



Investigaciones en salud familiar

Magda Yolima Arias-Cantor
Compiladora



UNICATÓLICA
FUNDACIÓN INVESTIGACIÓN CATÓLICA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALPARAÍSO

Investigaciones en salud familiar

Serie Editorial Salud Familiar

Magda Yolima Arias-Cantor
Compiladora

Líder de grupos de investigación:

Isabel Cristina Zapata Vahos
Grupo de Investigación APS

Magda Yolima Arias-Cantor
Grupo de Investigación Biopsicosocial GIBPSICOS

SE^{*} SelloEditorial
UNICATÓLICA

Investigaciones en salud familiar

© Arias Cantor, Magda (compilador)

Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium – **UNICATOLICA**, 2023. Cali. Colombia

pp. 220. 17x23 cm

Incluye referencias bibliográficas

e-ISBN: 978-628-95384-8-9

Primera edición / junio 2023

Palabras Clave: 1. Salud familiar 2. Modelos integrales en salud. 3. Familia. Medicina familiar

613.04 cd 22 ed.

C2879

@ Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium – Unicatólica Cali

www.unicatolica.edu.co

Carrera 127 No 12-459. Campus Pance

Cali - Colombia

Canciller

Mons. Luis Fernando Rodríguez Velásquez

Rector

Pbro. William Antonio Correa Pareja

Vicerrectora Académica

Luz Helena Grajales López

Director de Investigaciones

Fabio Alberto Enríquez Martínez

Editor Sello Editorial

Duvan F. Peña Benítez

Diseño y Diagramación

Fondo Editorial Universidad Católica de Oriente

Corrección de Estilo

Fondo Editorial Universidad Católica de Oriente

Compiladora

Magda Yolima Arias-Cantor

Autores

Diana Carmona Jiménez

Olga Cecilia Wilches Flórez

Diana Catalina Borja Ramírez

Carlos Mario Giraldo Mejía

Eyised Andrea Ramirez Salazar

Wilmar Evelio Gil Valencia

Laura Marcela López Arbeláez

Magda Yolima Arias Cantor

Liliana María de León Escorcia

María Eugenia Franco

Edwin Andrés Hincapié Arenas

Ximena Valencia Jiménez

Carolina Echeverry Tamayo

Paula Cristina Ríos Zapata

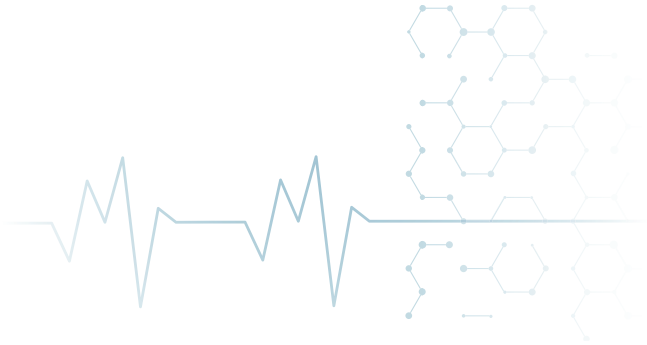
Luis Eduardo López Muriel

Isabel Cristina Zapata Vahon

Julián Francisco Bahamon Charry

Liliana Gutiérrez Rodríguez

Contenido



- 7..... **Prólogo**
- 9..... **PRIMERA PARTE**
- 9..... **La Investigación en Salud Familiar desde la academia**
- 11..... **Enseñanza de la APS, medicina familiar y comunitaria y salud Familiar en América del Sur**
Diana Carmona Jiménez y Olga Cecilia Wilches Flórez
- 37..... **Percepción de salud, familia, Salud Familiar y Modelo Ideal de Salud Familiar en los Jóvenes de Aldeas Infantiles S.O.S**
Diana Catalina Borja Ramírez y Carlos Mario Giraldo Mejía
- 59..... **Modelo de ruta integral de atención familiar y roles del equipo interprofesional**
Eyised Andrea Ramirez Salazar y Diana Catalina Borja Ramirez
- 95..... **Guía de caracterización familiar (GCF). Una herramienta desde lo cualitativo para el conocimiento de las familias**
Wilmar Evelio Gil Valencia
Laura Marcela López Arbeláez
Magda Yolima Arias-Cantor

