reflexión sobre el valor monetario de los costos directos de las acciones de tutelas para dos instituciones del estado, una del Ministerio Público denominada personería como ente asesor y otra adscrita a la rama judicial de Colombia denominada reparto y juzgado. Por lo general las tutelas pueden pasar por varias instancias según su resolución, sin embargo, para este caso solo se reflexionará con la información de la primera instancia judicial para poder extrapolar los cálculos al nivel Nacional, es decir, asesoría para el escrito de una tutela y el de recepción y análisis del caso en un juzgado, con el fallo en primera instancia y las notificaciones; todo ello, derivado de un análisis retrospectivo, ajustado a valores presentes de 2016. Según la defensoría del pueblo, desde 1992 a 2016 se han interpuesto 5.865.665 tutelas, que representan a precios constantes de 2016, más de 4,3 billones de pesos (COP \$4.336.890.408.097). Con estos recursos se podrían pagar más de 114 millones de citas por medicina general, es decir, casi 3 consultas de medicina general por habitante de Colombia, lo cual significa que estos costos son de transacción creciente y que de manera paradójica, terminan generando grandes ineficiencias económicas al Estado colombiano que, además del detrimento representado en la salud de los pacientes, asume el costo de la restitución de un derecho de acceso pagado de manera anticipada por los usuarios y el Estado.

Palabras clave: derecho de amparo, valores monetarios, restitución de derecho fundamental.

Abstract

In Colombia, on average, 70 protective actions are filed each day, 17 of which request health services. The foregoing, in contrast to the multiple efforts of the State that, during the last 24 years, has advanced various reforms and adjustments to the General System of Social Security in Health, to impact insurance coverage, accessibility, efficiency in the management and distribution of resources. Even so, the increase in health guardianship actions continues, and these, in addition to having been consolidated as an indicator of the appropriation of fundamental rights, have been established as an indicator of accessibility to health services. This article makes a reflection on the monetary value of the direct costs of tutelage actions for two state institutions, one of the Public Prosecutor's Office called personality as an advisory body and another one assigned to the judicial branch of Colombia called distribution y court. In general, the guardianships can go through several instances according to their resolution, however, for this case only reflect with the information of the first judicial instance to be able to extrapolate the calculations to the National level, that is, advice for the writ of a guardianship and the reception and analysis of the case in a court, with the first instance ruling and notifications; all this, derived from a retrospective analysis, adjusted to present values of 2016. According to the Ombudsman's Office, from 1992 to 2016, 5,865,665

have been filed, representing constant prices of 2016, more than 4.3 billion pesos (COP \$ 4,336,890,408,097). With these resources could be paid more than 114 million appointments for general medicine, that is, almost 3 consultations of general medicine per capita of Colombia, which means that these costs are increasingly transaction and paradoxically, end up generating great inefficiencies economic to the Colombian State that, in addition to the detriment represented in the health of patients, assumes the cost of the restitution of a right of access paid in advance by users and the State.

Keywords: Right of protection, monetary values, restitution of fundamental right.

1. Introducción

Esta reflexión se basa en varios estudios de costos directos e indirectos con un análisis retrospectivo y ajustado a valores presentes, en los cuales se describe y analiza, desde fuentes primarias y segundas fuentes, el valor monetario de la tutela en salud para las instituciones, con base en las orientaciones metodológicas planteadas por los estudios de Nieto y Arango 2011 (1) y de Echeverry 2013 (2) que permitieron construir desde la lógica de micro-costeo y macro-costeo, la estimación monetaria de la tutela en salud, desde la asesoría para la elaboración de la tutela, la primera instancia levantada para el sistema judicial en Medellín 2011, hasta la segunda y tercera instancia respectivamente.

Para realizar el acercamiento al valor monetario representado en costos directo e indirectos, fue necesario ajustarlos a pesos contantes de 2016 y para ello, se ha realizado una proyección con base en ajustes metodológicos del costo, de acuerdo con el Índice de Precios al Consumidor del DANE y con la información de la defensoría del pueblo, ajustando promedios para proyectar los valores monetarios aproximados del costo de la tutela en todas sus instancias al año 2016, partiendo de la base de la reconstrucción de los procesos de tutelas en salud, desde el ente asesor, hasta la primera instancia.

2. Contextualización de la temática

2.1. La salud como derecho

La salud como derecho de todas las personas se establece a partir de 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (3). Posteriormente, este derecho se fortaleció con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) en el cual, se define la salud como derecho social y se establecen compromisos estatales para el disfrute universal del más alto nivel posible de salud física y mental (4).

Así mismo, la Constitución Política de Colombia de 1991, estableció que la salud y la seguridad social son servicios públicos regulados por el Estado, que pueden ser prestados por actores públicos o privados (5). En los artículos 48 y 49, se establece el derecho a la seguridad social, a la salud para todas las personas y se estipula que la prestación de los servicios debe hacerse conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. En los artículos 44 y 50, se dispone el derecho a la salud de los niños (6).

De otro lado, la tutela como recurso de protección al derecho a la salud, está soportada en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 en su artículo 48*, en la *Declaración Americana de los Derechos del Hombre de 1948 en su artículo 18*, en el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* y en la *Convención Americana sobre los Derechos Humanos suscrito en Costa Rica en 1970* (7).

¹ Fuente: cifras provenientes del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (www.dane.gov.co).

Las normas internacionales que versan sobre derechos humanos, están reconocidas por el Estado colombiano en la Constitución Política de 1991, artículo 93, el cual estipula que los tratados y los convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno (8).

2.2. La acción de tutela

La Constitución Política de Colombia consagró en su artículo 86, la Acción de Tutela, como un mecanismo para la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales, que deriven de la no protección del derecho a la salud, se afecte o lesione el derecho a la vida u otro tipo de derechos de contenido esencial, por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o privada (8). En ese mismo artículo se establece que toda persona podrá interponer tutela para reclamar ante los jueces, por la vulneración de sus derechos fundamentales constitucionales en todo momento, mediante una acción preferente en máximo 10 días, es decir, el juez debe detener cualquier proceso que esté realizando para acudir a estudiar la tutela (a excepción del Habeas Corpus). Dicha acción procederá siempre que la persona afectada haya agotado las opciones jurídicas de las que se disponen en la normatividad ordinaria.

El escrito de la tutela debe contener: la expresión clara y expresa de la acción u omisión que lo vulnera, el derecho que se considera violado, la entidad accionada, una descripción de las circunstancias que le permitan al juez formarse un juicio para tomar una decisión adecuada. Para su presentación no hay necesidad de un abogado porque el afectado puede interponer la tutela de manera personal, por intermedio de otra persona, por la defensoría del pueblo o por la personería municipal.

2.3. Asesores para elaborar tutela

Buena parte de las personas que consideran que se les ha vulnerado sus derechos, solicitan la ayuda de la personería y de la defensoría del pueblo para orientarse sobre su afectación y la elaboración del escrito de acción de tutela.

En relación con la protección al ciudadano que considera que le han sido vulnerados sus derechos fundamentales constitucionales, en particular los derechos relacionados con la prestación del servicio de salud, la personería y la defensoría, han desarrollado un sistema de atención al público organizado, donde suministran asesoría a los usuarios y les ayudan a elaborar el escrito de tutela.

