

**MODELO DE ATENCION DE SALUD FAMILIAR EN LA REPUBLICA DE
COLOMBIA**

ALBERTO FLOREZ HERNANDEZ

YINDY DIAZ MERCADO

DIANA MONTOYA MARTINEZ

CARLOS FERNANDO RESTREPO SEPULVEDA

**IMPLEMENTACION DE MODELO DE SALUD FAMILIAR EN LAS EAPB DE
LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**Asesora
MARGARITA GARCIA
Docente en Salud Familiar**

**Especialización de Auditoria en Salud
Postgrados en Salud pública
Universidad CES
2010**

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios, por darnos la vida y conocimiento para superarnos como personas; a nuestra universidad CES, por haber creado un espacio para el conocimiento; a nuestras familias por la paciencia y su apoyo incondicional; a nuestros profesores, por ayudarnos a formarnos como seres más íntegros y a todas aquellas personas que de una u otra forma constituyeron un motivo para aprender. Un abrazo y mil gracias.

CONTENIDO

	pág.
1. INTRODUCCION	4
2. JUSTIFICACION	5
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
4. MEMORIA METODOLÓGICA	14
5. MARCO CONCEPTUAL	15
6. EXPERIENCIA LOCAL EN SALUD FAMILIAR	53
7. CONCLUSIONES	58
8. RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	60

1. INTRODUCCION

Durante la exploración del siguiente texto, el lector encontrará la realidad que el sector salud presenta en la república de Colombia y cómo se generaron situaciones que evitan el logro de la calidad de la atención en salud.

Iniciando con los requerimientos de norma vigente donde se piden altos estándares de calidad para lo cual los diferentes actores no se encuentran preparados y experimentan ausencias de directrices claras y medios de impacto que permitan el logro de estos objetivos, pasando por los resultados actuales que han motivado serias reformas al sector.

Se propone un cambio en la forma como se administra el sector salud como estrategia diferente a la convencional que pretende generar el impacto esperado, retomando prácticas ya conocidas en el sector salud años atrás y es el denominado médico de “cabecera” que no es más que el mismo profesional actual con un vasto conocimiento científico que observa a su paciente como un ser integral en relación con los demás y sus entornos más cercanos como la familia.

Este profesional llamado médico de familia, coordina la atención primaria en salud determinando con criterio y entendimiento los recursos a su alcance disponibles, generando confianza, empatía y fidelidad con su población asignada; crea una red alrededor de su quehacer que beneficia su actuación y finalmente al paciente, educándolo y haciéndolo participe del proceso enfermedad-salud.

Bajo atributos de calidad bien conocidos y entendidos por el médico de familia y demás actores, con una población participe de la salud propia y del grupo familiar, con herramientas tecnológicas al alcance y organización de los recursos y facilitando el acceso el paciente, se genera las condiciones necesarias para operativizar el modelo de salud familiar que pretende solucionar la desarticulación de los diferentes niveles de atención, deshumanización en la atención, la postura pasiva y demandante del usuario y la utilización adecuada de los recursos que como se menciono líneas atrás, se consolida como el punto de quiebre a nuestro sistema de salud, envidiado por unos y criticado por otros.

Finalmente en este documento, se presenta una experiencia de aplicación del modelo de atención familiar, donde se conjugan elementos esenciales y holísticos de la salud familiar, la personalización de la atención, el liderazgo del médico de familia, el fortalecimiento del nivel de atención básico, el apoyo multidisciplinario al médico de familia y su paciente, la administración de la población asignada, la utilización de tecnología básica mejorando la accesibilidad que permite evitar complicaciones, educar en salud y utilización oportuna y pertinente de los servicios por parte del usuario.

2. JUSTIFICACION DE PROYECTO SOBRE SALUD FAMILIAR

Históricamente, la salud ha congregado las más importantes decisiones, nombrados pensadores y clase excelsa en sociedades a través de los tiempos y ha sido objeto de estrategias que mejoren su calidad, cobertura, integralidad.

En 1976 un grupo de expertos en familia de la OMS, definió la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia; definición ésta muy acertada al contemplar el elemento funcionamiento familiar tan importante para la salud, pero de forma incompleta.

Tal vez más completa es la de salud familiar como el resultado del equilibrio armónico entre sus componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el que juega el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar las crisis. En esta conceptualización se incorporan elementos nuevos de vital importancia como son: la salud, que aunque no es explícita, parece estar referida a la de los miembros y su connotación en la salud familiar, los factores socioeconómicos y culturales así como lo manifiesta el siguiente autor:

“El enfoque sistémico de la familia contribuye al análisis de la salud familiar desde una posición de síntesis de las relaciones interpersonales, y que no puede reducirse a la adición o la suma de sus miembros. La familia es funcional en tanto propicie la solución a problemas sin afectar desmedidamente la satisfacción de las necesidades de sus miembros, según la etapa del desarrollo en que se encuentre y el tránsito armónico por las etapas del ciclo vital”. (Louro I 1993, Pág. 69)

Otra definición es la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica interna, en el cumplimiento de funciones para el desarrollo de los integrantes, y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida. Lo novedoso en este caso está en la incorporación de la capacidad de enfrentamiento a los cambios tanto internos como externos, lo que permite el crecimiento y desarrollo de los miembros.

La salud familiar, es un proceso único e irreplicable, que se caracteriza por no ser la suma de los problemas de salud individual de sus miembros y por tener un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos, socios psicológicos, psicosociales, del funcionamiento familiar, de la etapa del ciclo evolutivo, de la estructura y de la propia salud individual de los miembros sino está sometido a un proceso de transformación, donde juegan un papel fundamental las potencialidades con que cuenta la familia.

No se puede hablar de salud familiar sin hablar de relaciones humanas, las cuales generan las mayores alegrías, pero también son fuente de problemas. En toda agrupación humana, bien en el trabajo, en el entorno social o en la familia, la convivencia genera conflicto. Esto es natural, pero lo que hay que procurar es que los conflictos no se conviertan en un problema. Si esto sucede

en el trabajo o en otros ámbitos en los que los vínculos personales son secundarios, la experiencia no es agradable, pero resulta especialmente dolorosa cuando el fallo se origina en la familia. De ella se espera afecto y con ella se comparte el objetivo principal de crecer y desarrollarse como persona en la vida. Por eso, cuando las relaciones familiares no funcionan hay que procurar arreglar el problema. No es tarea fácil. Para intentarlo es fundamental conocer su entorno para así analizar correctamente cómo surgen los conflictos y cuáles son las soluciones más adecuadas.

En este orden de idea se establece que la familia ha de cumplir con sus funciones económicas, biológicas, culturales y espirituales. La administración del dinero familiar, la logística de la casa; la atención de la salud y el desarrollo saludable, y la atención a los principios morales y los valores espirituales son responsabilidad familiar y la esencia de su funcionamiento. Las crisis económicas, los problemas sanitarios o de cualquier índole ponen a prueba el compromiso de los miembros en la familia.

El sistema familiar debe permitir el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros. Cuando la familia exige una dependencia excesiva entre sus miembros, limita la superación y la realización personal e individual. Por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. Por tanto, para que la familia funcione hay que respetar las fronteras psicológicas que permiten preservar el espacio vital de cada cual, sin limitar la independencia, pero sin promover una excesiva individualidad que impida el desarrollo de todos los miembros en solidaridad.

Debe haber flexibilidad en las reglas y roles para la solución de los conflictos. Una familia que funciona presenta unas tareas y roles asignados a cada miembro de maneras claras y aceptadas por todos. Es importante que no haya sobrecarga de rol por sobre exigencias, como sucede en algunos casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales, y que se eviten estereotipos de género que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar.

Otra condición para que funcione es que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se conciben de manera rígida. Debe analizarse el cumplimiento de la jerarquía o distancia generacional de manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) y de manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía). Por ejemplo, en la relación matrimonial debe existir un sistema de jerarquía horizontal y en la relación padre y madre-hijos, cuando éstos se encuentran bajo su tutela, vertical. La familia no funciona cuando no se respetan estos parámetros y se invierte la jerarquía (el padre que pide autorización al hijo para volver a casarse) o cuando la jerarquía se confunde con autoritarismo.

El sistema familiar ha de ofrecer una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas. Cuando lo que se proclama no se corresponde con lo que se piensa, lo que se hace no es lo que se dice y se utilizan mensajes incongruentes o distorsionados, la comunicación se vicia y se pierde confianza en la verdad de lo que se habla, se cuenta y se escucha.

A sí mismo, la familia ha de ser capaz de adaptarse a los cambios. En el devenir familiar no cabe la rigidez. El cambio es constante, y constante la vuelta al equilibrio en las nuevas circunstancias, pues si bien la familia en esencia no cambia, sí lo hacen sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas. Se modifican constantemente para adaptarse y atender las tareas de desarrollo (las propias de las etapas que atraviesa la familia en su ciclo vital) y para poder realizar las tareas de afrontamiento (las necesarias para afrontar las crisis, los problemas y los momentos difíciles).

La familia, aún en medio de una situación estresante, puede redescubrir formas de afrontamiento a la problemática, teniendo como resultante el recobrar el estado de salud de la familia y el bienestar de sus miembros. La propia familia puede crear un ambiente propicio para ajustarse a diversas situaciones, permitiendo la participación de sus miembros para identificar el problema e ir a la búsqueda de la solución ayudándose unos a los otros. La familia es capaz de aplicar los patrones de solución de problemas, usar las alternativas adecuadas, para de esa forma facilitar y promover el bienestar y la salud familiar.

En la historia moderna en la declaración de Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, en Alma-Ata (Almaty desde 1994) (capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajstán), los representantes de 134 naciones convinieron en los términos de una solemne Declaración en la que se instó a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo. Esta ocasión representó si no el primero, uno de los primeros esfuerzos a nivel mundial por generar condiciones propicias para el desarrollo de canales efectivos en la generación de la salud en la población, pero no se indicó el medio.

Seguidamente mediante la carta de Ottawa en Noviembre de 1986, la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública organizaron la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en la que se reunieron 212 delegados de 38 países. En un ambiente de diálogo abierto entre profesionales de la salud y de otros sectores, entre representantes de organizaciones gubernamentales, de voluntariado y comunitarias, así como entre políticos, miembros de la administración, académicos y facultativos, se coordinaron esfuerzos para definir claramente los objetivos futuros y reforzar el compromiso individual y colectivo con la meta de Salud Para Todos en el año 2000. Nuevamente se insta a lograr metas en salud sin resolver preguntas como: ¿y acaso no fueron suficientes los esfuerzos generados en Alma Ata? ¿Fueron estos esfuerzos dirigidos en rumbo adecuado? Y curiosamente nuevamente emprendimos esfuerzos buscando el qué pero no pensando el cómo.

En este sentido los objetivos del milenio proponen: “Haber reducido, para el año 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales; haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, el flagelo del paludismo y otras enfermedades graves que afligen a la humanidad. Alentar a la industria farmacéutica a que aumente la disponibilidad

de los medicamentos esenciales y los ponga al alcance de todas las personas de los países en desarrollo que los necesiten”.

Ya nuestra constitución política de Colombia de 1991 (Artículo 48 y 49) menciona que la seguridad social y la salud son un derecho universal de todos los ciudadanos y el Estado está en deber de proveer todas las herramientas para facilitar el acceso a las mismas pero nuevamente estas herramientas no parecen estar tan al alcance.

La Ley 100 de 1993 basada en principios de Eficiencia, solidaridad, universalidad, equidad, integralidad y participación y varios decretos, resoluciones, acuerdos, sentencias que basados en la constitución, la ley y estas otras normas buscan llegar con la salud de mejor calidad a toda la población. Pero ¿lo hemos logrado? ¿Acaso la eficacia no debió ser consignada dentro de los principios de esa Ley 100 y de esta forma lograr los otros conceptos? Es el cómo y no el qué lo que nos ha generado tropiezos.

Bien, creemos en este grupo primero que hemos “buscado” en el lugar equivocado. También, que el logro de salud actualmente no es lo que antes, y que lo que la normatividad busca, debemos adaptarlo a las posibilidades, pero a su vez, adaptarnos y cambiar lo que se puede cambiar para que los pacientes sean los más beneficiados y evitar situaciones que como la actual, generen trastabilleos de nuestro sistema de seguridad social en Salud. Así mismo, estamos seguros que es mediante la reflexión, análisis y crítica constructiva, que se pueden expresar ideas que puedan beneficiar al pueblo, y en este caso hacer del sistema, un sistema efectivo (lograr el resultado teniendo en cuenta la eficiencia y eficacia). Pero ¿Cómo? Y recordamos todos los intentos anteriores y que en este escrito sólo se mencionan algunos, para lograr impacto en salud y nos seguimos preguntando cómo.

Para entender y responder esta pregunta es necesario situarnos en un punto de partida como lo es el sistema actual de salud y sus aditivos como: Sistema obligatorio de garantía de calidad, atención impersonalizada, desarticulación de los niveles de atención, Aseguradores, IPS, pacientes o mejor usuarios, tutela, y un punto de llegada: Cobertura, calidad en la prestación, satisfacción del usuario, humanización del servicio, sentido altruista de la medicina, disminución del riesgo en salud, seguridad del paciente, oportunidad y continuidad en la atención, eficiencia en costos sin restricciones prestacionales, pertinencia y capacitación continua. Puede que estos dos puntos sean distantes el uno del otro pero la forma de unirlos debe ser una estrategia capaz de lograr todos estos resultados con los medios existentes y con baja inversión.

El modelo de atención responde a expectativas del cómo, situándose como medio para lograr estándares de calidad en un medio colmado de usuarios exigentes, documentados y álgidos, en momentos donde los profesionales de la salud con bajos ingresos y motivaciones profesionales, carecen de sentido al servicio social y comunitario.

Este modelo de salud familiar, crea ambientes propicios para generar mejoramiento de la relación médico – paciente, aprovecha recursos del medio en comunicación, incorpora las diferentes redes de servicio y niveles de atención, articulándolos; aumenta las intervenciones en salud en atención

primaria, se apoya de un grupo multidisciplinario básico de prestadores que mejora la resolutivez del mismo equipo y en particular del médico de familia, crea fidelización del usuario y su grupo familiar para con su médico, y éste a su vez se siente comprometido con la situación de salud de su población, involucra variables demográficas y socioculturales no tenidas en cuenta o informadas antes, genera indicadores de gestión manteniendo informado al sistema de salud de la evolución y logros del modelo. En resumen, permite con los costos en salud actuales, mantener y mejorar los resultados en salud de la población expuesta y no expuesta.

La atención salud ofrecida bajo un modelo de salud familiar tiene grandes beneficios tanto para el usuario como para el personal de atención de salud y las instituciones encargadas de la prestación y administración de los servicios de salud.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario constituye una ruta para lograr la Equidad en el sector, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente. Este Modelo responde a las necesidades y expectativas de la población a fin de que obtengan una atención de salud integral con calidad, calidez y respeto, donde se garantiza el derecho a la salud, pilar fundamental de las Políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, caracterizada por los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad. Este Modelo de Salud está enfocado a la atención en salud de la comunidad, donde se privilegia a cada familia, principalmente las más vulnerables. Asimismo, aborda a las personas en todos los ciclos de vida como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y prevención de su salud, atención al daño y rehabilitación con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas al control del medio ambiente.

Este Modelo, se sustenta en la Estrategia de Atención Primaria en Salud, que consiste en establecer el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, mediante su plena participación, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, viéndola como el pilar para un sistema de salud exitoso y sostenible. En consecuencia, el cuidado de la salud debe fortalecerse principalmente en el nivel básico de atención donde el médico de familia sea la puerta de entrada al sistema, actuando no como contenedor sino como canalizador de la atención, regulando la utilización de los recursos de manera equitativa y con el apoyo de un adecuado sistema de remisión y contrarremisión a los niveles de mayor complejidad

La principal motivación para las EAPB (Empresas administradoras de planes de beneficio) para el diseño y puesta en marcha de un Modelo de Servicio fundamentado en un Modelo de Salud Familiar es el mejoramiento de la salud de los afiliados mediante un fortalecimiento de la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes al interior de un sistema ordenado. Esto se ve limitado bajo las actuales condiciones de una práctica en salud donde la continuidad de la relación entre el profesional sanitario y su paciente es un fenómeno de escasa ocurrencia, mientras la fragmentación del cuidado se ha convertido en una característica frecuente e inconveniente. De la mano del fortalecimiento de esta relación el médico y los demás miembros del equipo

de salud recuperarán la confianza de sus pacientes, abonándose así el terreno para una relación de acompañamiento en la construcción de la salud fundamentada en el conocimiento de las verdaderas necesidades de sus usuarios y sus familias, pudiendo ver nuevamente el quipo de salud del impacto que tienen sus acciones sobre la población a su cargo.

Fortalecer el nivel básico requiere organizar las acciones de salud en torno al médico de familia lo cual es muy positivo ya que los médicos generales usan menos recursos para proveer atención a los pacientes crónicos con resultados similares a los alcanzados por otros profesionales que utilizan más recursos.

Internacionalmente se encuentra que los países que fortalecen el nivel básico de atención, logran tener una población más sana a menor costo.

Adicionalmente, más gente recibe atención por médicos del nivel básico que por cualquier otro profesional de salud, de hecho en un mes promedio 14 veces más pacientes son atendidos en nivel básico que en las instituciones hospitalarias.

A futuro, el cambio en el modelo de atención que se está impulsando, pretende poner al servicio de las personas un modelo interdisciplinario adaptando a sus necesidades, con un enfoque integral respecto al proceso de salud y enfermedad orientado hacia la persona en el contexto de su entorno familiar, social y laboral, centrado en la prevención más que en la recuperación, creando una cultura de la salud y el autocuidado y no de la enfermedad, buscando que las familias se sientan efectivamente protegidas y aseguradas.