115..... **SEGUNDA PARTE**

115..... **Salud Familiar en contexto**

117..... **Acceso a los servicios de salud en el primer nivel de atención: estudio de caso**

Diana Catalina Borja Ramirez

Liliana Maria de Leon Escorcia

María Eugenia Franco

Edwin Andrés Hincapié Arenas

Ximena Valencia Jiménez

139..... **Relación entre el trastorno mental del paciente y el Síndrome Del Cansancio Del Cuidador (SCC)**

Carolina Echeverri Tamayo

Paula Cristina Ríos Zapata

171..... **Manejo de medicamentos posconsumo en familias de una comuna de la ciudad de Medellín**

Luis Eduardo López Muriel

Isabel Cristina Zapata Vahos

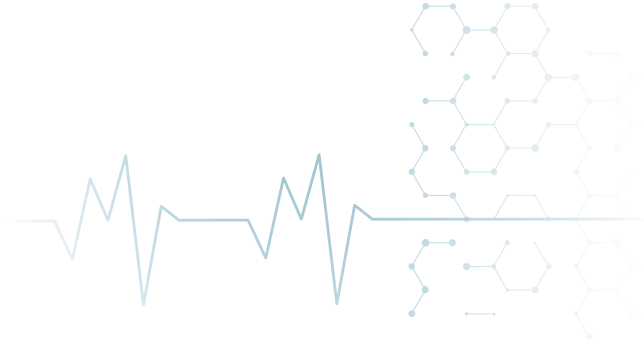
197..... **Funcionalidad familiar en pacientes diagnosticados con Tuberculosis en la ciudad de Neiva**

Julian Francisco Bahamon Charry

Viviana Gutiérrez Rodríguez

218..... **Conclusiones generales**

Prólogo



El fomento de la salud y bienestar con enfoque biopsicosocial es una preocupación de los gobiernos, cuyas búsquedas se soportan en la formación de profesionales de las Ciencias Sociales y Biomédicas con la intención de conservar la articulación entre el contexto social y el proceso salud-enfermedad para identificar las oportunidades de intervención interdisciplinaria que tienden a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

A partir de estas premisas nace en la Universidad Católica de Oriente la maestría en Salud Familiar, con el propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las familias y las comunidades por medio del desarrollo epistemológico y teórico de la Salud Familiar como resultado de la investigación y la sistematización de experiencias presentadas por los estudiantes con el apoyo de los docentes.

En este libro se encuentra el resultado de la construcción de estudiantes y docentes de la maestría, en cuyo contenido se aspira a dar respuesta a las preguntas que surgen en el aula y en los escenarios donde los estudiantes ejercen su profesión. Por tanto, su contenido es un referente para los profesionales de las Ciencias Sociales y Biomédicas cuyo ejercicio profesional se desarrolla en escenarios que requieren de la implementación y desarrollo de proyectos y programas de Atención Primaria en Salud con enfoque de Salud Familiar.


De igual manera, los temas tratados en este libro pueden servir como fundamento teórico para estudiantes y docentes de pregrado y posgrado que tienen interés en profundizar y potenciar sus contenidos con la búsqueda de respuestas a los nuevos retos que se generan por los cambios políticos, económicos, demográficos y epidemiológicos en diferentes entornos.

The background features a light blue gradient with a pattern of hexagons and dots connected by thin lines, resembling a molecular or network structure. A white ECG (heart rate) line is overlaid on the left side of the page.