2.4. Sistema de salud y tutelas

La ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social Integral, del cual hace parte el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que postula las condiciones de acceso, al cual se le han realizado varias reformas entre ellas, la ley 1122 de 2009, la ley 1438 de 2011 y la ley estatutaria 1751 de 2015 que consolida la salud como derecho fundamental autónomo, entre otras. Pese a todas las reformas, las acciones de tutelas continúan en aumento. Según el informe de la defensoría del pueblo en 2015 (9) los colombianos tuvieron que acudir a 498.240 acciones para evitar vulneraciones de cualquier derecho fundamental, de éstas 118.281 tutelas fueron interpuestas para reclamar el derecho a la salud, con un incremento del 2,7% en relación con el 2013. En 2016, la cifra revelada por la defensoría del pueblo es de 617.000, es decir que, más de 163.000 tutelas están relacionadas con los servicios de salud. Esta es la cifra más alta desde que la Constitución de 1991 aprobó este mecanismo (10). Recuperando los datos históricos desde el año 1992 al año 2016, se han interpuesto más de 5.865.665 tutelas y, como lo afirma la defensoría, si en promedio una cuarta parte de las acciones de tutelas están relacionadas con servicios de salud, éstas representarían aproximadamente 1.466.416.

Esta cifra es alarmante teniendo en cuenta que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 tiene por objeto, garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Sin embargo, declarada la salud como el derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, continua el aumento de la vulneración representada en las acciones de tutela interpuestas por los ciudadanos colombianos. Lo anterior permite inferir, que hay asuntos no resueltos respecto a la prestación del servicio, a pesar del marco legal y jurídico existente en Colombia.

2.5. Costos de las tutelas

Sin embargo, el enfoque de esta publicación no pretende entrar en la discusión de la eficacia estatal respecto al cumplimiento del derecho en facto. No obstante, si pretende demostrar la relación entre el número de acciones de tutelas, los costos implicados y los aproximados que se deriven.

Para la valoración de la tutela, se tomaron las fases de asesoría para la elaboración de la tutela, la primera instancia judicial, segunda instancia y el reparto en la corte constitucional.

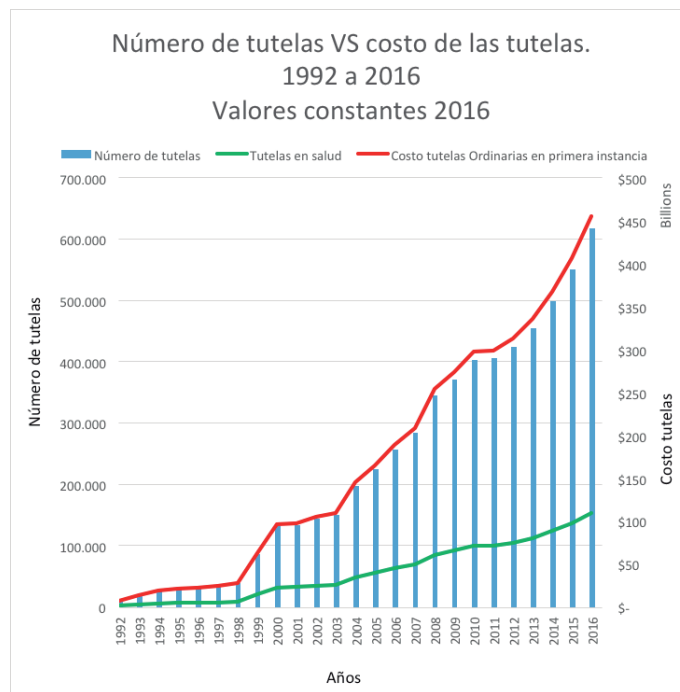


Figura 1. Número de Tutelas vs Costo de las Tutelas.

Se ha determinado que para el Estado colombiano, el costo medio de una tutela ordinaria hasta la primera instancia ajustada a precios de 2016, en promedio tiene un valor aproximado de COP \$ 739.369, mientras que una extraordinaria un valor de COP\$ 1.331.236ⁱⁱ. Esto quiere decir que en el caso de tutelas ordinarias, para el año 2016 se interpusieron 617.000 acciones, que equivalen a más de 456 mil millones (COP\$ 456.190.624.899) así pues, que del total de tutelas desde 1992 a 2016 se interpusieron 5.865.665 equivalentes a más de 4,3 billones de pesos (COP \$4.336.890.408.097).

ⁱⁱ En la investigación se determinó que las tutelas extraordinarias son en promedio el 5% del total de las tutelas.

3. Conclusiones

Este valor histórico de más de 4,3 billones de pesos representa cerca del 19,4% del presupuesto asignado para la saludⁱⁱⁱ en el año 2017. Para que se entienda la dimensión, podríamos decir que, una atención diaria intrahospitalaria por médico general tratante, tiene un valor de COP\$37.100 en Colombia a tarifa SOAT 2017, haciendo un análisis, se podría decir que con el valor total de acciones de tutelas a precios constantes de 2016, tendríamos la posibilidad de pagar más de 116 millones (116.897.316) de citas con médico general, es decir, más de 2 consultas de medicina general por habitante de Colombia^{iv}. Según el defensor del pueblo en el año 2016 una cuarta parte de las tutelas corresponden a salud, esto sería aproximadamente 154.250 acciones, si se toman como tutelas ordinarias y se basan los cálculos en la asesoría, el reparto, el fallo en primera instancia y se ajustan a precios constantes de 2016, se tendría el costo de cada tutela en \$ 739.369, esto, multiplicado por el total de las acciones en salud, produciría la cifra aproximada de 114 mil millones de pesos (\$114.047.656.225) cifra similar a los sobornos pagados por la compañía brasilera en Colombia que según el fiscal Néstor Humberto Martínez alcanza los 100 mil millones de pesos^v.

Estamos en presencia de costos de transacción crecientes que de manera paradójica terminan generando grandes ineficiencias económicas al sistema de salud.

La relevancia de estos costos de transacción deriva de la asunción del mercado, como un mecanismo de transferencia de derechos de propiedad, que en el caso del sistema de salud colombiano deviene en fórmulas contractuales tipo relación de agencia (principal-agente): Afiliado vs EPS; EPS vs IPS; Afiliado vs IPS.

Siguiendo la conceptualización de Williamson en 2009, en estos vínculos de agencia, los contratos suelen generar costos de transacción ex post, estrechamente asociados en el caso nuestro a la ineficacia de los escenarios de regateo para el cumplimiento por parte de las EPS, bastante complejos por el ambiente de incertidumbre e información asimétrica entre los actores del sistema, pero también por los contextos en que se desenvuelven sus actuaciones, relacionados con el tradicional oportunismo y la secular captura de rentas por parte de algunos agentes en la sociedad colombiana (11).

Esta maraña de relaciones de agencia, al decir de Jaime Ramírez en el 2010, *"muestra lo artificioso e incompletos que son los mercados de la seguridad social en salud en Colombia, donde los problemas de asimetría de información, riesgo moral y selección adversa no han sido superados por la regulación pública y tampoco por la asunción de responsabilidades por parte de agencias especializadas en la representación de los usuarios, como gestoras de la demanda por servicios"* (12).

Es en este contexto donde cobran importancia los señalados costos de transacción, los cuales en nuestro país arriban a niveles superiores a los registrados en los sistemas de salud de otros países de la región como México, Perú y Nicaragua, e incluso por encima de los observados en países de la OCDE como Estados Unidos, Reino Unido, Francia, España y Alemania.

ⁱⁱⁱ En total el presupuesto para la salud en el 2017 será de \$22,2 billones.

^{iv} Total nacional 49.548.060 Población proyectada a la fecha: 20-12-2017 a las 00:00 horas. Disponible en : <http://www.dane.gov.co/reloj/>

^v En el marco de la investigación que adelanta la Fiscalía por la corrupción que ocasionó la empresa Odebrecht en el país, el fiscal general,

Néstor Humberto Martínez, aseguró que la cifra de sobornos pagados por la compañía brasilera en Colombia alcanza los 100 mil millones de pesos.