Con el modelo de Salud familiar los médicos de familia de las IPS básicas serán los encargados de “administrar” su población asignada y liderar el trabajo encargándose de la coordinación del equipo de salud. El mejoramiento de la salud de la población asignada será logrado gracias al conocimiento que el médico familiar y el equipo que coordina vayan adquiriendo de las necesidades de los pacientes. Este conocimiento progresivo irá permitiendo manejar mejor la ansiedad de los pacientes que bajo otras condiciones serían catalogados como simplemente “demandantes”, con el nuevo enfoque, detrás de este calificativo, muy probablemente el médico familiar encontrará un componente psicosocial y de ansiedad con el esquema de atención tradicional pasaría desapercibido.

Inicialmente es probable que los médicos familiares encuentren una alta utilización de sus servicios por parte de su población, sin embargo, en corto tiempo y mediante una buena organización y gestión de su práctica médica, esos encuentros del médico con sus pacientes serán menos complejos que una cita médica formal y permitirán explorar y disfrutar el ámbito de la interacción social que implica la atención en salud.

Fruto del progresivo conocimiento de su población, los médicos de familia se verán inclinados y empoderados para ofrecer una atención integral interdisciplinaria que esté centrada no sólo en la esfera biológica curativa, sino además firmemente basada en el conocimiento del entorno de sus pacientes y en unas muy claras estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Es apenas natural que el médico se pueda sentir abrumado por sus responsabilidades como médico de familia y es cierto que la responsabilidad es grande, pero ¿acaso no era claro al empezar su formación médica que esa profesión implicaba grandes responsabilidades y retos? Para tranquilidad del médico de familia hay que ser claros en que él no estará sólo en su labor, si bien él constituye la puerta de entrada al sistema de salud y al mismo tiempo es el faro orientador del equipo, lo que lo convierte en el eje central del modelo de salud familiar, tendrá a su completa disposición al equipo de salud familiar constituido por miembros de diferentes áreas del conocimiento, eso sí, todos sincronizados para la prestación sinérgica de una atención integral a su población.

Los miembros del equipo de salud tendrán la oportunidad de trabajar bajo un modelo de atención que reivindicara su papel ante la comunidad y que servirá para hacer evidente su capacidad de mejorar la salud de la población, elemento altamente satisfactorio para el equipo de salud familiar. Adicionalmente, se tendrá la valiosa oportunidad de trabajar en equipo, una habilidad que no es innata pero de la que sin duda siempre se aprende, esto hará del ejercicio profesional cotidiano algo humano e intelectualmente enriquecedor.

Los ingredientes fundamentales para la implementación y el adecuado funcionamiento del Modelo de Servicio de Salud Familiar están presentes, solo se necesitan ajustes básicos de ciertos procesos de atención y recursos para ofrecer una verdadera atención en salud familiar del futuro pero en el presente. Aunque se cuente con todos los recursos técnicos e intelectuales necesarios es indispensable contar con el compromiso, convencimiento y actitud favorable de todos los involucrados en la prestación y administración del servicio.

Es el momento de que cada miembro del equipo de salud se dé la oportunidad de jugar un papel definitivo en la construcción de una mejor salud familiar de los afiliados y en este proceso logre un mayor disfrute del ejercicio de sus actividades.

Por todos los motivos expuestos, para este grupo de investigación será determinante, a partir de este momento, indagar en el medio internacional y nacional, las evidencias existentes sobre los resultados de la aplicación del modelo, para de esta forma, sustentar operativamente hablando la necesidad para las EAPB en el territorio nacional, la adopción de este modelo de atención en respuesta a la crisis del sector salud en Colombia.

De acuerdo a lo anterior, como punto de partida, este ejercicio busca justificar la importancia de tomar acciones implementativas de modelos de atención que como el de salud familiar facilita el logro de los objetivos trazados y que puede ir desde la estructuración de lineamientos gerenciales y misionales dentro de cualquier actor del sistema de salud en Colombia, pasando por la consolidación de una norma técnica, hasta la de propiciar otros espacios investigativos y formulación de proyectos de ley que universalicen su implementación en el territorio Colombiano.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe en la actualidad desarticulación entre el sistema de salud y su aplicación, generando ineffectividad en su ejecución con la consiguiente no seguridad en el manejo de los pacientes, fallas en la comunicación médico - paciente, médico – médico con la consiguiente ineficiencia en términos económicos, insatisfacción de los usuarios en términos de comentarios adversos y serias críticas al sistema responsabilidad del gobierno.

La realidad es que los usuarios se sienten solos en su proceso salud enfermedad y no se visualiza la mejora debido a que por un lado, las IPS se encargan de facturar a las aseguradoras que en el mejor de los casos generan grandes esfuerzos por tener la población lo más sana posible a partir de su vinculación a programas de promoción y prevención lo cual demanda costos importantes en la operación y que ante dificultades operativas y técnicas, no garantiza que esta población no haga uso de la costosa red de IPS del país. Frente a esta perspectiva, las EPS destinan grandes recursos de su reducido ingreso (en particular las EPS del régimen subsidiado) para la atención de la población llegando incluso a incumplimiento del plan ofrecido y obligatorio creando insatisfacción por parte del usuario y aumentando el creciente problema jurídico y de salud mediante herramientas jurídicas como la tutela que poco a poco desangra el sector.

Otro fenómeno observado es que ante esta circunstancia, las EPS busca tener su población asegurada bajo un primer de atención efectivo, que administre el riesgo de esta y se articulen adecuadamente en el logro del objetivo pero este esfuerzo es a menudo inútil cuando se combinan aspectos como las fallas de la consolidación de métodos efectivos en la atención de pacientes como la referencia y contrareferencia de pacientes, enfoque de riesgo, tecnológico o de promoción y prevención, las guías de manejo aplicadas y modelos de atención en salud

Por medio del presente ejercicio se busca obtener información suficiente que permita justificar la implementación de un modelo de atención aplicable al sistema de seguridad social de salud en Colombia que mejore significativamente estos aspectos a través de una evidencia dirigida a los actores del sistema de seguridad social en salud.

En la actualidad el modelo de medicina familiar no tiene una delimitación clara entre aquellos problemas de salud individual de los miembros de la familia, y la salud del conjunto o del grupo familiar propiamente dicho. En algunos casos se hace énfasis en la salud individual sin lograr articular ésta con la salud familiar, y en otros casos se parcializan en algunos elementos interactivos del grupo, descuidando otros elementos que también son importantes. Esto hace que en este momento no podamos contar con una definición que contemple todos aquellos aspectos que están presentes en la salud familiar, y a los que se ha llegado por la profundización en el terreno práctico y teórico con la familia.

Para el análisis de la salud familiar el modelo médico clásico y el método clínico resultan insuficientes; hay que pensar en hacer uso del modelo epidemiológico, partiendo del diagnóstico del problema de salud familiar, de la determinación de cuáles son aquellos factores psicosociales que ejercen un papel protector o de

riesgo de enfermar a la familia. Este enfoque permite conocer qué factores predisponen o condicionan la salud, y con qué recursos cuenta la familia para enfrentar el problema.

En este sentido nos propusimos un objetivo general y algunos específicos:

Consolidar, analizar y argumentar con la mayor información disponible la implementación de un Modelo de Atención basado en Salud Familiar dirigido a los diferentes actores del sistema de seguridad social de Salud en Colombia (Reformas a la normatividad vigente dirigida al gobierno nacional, creación de normas técnicas implementables a los organismos asesores del gobierno y al propio gobierno, manuales y guías de implementación del modelo de atención de salud familiar para EAPB, EPS e IPS).

Revisar la normatividad vigente referente a Salud Familiar a nivel internacional y nacional.

Describir los hallazgos de algunos modelos de atención en Salud Familiar aplicados en otros países.

Describir algunos resultados obtenidos por aseguradoras o IPS que aplican y no aplican actualmente este tipo de modelos de atención en el país.

Presentar las sugerencias del análisis puntualmente a partir de la observación que del modelo aplicado se hace.

4. MEMORIA METODOLOGICA

La presente investigación requiere la recolección de datos e información relacionados con el modelo de atención en salud familiar en aspectos de índole legislativo y ejecutorio a nivel nacional e internacional. Así mismo, se obtendrán resultados en salud de aseguradoras que aplican el mismo en diversos periodos de tiempos que justifiquen o no el desarrollo de acciones que permitan la aplicación de un modelo de atención basado en salud familiar en Colombia.

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo retrospectivo enfocado en las aseguradoras e IPS del área metropolitana del valle de Aburrá, a través de sus representantes legales, que aplican el modelo de atención en Salud Familiar y que serán objeto de visita y recolección de los indicadores de gestión de dicho modelo. Dado el número reducido de EPS que aplican en el momento el modelo, la muestra será la población indicada.

Para cumplir con el objetivo metodológico, se diseñará una herramienta donde se registrarán los resultados de los indicadores de gestión de estas EAPB contemplando dichos resultados antes y después de la aplicación del modelo.

Se hará por medio de entrevista ya que recibimos una información más completa de las experiencias que han venido implementando con el modelo de salud familiar. Se enviarán cartas de invitación a los representantes legales de estas EAPB con el fin de concretar visita. Durante entrevista, se aplicará el instrumento diseñado para recolectar la información. Es de aclarar que no se solicitará a las aseguradoras, describir en detalle sus procesos internos ni el origen del dato favoreciendo la aceptación del estudio.

El objeto final del presente proyecto es recolectar suficiente evidencia que soporte acciones sobre aplicabilidad del modelo de atención basado en salud familiar en las EAPB de Colombia.

El presente proyecto no requiere control de sesgos, bases de datos ni técnicas de procesamiento, análisis de datos y por consiguiente selección de programa estadístico.

5. MARCO CONCEPTUAL

LA FAMILIA: Una mirada integradora desde la complejidad

Cuando hablamos de familia, nos referimos al ente protagonista de la sociedad, es un concepto socialmente construido y que ha tenido una evolución. Durante muchos años se definió a la familia como aquel grupo de personas cuyo vínculo estaba mediado por una relación exclusiva de consanguinidad, que demarcaba una genealogía y una identidad familiar particular; si se realizaba algún tipo de diferenciación, era la familia nuclear y extensa, siendo conformada esta última por los abuelos, tíos, primos, etc.

A lo largo del tiempo, los cambios sociales, la participación pública de la mujer en nuevos espacios, entre otros aspectos, trajeron importantes transformaciones en la estructura familiar. El divorcio y las nuevas nupcias, por ejemplo, hacen más compleja la situación familiar, al tornarse ésta más amplia.

Sumándose a esto, la situación socioeconómica, la falta de educación y las dificultades de acceso a oportunidades laborales y de servicios de salud, propician en las familias aumento de la violencia intrafamiliar, aumentando esto el abandono de los hogares de muchos niños y adolescentes, que a su vez conlleva al habitante de calle, drogadicción, vandalismo y además ocasiona un cambio en el concepto de familia para esta población, quienes ven en sus “parches” o “galladas” su grupo de referencia familiar.

Coherente con lo anterior, la intensificación de la violencia en las zonas rurales y el desplazamiento forzoso de miles de campesinos a las ciudades ha ocasionado desestructuración familiar, separaciones, proceso de duelo y un sinnúmero de situaciones que al encerrar estados psicológicos tan complejos, demandan entre otros aspectos, la adaptación de las familias a nuevos espacios y culturas. De esta forma hay que considerar que el concepto de familia trasciende la consanguinidad y se construye en base al afecto, la convivencia y las relaciones cotidianas.

Entre los nuevos arreglos familiares, es preciso destacar aquellos que rompen la heterosexualidad de la familia nuclear. Las parejas homosexuales, tanto femeninas como masculinas que reclaman paternidad y maternidad social y apoyo del Estado a toda su relación familiar, representan un quiebre muy profundo a las visiones de sexualidad, maternidad y paternidad, sobre las cuales se ha construido tradicionalmente la identidad hegemónica masculina y femenina.

Por ello es necesario aclarar que las características de la familia son universales en tanto que es una forma de organización social representada en todas las sociedades y épocas, pero al mismo tiempo es particular y responde a su polifuncionalismo y polimorfismo, acorde con el contexto sociocultural donde se desarrolla y el ámbito histórico.

El personal de la salud que trabaja en torno al bienestar humano debe estudiar la familia en todas sus dimensiones. Entender al individuo, su funcionamiento y

expectativas sólo es posible entendiendo su institución familiar. Hasta el momento ninguna otra institución humana o social ha logrado reemplazar el funcionamiento de la familia, sobre todo en la satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas de los individuos. A pesar del cambio constante de la familia ella persistirá en el tiempo, ya que es la unidad humana más adecuada en las actuales sociedades, y responde a dos funciones: La protección psicosocial de sus miembros y la inserción del individuo en la cultura y su trasmisión, lo que se conoce como la socialización. ⁽¹⁾

Según Von Bertalanffy la familia como sistema: "Es un conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos". Para que un sistema pueda ser considerado como tal, debe tener ciertos rasgos de los cuales los más importantes son:

Sinergia: Se refiere a que la simple suma de las partes es diferente del todo. Esto quiere decir que el hecho de reconocer el desempeño individual de un miembro de la familia no necesariamente significa que se pueda predecir el comportamiento global de esta.

Recursividad: Se refiere al hecho de que un sistema esté compuesto por partes que son a su vez sistemas. Es por esto que existen los sistemas, los suprasistemas y los subsistemas, que permanentemente se interrelacionan e intercambian energía.

Después de analizar estos conceptos podemos concluir que la familia es un sistema que a su vez pertenece a un suprasistema que es la comunidad y al mismo tiempo contiene dentro de sí a varios subsistemas como el subsistema conyugal (pareja), el subsistema parental (padres e hijos), el subsistema fraternal (entre hermanos), entre otros.

Se puede inferir entonces, que la familia está constituida por un grupo de individuos interrelacionados, y que un acontecimiento que le ocurra a cualquiera de ellos afecta a los demás y a la totalidad del grupo.

En este sentido y con la claridad de que la familia es un sistema, el modelo de salud familiar concibe a las familias desde esta perspectiva, dándole valor a las dinámicas internas y las situaciones de salud física y mental que emergen de dichas interacciones. Esta perspectiva se ejemplifica cuando un miembro de la familia se afecta física y emocionalmente por la situación de salud de su familiar, constituyéndose en un factor de riesgo para la recuperación de la enfermedad, y de la misma manera, como también puede convertirse en factor protector propiciando las condiciones necesarias para el alivio de la misma .

El sentido de identidad de los hombre solo determina el sentido de pertenecía a una familia, donde asume pautas que persisten a lo largo de la evolución individual. El conocimiento integral y coherente de la familia considera tres perspectivas básicas: Estructural: hace referencia a las formas de unión de la pareja, tamaño, personas incluidas, parentesco, evolución histórica; Interaccional o funcional: relación a las formas de relacionarse, la

comunicación, distribución de roles, afecto, cohesión y adaptabilidad; Evolutiva: ciclo vital o modelo evolutivo; propuesta moderna desde el enfoque sistémico.

En el entramado familiar de nuestra cultura se destacan Las siguientes tipos de familia: Familia tradicional–nuclear, familia extensa o conjunta, familia ampliada y familia simultánea, familia padrastral o madrastral, familia con un solo progenitor o monoparental, familias homosexuales entre otras.

De la misma manera como se determina la tipología familiar por la estructura, también se conforman según su forma de convivencia (dinámica), tales como: Diadas conyugales, estructura unipersonal o ciclo individual y hogar o unidad doméstica.

También es importante tener en cuenta que las familias que se desarrollan en el área rural y a las familias que se desarrollan en el área urbana tienen características particulares y diferentes

Es importante para el equipo asistencial que aplica el modelo de atención, el conocimiento de estas perspectivas, tipologías y dinámicas pues al tener en cuenta estas perspectivas de la familia, se tendrá consideración del sujeto de manera integral.

Así mismo es de vital importancia que el equipo determine y conozca el ciclo vital que se define como la sucesión de etapas que van enfrentando la familia como grupo, desde su inicio como noviazgo hasta la disolución cuando los hijos abandonan el hogar para formar nuevas familias, y finalmente mueren uno o ambos cónyuges. El individuo nace, crece y se desarrolla en su núcleo de origen: la familia.

Esto le permite al profesional de la salud actuar con el paciente y su familia los aspectos concernientes a los cambios que se presenten a lo largo de un cambio en las etapas de la vida del individuo o de su familia.

Con la ayuda del ciclo vital el médico puede tener una visión anticipada de los problemas que a corto mediano o largo plazo enfrentarán las familias, logrando con esto atenderlos de forma precoz y hasta prevenirlos, impartiendo además las instrucciones educativas que sean necesarias.

Por ejemplo, los cambios que se presentan durante el ciclo de embarazo de una mujer, o en una familia donde hay hijos adolescentes, teniendo esto como consecuencia muchos problemas de relación padres-hijos, que se pueden prevenir si se imparte educación al grupo familiar y a la comunidad sobre los cambios tanto físicos como psicológicos propios de esta edad, y cuyo impacto sobre la interacción familiar es importante.

Allí garantiza su supervivencia durante los primeros años de vida y aprende lo necesario para adaptarse a su medio sociocultural, originándose la mayoría de sus hábitos como aptitudes, comportamientos y realidades. Cada etapa del ciclo vital familiar tiene unas fases y estadios que permiten distinguir los eventos específicos de cada uno.

Como lo describe Adelina Gimeno en la familia un desafío de la diversidad: ⁽²⁾

Etapa de formación: Abarca la formación de la pareja, siendo el noviazgo la etapa previa al matrimonio. Hay una preparación para asumir el papel de marido o mujer, logrando la intimidad, la formación y consolidación de nuevos roles, que le permitan a la pareja compartir y tomar decisiones sin perder la individualidad.

Cuando el matrimonio no tiene hijos las tareas se basan en establecer vínculos de compromisos, definir roles y desarrollar lo que se había proyectado en el noviazgo.

Etapa de expansión: Comienza con el embarazo de la mujer hasta el nacimiento del primer hijo. Lo importante en esta etapa es afianzar nuevos roles que se presenta con la modificación de la estructura familiar. Se esperan socialmente, una adaptación al cambio y al ingreso de nuevos miembros al núcleo familiar, logrando una distribución adecuada del tiempo, espacio y dinero, para poder realizar las demás tareas.

Etapa de consolidación: En la fase de la escolaridad, la expectativa social es compartir funciones con la familia y ampliar las relaciones con el entorno estableciendo el logro de la libertad y la independencia. En la familia con adolescentes la expectativa social es la conformación de grupos de padres; la necesidad a nivel individual se orienta hacia la independencia, búsqueda de la identidad y a satisfacer su sexualidad. Aquí los padres deben aceptar el desarrollo físico y psicosocial de sus hijos y sobre todo el derecho que tienen para tomar sus propias decisiones, por lo tanto los padres deben incrementar sus manifestaciones de afecto, propongan y cultiven canales de comunicación.

Etapa de apertura: Inicia cuando el primer hijo emancipa del hogar y termina cuando el último sale, de esta manera se cumple la necesidad individual, el afianzamiento de la independencia y el logro de la intimidad. Los padres guían a los hijos adolescentes para que se conviertan en adultos responsables, asegurar su situación financiera y reafirmar los valores de la vida tanto a nivel individual como de pareja.

Etapa post-parental: Inicia con la salida del último hijo, en ocasiones simultáneamente con la jubilación y termina cuando los padres mueren. La expectativa social es el aumento en las necesidades propias de la tercera edad, como es necesidad individual se produce la madurez, el reencuentro de la pareja y la formación de nuevas relaciones. Se presenta además un apoyo recíproco a través de las manifestaciones de afecto y ternura, la elevación de la autoestima sin perder la autonomía, individualidad y compartir los momentos de calma.

Etapa de disolución: Comienza con la muerte de uno de los cónyuges y termina cuando muere el segundo. El cónyuge sobreviviente vive su propio duelo, el cual en ocasiones es antecedido por enfermedades crónicas. Los hijos y los nietos lo rodean y lo acompañan, constituyéndose en la mayor experiencia social.

La tarea evolutiva es el acopio de la revisión de la vida y la integración con sabiduría de toda la experiencia vivida para las generaciones sucesivas.

En este aspecto, la medicina familiar lo que pretende integrar a la familia y darle protagonismo en lo que tiene que ver con la salud, de acuerdo al ciclo vital donde se encuentre, circunscribirlos en programas acordes a sus necesidades

El ciclo vital individual es el conjunto de etapas por las cuales el ser humano va pasando a lo largo de su vida, desde su nacimiento hasta al momento de su muerte.

El ser humano evoluciona mediante un proceso gradual de desarrollo que involucra cambios en las diferentes etapas buscando la totalidad, que le permita vivir en forma plena y satisfactoria. Estos cambios incluyen aspectos biológicos, cognitivos, psicosociales y psicosexuales que responden a la interacción del individuo en el entorno.

Etapas del desarrollo cognitivo: Piaget propone seis etapas cognitivas de desarrollo, referidas a habilidades, que de acuerdo a la edad va desarrollando la persona hasta la adolescencia. El individuo aprende a percibir los objetos, a construirlos y conservarlos en su mente. Se maneja el concepto de tiempo espacio y causalidad. Se comienzan a utilizar los símbolos o representaciones mentales para ejecutar todas las operaciones y finalmente se adquiere la habilidad para el pensamiento abstracto. Estas etapas son:

- Etapas sensorial motora: hasta los 2 años
- Etapas pre-operacional: de 3 a 5 años
- Etapas de operaciones concretas tempranas: de 5 a 7 años
- Etapas de operaciones concretas avanzadas: de 8 a 9 años
- Etapas de operaciones formales tempranas: de 10 a 12 años
- Etapas de operaciones formales: de 13 y más años

Etapas del desarrollo psicosexual: Freud describió el desarrollo psicosexual con tres etapas básicas: oral, anal, fálica, a las cuales agregó dos fases importantes: latencia y adolescencia.

Etapas oral: el individuo encuentra placer en los pezones y luego en objetos como los dedos, biberones, juguetes.

Etapas anal: el individuo alcanza su mayor placer durante la evacuación intestinal.

Etapas fálica: la zona primaria de placer psicosexual se manifiesta en la zona genital. Hay un reconocimiento de los genitales propios y de los demás. Aparecen en esta etapa los complejos de Edipo y Electra.

La fase de latencia: se caracteriza por una calma que matiza todas las sensaciones. El individuo continúa con su curiosidad sexual, se masturba, gratifica y promueve la exploración individual y mutua. La energía se canaliza en la interacción social y la adquisición de habilidades y experiencias.

La adolescencia se caracteriza por la madurez adquirida, se dan los cambios hormonales y fisiológicos. La libido se despierta, lo que motiva a la búsqueda de relaciones con personas diferentes al núcleo familiar, convirtiéndose en fuente de satisfacción sexual. Se logra la propia identidad y asumir el rol sexual en el contexto.

Etapas del desarrollo psicosocial: La teoría de Erikson se centra en la influencia que sobre el desarrollo y el moldeamiento del YO, ejercen las experiencias sociales y culturales. Los planteamientos de Erikson se centran en 8 crisis o edades del hombre, a saber:

Crisis I: Confianza básica en oposición a desconfianza básica, va desde los 0 hasta el 1,5 años, el bebé adquiere la seguridad y tranquilidad necesarias para enfrentarse en su medio, alcanzada mediante la interacción madre e hijo, los cuidados y manifestaciones de afecto.

Crisis II: Autonomía en oposición a la duda o vergüenza, va desde los 1,5 hasta los 2 años, en esta etapa aparece la movilización y el transporte autónomo, el control de esfínteres y la capacidad de vocalización, logradas a través de la seguridad y confianza de los padres hacia sus hijos.

Crisis III: Iniciativa en oposición a la culpa, va desde los 3 hasta los 5 años, durante esta etapa el niño trabaja en la independencia de su madre, el niño percibe mejor su entorno e interactúa más en él. Logra relacionarse con otras personas. De esta interacción se desarrolla su capacidad de iniciativa, en la que debe lograrse un equilibrio entre el desarrollo de una responsabilidad moral y la necesidad de iniciativa.

Crisis IV: Laboriosidad en oposición a la inferioridad, va desde los 6 hasta los 9 años, el niño comienza a pasar más periodos fuera de su casa debido a que se encuentra más en el ámbito escolar, constantemente juega con sus compañeros de colegio y de barrio, con los que compite y se compara. Es la edad en donde la productividad es un factor bien importante. Lo que debe lograrse en esta etapa es el desarrollo del amor propio y habilidades acordes con su cultura.

Crisis V: Identidad en oposición a la confusión de rol, va desde los 10 hasta los 19 años, en esta etapa el aspecto más importante es la búsqueda de la identidad "el quién soy yo". Este planteamiento se puede resolver por la escogencia de una carrera o una labor. El adolescente se defiende de la confusión de rol, reuniéndose permanentemente con otros adolescentes y distanciándose de todos aquellos que no son sus pares.

Crisis VI: Intimidad en oposición a aislamiento, va desde los 20 hasta los 44 años, la tarea primordial en esta etapa es el logro de la intimidad. El enamoramiento o el sentimiento de gran amistad con otra persona ayudan al adolescente a consolidar su identidad. Las relaciones de pareja le proporcionan el aprendizaje para entregarse al otro y para compartir su vida sin perder su autoestima, autonomía e individualidad.

Crisis VII: Generatividad en oposición a estancamiento, va desde los 45 hasta los 59 años, se caracteriza por la capacidad de poder hacerse cargo del

desarrollo de los demás. El individuo alcanza cierta habilidad económica, puede adquirir su propia vivienda y puede brindar ayuda financiera a los demás.

Crisis VIII: Integridad del yo en oposición a la desesperación, va desde los 60 años y más, el individuo alcanza una satisfacción por haber completado su ciclo de vida, que valió la pena y que ha garantizado la existencia de la siguiente generación. se hace además una evaluación de todas las experiencias vividas tanto a nivel laboral como personal.

El modelo de salud familiar tiene en cuenta el ciclo vital individual para hacer una atención oportuna y pertinente de acuerdo a la predisposición a las enfermedades que trae consigo cada etapa de la vida.

Pensando en el concepto de familia implica tener en cuenta que la construcción de éste es un proceso continuo en el que una situación de cambio como puede ser una enfermedad viene a ser un acontecimiento más en la variedad de sucesos que se presentan a lo largo de la historia de vida familiar. La familia se construye en el día a día, en dos direcciones: hacia el exterior en el contexto comunitario y hacia el interior en la interacción de cada uno de sus miembros. La familia es un contexto de por sí complejo e integrador que participa en la dinámica interaccional de los sistemas biológico, psico-social y ecológico dentro de los cuales se movilizan los procesos fundamentales del desarrollo humano.

FAMILIA Y SALUD

El concepto de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos, es una justificación muy clara para adoptar una manera diferente de abordar los problemas de salud cotidiano.

Para comprender el significado y relevancia de la prestación de una atención en salud con un enfoque diferente al que se denomina “integral” se deben tener presentes en todo momento los lineamientos trazados por la declaración de Alma Ata en 1978.

La salud es un recurso de todos los días, no un objetivo de vivir. Nuestra sociedad es compleja e interrelacionada, existiendo enlaces muy estrechos entre las personas y su entorno que se constituyen en las bases para un abordaje psicosocial, laboral y ecológico de la salud. Este enfoque está comprendido dentro de la promoción de la salud, siendo esta una responsabilidad compartida entre las instituciones de salud y los individuos. El rol de los equipos de atención en salud coordinados por los médicos de familia debe ir más allá de un enfoque clínico curativo, necesitándose una expansión del actuar en salud hacia las verdaderas carencias de la población, debiéndose enfocar la atención de la salud hacia las necesidades totales del individuo como una persona íntegra.⁽³⁷⁾

La salud familiar utiliza la concepción de la teoría general de sistemas, mediante la que se busca un enfoque sistémico del individuo como un todo constituido por subsistemas que interactúan entre ellos. Al mismo tiempo se considera que las personas pertenecen a otros sistemas mayores (sistemas

sociales), siendo la familia uno de los más importantes. Por ejemplo, en cuanto a la salud, la familia es la portadora de una tradición cultural de apreciación de lo que se concibe como anormal o como patológico; determina los patrones de cómo enfrentar el estrés y a quién acudir en las situaciones de crisis. Cada día hay más evidencias epidemiológicas y clínicas de la influencia que la familia tiene en la conservación de la salud, en el desarrollo de la enfermedad y en la recuperación.

Ante este panorama, el clásico modelo biomédico y reduccionista, que ha permitido un salto gigantesco en el conocimiento y en los avances terapéuticos de nuestra época, se ha mostrado cada vez más insuficiente para explicar todos los fenómenos implicados en los procesos de la salud y la enfermedad. Diversos hallazgos epidemiológicos sobre el curso del embarazo, la enfermedad coronaria, la diabetes mellitus, la vulnerabilidad de niños estresados a las infecciones, entre otros, han demostrado cómo el apoyo familiar y social protegen de la aparición o limitan la severidad de la enfermedad y como el aislamiento o las crisis familiares aumentan la vulnerabilidad y ensombrecen el pronóstico de los procesos patológicos. También se ha observado que las familias disfuncionales utilizan las consultas médicas en una proporción hasta 4 veces mayor con respecto a las familias que no tienen disfunción familiar. ^{(33), (34), (35)}

Para contar con herramientas útiles frente al impacto que tienen los aspectos psicosociales en la salud, el cuidado del paciente individual ha evolucionado del antiguo abordaje de casos hacia un abordaje holístico. En el nivel familiar la atención en salud se puede proveer a través de un “enfoque orientado a la familia”, donde la estructura y el funcionamiento familiar son tenidos en cuenta para el tratamiento de los pacientes individuales. Un enfoque que permita adicionalmente ver a la familia como la unidad de atención, en el que los miembros de una familia están asignados al mismo médico es de gran valor práctico cuando hay un brote de una enfermedad contagiosa, en momentos de crisis familiar, cuando se maneja una enfermedad crónica o cuando se evalúa el trastorno emocional de un individuo, entre otros.

Dentro de esta perspectiva holística la presentación inesperada de algunas enfermedades, el fallo para responder a las terapias convencionales y el nivel emocional de los pacientes o sus familias, entre otras, son condiciones que deben estimular al médico y demás personal del equipo de salud a buscar más información para expandir el contexto de los problemas de los pacientes más allá de las dimensiones biológicas. El médico acompaña al paciente en un recorrido que lleve a un mejor entendimiento de los asuntos psicológicos, sociales y laborales que interactúan con los factores biológicos. En algunos casos explorar estos asuntos en compañía solamente del paciente, revela las fuentes probables del trastorno médico, en otros casos solamente un encuentro con la pareja o la familia puede abrir la puerta a factores secretos y dolorosos que sustentan el problema de la salud. ⁽³⁶⁾

Dentro del proceso de atención en salud, aquellos miembros del equipo que analizan las dimensiones psicológicas y familiares de un problema, con frecuencia logran una gran satisfacción derivada de tener una visión más clara de “lo que realmente está pasando”. Es posible que con este enfoque los

médicos encuentren problemas que no pueden manejar por ellos mismos o que incluso al paciente no le interese solucionar, como un problema de alcoholismo por ejemplo, sin embargo, este conocimiento real del problema le permitirá al médico familiar y a su equipo entender el problema en su verdadero contexto y evitar intervenciones innecesarias que puedan afectar aun más la situación del paciente, para el caso del paciente alcohólico se evitaría, por ejemplo, prescribir medicamentos cuyo consumo con el alcohol este contraindicado o se pueden enfocar los esfuerzos a poner en contacto al paciente con un profesional que brinde orientación nutricional y/o instruya a la familia del paciente sobre las opciones para manejar la situación en vez de continuar con una atención que desgaste persistentemente al médico de familia.

Para poder realizar un abordaje psicosocial con enfoque familiar, el paciente debe sentir que el profesional de la salud se preocupa de manera genuina por él como persona, pues los pacientes usualmente mantienen bajo llave su faceta psicológica y familiar. No hay nada nuevo en esta idea, pues cuidar con sincero interés de los pacientes ha sido un axioma tan antiguo como la medicina misma, sin embargo, según lo considerado sobre el enfoque psicosocial, se debe reconocer que cuidar de la familia es una extensión de cuidar al paciente.

Aun dentro de este abordaje centrado en la familia la relación del médico con el paciente sigue siendo el eje central del sistema terapéutico que incluye a la familia, el paciente y otros. Adicionalmente, un abordaje centrado en la familia puede contribuir a la estructuración de una relación médico- paciente muy sana, pues no se le da al paciente la ilusión de que el médico es todo lo que necesita.

Si bien involucrar al entorno familiar en la atención de salud de los individuos implica un esfuerzo adicional, este esfuerzo de comunicarse en profundidad con los pacientes y sus familias es retribuido al personal de salud en una mayor satisfacción laboral y en un ahorro de tiempo y esfuerzo en el manejo de los casos, pues se puede observar que luego de un abordaje psicosocial los pacientes tienden a disminuir las visitas a los servicios médicos. Se podría decir que “un esfuerzo extra de unos momentos, evitará un esfuerzo rutinario interminable”.

No sería lógico decir que el médico de familia y su equipo deben utilizar permanentemente las herramientas para el enfoque psicosocial y familiar, es de esperar que el equipo de salud familiar se involucre en una gran cantidad de trabajo clínico rutinario, pero debe estar alerta a expandir el contexto del problema cuando sea apropiado; pues si bien es cierto que muchos problemas médicos comunes pueden ser tratados desde una perspectiva netamente biomédica, sin la necesidad de un enfoque familiar hay, sin embargo, un buen número de situaciones médicas que se comprenden y manejan mejor si son analizados desde el punto de vista psicosocial, lo que además permite una mejor empatía con los pacientes.

La integralidad que se espera de un modelo basado en salud familiar, comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes:

Continuidad: se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

Acción anticipatoria: se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.⁽³⁷⁾

Estudio de la familia: permite el entendimiento del entorno biosicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar.⁽¹⁸⁾

ENFOQUE FAMILIAR EN SALUD

La medicina familiar es una de las nuevas disciplinas surgidas en el curso de la historia médica, existen 3 formas: Por transformación de una disciplina más antigua, de novo, o por fragmentación de una disciplina más amplia. La Medicina Familiar se originó de la rama más antigua de la medicina: "La Medicina General".

La atención en salud es tan antigua como la misma humanidad y surge de la necesidad que tiene el individuo y la sociedad de hacerle frente a la enfermedad y a la muerte, en las comunidades primitivas, la atención en salud tenía un contenido mágico, y es así como los "médicos" eran brujos, hechiceros o chamanes y sacerdotes; se concebía la salud como un estado de equilibrio entre el individuo y su entorno natural; y su pérdida como una ruptura de este equilibrio.

Hace 400 años antes de nuestra era, Sócrates se acerca al concepto integral del hombre y expresa "Así como no pueden curarse los ojos sin atender la cabeza, ni puede curarse la cabeza sin atender al cuerpo, tampoco puede curarse el cuerpo sin atender el alma".

Hipócrates fue el fundador de la semiología. Los médicos hipocráticos eran médicos generales que ejercían y promulgaban la relación médico-paciente-entorno familiar.

En Roma el máximo exponente de la ciencia médica fue Galileo de Pérgamo. De particular importancia es el surgimiento en Roma de la atención en salud como una orientación familiar, ya que las familias pudientes comprometían por

un salario a un médico, para tener derecho a sus servicios en forma integral y con continuidad para todos sus integrantes.