Disponible en: <https://www.elspectador.com/noticias/judicial/sobornos-de-odebrecht-llegaron-los-100-mil-millones-en-colombia-articulo-719621>

Referencias bibliográficas

1. Nieto L E, Arango C A. Costs of Denied Health Care Services and of the Lawsuits Filed to Obtain Them in Medellín, 2009. *Rev Fac Nac Salud Pública*. Septiembre de 2011; 29(3):223-31.
 2. Echeverry M. Indignación justa: estudios sobre la acción de tutela en salud en Medellín [Internet]. Medellín: Hombre Nuevo Editores; 2013. 388 p. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=kn5BjwEACAAJ&dq=%22indignacion+justa%22+tutela&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiBpbyCn4LYAhVLkeAKHWAAsA8EQ6AEIJAA>
 3. Torres M, Paredes N. Informe latinoamericano sobre el derecho a la salud 2004. *Rev. Gerencia y Políticas de Salud*. 2005; 4 (8):18.
 4. Alba L, Delgado C, Gonzaga J, Valencia A, Castro C. Acción de tutela, acceso y protección del derecho a la salud en Manizales. *Rev. Salud Pública*. 2007; 9 (2):11.
 5. Vélez A. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud? *Colombia Médica*. 2005; 36 (3):10.
 8. Blanco G, Maya N. Tutela y Seguridad Social: la judicialización de la salud en Colombia. Medellín: Norma; 2001.
 6. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2007.
 7. Corte Constitucional de la República de Colombia. Sentencia T-760. Bogotá: La Corte; 2008.
 8. Defensoría del Pueblo de la República de Colombia. La tutela y los derechos a la Salud. Bogotá: La Defensoría; 2014. [Internet]. [Citado 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Latutela-ylosderechosalaSalud.pdf>
 9. Radio C. La cuarta parte de las tutelas en Colombia reclaman el derecho a la salud [Internet]. Caracol Radio. 2017 [citado 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://caracol.com.co/radio/2017/04/21/salud/1492800196_111047.html
 10. Williamson OE. Pragmatic methodology: a sketch, with applications to transaction cost economics. *Journal of Economic Methodology*. 1 de junio de 2009; 16(2):145-57.
 11. Moreno JR. Derechos de propiedad del Seguro Obligatorio de Salud en Colombia. Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2011. 126 p.
- Otras consultadas:
- Rodríguez C. Vulneración del derecho a la salud expresado en las solicitudes y acciones de tutela tramitadas en el municipio de Medellín, 2001–2007. Medellín: 2008. Trabajo de grado (Magister en Salud Pública). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.
 - Defensoría del Pueblo de la República de Colombia. La tutela y el derecho a la salud: causas de las tutelas en salud. Bogotá: La Defensoría; 2004.
 - Torres M. La Salud al derecho. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004.
 - El Congreso de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá: El Congreso; 1991.
 - Colombia. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: El Ministerio; 1993.

Fomento de valores, actitudes y normas de juego limpio en una academia de fútbol: la realidad a través del audiovisual.

Maritza Turizo Arzuza

Licenciada en Ciencias de la Educación, Especialidad Lenguas Modernas. Magíster en Docencia e Investigación Universitaria. Diploma de Estudios Avanzados (DEA) por Doctorado en Lengua Española y Lingüística General. PhD C Ciencias de la Educación. Asesora Metodológica en Investigación. Escuela de Policía Antonio Nariño. Soledad (Atlántico), Colombia.

Rafael Durán Rodríguez

Sociólogo, Magíster en Educación. Docente Universidad Minuto de Dios. Barranquilla, Colombia.
rafaduran57@gmail.com

Julio Barrios Gallardo

Magíster en Educación. Docente de la Universidad del Atlántico, Barranquilla, Colombia.
julioabraham0103@hotmail.com

Alfredo Estarita Cantillo

Magíster en Educación. Docente de la Universidad del Atlántico, Barranquilla, Colombia.
estarita2009@hotmail.com

David Libreros Ortega

Técnico Profesional en Servicio de Policía. Coordinador del Sistema de Información para la Gestión Académica (SIGAC). Coordinador del Semillero Institucional de Investigación. Investigador Grupo de Investigación ESANA – DINA E, Escuela de Policía Antonio Nariño. Soledad (Atlántico), Colombia.
david.libreros@correo.policia.gov.co

Resumen

El presente artículo expone los resultados de una investigación que permitió estructurar una propuesta de formación en valores y actitudes dirigida a estudiantes de educación Básica y Media, matriculados en una Academia de Fútbol. El proyecto se sustentó en la necesidad de contrarrestar la renuencia de los docentes a ensayar estrategias creativas basadas en tecnología y en particular, la incorporación de audiovisuales a los procesos de formación integral. Se planteó un diseño de campo de alcance descriptivo, con una muestra poblacional de treinta jóvenes entre 13 y 15 años. Mediante la aplicación de dos cuestionarios tipo escala de Likert, se detectó disposición a buenas conductas deportivas y apropiación del componente ético – axiológico. Sin embargo, es necesario que la Academia afiance valores y actitudes para el cumplimiento de normas de juego limpio. Por ello, se trazó una propuesta pedagógica basada en la recreación y análisis de casos reales de futbolistas profesionales, expresados mediante contenidos audiovisuales. Se concluye que la implementación de la propuesta diseñada, puede ayudar a los aprendices a desarrollar mejores comportamientos dentro y fuera de las aulas y de las canchas.

Palabras clave: fútbol, formación integral, componente ético – axiológico, fairplay, propuesta pedagógica, contenido audiovisual.

Abstract

The present paper exposes the results of a research that allowed structuring a proposal of formation in values and attitudes directed to students of Basic and Media education, enrolled in a Soccer Academy. The project was based on the need to counteract the reluctance of teachers to try creative strategies based on technology and in particular, the incorporation of audiovisual to the processes of comprehensive training. A field design of descriptive scope was proposed, with a population sample of thirty young people between 13 and 15 years old. Through the application of two scale questionnaires of Likert, a disposition to good sports behaviors and appropriation of the ethical - axiological component was detected. However, it is necessary for the Sport Academy to consolidate values and attitudes for compliance with Fairplay rules. For this reason, a pedagogical proposal was drawn up based on the recreation and analysis of real cases of professional soccer players, expressed through audiovisual content. It is concluded that the implementation of the designed proposal, can help the learners to develop better behaviors inside and outside the classroom and the playgrounds.

Keywords: Soccer, comprehensive training, ethical - axiological component, fairplay, pedagogical proposal, audiovisual content.

1. Introducción

Al paso de los primeros años del siglo XXI, el mundo ha experimentado cambios acelerados e importantes en todas las esferas de desarrollo. Es así, como actualmente se observa un modelo de sociedad basado en avances asombrosos y significativos en materia de ciencia y tecnología. Por ende, cada vez son más evidentes las diferencias que se perciben entre una generación y otra, respecto a los esquemas económicos y culturales que les son propios; pero sobre todo, en los estilos de vida y patrones de conducta que se divulgan a través de los medios y Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), y que se consolidan en el entorno familiar y escolar de los sujetos.

En relación con el tema, "Porta (2004) indica que la educación cumple un papel trascendental, puesto que conduce a formar al sujeto integralmente, ayudándolo a identificar, jerarquizar, intervenir y reconstruir de manera autónoma e intencional, su propia escala ético - axiológica." (1, p. 43). De tal modo, las organizaciones formadoras de talento humano deben planear muy bien su actividad y respaldarla en concepciones pedagógicas y estrategias didácticas concretas, pues en paralelo, deben impulsar una formación integral, con orientaciones éticas y axiológicas que favorezcan una sana convivencia y unas buenas relaciones interpersonales. Todo ello, puesto que *"es evidente que en la sociedad contemporánea la crisis de los valores ha creado grandes incertidumbres, que también se trasladan a la educación"* (2, p. 43).