La profesión médica, como la conocemos hoy, solo existe desde el siglo XIX. Antes de esta época la sociedad era atendida por una variedad de “curanderos”, de los que pocos eran médicos, existían 3 tipos de “Curanderos”:

Médicos de cámara, eran un grupo pequeño y selecto de hombres instruidos que se formaron en las pocas universidades existentes. Ejercían en las ciudades atendiendo familias de la aristocracia. No realizaban intervenciones quirúrgicas, ni dispensaban fármacos y no se relacionaban con los artesanos y comerciantes que atendían los problemas de salud de la población más pobre y rural. Los barberos cirujanos, que eran artesanos que habían aprendido con la práctica y se encargaban de realizar procedimientos como amputaciones y drenajes. Los boticarios o farmacéuticos, que eran comerciantes que dispensaban y vendían fármacos.

En Norteamérica no existían facultades de Medicina y los pocos médicos que existían se formaban en Europa, por lo que todos los clínicos graduados o no, practicaban como médicos generales. Es así, como en el siglo XVIII nació la Medicina General en América.

Simultáneamente en Inglaterra se presentaban los mismos acontecimientos. Para comienzos del siglo XIX había mejorado sustancialmente el status de los cirujanos y boticarios. Los primeros habían mejorado su formación quirúrgica y combinaban el entrenamiento hospitalario con el aprendizaje práctico; a los boticarios en 1815 se les otorgó el reconocimiento legal para suministrar consejo médico además de dispensar fármacos. Este reconocimiento los obligaba a realizar durante 5 años un aprendizaje y evaluación de anatomía, fisiología, materia médica y prácticas de medicina.

Los cirujanos y los boticarios terminaron por integrarse con los médicos después de un largo proceso, lo que constituyó la moderna profesión médica del siglo XIX.

Ian McWhinney, eminente representante de la medicina familiar, menciona “Las profesiones evolucionan en respuesta a las presiones sociales, a veces de una forma que entra en conflicto con las intenciones expresadas por los miembros de las mismas.

Durante la primera mitad del siglo XX se produjo el surgimiento de las principales especialidades médicas con programas bien definidos y con exámen de cualificación. Estas especialidades se concentraban en los grandes hospitales, ocasionándose gran desarrollo de los conocimientos de carácter académico.

Después de la segunda guerra mundial se inició una gran explosión tecnológica e informática, que impulsó la aparición de las subespecializaciones, éstas fueron adquiriendo cada vez más prestigio, lo que de alguna manera colocó las

habilidades técnicas de este tipo de profesionales por encima de los cuidados personales que pudieron proporcionarle a sus pacientes. Estos factores hicieron que la Medicina General perdiera en forma vertiginosa su status y popularidad, hasta llevarla a una fase de casi desaparición.

Los médicos generales de “cabecera” tan queridos por la población, quedaron relegados a profesionales de segunda clase, poco apreciados por la sociedad y por su propio gremio, lo que redujo aún más el número de médicos disponibles para la atención primaria e integral.

En 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA por sus siglas en inglés), se reunieron en Ontario, Canadá, para definir, entre otros asuntos, la contribución del médico de familia a la salud mundial. Allí se puntualizó que es responsabilidad en gran parte de los médicos, el firme y sostenido progreso que se requiere hacia servicios de salud sostenibles y de calidad.

También se enfatizó que se deben producir cambios fundamentales en los sistemas de salud para que sean más equitativos, costo-efectivos y acordes con las necesidades de la gente. Es así como la implementación de un modelo de atención en salud familiar es apoyada por la OMS y la WONCA cuando indican que: “se debe realizar ensayos en terreno para experimentar diferentes modelos de servicios de salud...que den énfasis a la calidad, que provean atención personal comprehensiva, coordinada y longitudinal... y que integren esta atención con la provista por los profesionales.”⁽⁵⁾

Por otro lado es relevante marcar el punto de quiebre entre medicina familiar o salud familiar, ya que cuando se hace referencia al término de salud familiar es imposible dejar de lado el nombre de medicina familiar. No tiene sentido negar que al considerar los dos términos se genera cierta controversia sobre las diferencias e implicaciones de cada uno.

La controversia surge especialmente cuando al emplearse el término medicina familiar, vienen a la mente definiciones automáticas y limitadas de ésta última como especialidad. La palabra medicina es asociada al profesional médico y a su perfil clásico de curar o de enfrentarse a la enfermedad. Los salubristas, las enfermeras y los demás profesionales de la salud, consideran que el término medicina familiar es exclusivista ya que sugiere que solo los médicos tiene que ver con ella y, por lo tanto, el viraje hacia la educación, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad no están incluidos en el término.

La definición oficial de Médico Familiar de la American Academy of Family Physicians es la siguiente:

“Se trata de la especialidad médica que proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento. El ámbito de la medicina familiar abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades.

La medicina familiar es la continuación y actualización del histórico médico de cabecera y se define únicamente en el contexto familiar. Como implica su

definición, incluye el manejo del paciente en la salud y en la enfermedad, una relación especial con el enfermo y con la familia y un enfoque integral del cuidado de la salud “.

Debe quedar muy claro para evitar discusiones semánticas, que la atención centrada en el paciente, el enfoque sistémico, el trabajo interdisciplinario y el abordaje integral, son los pilares fundamentales para el mejoramiento de la salud de la población y por ende del ejercicio profesional en salud, objetivos comunes a cualquiera de las dos corrientes. De igual manera, el término familiar se presta para diferentes interpretaciones suponiéndose una acción simultánea con la familia, llegándose a pensar en una posible negación del individuo o la comunidad. A pesar de las interpretaciones incorrectas que se puedan dar al término “familiar”, se debe tomar ventaja de la fuerza que este implica como una ganancia que puede justificar su aparente limitación. Independiente de la definición que se plantee, existen unos derroteros básicos a seguir para podernos ubicar en un enfoque desde lo familiar:

Enfoque sistémico

Enfoque centrado en el paciente

Concepción holística como premisa de análisis de problemas

Ciclo vital desde la perspectiva de familia

Problemática ubicada desde y hacia la familia

Terapias de intervención desde la familia

Red de servicios dirigidos hacia la familia

Atención en salud desde equipos familiares

Historia clínica que parta desde la familia

Herramientas de enfoque familiar aplicadas en la atención

De aquí en adelante se hará referencia al término de salud familiar y se dejará de lado (con el respeto que se merece y tomando elementos de éste) el de medicina familiar. Con esto se quiere, desde un punto de vista práctico, abrir a los diferentes miembros del equipo de atención en salud las puertas para la construcción de la salud integral, gracias a su participación activa en un modelo de salud familiar

La salud familiar es la resultante de la interacción dinámica interna entre los miembros de la familia y el medio, es susceptible de experimentar cambios a lo largo del desarrollo de la familia, varía en dependencia de la capacidad de la familia para afrontar los acontecimientos propios del ciclo vital o los accidentales, y de los recursos protectores con que cuenta (el funcionamiento familiar, la capacidad de ajuste o de adaptación a los cambios para superar las crisis, el apoyo social, la salud de los miembros, entre otros).

Se expresa en la satisfacción y en el bienestar de los miembros con la familia, con una intimidad respetuosa, donde prime el respeto al derecho individual, se

potencie la autodeterminación, la responsabilidad de sí mismo y para con la familia, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo, en la capacidad de enfrentar de modo eficiente y adecuado los problemas y conflictos de la vida cotidiana, apoyándose mutuamente, para asumir los cambios y ajustarse a ellos.

La situación de salud de la familia no es más que la situación concreta de salud que presenta el conjunto de los miembros, donde interviene, el funcionamiento familiar, la estructura, la forma de enfrentamiento a las etapas del ciclo vital, el modo de vida de la familia (factores socioeconómicos, socioculturales, socio psicológicos, psicosociales), las potencialidades propias de la familia (recursos protectores) y las del medio (sistema de salud, redes de apoyo). Estos elementos permitirán arribar a la conclusión de la situación específica de salud de la familia que se manifestará en el estado de salud, de riesgo o de daño de la misma.

Retomando la importancia que tiene la implementación del modelo de salud familiar, los sistemas de salud en todo el mundo están sometidos a un profundo proceso de transformación, cuyo objetivo expreso es mejorar el nivel de salud de toda la población. Es por ello que, independientemente de la diversidad entre países, las reformas parten de ciertos principios fundamentales: fomentar la equidad en el acceso a la salud, mejorar la calidad de la atención a la salud, aumentar la eficiencia del gasto en salud, impulsar la participación del sector privado en la provisión de servicios, privilegiar los derechos de los pacientes y asegurar la sustentabilidad del sistema ⁽⁴⁾.

El desarrollo positivo de la calidad de vida, tecnológico en el ámbito de la salud y el trabajo generoso, sacrificado y de alto nivel técnico de los trabajadores de la salud son factores claves en el éxito de los continuos cambios que se presentan y se presentarán en función del logro de los objetivos arriba mencionados, y ningún modelo de salud, por novedoso que sea, podrá llevarse a cabo sin el compromiso y la participación activa de estos actores. ⁽⁸⁾

Estos sistemas están experimentando un cambio, en muchos casos impulsada por una nueva comprensión de la importancia de la atención primaria de salud. Por ejemplo, en el Reino Unido, los fondos de cuidado primario han asumido la compra de servicios de atención secundaria, y en EE.UU. el mantenimiento de organizaciones de salud de manera similar. En Nueva Zelanda, las organizaciones de nivel primario de la Salud utilizan un modelo de capitación integrada parcialmente con la compra de servicios de laboratorio y farmacéuticos, así como el cuidado personal.

Pero muchos países en vía de desarrollo tienen poco desarrollados los sistemas de atención primaria de la salud, dando lugar a la falta de acceso a la atención, y mayores costos de prestación de servicios. ^{(9),(10),(11)}

En los Estados Unidos se entendió la atención primaria como medicina familiar, medicina interna general y pediatría general, es decir la atención primaria es responsabilidad principalmente de los médicos de estas especialidades.

Se ha comprobado por estudios que las áreas geográficas con mayor número de médicos generales y de familia por población tienen las tasas más bajas de

hospitalización por enfermedades que pueden ser prevenidas con una buena atención primaria.^{(12), (13), (14)}

Otra investigación realizada en España mostró el efecto de la reforma de la atención primaria sobre las tasas de mortalidad para varias causas importantes de muerte (Villalba, 1999). Los investigadores dividieron Barcelona en zonas con base en el momento en que se introdujo la reforma en cada una.

La teoría sobre el impacto de la atención primaria sugería que las muertes asociadas con hipertensión e infarto responderían solo a la atención primaria, en tanto las muertes por causas perinatales, cáncer cervical y cirrosis requerirían un mejoramiento en la atención especializada para reducir la mortalidad.^{(15),(16)}

El estudio Shi y Starfield, 1999 arrojó que la disponibilidad de médicos generales guardaba una correlación significativa con la baja mortalidad general, un incremento en la esperanza de vida, una reducción de la mortalidad por infarto y una menor mortalidad perinatal.

La medicina familiar como todos los procesos y actores de los sistemas de salud, debe estar presta al cambio o modificación de su entrega, pues variables como el medio ambiente, las condiciones sociodemográficas y culturales, económicas (como la reciente crisis la cual todavía muestra sus efectos en salud a nivel mundial), canales epidemiológicos, formación profesional hacen variable la optimización de los recursos y el enfoque estratégico del cual dependerá el impacto final en salud.

Es así cómo en EE. UU. en el año 2002, los dirigentes de las organizaciones de medicina de familia se comprometieron a un proceso de transformación. En colaboración con los actores del sistema, este proceso tuvo el potencial para integrar la atención de la salud para mejorar la salud de todos los estadounidenses reconociendo las fallas fundamentales en el fragmentado sistema de atención de salud en EE.UU. y el potencial de integración, el enfoque generalista, el liderazgo nacional, de siete de las organizaciones de medicina de familia.

El proyecto fue llamado: el Futuro de Medicina de Familia (FMF). El objetivo del proyecto era desarrollar una estrategia para transformar y renovar la disciplina de medicina familiar para satisfacer las necesidades de los pacientes en un cambio de entorno de la atención de la salud. El proyecto identificó valores fundamentales, un nuevo modelo de práctica, y un proceso de desarrollo, investigación, educación, asociación, y la capacidad potencial para transformar la medicina de familia para mejorar la salud y la atención de la salud de la nación.

El nuevo modelo propuesto de práctica tuvo las siguientes características: centrada en el paciente, enfoque de equipo, eliminación de las barreras de acceso; mejora de los sistemas de información incluyendo una historia clínica electrónica con nuevo diseño, funcionarios diligentes, un enfoque en la calidad y dirigido a los resultados, y una mejor práctica financiera. Una estrategia de comunicaciones unificadas se desarrolló para promover el nuevo Modelo de medicina familiar a muchas audiencias.

El estudio llegó a la conclusión de que la disciplina tiene que supervisar la formación de los médicos de familia comprometiéndolos con la excelencia, impregnando los valores fundamentales de la disciplina, competente para proporcionar la bolsa de servicios de medicina familiar dentro del Nuevo Modelo, y capaces de adaptarse a distintas necesidades de los pacientes y las tecnologías.

La educación de la medicina de familia debe seguir para incluir la formación en atención de maternidad, el cuidado de los pacientes hospitalizados, la comunidad y la salud de la población, culturalmente arraigada y competente atención. Un amplio programa de aprendizaje permanente para cada médico de familia será el apoyo para la práctica personal, profesional y clínica con continua evaluación y mejora.

En última instancia, los cambios en el sistema fueron necesarios para garantizar la atención médica de alta calidad para todos los estadounidenses. Tales cambios incluyeron tomar medidas para garantizar que cada americano tuviese un médico personal, la promoción de su uso y reportar sus conceptos. (17), (18)

Las cabezas visibles de la medicina general de Norteamérica comenzaron a promover una solución para invertir esta tendencia en la forma de atención y terminar con la carencia de médicos generales, exigiendo junto con la población, la creación de un nuevo médico especializado en “atención sanitaria personalizada”: el Médico de Familia. La Medicina Familiar hace énfasis en la atención integral de la persona y de la familia, más que en una visión estrecha y exclusiva de la enfermedad como problema; de la misma manera defendía el mejoramiento de la calidad y promueve el abordaje humanista al lado del progreso de las nuevas tecnologías.

Colombia tiene en la actualidad 45 millones de habitantes. El recurso humano para el área de la salud ha aumentado considerablemente en los últimos años. La formación en medicina es de 6 años, incluido el internado rotatorio; el Servicio Social Obligatorio, posterior al grado de médico, se realiza durante un año y en algunas zonas por seis meses, y es requisito indispensable para obtener el registro y ejercer la profesión. Universidades públicas y privadas ofrecen formación médica de postgrado en especialidades médico-quirúrgicas y de salud pública, pero la mayoría del recurso formado permanece como médico general. Como consecuencia lógica del nuevo tipo de atención tan especializada, se produjo una serie de efectos indeseables como la fragmentación de la atención del individuo, la despersonalización, la lucha de territorios propios de cada especialidad, la desintegración de la asistencia médica y la deshumanización, entre otros.

La medicina familiar como especialidad fue creada en 1969 para suplir la función de los médicos generales que la gente quería y cuyo número se redujo con el auge de la subespecialización médica luego de la segunda guerra mundial. Surgió en respuesta a la necesidad social de un médico que contrarrestara la fragmentación de la medicina y jugara un papel integrador de salud. El quehacer del médico familiar se ha desarrollado de manera directa como respuesta a las necesidades de la población en cuanto al cuidado del

nivel básico de atención con los elementos de integralidad, continuidad y accesibilidad.

Lenta pero Progresivamente, la medicina familiar se ha difundido en Colombia sin alcanzar aún el número ideal o la masa crítica de especialistas en el área. La nueva Constitución de 1991 y la Ley 100 de Seguridad Social en Salud, promulgada en diciembre de 1993, dan prioridad a la familia como fundamento de la sociedad y constituyen sólidos cimientos para la formación del talento humano en salud, aunque esto no se refleja en la política pública.

En 1996, la Universidad Javeriana promueve y ofrece la especialidad de medicina familiar, en Bogotá. Y en 1997, la Universidad del Valle propone una vía alterna para la formación de especialistas en medicina familiar, convalidando el internado rotatorio en medicina familiar, posterior al grado de médico, como el primer año de residencia; el servicio social obligatorio, que se realiza en el centro de atención familiar ambulatorio (CAA), como segundo año de residencia, y el tercer año, se desarrolla en el CAA. Con la misma modalidad funciona el programa de especialidad ofrecido por la Universidad de El Bosque, cuyos primeros residentes comenzaron en 1999.

Como política nacional se ha implementado el estándar de calidad de los programas de pregrado y posgrado, y de las universidades. Los programas de medicina familiar de las universidades del Valle, Javeriana y El Bosque, así como sus respectivas universidades, tienen acreditación de calidad. En el año 2000 se registra el programa de especialización de la Universidad Juan N. Corpas y en el 2005 se aprueban los programas de especialidad en medicina familiar de las universidades, del Cauca y Fundación Universitaria en Ciencias de la Salud (FUCS), la Sabana. De este modo, a finales de 2005 hay ya 6 programas de formación de residentes y se espera el inicio de otros nuevos de manera progresiva.

Los egresados en las residencias de medicina familiar han iniciado nuevos programas de residencia en distintas ciudades de Colombia, y servicios asistenciales basados en medicina y en salud familiar. Existe también la especialidad de salud familiar con 2 a 3 semestres de duración, que se ofrece para profesionales de la salud y de algunas ciencias sociales: enfermería, odontología, psicología, trabajo social, sociología. No es una especialidad clínica y sus egresados no están acreditados como especialistas en medicina familiar.⁽¹⁹⁾

La Ley 100 en 1993 instaura las empresas promotoras de salud (EPS), algunas de las cuales, desde los últimos 10 años, acogen el modelo de medicina y salud familiar para la prestación de servicios, por la calidad, la humanización y la relación coste/beneficio y coste/efectividad. Otras EPS han desarrollado modelos de auditoría y promoción de la salud, sustentados en la medicina familiar, con indicadores y resultados positivos y replicables.

En Colombia hay a la fecha cerca de 200 licenciados de la especialidad, de los cuales cerca de 150 son certificados. La medicina familiar está reconocida como especialidad, tanto por el Ministerio de Educación como por el Ministerio de Protección Social de Colombia.

En 1987, la primera promoción de licenciados como especialistas en medicina familiar fundó la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF). Esta sociedad pertenece a la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y al Colegio Mundial de Colegios y Asociaciones de Medicina Familiar WONCA.⁽²⁰⁾

El entrenamiento del médico familiar siempre se realiza con una universidad y tiene 3 años de duración. El título otorgado es de Especialista en Medicina Familiar.

Hay actualmente 50 programas de medicina en Colombia. La medicina familiar se ha insertado progresivamente en el currículo de grado en el país y se imparte en el 70% de las escuelas de medicina del país. El número de horas y las características de la asignación en el grado son variables. En algunas universidades se imparte medicina familiar a lo largo de todos los semestres, mientras que en otras está concentrada en uno o dos semestres en la segunda mitad de la carrera. Igualmente, existe como rotación clínica y como electiva, y se ofrece también como pasantía para estudiantes de medicina extranjeros. La carga curricular de medicina familiar varía desde 40 hasta 360 horas; hay variabilidad entre las escuelas y no hay un *pensum* estándar. Las distintas modalidades de estructura académica son: departamentos de medicina familiar, o unidades de medicina familiar adscritas a departamentos de salud pública, comunitaria o medicina preventiva.

Cabe señalar que la Universidad del Valle y la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar han trabajado mucho para alcanzar este nivel de desarrollo, ya que hace 10 años no existía enseñanza en el currículo de grado.⁽⁷⁾

La especialidad de medicina familiar tiene su inicio en Colombia el 17 de enero de 1984, en la Universidad del Valle, Cali, Colombia. Su fundador, el Doctor Diego Mejía Gómez, internista-nefrólogo (q.e.p.d.) después de la realización de un año sabático cuya misión fue introducir una rotación de medicina familiar en el pregrado, regresa de los Estados Unidos convencido de la necesidad de crear la especialidad. Como todas las especialidades médico-quirúrgicas ofrecidas en Colombia, la medicina familiar se inicia como un programa educativo universitario de especialidad, con duración de 3 años, de tiempo completo y dedicación exclusiva, adscrita al Decanato de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle; ésta fue la etapa previa a la conformación del Departamento de Medicina Familiar, que se constituye en 1986.⁽⁷⁾

PRINCIPIOS Y PRÁCTICA DE LA SALUD FAMILIAR

La Medicina Familiar sigue unos principios básicos en la práctica, los cuales fueron definidos por Lan McWhinney, uno de los precursores de la Medicina Familiar, y son los siguientes:

El médico familiar debe:

Comprometerse con la persona y su familia, más que con la técnica, sexo o un órgano afectado.

Buscar la comprensión del contexto alrededor del padecimiento de sus pacientes y entender que los problemas o las situaciones de salud no ocurren

aisladamente; múltiples aspectos del contexto y la cultura de la persona influye directamente en la aparición y el comportamiento de las enfermedades y los problemas de salud, a la vez que son influenciados por ellos.

Considerar cada encuentro con el paciente como una oportunidad para la educación o la prevención.

Manejar un enfoque centrado en la Familia.

Valorar a sus pacientes y familias con un enfoque de riesgo.

Actuar como parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria.

Los médicos de familia deben ser la puerta de entrada al sistema de salud, pues debido a su idoneidad y conocimiento de las necesidades de sus usuarios, representan la mejor manera de optimizar la utilización de los recursos de un sistema de salud, evitando el uso innecesario de servicios especializados y de alto costo.⁽⁶⁾ deben poseer capacidades, aptitudes y conocimientos necesarios para suministrar una atención continuada e integral, mantener la salud de las personas y ofrecer servicios de prevención a cada miembro de la familia, manteniendo una visión biosicosocial.

Por lo tanto, son fundamentales para el logro de estos objetivos por ser altamente competentes constituyéndose en figuras primordiales para la provisión de una atención integral, continua, coordinada y personalizada integrando la atención individual y comunitaria de acuerdo con los cambios que se presenten en los sistemas de salud, especialmente en nivel básico de atención.

Éstos juegan un rol muy apropiado para la optimización en el uso de los recursos destinados a la salud. En los futuros sistemas de atención en salud, su papel será aun más prominente si son capaces de mejorar la coordinación en la prestación de los servicios de salud. La práctica médica necesita de médicos competentes que provean asistencia, tomen decisiones y sean administradores y líderes de los equipos de atención en salud. El médico familiar debe coordinar la atención provista por otros miembros del sistema de salud y de la mano con esta coordinación y una atención continuada, establecer una relación de confianza con sus pacientes.⁽³⁾

Para ser exitosos y responder adecuadamente a las necesidades de sus pacientes, los médicos de familia deben trabajar efectivamente en equipo con otros proveedores de cuidados de salud. Trabajando en equipo, los médicos de familia, el personal de enfermería y demás profesionales asociados a la salud, pueden manejar la mayoría de los problemas de salud de la población. La más alta calidad de atención en el nivel básico depende en gran medida de la disponibilidad de médicos bien capacitados que formen parte activa de equipos de salud. Los médicos deben “administrar” su población asignada comprometiéndose a generar una cultura del autocuidado de la salud, integrando eficazmente a su práctica la medicina preventiva lo cual permitirá reducir los costos a mediano y largo plazo.⁽⁴⁾

Por lo anteriormente descrito, los atributos del médico de familia, mencionados por Rakel en su “Compendio de práctica médica en atención primaria”, son:

Sentido firme de la responsabilidad sobre la asistencia continua e integral del individuo y la familia durante los periodos de salud, enfermedad y rehabilitación.

Compasión y empatía, con un interés sincero por el enfermo y la familia.
Actitud de curiosidad y deseo constante de saber.

Entusiasmo por los problemas médicos indiferenciados y por su resolución.
Interés por un espectro amplio de la medicina clínica.

Capacidad para resolver cómodamente los numerosos problemas que afectan de forma simultánea a un paciente.

Deseo de experimentar desafíos intelectuales y técnicos frecuentes y variados.

Capacidad para soportar a los niños durante el crecimiento y desarrollo, así como en su adaptación a su familia y sociedad.

Capacidad para ayudar a los enfermos a convivir con los problemas cotidianos y mantenerla estabilidad de la familia y de la sociedad.

Capacidad para coordinar todos los recursos sanitarios que se precisan en la atención de un paciente.

Entusiasmo constante para aprender y encontrar la satisfacción derivada de la actualización constante y la educación médica continuada.

Capacidad para mantener la compostura en los momentos difíciles y responder prontamente con lógica, eficacia y compasión.

Deseo de identificar los problemas lo antes posible.

Voluntad firme para lograr la máxima satisfacción del paciente, basada en una relación de confianza constante.

Capacidades necesarias para tratar las enfermedades crónicas y asegurar la máxima rehabilitación después de las enfermedades agudas.

Apreciación de la mezcla compleja de elementos físicos, emocionales y sociales en la atención holística y personalizada del paciente.

Sentimiento de satisfacción personal derivada de una relación íntima con los pacientes.

Capacidad y compromiso para educar a los pacientes y sus familias acerca de las enfermedades y los principios de una buena salud

Adquirir un mayor y más profundo conocimiento de sí mismo, de sus fortalezas y debilidades, y de sus facilitadores y limitantes, para establecer una comunicación eficiente y evitar que sus sentimientos y valores le produzcan juicios que contaminen la atención cálida, respetuosa y honesta que debe brindar a las personas de su comunidad.

Saber manejar los recursos con racionalidad y eficiencia. Los médicos de Atención Primaria, dada la creciente importancia que se les está asignando como puertas de entrada al sistema de atención médica, se están transformando en “primera línea o guardabarreras” (*gatekeepers* en la definición estadounidense) con el objeto de procurar un uso más apropiado y equitativo de los servicios disponibles.⁽³⁸⁾

El médico de familia debería vivir cerca de donde viven sus pacientes y, en lo posible, procurar verlos en todas las instancias de atención: consultorio, sala de internación, domicilios, etcétera. La asignación del tiempo para cada una de ellas depende del ámbito de la atención (urbano vs. rural), así como de la distancia entre el lugar donde el médico vive y el lugar donde trabaja.⁽³⁹⁾

La salud familiar se puede practicar en diferentes entornos, sin embargo, debe circunscribirse dentro de un marco de referencia. Para practicarla debe asignarse un número de familias a un médico de familia apoyado por un equipo de trabajo asignado para apoyarle. El equipo debe comprometerse a proveer una atención integral utilizando incluso recursos externos a la institución. El equipo de salud debe conocer a las familias a través de una relación continua, humana y afectuosa pero siempre objetiva. A través del conocimiento que se logre de los individuos se conocerán los riesgos a los que están expuestos y se identificarán los recursos disponibles más apropiados para intervenir ante los principales problemas de salud.

Un modelo de salud familiar debe operar a tres niveles diferentes: el individuo, la familia y la comunidad. Esta práctica se debe ejercer a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, actividades curativas y de rehabilitación ejecutadas con una visión integral.⁽⁴⁰⁾

Desde el punto de vista académico se podría definir la atención prestada por el médico al interior de un modelo de salud familiar como: “el ejercicio de la medicina general que integra las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento de la atención integral de los individuos y las familias, y cuyo ámbito de acción no está limitado ni por la edad, el sexo, los sistemas orgánico, ni por las enfermedades que lo afectan.

El médico de familia debe ser eje central del Modelo de Salud Familiar, es quien establece comúnmente el primer contacto con los usuarios que buscan atención en sistema de salud, correspondiéndole evaluar las necesidades de atención de sus pacientes, velando por la continuidad en la atención. El médico debe proveer su atención mirando siempre a sus pacientes como parte de una familia y de una comunidad, ofreciendo una atención holística que no deje a un lado la importancia del paciente como individuo y la asesoría a sus pacientes en temas de salud.

Bajo un modelo de salud familiar se deben crear nuevos espacios en los cuales el médico asumiendo una visión integral, concrete y formalice su participación, en un contexto definido, siendo el líder del equipo de trabajo conformado por miembros de otras disciplinas (enfermeras, odontólogos, asistentes sociales, psicólogos, etc.). El trabajo con estas disciplinas es fundamental para asegurar la viabilidad de un modelo de salud familiar.

La práctica en las IPS de nivel básico combina la atención personal preventiva y la atención curativa, ambas se deben llevar a cabo bajo un acuerdo entre el personal de salud y el paciente, de acuerdo con una información clara al paciente sobre su situación y las opciones para su tratamiento. La solicitud de atención que hace el paciente se basa en la confianza que adquiere al conocer su proveedor de salud y la respuesta del proveedor solo será efectiva si éste tiene en consideración la opinión, cultura y el entorno que envuelve al paciente.

Una vez el personal de salud cuente con la solicitud del paciente para intervenir, se podrá responder efectivamente y para lograrlo se debe ejercer destrezas clínicas competentes para poder detectar enfermedades indiferenciadas, excluir enfermedades serias y hacer un plan de manejo inicial. Se debe explicar al paciente clara y cuidadosamente su situación y el plan de tratamiento, en lo posible este plan de tratamiento deben ser acordados con el paciente y no impuesto por el profesional de la salud, adicionalmente se deben aliviar el temor y la angustia tanto como sea posible.

Un buen médico de familia puede ofrecer atención integral a sus pacientes reforzando, gracias a su estrecha relación, la aceptación y el cumplimiento de las medidas orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La práctica de la salud familiar tiene ciertas características especiales, por ejemplo, el médico de familia maneja aproximadamente el 90% de los problemas de sus pacientes, su consulta está compuesta en más de un 20% por pacientes con afecciones respiratorias y los problemas psiquiátricos y músculo esqueléticos componen aproximadamente otro 20% de la consulta cotidiana. Caracterizando la consulta del médico de familia se ha encontrado que solo el 20% de las consultas involucran alteraciones biomédicas convencionales, mientras que un 35% está constituido por problemas derivados de alteraciones psicosociales, otro 35% lo componen enfermedades auto limitadas donde se requiere poca intervención terapéutica, y el 10% de las consultas restantes lo constituyen asuntos relacionados con la prevención de enfermedades.

El amplio rango de situaciones manejada por los médicos de familia evidencia que la mayoría de los problemas que presenta la población no requieren de una atención con alto nivel de complejidad. En muchas ocasiones “el médico es la droga”; esto significa que la presencia de un médico interesado por el paciente, puede ser la alternativa a la prescripción de un medicamento o a la realización de un procedimiento diagnóstico. El interés que se tenga por el paciente debe ser muy bien balanceado, sin permitir que el paciente evada el control de su salud y se lo entregue siempre al médico, el profesional debe saber siempre retornar cuidadosamente el control de la situación a su paciente.

Trabajar bajo un modelo de salud familiar le permite al médico usar su creatividad, esto lo puede hacer promoviendo innovaciones terapéuticas, desarrollando sus propias estrategias para el manejo de su práctica, diseñando material educativo para sus pacientes, buscando nuevos puntos de contactos con sus pacientes.

Provee asesoría familiar en adición al conocimiento compartido con otras disciplinas con el fin de prestar cuidado en el nivel básico, la medicina familiar enfatiza el conocimiento de áreas como dinámica familiar, relaciones interpersonales, consejería y psicoterapia.

Ya que el ejercicio del médico al interior del Modelo de Salud Familiar es interdisciplinario, éste debe desarrollar la capacidad de interrelacionarse con otros grupos profesionales y actuar en un entorno de trabajo en equipo. Esto implica asumir una capacidad de liderazgo que le permita tanto conducir y orientar el trabajo de los otros profesionales, como aceptar la realización de estas funciones por parte de otros cuando las circunstancias así lo indiquen. La coordinación en el cuidado de la salud que es una de las funciones del médico familiar, requiere que estos tengan un conocimiento de las destrezas de otros profesionales y la manera en que estos pueden contribuir para mejorar la salud de la comunidad. Las OMS enfatiza el rol de los médicos familiares y las enfermeras como profesionales orientados hacia la familia, quienes deben reunirse regularmente y desarrollar metas comunes y objetivos compartidos. El trabajo en equipo en la práctica de la salud familiar permite aunar destrezas y conocimientos realizando el mutuo respeto entre los miembros del grupo de trabajo.

Según lo que se ha anotado, es de esperar que la modalidad de atención bajo el Modelo de Salud Familiar sea más satisfactoria que trabajar bajo un sistema monótono de un médico aislado y desconocido frente a un paciente igualmente desconocido. Ejercer su profesión bajo el Modelo de Salud Familiar facilitará al médico interesarse por sus pacientes y esforzarse por resolver sus problemas, con la gran ventaja de que él mismo verá el resultado de su esfuerzo y compromiso gracias a una atención continua. El trabajo de los miembros del equipo de atención en salud ya no será fragmentado y solitario pues la coordinación de las labores de todos los profesionales que lo conforman será indispensable para el funcionamiento y sostenimiento de un modelo de salud familiar. Frecuentemente, una de las contribuciones de la medicina familiar es abaratar costos con mejoras a la utilización de la atención médica. ^{(41), (42)}

ALCANCES Y ESTRATEGIAS GENERALES DE LA SALUD FAMILIAR

La ley 100 de 1993 que rige al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, contempla en los Artículos 153 y 162 en lo referente a la protección integral, la atención integral en salud a la población en las fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías. ⁽²⁴⁾. Dicha ley considera a la familia como “Unidad Fundamental de atención, en la medida en que a través de ésta, se logra el desarrollo e implementación de estrategias de

promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, de una manera simultánea, dinámica y eficiente”.

Para cumplir con la tarea encomendada, es necesario articular de una manera muy clara las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con las actividades de atención individual, estableciendo una práctica con personal médico de excelente calidad con una visión integral que dirija el trabajo de un muy buen equipo de atención en salud, promoviendo y canalizando adecuadamente las actividades y recursos necesarios para el logro de un verdadero estado de salud integral. El médico encargado del Cuidado Primario, debe establecer el primer contacto, ofrecer continuidad, integración y coordinación del cuidado y centrar su enfoque en la familia.

Si asumimos el papel de la familia como la célula de la sociedad, cualquier situación que afecta a un solo miembro del grupo familiar (enfermedad, adicción, embarazo no deseado, crisis de la adolescencia, etc.) repercute en toda la familia y a la postre, en toda la sociedad en general. Por otra parte, cualquier realidad que se vive en la sociedad (carencia de servicios, de educación, inseguridad, violencia, etc.) afecta la familia y por ende a todos y a cada uno de sus miembros.

La familia se comporta como un todo, en la medida en que las vivencias de cada uno de sus miembros afectan al resto. La ansiedad, la depresión, la hipertensión arterial, los infartos, la úlcera péptica, las enfermedades infecciosas, el asma, etc., son mucho más frecuentes en familias disfuncionales o en aquellas que están pasando o han pasado por circunstancias adversas que no han logrado resolver con sus propios recursos, que en las familias que viven en armonía.

Cada familia tiene su caracterización particular, producto de sus ancestros socioculturales, oportunidades de desarrollo, mitos, legados, creencias. El enfoque de familia como unidad y la orientación hacia la misma, identifica riesgos, susceptibles de ser manejados de forma anticipatoria y moviliza recursos para la resolución de situaciones problema para la familia.