La formación integral es un proceso complejo, que además de la labor de los maestros y directivos de las escuelas, involucra a otros agentes socializadores, dependiendo de la etapa en la que se encuentre la persona. En la adolescencia por ejemplo, a la influencia del núcleo familiar –preponderante en la niñez- se suma la del círculo de amigos y personas con quienes se comparte gran parte del tiempo. Estos son a menudo, compañeros de estudio, vecinos y conocidos con quienes se interactúa cotidianamente, en espacios

alternos (físicos y virtuales) generados por la realización de actividades de ocio, principalmente las recreativas y deportivas. En referencia al deporte, es incuestionable su sitio importante como herramienta que viabiliza el desarrollo integral de los seres humanos. Con su práctica, se busca minimizar el impacto de las graves problemáticas concernientes a los modelos de sociedad y estilos de vida que actualmente imperan a nivel mundial: individualismo, violencia, insensibilidad, consumismo, intolerancia, sedentarismo, drogadicción, entre otros.

A ese respecto, Arnold (3) expresa que el deporte puede contribuir a la adopción y afianzamiento de un conjunto de valores que redundan en un óptimo desempeño, dentro y fuera de los lugares de competencia. En términos individuales y colectivos, esta actividad traza parámetros de comportamiento asertivo, concepto último que alude a una estrategia comunicativa mediadora entre dos conductas opuestas: la pasividad y la agresividad. De esa manera, la interpretación de la naturaleza recreativa y formativa del deporte, por encima de las pasiones inherentes a los enfrentamientos entre individuos o equipos, ha de llevar a los practicantes y espectadores a modos de actuación favorables a una sana competición. Esto, siempre que medie el acatamiento de las reglas de juego y la aprehensión de valores y actitudes de respeto y convivencia pacífica.

Teniendo en cuenta los planteamientos y hechos expuestos, el objeto de estudio se orientó entonces, hacia la formación en valores y actitudes propicios al cumplimiento de normas de juego limpio en el fútbol –fairplay- concepto que según Caro Fernández *"adquiere carta de ciudadanía desde la Copa Mundial de Fútbol de 1986, cuando Maradona anota con la mano, contra la Selección Inglesa"* (4, p.1). El autor agrega que: *"Desde entonces, la FIFA establece un programa para promover el "juego limpio". Éste consiste en 10 reglas sencillas, que configuran un código de conducta fácilmente reconocible por jugadores y aficionados"* (4, p.1).

En ese orden de ideas, tanto la exploración empírica como la revisión de antecedentes científicos en torno al problema, condujeron a los investigadores a focalizar su interés en los adolescentes de 13 a 15 años. Para el estudio de campo se escogió como población, a estudiantes de educación Básica y Media, matriculados a la vez, en una Academia de Fútbol, con sede en Barranquilla, Región Caribe Colombiana.

De modo global, en ese contexto se detectó que en las clases y prácticas, tiende a magnificarse el desarrollo de habilidades deportivas y la capacidad de rendimiento físico de los aprendices futbolistas, dejando a la espontaneidad, el cultivo de las dimensiones socio afectivas y ético – axiológicas, relevantes en una formación integral.

En consonancia con tal planteamiento, el gran interrogante que direccionó el trabajo referido fue ¿Cuál es la estructura que debe tener una propuesta de formación en valores y actitudes, orientada al cumplimiento de normas de juego limpio por parte de los estudiantes de Básica y Media matriculados en una academia de fútbol?

2. Metodología

En congruencia con el objetivo general de estructurar una propuesta de formación en valores y actitudes frente a las normas de juego limpio, dirigida a estudiantes de Básica y Media matriculados en una academia de fútbol; se planteó un estudio aplicado con un diseño de campo de alcance descriptivo - prospectivo, en tanto mostrara con precisión los ángulos o dimensiones del fenómeno y asimismo, detallara las características y componentes de la propuesta formulada, en razón de los diagnósticos en el contexto y la población objeto de intervención.

Como muestra poblacional se tomó por conveniencia, un grupo natural conformado por treinta (30) estudiantes de Básica y Media, género

masculino, con edades entre 13 y 15 años, inscritos y matriculados en una academia de fútbol en Barranquilla, Colombia. Antes de la recolección de información necesaria para el alcance de las metas del proyecto, hubo una fase exploratoria donde se adelantó un sondeo (prueba piloto diagnóstica). En ese momento, los investigadores detectaron una disposición favorable de la población objetivo respecto a la realización del estudio. Esta etapa permitió además, focalizar la problemática de interés hacia la práctica del juego limpio en el fútbol.

Seguidamente, a la luz de los principios deportivos, morales y éticos propuestos por la Federación Internacional de Fútbol Asociado (FIFA), se procedió al diseño de dos cuestionarios tipo *Likert* (una escala de valores y otra de actitudes). Esto significa que se tomó como punto de partida, las diez reglas de oro orientadas *“a promover el sentido de fraternidad y cooperación entre los miembros de la familia universal del fútbol”* (4, p.1), resumidas en el Código Fair Play (Anexo).

Luego, bajo asesoría de un equipo interdisciplinario de cinco expertos, dichos cuestionarios fueron reformulados y adaptados de acuerdo con el contexto de aplicación y la población objeto de estudio, procurando sobre todo, usar un lenguaje comprensible y no fatigar al informante, teniendo en cuenta algunas variables socio demográficas como promedio de edad, nivel de estudios, lugar de procedencia, etc.

Finalmente, durante el trabajo de campo propiamente dicho, se efectuó en una misma jornada, la aplicación de los dos cuestionarios mencionados, que funcionaron como instrumentos para confirmar el enunciado hipotético planteado: los adolescentes matriculados en la Academia de Fútbol desaprueban las conductas antideportivas y dan importancia a los valores, pero necesitan fortalecer actitudes para el cumplimiento de las normas de juego limpio en la práctica del fútbol (Hi).

3. Resultados

3.1. Valores y actitudes que se requiere desarrollar con miras al cumplimiento de normas de juego limpio

En respuesta al primer objetivo específico, el trabajo de campo permitió identificar los valores y actitudes que se requiere desarrollar en los estudiantes de 13 a 15 años, matriculados en una Academia de Fútbol, con miras al cumplimiento de normas de juego limpio. Una síntesis de los hallazgos se expone a continuación.

• Motivaciones y emociones inspiradas por la práctica del fútbol.

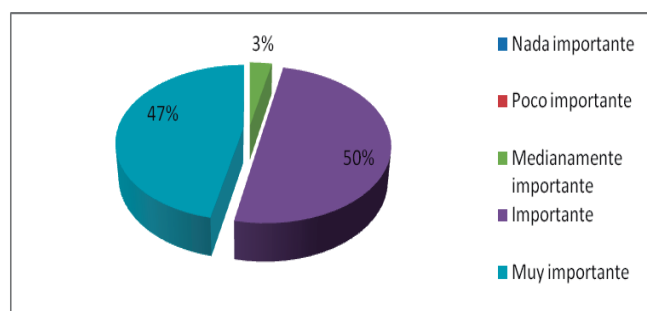


Gráfico 1. Sentir la emoción que transmite la práctica del fútbol.

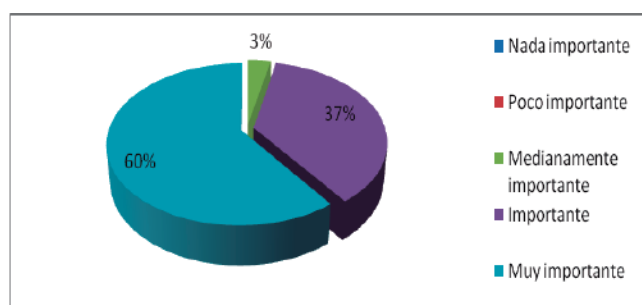


Gráfico 2. Disfrutar y divertirme en cada encuentro deportivo.

Fuente: Cuestionario aplicado a 30 jóvenes de una Academia de Fútbol (Barranquilla, Colombia).