Las bondades de este enfoque de Salud Familiar, se pueden resumir en tres aspectos fundamentales:

Disminución de costos de atención, a partir de la implementación de estrategias dirigidas a la promoción, prevención, detección y manejo precoz de las dolencias en salud de los grupos familiares objeto, resolviendo a nivel primario el 95% de sus problemas de salud.

Aumento y racionalización de coberturas de los programas tanto asistenciales como promocional-preventivos, en la medida en que a partir de cada miembro de la familia que consulta a su médico familiar o a cualquier profesional de la salud, éste realice demanda inducida hacia los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Mejoría evidente en la calidad de la atención, a través de la implementación de una serie de principios y recursos dirigidos a optimizar el trabajo del profesional de salud y a fortalecer la relación profesional de la salud-paciente.

El enfoque familiar se fundamenta en unos principios básicos, de los cuales son dignos de destacar:

Integralidad: Se refiere a la relación indisoluble entre el modo de vida (hábitos, comportamientos, costumbres, etc.) y su estado de salud, basándose en el hecho de que el individuo es un ser biosicosocial.

Continuidad: Se refiere a que la salud es el más importante patrimonio a cuidar de una manera continuada a través del tiempo (autocuidado en salud).

Atención coordinada: Se garantiza que el paciente reciba la asistencia adecuada en el lugar y en el momento más oportunos.

Abordaje centrado en la familia: La familia es la unidad básica y el recurso primario para el individuo, lo que la hace esencial en el cuidado que se le proporciona a la persona, la cual debe seguir las recomendaciones y prescripciones.

Como la familia es el eje central de las intervenciones de la salud familiar, se hace necesario conocer los factores de riesgo que la rodean:

Qué son factores de riesgo familiar: Son enfermedades físicas presentes en algún miembro del grupo familiar, hipertensión arterial (HTA), diabetes, cáncer, enfermedades del corazón. Algunos factores psicosociales presentes en el grupo familiar, problemas económicos, separación, violencia intrafamiliar. Ausencia de algunos aspectos importantes para la prevención de enfermedades y el mantenimiento de buena salud, falta de vacunación, no planificación familiar, no citología.

Es primordial conocerlos porque en el caso de enfermedades físicas es importante ubicarlos, pues al controlar adecuadamente las enfermedades evitamos grandes complicaciones no sólo desde el punto de vista físico sino emocional y familiar y que conducen a unos costos en la mayoría de los casos inmanejables.

Algunas enfermedades tienden a repetirse en otras generaciones o transmitirse a otros miembros de la familia, por lo cual, es necesario tomar medidas de promoción y prevención de acuerdo a cada caso.

En el caso de factores de riesgo psicosociales, el conocerlos nos permite iniciar medidas de apoyo e identificar la posible relación existente entre estos problemas y algunas alteraciones físicas de ciertos miembros del grupo familiar.

El conocer la ausencia de esos aspectos de prevención en el grupo familiar, permite dar la educación apropiada y ubicar los miembros de la familia que requieren las acciones.

Cuáles son los factores de riesgo:

- a. Factores de riesgo biológico.
 1. Sobrepeso por encima del 20% del ideal.
 2. Desnutrición (DNT) peso por debajo del percentil 2 según las tablas.
 3. HTA (hipertensión arterial- presión alta).
 4. Enfermedad coronaria (infarto cardiaco) (ataque cardiaco) (angina de pecho).
 5. Actividad sedentaria (no ejercicio).
 6. Hiperlipidemia (grasas altas en sangre).
 7. Adiciones (cigarrillo, drogas, alcohol).
 8. Cáncer (piel, pulmón, seno, estomago, sangre).
 9. Enfermedades de transmisión sexual ETS, (sífilis, gonorrea, sida).
 10. TBC.
 11. Enfermedades visuales (estrabismo, uso de gafas).
 12. Asma.
 13. Enfermedad acido-péptica.
 14. Diabetes.
 15. No vacunación o vacunación incompleta.
 16. No planificación familiar.
 17. No control del embarazo.
 18. Embarazo de alto riesgo.
 19. No control de crecimiento y desarrollo.
 20. No control odontológico.

- b. Factores de riesgo psicosocial
 1. Problema económico, desempleo, menos del salario mínimo, no cubrimiento de gastos básicos, deudas inmanejables.
 2. Discapacitado (persona en la familia con problemas físicos, amputaciones, alteraciones de nacimiento, secuelas de trombosis).
 3. Problema conyugal – separación.
 4. Un solo padre, él o ella.
 5. Muerte de un miembro del grupo familiar.
 6. Violencia intrafamiliar.
 7. Bajo rendimiento escolar, (pierde años de estudio o abandono escolar).
 8. Problemas de comportamiento, (agresividad, hiperactividad, timidez).

La información obtenida debe ser “chuleada” y anotada en el familiograma debajo de cada miembro afectado.

Los recursos de la salud familiar más utilizados en la práctica corriente son:

El Familiograma: Es un instrumento que permite hacer un esquema de toda la familia, y analizar la composición de todo el grupo familiar (abuelos, padres, hijos) y las características de sus interacciones y registrar los problemas de

salud más relevantes de cada uno de sus miembros, las relaciones, las alianzas y en general parte de las dinámicas internas.

Apgar Familiar: El Apgar familiar es un instrumento diseñado por el doctor Gabriel Smilkstein, para realizar una adecuada evaluación de la función familiar, esta denominación la tomó de una escala de calificación del bienestar de los recién nacidos, llamada así en honor a la doctora Virginia Apgar, quien la diseñó para su utilización en pediatría, este instrumento además de ser una palabra de fácil recordación a nivel de los médicos también al asimilar cada inicial de la palabra con una función familiar hace posible obtener un panorama de la función familiar.

Dentro de los primeros profesionales que abordaron el tema de la importancia para los médicos evaluar a sus pacientes dentro de su contexto familiar, figura Richardson, quien en 1948 escribe su libro de dinámica familiar en el cuidado de la salud, “decir que el paciente tiene familia, es decir que el órgano enfermo es parte del individuo” aunque esta afirmación parece demasiado obvia para ser discutida a lo largo de mucho tiempo no se le ha prestado el debido reconocimiento por parte de la profesión médica.

El APGAR se debe utilizar cuando se presentan: Pacientes polisintomáticos; grupos de personas o individuos consultadores crónicos; escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados; síntomas mentales (ansiedad, depresión); detección en el familiograma de disfunción familiar

Otra herramienta utilizada es el ecomapa que le permite al médico y al equipo de salud identificar las interrelaciones de la familia con el ambiente y con el contexto sociocultural en el que se desenvuelve, es decir da información sobre la red extra familiar de recursos. Por lo tanto, constituye un elemento adicional del familiograma.

Su utilización rutinaria permite representar la familia y sus contactos o el ambiente que los rodea: familia extensa, instituciones educativas, sistemas de salud, trabajo, recreación, religiosidad, amigos, vecinos, etc.

De dichos contactos o relaciones se pueden obtener recursos que la familia utiliza adecuada o inadecuadamente para el logro eficaz del cumplimiento de sus logros.

El ecomapa es un elemento dinámico debido a que la familia cambia constantemente al igual que los sistemas que la rodean, así como el familiograma muestra la estructura de la familia y sus relaciones internas, el ecomapa muestra sus relaciones externas.

El ecomapa nos permite: Identificar en forma rápida y sencilla los recursos extra familiares que pueden ser de gran utilidad en caso de una crisis familiar; detectar y fortalecer las carencias más importantes a nivel familiar; sospechar problemas intrafamiliares, que pueden ser confirmados con el uso de otros instrumentos; ubicar a las familias socialmente aisladas por migración reciente u otros motivos.

La historia clínica orientada por problemas (SOAP) es otra herramienta que le permite a todo miembro del equipo de salud consignar la información de sus pacientes de una manera ágil y fácil de consultar a través del tiempo. La sigla (SOAP) significa: subjetivo (datos del paciente) objetivo (datos positivos de la evaluación) análisis (antecedentes, problemas de salud) plan (conductas a seguir ante los problemas detectados), los cuales se dividen en:

Plan diagnóstico (método clínico y paraclínicos)
Plan terapéutico (acciones farma y no farmacológicas)
Plan de seguimiento (cronograma de control)
Plan educacional (prevención en salud)

Las guías de mantenimiento de la salud por grupos de edad: Estas guías se han constituido en instrumentos que permiten tener un claro conocimiento de cuáles son los tópicos a evaluar durante la consulta, con el fin de anticiparse a los problemas de salud. Constituyen un conjunto de acciones encaminadas a la educación, prevención y diagnóstico de los problemas que enfrenta cada grupo de edad a nivel de la familia; debe tenerse en cuenta que:

Su aplicación lleva a una clara disminución en la incidencia de los problemas en salud de la comunidad, Bajo costo; aceptación por parte de la comunidad
Cubren amplios sectores de la población; requieren poca tecnología para su aplicación. La detección precoz del problema en salud, se traduce en un cambio importante del curso natural de la enfermedad que conduce a una curación y/o rehabilitación efectiva.

Grupos de edad considerados en las guías de mantenimiento de la salud:

Lactante y preescolar: entre 0 y 5 años
Escolar: entre los 6 y los 10 años
Adolescente: entre los 11 y los 20 años
Adulto: entre los 21 y los 55 años.
Tercera edad: de los 56 años en adelante

EL PRESENTE Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA

Paulatinamente, la medicina familiar ha demostrado sus fortalezas en humanización, calidad de la atención, y relación coste/efectividad y coste/beneficio. Es así como las EPS buscan contratar especialistas en medicina familiar y, antes de terminar sus estudios, los residentes tienen oferta laboral. De los 42.000 médicos, 27.000 son médicos generales, es decir, con 6 años de formación en el pregrado; ellos son la base del sistema de salud, es decir, son los que tienen las EPS como primer contacto; igualmente, son los más explotados y con multiempleo y subempleo.

Se calcula que hay unos 15.000 médicos especialistas, de los cuales cerca de 200 poseen la especialidad en medicina familiar. Algunas EPS han asumido el modelo del médico especialista en medicina familiar, que se complementa con equipos constituidos con médicos generales, y en otros casos se otorgan diplomaturas en salud familiar, o en atención primaria para que reconozcan el paradigma, pero por supuesto no son especialistas.

Por el momento, en 2006 se están analizando estrategias, para hacer la «conversión» de médicos generales a especialistas en medicina familiar, con otras modalidades pedagógicas y con capacitación en servicio. El *pensum* está listo, pero la decisión política se demora.

En algunos lugares de Colombia, especialmente en la costa norte, hay una presencia muy importante de médicos familiares cubanos para trabajar en atención primaria.

Las nuevas políticas de salud hacen posible que todos los miembros de las familias tengan acceso a los Servicios de Salud. Esta situación facilita la implementación de un modelo de atención con enfoque familiar. Para ello es necesario modificar la cultura de atención, sensibilizar y capacitar al personal que trabaja en servicios, adecuar el sistema de información de manera que permita extender la atención desde el individuo a la familia, extender las acciones de promoción y prevención a grupos familiares y comunitarios seleccionados por riesgos, problemas y/o ciclo vital.

Tradicionalmente la atención del paciente ha sido fragmentada considerando sólo su enfermedad y no su bienestar. Esto ha conducido al deterioro de la calidad de la atención, poca satisfacción del paciente, poca preocupación por la prevención y el auto cuidado.

Con el enfoque familiar se ve a la persona dentro de un sistema familiar e inmerso en un contexto social y cultural que condiciona su bienestar y aporta factores de riesgo de enfermar y factores protectores de su salud. Estos factores van a condicionar el estado de salud de la persona.

Se puede brindar atención integral al paciente motivando en él y su familia la participación en el autocuidado, adherencia al tratamiento, bienestar y satisfacción.

Dentro del proceso de aseguramiento de la calidad, se han expedido e instaurado leyes y decretos para regular tanto la formación como el ejercicio del talento humano en salud. Está en curso para ser sancionada y reglamentada, una Ley en salud, en la cual se establece el Registro Único Nacional (RUN) del recurso humano y se instituye la recertificación obligatoria, para el ejercicio en el país de los médicos generales y de los médicos especialistas, entre los cuales se incluyen los médicos familiares. La SOCMEF está trabajando en esa dirección las temáticas de requisitos y las ofertas de educación continua y continuada.

Las reformas en el sector de la salud y la educación en los últimos años en Colombia han afectado a la medicina familiar con oportunidades y amenazas. El balance de los últimos años favorece su desarrollo como piedra angular y puerta de entrada al sistema de salud. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los datos presentados en resultados para la salud, en sistemas basados en atención primaria con enfoque familiar y comunitario, orientan hacia el progreso y la consolidación de la especialidad. En la actualidad, se está trabajando muy intensamente con el Ministerio de Protección Social y con la OPS para incrementar el número de médicos familiares. Se ha establecido un número mayor de becas-crédito, con incremento para la medicina familiar.

Es por esto que existen factores que se muestran como determinantes al momento de generar bienestar al usuario y al médico, además de contemplar el factor económico. La complementariedad de las habilidades clínicas y de salud de la comunidad, estrategias para educar a los médicos de familia en la salud comunitaria, la epidemiología, la organización comunitaria y estrategias de desarrollo de la salud. Las Facultades de Medicina y su responsabilidad social de la dirección de su educación, la investigación, y actividades de servicios hacia las preocupaciones prioritarias de la salud de la comunidad, región o nación que sirven. La atención integral del paciente, habilidades de comunicación, el trabajo con las familias, la ética médica, medicina preventiva, la gestión de las condiciones imperantes, la comunidad y la salud de la población, y habilidades de liderazgo y de gestión son todos importantes.⁽²¹⁾

La atención especializada es más onerosa para los sistemas de salud que la atención primaria, y por ende menos accesible a los usuarios, la atención primaria requiere menos trabajo y capital y tiene una organización menos jerárquica. Por consiguiente, es más flexible y puede responder más rápidamente a las cambiantes necesidades de la salud en la sociedad. También es más accesible, a nivel organizacional y psicológico, que la atención médica especializada.

No hablamos aquí de la atención médica en el sentido de Salud para Todos de la declaración de Alma Ata, sino en el sentido de un nivel de atención que se concentra en las personas, en las familias y en la comunidad, que satisface todas las necesidades comunes de la población y que integra la atención médica con otros niveles de servicios.

Existen algunas características del sistema de salud que se consideran que conducen a una sólida infraestructura de atención primaria: Primero hay que tener en cuenta que una adecuada prestación de los servicios requiere políticas gubernamentales también adecuadas.

Segundo: Aquellos países con deficiente infraestructura de atención primaria tienen mayores costos y resultados más pobres, lo cual es particularmente notable en aquellos indicadores de la infancia temprana en los que se esperaba un mayor impacto de los servicios de atención primaria: bajo peso neonatal y mortalidad perinatal.

A continuación se enumeran las normas que permiten reglamentar los modelos de salud familiar de atención en salud de acuerdo a la vigente:

Constitución Política de Colombia 1991

Algunos artículos se refieren a la disposición de recursos destinados a la inversión social, donde el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación. El artículo 365 establece que la prestación de los servicios públicos es la finalidad social del Estado y el artículo 366 plantea que en el ámbito del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, el Estado tiene el objetivo de la satisfacción de las necesidades de salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable. El Capítulo 2. De Los Derechos Sociales, Económicos y Culturales en los artículos 42 al 49, respecto a la familia, establece: en el artículo 42, la familia es el núcleo fundamental de la sociedad, se constituye por vínculos naturales o

jurídicos y la sociedad y el Estado garantiza la protección integral de la misma. De igual forma, este artículo destaca aspectos como la igualdad de derechos y deberes de la pareja, la inviolabilidad de la honra y dignidad e intimidad de la misma, la sanción de la ley ante cualquier forma de violencia intrafamiliar. ⁽²²⁾

Ley 10 de 1990

Reorganiza el sistema nacional de salud, en el capítulo I, artículo 3 cuando presenta los principios habla de la participación social y la participación comunitaria. Igualmente en el capítulo II, en el artículo 4 expresa que el sistema de salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación y hace referencia a que en él intervienen factores de orden biológico, ambiental, comportamiento y de prestación de los servicios, pero adicional a esto dice que de él forman parte las instituciones de salud del orden público y privado y las de otros sectores que de alguna manera inciden en los factores de riesgo para la salud. ⁽²³⁾

Ley 100 de 1993

En el Capítulo I, Artículo 1° la Ley 100 de 1993, hace referencia a los principios generales del SGSSI, que tienen por objeto garantizar los derechos irrenunciables de las personas y de la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. En el Artículo 2°, se asegura que los principios del SGSSS son eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. ⁽²⁴⁾

Ley 715 de 2001

Esta ley dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y establece otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud. La Ley 60 de 1993 dictó las sobre la distribución de competencias y orientó la distribución de los recursos disponibles para la atención de la salud y la educación de los colombianos. Dicha norma fue modificada mediante la Ley 715 de 2001. ⁽²⁵⁾

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, entre otras, plantea que las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica; los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria; El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. ⁽²⁶⁾

Decreto 3039 de 2007

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

La promoción de la salud y la calidad de vida.

La prevención de los riesgos.

La recuperación y superación de los daños en la salud.

La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.

La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.⁽²⁷⁾

Acuerdo 306 de 2005

Define el plan obligatorio de salud en el régimen subsidiado.⁽²⁸⁾

Resolución 3384 de 2000

Esta Resolución establece las Metas de Cumplimiento para el Régimen Subsidiado. En ella se incluyen las normas técnicas de protección específica y de detección temprana.⁽²⁹⁾

Resolución 412 de 2000

Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y adopta las Normas Técnicas y Guías de Atención, para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública. Las normas técnicas contempladas en dicha resolución se dividen en protección específica y detección temprana.