Como puede observarse a través de las gráficas 1 y 2, presentadas anteriormente, un alto porcentaje de la muestra valoró como importante y muy importante, los aspectos relacionados con la dimensión motivacional y socio afectiva, en cumplimiento de la actividad deportiva que llevan a cabo actualmente. Se asume en tal medida, que los jóvenes estarían en condiciones de cumplir con la décima regla de oro del fairplay: utiliza el fútbol para mejorar el mundo, *"indicación que compromete a jugadores, equipos, barristas y medios de comunicación"* (4, p.1).

• Valoración del fútbol como deporte competitivo que se juega en equipo.

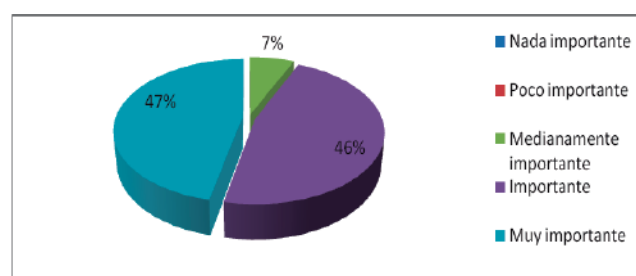


Gráfico 3. Auto controlarme en momentos de euforia (alegría).

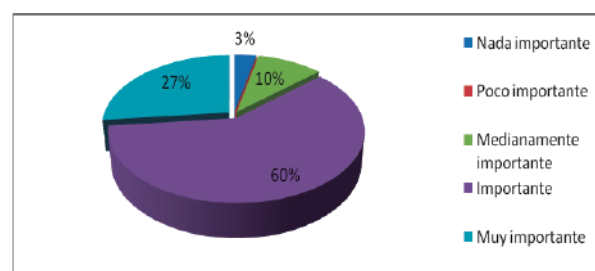


Gráfico 4. Reconocer las capacidades de mis compañeros y competidores.

Fuente: Cuestionario aplicado a 30 jóvenes de una Academia de Fútbol (Barranquilla, Colombia).

En relación con el fútbol como deporte masivo que entraña muchas pasiones y rivalidades; se detectó una tendencia sumamente favorable a la estimación del trabajo en equipo y la importancia del autocontrol en los momentos de dificultad o euforia, consustanciales a la práctica del fútbol (Gráficos 3 y 4). A ese respecto, es claro que los adolescentes interrogados reconocen que en el ser humano está latente una predisposición favorable a la práctica de actividades físicas y deportes como factores que implican interrelación con otros, la que en algunos casos se suma a un talento que amerita ser activado.

• **Acato a las reglas del fútbol, dentro y fuera del terreno de juego.**

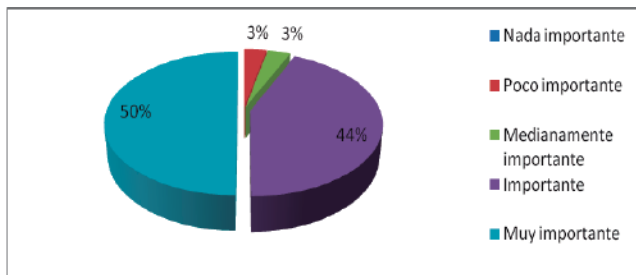


Gráfico 5. Respetar las reglas del juego.

cumplimiento de la primera y tercera reglas de oro del Fairplay:

Juega limpio. "La victoria pierde valor si no se logra de forma honesta y justa. Engañar es fácil, pero no aporta nada. Jugar limpio exige coraje y carácter. Y brinda mayor satisfacción." (4, p.1)

Acata las Reglas de Juego. "Es criticable toda instrucción de cuerpo técnico encaminada a jugar en el "filo del reglamento", lesionando contrarios, o justificando la derrota mediante el cuestionamiento de las decisiones arbitrales." (4, p.1)

• **Preocupación por el rendimiento físico, en función de la competitividad futbolística.**

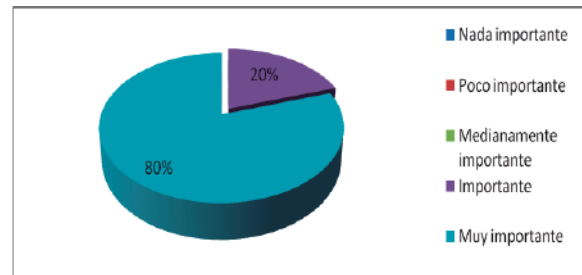


Gráfico 7. Mejorar el rendimiento deportivo.

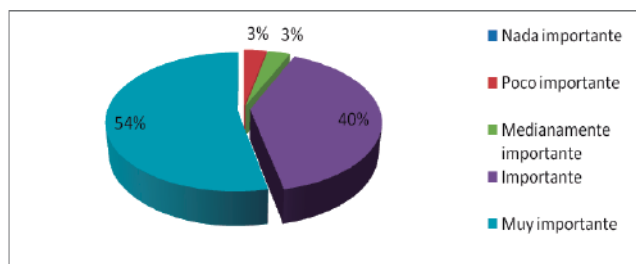


Gráfico 6. Ser disciplinado dentro y fuera de la cancha.

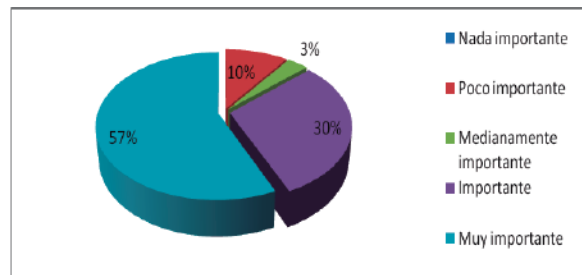


Gráfico 8. Jugar en un equipo competitivo.

Fuente: Cuestionario aplicado a 30 jóvenes de una Academia de Fútbol (Barranquilla, Colombia).

Fuente: Cuestionario aplicado a 30 jóvenes de una Academia de Fútbol (Barranquilla, Colombia).

Los resultados reportados en las gráficas de este fragmento (5 y 6), tienen una relevancia significativa porque de ellos se infiere que las actitudes y valores interiorizados por los adolescentes encuestados son propicios al

Los datos ilustrados en las gráficas 7 y 8 evidencian el consenso de los encuestados en torno a la visualización del fútbol como práctica multitudinaria que requiere el despliegue de altas capacidades físicas.

Es así que desde su óptica ingenua, los jóvenes deportistas piensan que solo mediante un extenuante trabajo corporal diario podrán alcanzar éxito deportivo y mantenerse activos en el medio futbolístico. En ese orden de ideas, el cultivo al cuerpo se convierte en un imperativo que los lleva al extremo de sus esfuerzos físicos y motrices en los entrenamientos, bajo la convicción de que es la única manera de llegar lejos con sus aspiraciones de triunfo.

4. Discusión

De los resultados ilustrados se infiere que la mayoría de los sujetos de la muestra concede relevancia a los dominios emotivos y motivacionales orientados a satisfacer necesidades humanas universales. De esta manera, los hallazgos concuerdan con los planteamientos de Brinkmann & Bizama (5), quienes conceptualizan los valores desde una perspectiva psicológica y social. Como tal, en palabras de Schwartz (6), se reafirma la importancia de su estudio sistemático en contextos transculturales.

En paralelo, de los planteamientos de Gutiérrez Del Pozo (7) se deduce que el fútbol puede ser utilizado para fomentar actitudes y conductas positivas, que conlleven la transmisión de valores de compañerismo, respeto, esfuerzo, deportividad, etc. No obstante, en este deporte también se dan situaciones poco edificantes, que van más relacionadas con la intervención de los agentes socializadores, los que paradójicamente, a menudo son los causantes de las falencias presentadas en el deporte.

Por otro lado, los resultados arrojados se articulan a los planteamientos de Caro Fernández, cuando asevera que:

“Por su importancia para la convivencia pacífica, es necesario formar a los niños y jóvenes en valores consistentes, que les permitan comprender que el fútbol es un deporte colectivo, cuya práctica ayuda a desarrollar la disciplina, el respeto, el espíritu de

equipo y la solidaridad, tanto en el juego como en la vida” (4, p.1).