Protección Específica: Vacunación según esquema PAI, Atención preventiva en salud bucal, Atención del parto, Atención del recién nacido y Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Detección Temprana: Detección de alteraciones del: crecimiento y el desarrollo del niño, desarrollo del joven, embarazo, adulto. Detección de cáncer de cuello uterino, de cáncer de seno y detección de alteraciones de la agudeza visual.⁽³⁰⁾

Acuerdo 117 de 1998

Define las actividades e intervenciones de demanda inducida, definida como la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica, detección temprana y adhesión a los programas de control. Detección temprana: Es un conjunto de procedimientos mediante los cuales se identifica, en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la reducción de la duración y el daño, evitando secuelas, incapacidades y muertes. Protección específica: Mecanismo mediante el cual se aplican las acciones y/o tecnologías que permiten evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo.⁽³¹⁾

Ley 1361 de 2009

La presente ley tiene por objeto fortalecer y garantizar el desarrollo integral de la familia, como núcleo fundamental de la sociedad, así mismo, establecer las

disposiciones necesarias para la elaboración de una Política Pública para la familia. ⁽³²⁾

ELEMENTOS Y CONDICIONES DEL DESARROLLO DE UN MODELO DE SALUD FAMILIAR

La salud familiar enfatiza la responsabilidad por el total cuidado de la salud desde el primer contacto y valorización inicial, hasta el cuidado continuo de los problemas crónicos. La prevención y reconocimiento temprano de la enfermedad son características esenciales de este modelo de atención, basándose en los estilos de vida saludables. La coordinación e integración de todos los servicios de salud necesarios con una mínima fragmentación, y la habilidad para manejar la mayoría de los problemas médicos, permite a los médicos de familia y a su equipo de salud proveer una atención de salud costo efectiva. ⁽⁴³⁾

Para implementar un modelo de atención que se pueda considerar como salud familiar, es indispensable que éste cuente con las siguientes características:

Perfil profesional: Se acepta ampliamente que la Medicina Familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia.

El médico familiar que se requiere para el Modelo de Salud Familiar debe ser líder, contar con aptitudes y habilidades que lo califiquen para promover y apoyar la conservación y el mantenimiento de la salud, ofreciendo atención integral continua a sus paciente y a sus familias, sustentando en el hecho de que la práctica de la salud familiar es por naturaleza interdisciplinaria y por lo tanto requiere del trabajo del médico con los demás miembros del equipo de atención en salud

Actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Integra las ciencias biológicas, sociales y de la conducta; su campo de acción se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades.

El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención médica primaria, la atención que otorga es integral y continua, lo cual se contrapone a la atención esporádica y fragmentada de otros especialistas, esta atención se lleva a cabo en el consultorio, en el hogar del paciente y en los propios servicios hospitalarios.

A lo largo de su práctica reconoce la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud. Es el coordinador de los recursos disponibles en la comunidad, para la atención de los problemas de salud.

Es por excelencia un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes, cada contacto con ellos es para él una oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud, sin que por ello se limite su capacidad para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan en su población. ⁽⁴⁴⁾

Busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él. Esta actitud permite fortalecer la relación médico-paciente evitando la despersonalización y la deshumanización de su práctica médica.

Atención general: Los profesionales de la salud deben estar capacitados para brindar atención a todos los miembros de su población asignada independientemente de la edad, sexo y condición de salud. En la actualidad, la tendencia a la especialización de los médicos se sigue manteniendo y es poco frecuente ver que, al menos por convicción propia, un médico general decida asumir su práctica con un adecuado convencimiento de la relevancia y alcances de su rol como generalista.

El Médico Familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona y el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Por lo que con frecuencia deben atender signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico de múltiples padecimientos.

El Médico Familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso, maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, de nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo. ⁽⁴⁵⁾

Continuidad: La atención no se limita a un solo episodio de enfermedad, implica el cuidado longitudinal del paciente a lo largo de diferentes periodos de su vida. Se basa en una relación personal duradera entre el paciente y equipo de salud., para esto se requiere que cada médico tenga una población asignada y establezca relaciones interpersonales de credibilidad y respeto con sus pacientes.

Debe propenderse por contar con médicos estables y comprometidos con el cuidado de la salud de su población, la rotación del personal médico es el principal enemigo del Modelo de Servicio y retrasa significativamente las posibilidades de generar un impacto favorable en satisfacción, costos, salud y estandarización. En una revisión de estudios sistemáticos de adultos en general, familias y prácticas de medicina interna con contacto directo paciente-medico se examinó la continuidad y la satisfacción del paciente, concluyendo que la continuidad en la atención favorece la satisfacción del paciente. ⁽⁴⁶⁾

Integralidad: Incluye servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y atención paliativa. El modelo de salud familiar debe permitir al equipo de salud tener un claro conocimiento del perfil epidemiológico de su población, de esta manera se facilita la identificación de las necesidades en salud de los individuos, facilitando la implementación de estrategias de atención primaria con miras a resolver los requerimientos de salud hasta un 90% de los casos.

Accesibilidad: El equipo de trabajo debe asegurar que el paciente puede ser atendido por el miembro del equipo de salud pertinente en forma oportuna, implementando las medidas necesarias para resolver aquellos casos que no dan espera. Para esto, el médico y la enfermera de familia deben trabajar en forma coordinada, de manera que la enfermera pueda analizar las solicitudes de algunos usuarios y los oriente hacia la instancia necesaria para la solución de sus problemas. El médico de familia deberá tener espacios disponibles dentro de su programación para atender aquellos pacientes sin cita asignada que lo ameriten.⁽⁴⁷⁾

Coordinación: El médico debe encargarse de conocer y responder a las necesidades de salud de sus usuarios de manera coordinada, movilizandolos recursos necesarios para la atención actuando como el capitán del equipo de salud. Como coordinador de la atención, el médico de familia tiene claras responsabilidades sobre la utilización justa y equitativa de los recursos y deberá, en acuerdo con sus pacientes, tomar decisiones pertinentes sobre los tratamientos, uso de ayudas de laboratorio y remisiones. Una parte importante de su labor de coordinación involucra la selección del momento adecuado para la remisión y la evaluación de la calidad de la atención que reciben sus pacientes por parte de otros proveedores.

A su vez, las enfermeras de familia deben desempeñar el papel de coordinadoras de las actividades a desarrollar por el equipo de salud y al mismo tiempo orientar a sus usuarios sobre la correcta utilización de los servicios al interior del modelo de salud familiar. Las enfermeras bien entrenadas son en ocasiones mejores para seguir las pautas de los protocolos y lograr un acercamiento a las familias, logrando identificar con su especial sensibilidad, aquellos momentos en los que los pacientes se encuentran involucrados en situaciones conflictivas que pueden afectar la salud de éstos.⁽³⁷⁾

Enfoque holístico: Los problemas de salud de los individuos, la familia y la comunidad deben ser considerados bajo una perspectiva física, psicológica, laboral y social. Para esto el equipo de trabajo debe estar entrenado en temas psicosociales que incluyan: enfoque sistémico de familia, ciclo vital familiar, elementos básicos para el manejo de crisis familiares y comunicación.

Trabajo en equipo: Para que un modelo de salud familiar funcione y se mantenga el médico familiar, debe liderar y participar activamente en el trabajo en equipo, delegándole a otros profesionales del área clínica y psicosocial el cuidado de sus pacientes cuando sea apropiado.⁽⁴⁸⁾

En relación a lo anterior se generan ciertas condiciones para el desarrollo del modelo de salud familiar. Si un modelo de salud familiar cumple con las características descritas, el paso a seguir es tomar acciones encaminadas a crear un ambiente propicio para su funcionamiento, buscando un máximo aprovechamiento. Esto se puede lograr considerando las siguientes condiciones:

Población definida: Los médicos de familia deben tener una misma población asignada por un largo periodo de tiempo, esto favorece la formación de relaciones de mutua confianza y entendimiento entre las familias y el médico, lo

que permite un mejor conocimiento de las necesidades en salud de la población. En términos generales se calcula que un médico de familia de tiempo completo (48 horas semanales) puede tener entre 2200 y 2500 afiliados asignados (esto varía de acuerdo con la demanda de consulta y la capacidad de gestión del médico).⁽⁴⁹⁾

Entorno de trabajo: La práctica bajo el Modelo de Salud Familiar debe brindar fácil acceso a los pacientes, permitiéndoles conocer los horarios y el lugar que sus médicos de familia y otros miembros del equipo de salud pueden atenderlos. Se debe tener en cuenta un adecuado balance entre una carga de trabajo eficiente y los requerimientos de tiempo para una práctica de calidad. Debe contarse con un equipo de soporte que brinde atención médica durante 24 horas con el apoyo de servicios de laboratorio e imagenología básica. En la medida en que se tienen contactos con los usuarios se les debe instruir para que tengan muy clara la correcta utilización de los servicios bajo el Modelo de Salud Familiar indicándoles las diferentes opciones que tienen para contactar a los miembros del equipo.

Sistema de referencia: El médico de familia es quien define cuando sus usuarios requieren atención por fuera del alcance del equipo de atención básica. El uso costo efectivo de los servicios de segundo y tercer nivel de complejidad requiere de la implementación de un sistema de remisión de calidad. Los médicos especialistas deben conocer el modelo de salud familiar y estar comprometidos con su funcionamiento. Las remisiones hechas por el médico de familia deben incluir una clara descripción de las necesidades del paciente y del médico, la contra remisión debe ser un elemento que favorezca el manejo conjunto del paciente entre el especialista y el médico de familia. Deberá existir un momento organizado de encuentro entre el médico de familia y los especialistas que permita la asesoría médica especializada sin entorpecer las labores asistenciales.

Remuneración: El sistema de pago debe estar bien balanceado para estimular el desarrollo de una atención integral y de calidad, promoviendo la participación en el direccionamiento y desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La remuneración debe ser adecuada con el fin de motivar la permanencia de los médicos en la IPS, compromiso e idealmente la dedicación exclusiva al trabajo en la institución.⁽³⁷⁾

Sistema de archivo clínico: Se debe contar con un sistema de manejo y archivo de la historia clínica que favorezca la continuidad en la atención y facilite al médico la consignación y obtención de la información de una manera ágil y ordenada.⁽⁵⁰⁾

Organización de la práctica: El equipo de atención en salud debe contar con equipos e instalaciones adecuadas que favorezcan, entre otras cosas, la privacidad del paciente. Es necesario establecer excelentes conexiones entre los médicos de familia, el personal de las áreas Psicosociales, los servicios de atención de urgencias y otros grupos de apoyo de apoyo para la atención de pacientes. La práctica debe contar con la flexibilidad suficiente para atender usuarios sin la necesidad de una cita previa y para llevar a cabo labores de transcripción y revisiones de resultados y pacientes procurando que estas

actividades sean desarrolladas siempre por el médico de familia asignado al usuario.

Educación: Todos los miembros del equipo de atención en salud deben recibir entrenamiento con énfasis en los conceptos de cuidado clínico del nivel básico de atención. La institución debe contar con una estrategia apropiada para la verificación del conocimiento y aplicación que el personal de atención tenga sobre un conjunto de temas clínicos acordes con lo requerido en la práctica cotidiana. El hecho de que los médicos de familia trabajen en un mismo sitio con especialistas clínicos básicos, debe ser aprovechado para que se eleven sus estándares de práctica a través del análisis conjunto de casos clínicos seleccionados.

Aseguramiento de la calidad: Debe existir disponibilidad absoluta por parte del equipo de salud hacia la evaluación de la práctica. La educación continuada con un esquema de verificación de conocimientos es un instrumento importante para el aseguramiento de la calidad. El personal de enfermería debe estar en capacidad de participar en el desarrollo y seguimiento de protocolos. Los sistemas de auditoría con retroalimentación y el seguimiento de indicadores a los médicos de familia son efectivos y contribuyen al mejoramiento de la calidad y al fortalecimiento de la comunicación entre el personal asistencial.⁽⁵¹⁾

Investigación: La salud familiar necesita bases científicas para crear su propio conocimiento, la investigación aplicada a la práctica mejora el prestigio profesional, incrementa la calidad de la atención prestada, ayuda a demostrar la eficacia de la práctica, retroalimenta el espíritu, evita el estancamiento profesional y es un instrumento fundamental para el desarrollo del país.^{(52),(53),(54)}

En 1996 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos propuso un conjunto de reglas para guiar el rediseño de un sistema de salud hacia un modelo exitoso que resume adecuadamente lo que se ha referido en este documento sobre las características de la salud familiar. Las “nuevas reglas” se incluyen en la siguiente tabla:

Tabla: Reglas Simples para un Sistema de Salud del Siglo XXI

Sistema Actual	Nueva Regla
La atención se basa en las visitas a la institución de salud	La atención se basa en relaciones de cuidado continuo en el tiempo
El profesional es autónomo y controla la atención	La atención se ajusta a las necesidades y valores del paciente
Los profesionales controlan el cuidado de la salud	El paciente es la fuente del cuidado de la salud
La información es un registro	El conocimiento es compartido y la información fluye adecuadamente
Las decisiones se sustentan en el entrenamiento y la experiencia	Las decisiones se toman con base a la evidencia

El secreto es necesario

La transparencia es necesaria

Se busca la reducción del costo

El gasto innecesario es reducido continuamente

Se da preferencia a los roles profesionales en vez que al sistema

La cooperación entre médicos es una prioridad ^{(55),(56),(57)}

6. EXPERIENCIA DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR APLICADO A UNA IPS DE MEDELLÍN

Mediante entrevista con el líder técnico del modelo de salud familiar en una IPS de primer nivel de atención de la ciudad de Medellín, se obtuvo la siguiente información la cual se considera valiosa para los objetivos de este proyecto. La misma comprendió las diferentes etapas, el presente y resultados, así como recomendaciones en el proceso y ventajas de su aplicación.

El desarrollo del modelo de atención en salud familiar tiene su origen desde el año 2006 donde por etapas y con el acompañamiento del asegurador, se inician los diálogos aclaratorios de las ventajas del modelo y los requerimientos para su ejecución. Se plantean las etapas de aplicación e implementación y aspectos como pilotajes y acompañamiento en la operación.

Como decisión estratégica de la IPS y siguiendo sus objetivos trazados, misión y visión según enfoque a riesgos en salud, la gerencia de la IPS adopta la estrategia y se plantea un periodo de 3 años para lograr la implementación total de la actividad.

Se inician jornadas de capacitación al personal administrativo y asistencial así como a las centrales de llamado sobre la filosofía del modelo y adecuaciones de índole operacional como agendas médicas, cálculos de médicos, población por médico, la homologación de sistemas de información y consecución de herramientas telemáticas que aporten la integralidad que se requiere y permita hacer seguimiento con datos fidedignos una vez se completen las fases. La revisión de estándares básicos para la operación toma un papel importante como punto de partida para los requerimientos posteriores.

El personal con que se contó para la implantación como para el mantenimiento estuvo dividido por niveles, siendo los directamente responsables el personal administrativo de cada sede con apoyo y verificación desde el asegurador y el nivel central de la IPS.

Mediante la observación de pilotos por periodos de tiempo mayores a 6 meses se logra determinar y adecuar a las necesidades del modelo, aspectos no antes observados y la aplicación de estrategias ganadoras y mediante la investigación de las mismas en el medio y por fuera de este.

Una primera fase represento su aplicación con la salida de poblaciones usuarias por médico de familia, buscando dar soporte a las actividades operativas asistenciales por el médico de familia y el resto del equipo multidisciplinario conformado por especialistas en las ramas de Medicina Interna, Pediatría, Dermatología, Ginecología, obstetricia y Cirugía general; así como enfermeras profesionales, sicólogos, Nutricionistas y auxiliares de enfermería. Se cuenta en ese momento con agendas que cubren varios horarios entre matutinos, vespertinos, sábados e incluso nocturnos buscando dar comodidad al usuario y que vaya garantizando la continuidad, adherencia y fidelización.

Durante los cálculos de población por médico de familia se tomaron datos segregados por sede y utilización histórica de los servicios considerando momentos epidemiológicos y capacidad instalada así como los diferentes servicios ofrecidos como la consulta médico general, la atención prioritaria, atenciones en algunos programas de promoción y prevención y otras menos frecuentes pero no menos importantes como las asesorías a grupos mediante charlas educativas y procedimientos menores. Se analizó las preferencias de los pacientes en consulta externa y de esta manera se asignó su primer médico de familia.

Se implementaron estrategias como el médico Binomio que a modo de par y en ausencia del médico de familia titular podría apoyar ciertas actividades que esté en su ausencia no podría resolver a su población y que incluso pueden apoyar la atención primaria en algún caso previo a recurrir con cambios de médico de familia.

Se contó además con espacios en la agenda médica para atender población especial como pacientes con patologías definidas, pacientes que requieren atención prioritaria, pacientes para atención de segunda vez con lo que se buscó evitar las reconsultas, crear espacios de integralidad en el manejo y mejorar la continuidad como fundamento a estas actividades.

Así mismo se generaron desarrollos en comunicación como posibilidad de comunicación telefónica con los usuarios y con los médicos, canales como correos electrónicos y mecanismos internos de comunicación todos enfocados a mejorar los trámites con los usuarios, la accesibilidad y propiciando mejora en la optimización de los recursos. Esto implicó cambios de PBX y mensajes de bienvenida.

Se crean espacios de capacitación entre los diferentes integrantes de los equipos que finalmente buscan dar elementos al alcance al médico de familia generando resolutiveidad.

Se implementaron procedimientos que permite dar atención a los reclamos de los usuarios relacionados con el modelo en particular el cambio del médico de familia.

Las diferentes fases crean el tiempo suficiente para educar la población, al personal asistencial, definir poblaciones vulnerables a atender y los profesionales que la adelantarán.

Los procesos de verificación fueron trazables desde la misma toma de decisión y comprendió la fase más importante pues permitió determinar oportuna, fidedigna y verazmente los resultados que se obtenían y de esta forma se tomaron los correctivos del caso.