Esta petición es congruente además con Torregrosa (8), quien sostiene que la llamada ‘pirámide deportiva’ cumple un papel primordial en la edad escolar (niñez y adolescencia), y está conformada por personas que comparten con ellos a menudo. Se trata de figuras relevantes en esta etapa: el deportista, el entrenador, los padres, los profesores de educación física, los árbitros, los organizadores de los partidos de fútbol, los amigos y compañeros de juego. Todos ellos influyen en la participación y en la calidad deportiva de los jóvenes atletas.

Es preciso identificar el rol de cada uno de estos elementos de la pirámide y establecer una comunicación entre estos como mediadores importantes en la iniciación deportiva del joven. De esa forma, es posible lograr una orientación educativa en la práctica deportiva, evitando la presión de los resultados inmediatos y el consiguiente entre los jugadores. Así pues, cada uno de estos agentes implicados ha de preocuparse más por el aprendizaje y la mejora de las destrezas técnicas y el bienestar de los deportistas que por el resultado o la victoria que se puedan obtener. En Colombia, esas premisas están consignadas en la Ley 1098 o Código de la Infancia y Adolescencia (9), la cual decreta que los menores de edad deben estar respaldados por sus familiares, quienes tienen el compromiso de brindarles las condiciones necesarias para la recreación y la participación en actividades deportivas y culturales de su interés.

El diseño de la propuesta resultante, expuesta en el siguiente ítem, parte de la idea de que un deporte contiene un fundamento educativo cuando mediante su práctica permite el fomento de la afectividad, la cognitividad y la sociabilidad de la persona.

Por tal razón, el colectivo de investigación determinó la aplicación de las estrategias como respuesta a la problemática referente a las agresiones, palabras obscenas, discusiones,

actitudes negativas, etc., antes, durante y después de los partidos de fútbol efectuados por los jugadores inscritos en los niveles IV y V de la Escuela de Fútbol donde se desarrolló el trabajo de campo.

Lo dicho, porque desde una consciencia –pensamiento– humanista y sociable, resulta inadmisibles la aceptación del juego sucio en las canchas y es así que se requiere empezar a formar al futbolista desde su niñez y juventud, cultivando en éste actitudes que vayan en correspondencia a los valores fijados en su dimensión ético- moral. Esto quiere decir que si el deporte estimula una educación favorable al desarrollo axiológico, las actitudes tendrán que representar una integralidad en el cumplimiento de las dimensiones, pues tales categorías se complementan, formando un modelo holístico de ser humano en su entorno social.

5. Estructura de una propuesta de formación en valores y actitudes hacia el juego limpio

En este acápite se da cumplimiento al segundo objetivo específico, orientado a desglosar los componentes pedagógicos, conceptuales y metodológicos de una propuesta de formación en valores y actitudes, dirigida a fomentar el respeto por las normas de juego limpio, en los adolescentes de 13 a 15 años, matriculados en una Academia de Fútbol.

Teniendo en cuenta la edad y las características de los jóvenes respecto a la forma como captan mejor la información, se consideró válido aprovechar el uso de las herramientas tecnológicas y en particular, los audiovisuales para delinear la propuesta, cuyo objetivo general estuvo centrado en promover la formación en valores y actitudes hacia el juego limpio, a partir de estudios de caso orientados al análisis y valoración de sucesos e historias de vida como mecanismo para el autocontrol y autorregulación de la conducta.

El diseño de la propuesta sugiere cinco unidades posteriores a una sesión preliminar de inducción.

Cada sesión o unidad contempla un mes de duración aproximado y recibe un nombre alusivo al aspecto ético- axiológico y normativo que se quiere cultivar en el joven deportista y que es ilustrado mediante los casos de los futbolistas e incluso directores técnicos, cuyas historias sean objeto de análisis. De igual forma, la iniciativa comprende cuatro fases que son: presentación de los casos, trabajo independiente, análisis –socialización y reflexión. La consistencia de cada unidad se focaliza en el estudio de las actitudes, valores, conductas y comportamientos hacia el juego limpio por parte de figuras reconocidas en el mundo del fútbol. Igualmente abarca la reacción de los futbolistas de la Academia de Fútbol y sus modos de conducta después de culminar las unidades.

Las sesiones de discusión bajo la modalidad de estudios de casos están contempladas para desarrollarse antes de los entrenamientos, bajo la conducción del director técnico, acompañado de un equipo interdisciplinario de profesionales. De tal manera, cada presentación ha de ser orientada y supervisada por tres especialistas en la temática: un Psicólogo con perfil pedagógico (Psicopedagogo), el entrenador de los jóvenes futbolistas y un Trabajador Social.

Una vez estudiada a profundidad la propuesta y con la disposición necesaria para su aplicación, estas personas programan las sesiones de trabajo. Sus funciones básicamente radican en brindar explicaciones e interpretaciones a los practicantes acerca del papel del juego limpio en las canchas de fútbol y su contra, el juego sucio. Además examinarán ciertos hábitos negativos que perjudican la vida de algunos jugadores y la influencia de estos problemas en los encuentros deportivos. Finalmente, se sugiere que la presentación de las historias en modo audiovisual se lleve a cabo en las canchas opcionales con que cuenta la academia de fútbol; de esta manera, el contexto estará acorde con los objetivos trazados. En esta misma línea, los recursos físicos o tangibles (video beam, computadora portátil, memorias USB, hojas de papel, lápices y bolígrafos) que los

aprendices futbolistas requieran para los análisis, serán proporcionados por la escuela de fútbol a la cual pertenecen. Se espera que la implementación sistemática de la propuesta ayude a los aprendices futbolistas a desarrollar mejores comportamientos dentro y fuera de las canchas de juego y de los espacios de entrenamiento.

• Ejemplo de una unidad de trabajo

A manera de ilustración, se desglosa la unidad titulada: *"Futbolistas con garra y corazón: con el mundo a sus pies"*.

Primera fase: *Presentación de los casos (Duración: 30 minutos).*

Antes de la práctica deportiva en la cancha elegida, el entrenador hará un preámbulo referido a dos futbolistas reconocidos a nivel mundial por su juego limpio y su capacidad de brindar siempre un impecable espectáculo futbolístico. Se trata de Lionel Messi y Falcao García, dos figuras deportivas, que además de motivar al público a concurrir a los estadios, demuestran sensibilidad frente a las adversidades que padecen otras personas. Se sugiere que sin mencionar sus nombres, en esta primera fase, el entrenador les hable de sus nacionalidades, de sus logros más importantes en el mundo del fútbol, y de detalles significativos de cada uno, de manera que los jóvenes practicantes descubran rápidamente quienes son. Después de ello, reproducirá los casos correspondientes a esta unidad.

El primer video es protagonizado por el argentino Lionel Messi, quien dedica un gol a un niño que tiene amputadas sus dos piernas en el partido Barcelona vs. Osasuna "Messi" dedica gol contra Osasuna a niño amputado (10):



Enlace:

<https://www.youtube.com/watch?v=gghO0uRvhj>

s (Duración: 2:36)

El segundo caso corresponde al colombiano Radamel "El Tigre" Falcao García, quien dedica parte de su tiempo en promocionar el fútbol, invitando a los aficionados y espectadores a asistir a los estadios, ofreciendo a su vez una imagen positiva de este deporte.