Muchas de las experiencias locales en implementación de modelos de atención diferentes a los convencionales fueron inefectivas o no satisfactorias debido a fallas en esta fase la cual evitó la detección precoz de brechas que llevaron a inoperancia el modelo elegido.

La estrategia de auditoría comprendió básicamente la auditoría clínica a los nuevos procesos realizada en dos niveles: Autocontrol e Interna. Así mismo

se llevó a cabo auditorías de inicio a modo de listas de chequeo con los requerimientos hechos para el arranque y una nueva verificación al mes de iniciada la implantación en cada fase o momento de la misma. Éstas permanecen como mecanismo de garantía de permanencia y mantenimiento al modelo.

Cada vez se verificaron los indicadores construidos y en grupos focales se adelantaron los ciclos de mejoramiento basados en el ciclo de mejora PHVA (planear, hacer, verificar y actuar).

Se contó con medio de retroalimentación grupal e individual a los profesionales con indicadores por fuera de la meta esperada.

Fue necesario hacer ajustes a componentes del modelo debido a brechas encontradas durante su ejecución y a partir de resultado de indicadores.

Resultados:

Disminución en el número de hospitalizaciones reportadas comparado el momento previo a la implantación del modelo con un año después de su operativización.

La cobertura de Diabéticos mejoró en tres puntos porcentuales desde antes de la ejecución comparado con el resultado un año posterior a su inicio (66%-69%).

La oportunidad en consulta médico general se mantuvo en un rango esperado de dos días. Pese a optimización de horas médicas y generación de bloqueos para actividades asistenciales-administrativas.

Igualmente los niveles de satisfacción se mantienen en rangos óptimos (mayores a 4.5 sobre 5).

La continuidad (las personas consultaran siempre con su médico de familia) pasó del 48% (antes del modelo) al 82% pese a la rotación médica. Ésta rotación dada por factores ajenos a la aplicación del modelo (estudio de causas de retiro de la IPS por seis meses).

Resolutividad (la capacidad que tiene el médico de familia de resolver los motivos de consulta de su población) Pasó del 78% antes del inicio del modelo, al 95% después del año de implementación, esto mejorando la utilización de recursos y la percepción que del modelo tiene el cliente.

Mejoramiento a la experiencia: La educación a la población pudo contener mayores ámbitos de divulgación, mejorando la cobertura de la población y acceso a esta información.

Contar con el total de herramientas tecnológicas al inicio del modelo pese a ser una actividad de alto costo para el actor que decida la aplicación de la estrategia, permitirá el logro del resultado más prontamente.

Existen factores externos como la masificación tardía y lenta de algunos medios de comunicación que afecta la potencial comunicación por este medio con el médico de familia (Internet y correo electrónico).

Continuar la exploración de estrategias que apoyen la implementación tales como telemedicina y mesas de apoyo para los profesionales médicos.

Destinar espacios periódicos para la difusión de la información generada del modelo a los integrantes.

Ventajas:

Desde su inicio hasta el despliegue de la fase final del modelo se presentó optimización de horas médicas según la población asignada que representó ahorros económicos para la IPS.

A su vez, la implementación del modelo facilita los cálculos de recurso necesario a partir de la población expuesta.

Se dio impulso a modernización de herramientas para la operativización y mejora de procesos así como la salida de otros ya obsoletos para el momento.

Los niveles de remuneración a los médicos se encuentran por encima del promedio local, factor éste importante en la satisfacción de los profesionales.

En dos encuestas realizadas por la IPS dirigida a médicos de familia y usuarios objeto del modelo de prestación en salud familiar, se encontró:

Encuesta dirigida a médicos de Familia:

El 100% de los médicos estuvo en acuerdo o muy de acuerdo con que el modelo, trae beneficios en su labor como médico, para el paciente y su grupo familiar.

A la pregunta sobre si considera que el modelo de salud familiar le generó estrés laboral el 33% consideró que la aplicación del modelo de familia le ha generado algún tipo de estrés en sus actividades diarias y el 67% se mostró en desacuerdo, muy en desacuerdo o indiferente.

El 83% de los médicos de familia piensa que la implementación del modelo ha mejorado la relación Médico-Paciente en comparación cuando no lo aplicaba y el 68% de los profesionales médicos que aplican el modelo piensan que un modelo de atención en salud familiar, donde el médico de familia se hace cargo de la familia como unidad; conociendo su entorno, sus problemas como grupo, y problemas individuales, mejora la adherencia de los individuos y de la familia a sus tratamientos y disminuye el costo de la atención en salud de ese grupo familiar.

Finalmente a la pregunta si ha recibido en la aplicación del modelo el apoyo necesario por parte de la IPS y EPS, el 19% refirió que algunas veces, el porcentaje restante, siempre o casi siempre; factor este considerado fundamental por este grupo de trabajo en el mantenimiento de la estrategia y generación de resultados positivos.

Encuesta dirigida a usuarios y pacientes:

El 87% de los usuarios entrevistados consideraron que el programa de salud familiar ha incentivado siempre cambios saludables en su estilo de vida, que se traducen en la recuperación de la salud de su familia; el 13% considera que esto se da casi siempre.

El 90% de los usuarios entrevistados considera que el modelo de salud familiar casi siempre le ha disminuido trámites de órdenes, formulas y exámenes a él y su familia, el 10% considera que siempre.

El 68% de los usuarios entrevistados considera que los médicos del programa de salud familiar se preocupan casi siempre por brindarle una explicación clara sobre su enfermedad, recomendaciones y otros cuidados a tener en cuenta, el 32% piensa que siempre se brinda esta educación.

El 91% de los usuarios entrevistados describe la atención prestada por el médico y el personal de salud que laboran en el programa de salud familiar como excelente, el 9% restante considera que la atención es buena.

El 72% de los usuarios entrevistados consideró que la relación entre su médico de salud familiar con él y su familia era excelente, el otro 28% consideró la relación como buena.

7. CONCLUSIONES

Es necesario pensar en cambios en los modelos convencionales de atención en salud debido a los resultados que buscan las políticas internacionales, nacionales y los resultados deficientes hasta ahora obtenidos por el sistema de seguridad social en salud en el territorio nacional.

Para el logro de la salud de los sujetos de una sociedad y empoderarlos del proceso enfermedad – salud, se requiere no solo detectar una anomalía biológica sino tener en cuenta su entorno más cercano que es la familia donde intervienen factores socioeconómicos, sociosicológicos, del funcionamiento familiar, de la etapa del ciclo evolutivo, de la estructura y de la propia salud individual.

La Estrategia de Atención Primaria en Salud y la salud familiar consisten en establecer el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud y obliga a estructurar una red multidisciplinaria, organizada, articulada, capacitada y orientada a dar solución a los requerimientos en salud de los pacientes de una manera integral.

Los modelos de atención de salud familiar son aplicables y adaptables a las políticas de salud pública locales pero solo con decisión gerencial, mantenimiento de la estrategia, seguimiento al sistema de información mediante indicadores confiables y continuos se lograra ajustar a las necesidades reales de sus miembros y medio de aplicación.

El modelo de atención en salud clásico o convencional demuestra ineficiencias tangibles y no tolerables para nuestro medio. El modelo de atención en salud familiar muestra cubrir esta ineficiencia al garantizar los atributos de calidad como la accesibilidad con educación al paciente, continuidad en la atención, posibilidad de capacitación al personal asegurando pertinencia y seguridad y al optimizar estos recursos se logra oportunidad en la atención con bajas inversiones desde el punto de vista tecnológico.

No se obtuvo autorización por parte de ningún asegurador para indagar sobre experiencias del modelo de atención desarrollado en su institución.

El modelo aplicado en la ciudad de Medellín muestra resultados favorables en el corto tiempo representado en mejoría de la continuidad, resolutivez por parte del médico de familia asignado con mantenimiento de la oportunidad de la consulta y satisfacción del usuario.

8. RECOMENDACIONES

Es necesario que los diferentes actores del sector salud en Colombia busquen estrategias de cambio en la forma de entrega de los servicios de salud debido a los deficientes resultados obtenidos.

Una de estas estrategias la constituye el modelo de atención en salud familiar.

Se debe pensar en sensibilizar al médico en formación sobre el individuo a tratar como un todo y esta actividad puede partir desde los procesos formativos.

El primer nivel de atención en salud debe agrupar herramientas que le permitan ser resolutivos mediante el aprovechamiento de los recursos disponibles.

Se deben conformar grupos de apoyo, terapia de familia y psicoeducación para una mayor resolución de su enfermedad y actividades como estas y con otras especialidades van en procura de lograr la máxima capacidad resolutiva del médico general, es decir, del primer nivel de atención.

Pese a no contar con lineamientos desde el alto gobierno, las EAPB tienen al alcance métodos y estrategias que les permitiría mejorar sus resultados en salud los cuales no han sido explorados.

El gobierno nacional debe generar en el medio, mecanismos que permitan optimizar los recursos con el fin de evitar sobrecostos del sector y afectación de otras áreas de la política pública.

La experiencia de aplicación local del modelo es difundible entre las IPS de la región.

A partir de los hallazgos de esta actividad y los resultados en la aplicación del modelo se deben crear ambientes de investigación que soporten la implementación del modelo de Salud familiar en el país.

Uno de estos ambientes podría terminar por la sustentación de un proyecto de reforma de ley que adicione la implementación del modelo de salud familiar como estrategia para mejorar la eficiencia y eficacia del sistema de seguridad social en salud en el territorio Colombiano.

En otro nivel, esta sustentación permitiría la creación de una norma técnica que abra la posibilidad para algunos actores del sector salud en Colombia para la aplicación de la estrategia documentada sistemáticamente.

Mediante la asesoría a EAPB del territorio nacional, se puede crear espacios para la asesoría en la implantación del modelo de atención en salud familiar, a partir de la justificación, herramientas, experiencia y resultados observados.

BIBLIOGRAFIA

1. SUÁREZ RESTREPO, Nelly del Carmen. RESTREPO RAMÍREZ, Dalia. Teoría y práctica del Desarrollo Familiar en Colombia en revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud. Volumen N° 3 N° 1 Enero-Junio de 2005. Manizales. Colombia. 34-35 p
2. GIMENO, ADELINA. La familia un desafío de la diversidad. Ed. Ariel. Barcelona España.1999. pág. 80-90.
3. Medicina familiar, Natalia Nieto Pinto, Psicóloga Universidad Santo Tomas de Aquino Bogotá D.C 1998 fascículo 1,2,3,4,5
4. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev. Panam Salud Pública. 2007; 21(2/3):73-84
5. Jackson SF, Perkins F, Khandor E, Cordwell L, Hamann S, Buasai S. Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. Health Promot Int. 2006(21):75-83
6. Arias Castillo L, Atención Primaria, 2007; 39:207-8
7. Ottawa Charter. For Health Promotion. Ottawa, Ontario, Canada. Noviembre 17-21, 1986
8. The Future of Family Medicine: A collaborative Project of the Family Medicine Community. Annals of Family Medicine. USA. Marzo- Abril 2004: 2: Suplemento 1: S13-S32.
9. Mejía D. Medicina Familiar Salud Familiar Orígenes, Teoría y Práctica. Universidad del Valle, Cali. Pg 57-59.
10. Neira O B, Corbalán P. Implementación del modelo de salud familiar, un cambio complejo para los equipos de salud. Chile. 2002. [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Santiago%202002/Implementacion del modelo de salud.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Santiago%202002/Implementacion%20del%20modelo%20de%20salud.pdf)
11. Health Canada. Primary health care transition fund 2004. Ottawa: Health Canada; 2007.
12. Haggerty J, Martin CM. Evaluating primary health care in Canada: the right questions to ask! Ottawa: Health Canada; 2005.
13. Canadian Institute for Health Information. Pan-Canadian primary health indicators. Vol. I. Ottawa: CIHI; 2006. (Report No. 1).
14. Watson DR, Broemeling AM, Reid RJ, Black C. A results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia; 2004.
15. Haggerty J, Burge F, Levesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. Ann Family Med. 2007;5(4):336-44
16. Donaldson M, Yorby K, Lohr K, Vanselow N. Primary care: America's health in a new era. Washington, D.C.: National Academy Press; 1996.

17. Advisory Committee on Primary Health Care Renewal. Primary health care renewal: action for healthier Nova Scotians. Halifax, NS: Government of Nova Scotia; 2003.
18. Romanow RJ. Building on values-the future of health care in Canada. Final Report. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
19. Furts, Yaphe, J. Family Medicine Annals Overview. Israel Journal of Medical Sciences. Jerusalén, Israel. 1990.26:9:489-48
20. Rhodes Adler, Athanasia Vasiliadis, and Nina Bickell The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. Family Practice Advance Access published on January 6, 2010. doi:10.1093/fampra/cmp099.
21. Consulta de Expertos Nacionales para el Diseño de Curriculum de Postgrado en Medicina Familiar. Ministerio de Salud de Colombia. Santa fe de Bogota, D.C., Colombia. Febrero 26-28,1997. Pg1-123.
22. Conferencia Conjunta OMS-WONCA. Hacer que la práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la Gente: La Contribución del Medico de Familia. London, Ontario, Canadá. Noviembre 6 8, 1994.
23. Boleen, CH, Haq, C, Hunt V, Rivo, M Shahady, E Improving Health Systems: The contribution of family medicine a Guidebook. Singapore. Wonca. 2002.211p (medicinafamiliar.univalle.edu.co/definicion.html).
24. Constitución Política de Colombia 1991. Julio 20 1991. Gaceta constitucional 116.
25. Ley 10 de 1990. Enero 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones: Congreso de la República.
26. Ley 100 del 1993. Diciembre 23. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República.
27. Ley 715 de 2001. Diciembre 21. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para la prestación de servicios de educación y salud, entre otros: Titulo III; sector salud, Congreso de la República.
28. Ley 1122 de 2007. Enero 9 Diario oficial de Colombia. 46506. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
29. Decreto 3039 de 2007. Agosto 10. Diario Oficial de Colombia 46716. Por el cual se adopta el plan nacional de Salud Publica 2007-2010.
30. Acuerdo 306 del 2005. Agosto 16. Diario Oficial de Colombia. 46096, Por medio del cual se define el plan obligatorio de salud del Regimen Subsidiado.
31. Resolución 3384 del 2000. Diciembre 29, Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 del 2000 y se deroga la resolución 1078 del 2000.
32. Resolución 412 del 2000. Febrero 25. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y

detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

33. Acuerdo 117 de 1998. Diciembre 29. Por la cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
34. Ley 1361 de 2009. Diciembre 3. Diario Oficial de Colombia 47552, Por medio del cual se crea la ley de protección integral a la Familia.
35. Villiers M, de Villiers P, Kent A. The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teacher*. 2005;27(7):639-43.
36. Murry J, Hammons J. Delphi: a versatile methodology for conducting qualitative research. *Rev High Educ*. 1995;18:423-36.
37. Servicios de salud suramericana, Modelo de atención en salud familiar. 2005; 14-24.
38. Clayton M. Delphi: a technique to harness expert opinion for critical decision-making tasks in education. *Educ. Psychol*. 1997;17:373-86.
39. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook R. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health*. 1984;74: 979-83.
40. World Health Organization. Now more than ever-the world health report 2008. Geneva: WHO; 2008. (36)??
41. Lewis M, Eskeland G, Traa-Valerezo X. Primary health care in practice: is it effective? *Health Politic*. 2004; 70(3):303-25.
42. Narro Robles J; Medicina Familiar, "La salud en México, testimonios 1998". Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. Soberón G. Kumate J. Laguna J. (Compiladores). Vol. 2, Tomo IV, México, Ed. Fondo de Cultura Económica 1989:239-252.
43. Rosenberg H, Andersson B. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*; 2000; 8(1/2):118-25.
44. Draft Charter For General Practice/ Family Medicine In Europe. WHO. Copenhagen, Denmark. 1998
45. Textbook of Family Practice. Robert E. Rakel. W.B. Saunders Company; Quinta edición. 1995
46. Vargas L, Vázquez Navarrete M, de la Corte Molina P, Mogollón Pérez A, Unger J. Reform, equity, and efficiency of the healthcare systems in Latin America. An analysis to inform the Spanish aid. *Gac Sanit*. 2008; 22:223-9.
47. De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan MJ. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Rev. Biomed*. 2004;15:81-91.
48. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community, *Annals of family Medicine*. Usa.
49. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2007.
50. Báscolo E, Yavich N, Urquía M. Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios

- de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. Gerencia Polit Salud (Santa Fe de Bogotá). 2007;6(12):112-25.
51. Organización Panamericana de la Salud, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional. Marco conceptual e instrumento metodológico. Washington, D.C.: OPS, USAID; 2009. (Edición Especial No. 17.).
 52. Yavich N, Báscolo E, Haggerty J. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria en salud para Latinoamérica. Salud Pública Mex. Aceptado para publicación, julio 2009.
 53. Starfield B. 1998. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York, Oxford University Press. 1994. Primary care: is it essential, Lancet, vol. 344, p. 1129-33.
 54. De Francisco V, Cerón Y, Herrera J. Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. Colombia Médica, 1995; 26: 51-54.
 55. Organización Panamericana de la Salud. Perfiles básicos de salud de países en las Américas. Argentina, 2004. Washington, D.C.: OPS; 2005.
 56. García Fariñas A, Álvarez Pérez AG. Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. Rev. Cubana Salud Pública. 2006; 32.
 57. Rodríguez Herrera A. Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central. Santiago: CEPAL; 2006.
 58. Doherty William, MacAran Baird. Family Centered Medical Care. Guilford Press. UK. December 25, 1987
 59. Robert B. Taylor R. Springer-Verlag Family Medicine, Principles and Practice.; Tercera edición. 1994.
 60. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe. 2002
 61. Esta información fue tomada el día 03 de Febrero de la pagina <http://reyesmornhinwegubo.blogspot.com/2009/04/pasos-para-crear-un-proyecto-de-ley.html>