La información completa en los siguientes enlaces (11, 12, 13):

• Proexport y Radamel Falcao García promocionan el Mundial Sub20 2011
<https://www.youtube.com/watch?v=8-ooekv1AGU> (Duración: 31 segundos)

• Radamel Falcao García "La respuesta es Colombia"
<https://www.youtube.com/watch?v=RdOnUEP6Uds> (Duración: 2: 33 segundos)

• Radamel Falcao un tigre de oro.
<https://www.youtube.com/watch?v=VW2fXu0CTR8> (Duración: 1:47 segundos)

Después de la presentación de los audiovisuales, se sugiere que el entrenador en compañía del Psicólogo con perfil pedagógico (Psicopedagogo) y trabajador social, pregunte a los jóvenes futbolistas lo siguiente:

¿Qué fue lo que más les llamo la atención de los dos casos?, ¿Cómo calificas la actitud solidaria de Messi?, ¿Por qué jugar limpio en el fútbol permite accionar actos nobles en la vida?, ¿Imitarías el gesto noble de Lionel Messi? ¿Por qué?, ¿Las actitudes asumidas por los futbolistas permiten dimensionar la personalidad y el sentido humanitario que poseen?, ¿Por qué es importante cultivar valores, entre ellos el valor de la solidaridad?

¿Demostrar actitudes positivas en la cancha y en la vida cotidiana te hacen mejor ser humano? ¿Por qué?, ¿qué reglas de oro del código Fairplay se cumplen? ¿Qué piensan en torno a ello?, ¿Por qué un futbolista que practica el Fairplay debe fomentar la paz y la igualdad? ¿Respecto a Radamel Falcao...por qué un futbolista debe contribuir positivamente a su deporte?, ¿Animar a los demás y hablar de los beneficios del fútbol te convierte en un modelo para el deporte? ¿Por qué?, ¿Qué regla de oro del código Fairplay se cumple? ¿Qué piensan en torno a ello?, practicar el fútbol con valores trae consigo muchos beneficios para la vida. Menciona algunos de ellos.

Al finalizar las participaciones de los jóvenes futbolistas, el Psicopedagogo entregará a cada deportista una copia del material audiovisual reproducido recientemente, además les entregará en medio digital, algunos documentos y videos adicionales, con el objetivo de que los analicen minuciosamente en casa y respondan el compromiso estipulado en la siguiente fase con mayor veracidad.

Material adicional grabado (14, 15, 16,17, 18):

•El ejemplo a seguir es Messi:

Alejandro Sabella. Link:
<http://www.elheraldo.co/deportes/el-ejemplo-a-seguir-es-messi-alejandro-sabella-93231>

•Messi... "En mi país se nota la pobreza". Link:
<https://www.taringa.net/posts/deportes/15677807/Messi-en-mi-pais-se-nota-la-pobreza.html>

•Messi asiste a entrenar en su día libre y firma autógrafos a sus fans. Link:
<https://www.youtube.com/watch?v=DJna-5vohP8> (Duración: 1:45 segundos)

•Una bonita sorpresa de Falcao. Link:
<https://www.youtube.com/watch?v=yGgheHqmZfs> (Duración: 1:24 segundos)

•Cuando Falcao García era un tigrillo [Reportaje

sobre Falcao parte 1, 2 y 3.].
<https://gol.caracol.com/futbol-internacional/la-liga-espana/video-264368-cuando-falcao-garcia-era-un-tigrillo-viaje-a-los-inicios-del-goleador>

Segunda fase: *Trabajo independiente (Duración: dos semanas)*

En esta fase, el Psicopedagogo se encargará de explicar el compromiso que deberán desarrollar los jóvenes practicantes de fútbol, el cual consistirá en hacer un audiovisual corto grupal, en el que se evidencie la publicidad de una campaña institucional en pro del juego limpio a la vida, para lo cual tendrán que elaborar afiches alusivos a diversas problemáticas sociales, tales como la drogadicción, el alcoholismo, la delincuencia, el vandalismo, el maltrato intrafamiliar, el abuso sexual, el matoneo escolar, entre otros. El mensaje de reflexión expresado en el vídeo debe poseer un enfoque futbolístico, haciendo un llamado a valorar la vida propia y la de los demás, a partir de las reglas de oro del Fairplay.

Tercera fase: *Socialización y análisis de los videos grupales (Duración: 30 minutos).*

Previamente a un entrenamiento, los jóvenes futbolistas organizados en sus respectivos grupos, reproducirán las notas publicitarias creadas en el marco de una campaña institucional. Los mensajes han de invitar a la sociedad y a la comunidad deportiva a reflexionar sobre la preservación de la vida, enfatizando en las actitudes que demuestran las personas según su universo axiológico. Como ya se mencionó líneas arriba, el fútbol es una disciplina que actúa en beneficio de su practicante, por lo tanto debe jugarse limpiamente, además al poseer el título de deporte universal le exige incursionarse en los entornos sociales para brindar soluciones paulatinas o hacer advertencias respecto a las problemáticas, por lo que es preciso señalar que el fútbol sin duda coadyuva a cambiar positivamente el mundo.

Cuarta fase: *Reflexión- comentarios (Duración: 30 minutos).*

En la cuarta y última semana, se llevará a cabo una discusión sobre los estudios de casos presentados y a la actividad desarrollada en la presente unidad. En primera medida, los deportistas comentarán sus respuestas en torno a: ¿Cómo se sintieron grabando una nota publicitaria para una campaña?, ¿Qué fue lo más divertido?, ¿Qué conocimientos les dejó esta experiencia?, ¿Qué dificultades tuvieron?, ¿De qué forma contribuyen con esta actividad a mejorar el mundo?

Por su parte, el Trabajador Social se encargará de manifestarles el reconocimiento que un jugador puede llegar a obtener por su juego limpio en las canchas y en la vida cotidiana, ya que pueden convertirse en modelos para el deporte, puesto que el Fairplay además de evidenciarse en los terrenos de juego, permea los ambientes sociales donde tienen función los modos de actuación solidarios, actos nobles, de igualdad y paz.

6. Conclusión

A la luz de los antecedentes y referentes teóricos de base, la lectura de los hallazgos obtenidos en la investigación, permitió llegar a la conclusión de que el estudio ético y axiológico se enriquece cuando se toman fundamentos más amplios y comprensivos de la naturaleza humana ubicando al ser en su cotidianidad, y no limitándose a una interpretación instrumental de sus acciones, en cuanto al acatamiento de normas y procedimientos que buscan regular su conducta. Con ello, se avala que es necesario configurar una teoría lo suficientemente flexible en tanto permita comprender mejor la complejidad y dinamismo de los valores humanos.

Del proceso investigativo realizado, se deduce que si bien hay actitudes que denotan el reconocimiento de la necesidad de una formación en valores articulada al exigente trabajo físico que se realiza diariamente; hace falta una educación en valores que oriente a la población hacia un

verdadero desarrollo de su personalidad, esto es, una formación integral mediada por un fuerte componente axiológico. En concreto, dadas las características de los aprendices futbolistas - menores en edades de 13- 15 años-, en medio de la crisis de valores que atraviesa la sociedad contemporánea, urge que las instituciones formadoras de las nuevas generaciones tracen e implementen estrategias pedagógicas que viabilicen la sana interacción del sujeto con su entorno.

En esa dirección, se estructuró una propuesta destinada a promover la formación en valores y actitudes hacia el juego limpio en los futbolistas de la Academia de Fútbol objeto de estudio, por medio de estudios de caso, orientados al análisis y valoración de sucesos e historias de vida como mecanismo para el autocontrol y autorregulación de la conducta. En tal medida, la educación integral aparece como una base muy fuerte en los comportamientos y conductas adecuadas.

El diseño de la misma tuvo como guía, que un deporte contiene un fundamento educativo la afectividad, cognitividad y sociabilidad de la persona. Por ello, su aplicación pretende dar respuesta a la problemática referente a las agresiones, palabras obscenas, discusiones, actitudes negativas, etc., antes, durante y después de los partidos de fútbol efectuados por los jugadores inscritos en la Escuela de Fútbol, pues se requiere formar al futbolista desde su niñez y juventud, cultivando en éste actitudes que vayan en correspondencia a los valores fijados en su dimensión ético- moral.

La participación de los practicantes, a través de los comentarios y compromisos, a partir del análisis de los estudios de casos ilustrados y recreados en los audiovisuales facilitarán la inclusión o mejor, la interiorización de actitudes que vayan en congruencia con un universo axiológico establecido, donde la autorregulación y autocontrol funcionen como proceso conductual en el correcto actuar del joven deportista, sobre todo si se está formando en una Escuela de Fútbol.

Referencias Bibliográficas

1. López Gutiérrez YA, Libreros Ortega D, Asprilla Lara Z, Turizo Arzuza M. Intervención educativa orientada a contrarrestar la violencia en el Estadio Metropolitano "Roberto Meléndez" en Barranquilla, Colombia. Escenarios [Internet]. 2014; 12(2): 35-52.
2. Porta L. Educación, Valores y Ciudadanía: Los jóvenes frente al mundo actual. Praxis Educativa. [Internet]. 2004 [citado 10 Nov. 2015]; 8 (4): 42-49. Disponible en: <http://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/praxis/articulo/view/492/435>
3. Arnold P. J. Educación Física, movimiento y curriculum. Tercera Edición. Madrid: Ediciones Morata; 2000.
4. Caro Fernández A. Diez reglas de oro del Fairplay [Internet]. Cápsulas de fútbol. Medellín, Colombia: El Colombiano; 2016 Sep. 17 [citado 2016 Dic. 4]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ecbloguer.com/capsulas/?p=15984>
- 5 Brinkmann H, Bizama M. Estructura Psicológica de los Valores. Presentación de una Teoría (1). Sociedad Hoy. 2000; (4): 125-134.
6. Schwartz SH. ¿Existen aspectos universales en la estructura y contenido de los valores humanos? En: Ros M, Gouveia VV, editores. Psicología social de los valores humanos. Madrid: Biblioteca Nueva; 2004. p. 53-76.
7. Gutiérrez Del Pozo D. Modelo de intervención para educar en valores a través del fútbol: una experiencia con entrenadores de fútbol de la comunidad de Madrid. Tesis doctoral. Universidad Politécnica de Madrid E.T.S. Arquitectura; 2007.
8. Torregrosa M. Contribuciones de los agentes de socialización al juego limpio y a la deportividad. Ponencia presentada en la Jornada sobre Juego Limpio en el Deporte. Octubre 2014, Valencia, España. http://www.cult.gva.es/dgd/form_amb_deportivo/JORNADA_JUEGO%20LIMPIO/ponencia%20miquel%20torregrosa.pdf (último acceso 21 Noviembre 2014).
9. Ley 1098 de Noviembre 8 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Diario Oficial No. 46.446 de 8 de noviembre de 2006. Congreso de la República de Colombia. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/base/doc/ley_1098_2006.html (última actualización 29 de Noviembre de 2017).
10. YouTube. [Sede Web]. Messi dedica gol contra Osasuna (17/09/2011) a niño amputado (Soufian). [Actualizado 19 de Septiembre de 2011; consultado 4 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=gghO0uRvhjs>
11. YouTube. [Sede Web]. Proexport y Radamel Falcao García promocionan el Mundial Sub20 2011 [Actualizado 24 de Junio de 2011; consultado 4 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8-ooekv1AGU>
12. YouTube. [Sede Web]. Radamel Falcao García "La respuesta es Colombia" [Actualizado 13 de Noviembre de 2012; consultado 4 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=RdOnUEP6Uds>
13. YouTube. [Sede Web]. Radamel Falcao Un tigre de oro. [Actualizado 13 de Noviembre de 2012; consultado 4 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=VW2fXu0CTR8>
14. El ejemplo a seguir es Messi: Alejandro Sabella. El Heraldo. 16 de diciembre de 2012.

<http://www.elheraldo.co/deportes/el-ejemplo-a-s-equir-es-messi-alejandro-sabella-93231> (Último acceso: 3 de febrero de 2016).

15. Taringa. [Sede Web]. Messi: en mi país se nota la pobreza. [Actualizado 01 de octubre de 2012; consultado 4 de diciembre de 2016]. Disponible <https://www.taringa.net/posts/deportes/15677807/Messi-en-mi-pais-se-nota-la-pobreza.html>

16. YouTube. [Sede Web]. Messi asiste a entrenar en su día libre y firma autógrafos a sus fans 2015. [Actualizado 17 de Septiembre de 2015; consultado 4 de diciembre de 2016]. Disponible <https://www.youtube.com/watch?v=DJna-5vohP8>

17. YouTube. [Sede Web]. Una bonita sorpresa de Falcao. [Actualizado 22 de Octubre de 2012; consultado 4 de diciembre de 2016]. Disponible <https://www.youtube.com/watch?v=yGgheHqmZfs>

18. Gol Caracol. [Sede Web]. Cuando Falcao García era un tigrillo [Reportaje sobre Falcao parte 1, 2 y 3]. [Actualizado 2 de Noviembre de 2012; consultado 4 de diciembre de 2016]. Disponible <https://gol.caracoltv.com/futbol-internacional/la-iga-espana/video-264368-cuando-falcao-garcia-era-un-tigrillo-viaje-a-los-inicios-del-goleador>.

Anexo.

Código Fairplay “Las diez reglas de oro”.

1 JUEGA LIMPIO La victoria pierde su valor si no se logra de forma honesta y justa. Jugar limpio hace que los demás te respeten. Quien engaña solo se gana el desprecio de los demás.	2 JUEGA A GANAR, PERO ACEPTA LA DERROTA CON DIGNIDAD Ganar es el objetivo del deporte, nunca juegues con la intención de perder. Pero si pierdes, acéptalo y te ganarás el respeto de los demás. Felicitá a los vencedores e intenta ganar la próxima vez.	3 ACATA LAS REGLAS Todo deporte necesita reglas para ser justo. Las reglas del fútbol son sencillas y fáciles de aprender. Hacen que el fútbol sea divertido en el campo y en la grada.
--	---	--

4 RESPECTA A TODOS Todos tenemos los mismos derechos. Hay que respetar al adversario, al compañero, a los árbitros y a los espectadores. El juego limpio se basa en el respeto. El respeto forma parte del fútbol.	5 PROMOCIONA EL FÚTBOL El fútbol es el deporte universal por excelencia. Contribuye a que siga siendo así. Habla de sus beneficios y anima a los demás a hacer lo mismo. Sé un modelo para el deporte.	6 FOMENTA EL JUEGO LIMPIO El fútbol es grande porque se respeta el juego limpio. Cuando uno juega extraordinariamente limpio merece el reconocimiento de los demás. Ayuda a mejorar la imagen del fútbol reconociendo actos nobles.
7 RECHAZA LAS MALAS INFLUENCIAS El fútbol es a veces presa de malas influencias. No te dejes tentar por las drogas, el racismo, la violencia, el juego u otros peligros. El fútbol es un deporte y el deporte es símbolo de paz.	8 AYUDA A OTROS A JUGAR LIMPIO Procura que en el fútbol todos jueguen limpio. Que no les tientes las drogas, el racismo, la violencia, el juego u otros peligros. Ayuda a otros a jugar limpio.	9 DENUNCIA A QUIENES ENGAÑAN Di "no" a quienes engañan y denúncialos. Es mejor apartarlos del deporte antes de que lo perjudiquen. Protege el fútbol actuando.
10 EL FÚTBOL POR UN MUNDO MEJOR La popularidad del fútbol puede hacer que el mundo sea un lugar mejor. Utiliza su fuerza para fomentar la paz y la igualdad. Haz del mundo un lugar mejor gracias al fútbol.		

Fuente: Caro Fernández A. Diez reglas de oro del Fairplay [Internet]. 2016 Sep. 17.

CITEISA

Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud
Centro de Servicios de Salud

SENNOVA