1

Primera parte


La investigación
en Salud Familiar
desde la academia



**Enseñanza de la APS,
medicina familiar y
comunitaria y salud
familiar en América del Sur**

Diana Carmona Jiménez

Magíster en Salud Familiar
Especialista en Gestión de la Calidad en Salud
Administradora en Salud
Correo: dianacarmona08@gmail.com

 Orcid: 0000-0003-3233-4489

Olga Cecilia Wilches Flórez

Magíster en Salud Colectiva
Enfermera, asesora y docente
Universidad Católica de Oriente (Rionegro-Antioquia),
Colombia
Grupo de investigación Atención Primaria en Salud
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería

Correo: owilches@uco.edu.co

 Orcid: 0000-0001-8070-8057



Enseñanza de la APS, Medicina Familiar y Comunitaria y Salud Familiar en América del Sur¹

Resumen

El siguiente capítulo identifica en los planes de estudio de pregrados de Medicina y Enfermería de las universidades públicas de las capitales y principales ciudades de los países suramericanos, la inclusión de asignaturas relacionadas con Atención Primaria en Salud (APS), Salud Familiar y Medicina Familiar y Comunitaria, con el fin de conocer el grado de avance y alineación de los planes de formación con las directrices mundiales sobre APS y los modelos de salud de los respectivos países. Se realiza una investigación documental con los planes de estudio, teniendo como criterios de inclusión las asignaturas de APS, Salud Familiar y Medicina Familiar y Comunitaria, se tomaron en cuenta horas teóricas, prácticas y contenidos de las asignaturas y se hizo una relación con los modelos de salud de los países. Se encuentra en la mayoría de los planes de estudio materias relacionadas, aunque no todas se desarrollaban de forma práctica y obligatoria, todos los países adelantan acciones dentro de sus modelos de salud relacionados con APS. Se ha identificado que la formación en APS ha tenido una influencia positiva en el desempeño profesional, posteriormente evidenciada en profesionales más comprometidos con el desarrollo de la estrategia, siendo necesario, en algunos casos, otorgarles un papel protagónico a estas asignaturas, más allá de ser una materia optativa o con pocos

¹ Capítulo derivado del proyecto de investigación para optar al título de Magister en Salud Familiar de la Universidad Católica de Oriente, 2018.

créditos académicos, con lo cual se motive al estudiante y se reconozca su verdadera importancia.

Introducción

La Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud (APS), reunida en Alma-Ata (URSS) en 1978 brindó directrices sobre la concepción y el desarrollo de la APS en el mundo, reconociéndola como parte integral de los sistemas de salud y constituyéndola como el primer nivel de contacto de las personas, familias y comunidades con el sistema de salud. El reto de salud para todos planteado en la conferencia demandaba que el talento humano en salud contara con conocimientos, capacidades y habilidades para la implementación de la estrategia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS),

La introducción de la medicina familiar como estrategia de APS se ha promovido en varias Escuelas de Medicina en conjunto con las asociaciones de Medicina familiar. La historia de esta modalidad tiene mucho tiempo, pero siempre ha tenido mayor desarrollo en el postgrado. (OPS, 2008, p.20)

El Commonwealth Fund promueve la Iniciativa de Atención Primaria Centrada en el Paciente (Patient-Centered Primary Care Initiative). Dicha iniciativa está acorde con las recomendaciones del Institute of Medicine para la reformulación de la calidad en educación médica. Esta a su vez busca promover los cuidados de salud que el paciente necesita, en el momento que los precisa y del modo que los quiere (OPS, 2008).

En el campo de la Enfermería, durante la reunión sobre Educación en Ciencias de la Salud hacia la APS realizada por la OPS en Cartagena, Colombia, se discutió que, si bien la Educación en Enfermería está sobrepasando los límites del modelo biomédico y cada vez más dirige sus cuidados a los colectivos, focalizándose en la familia, el porcentaje de profesionales que trabaja con la comunidad en APS es todavía muy bajo. “La APS en las escuelas de enfermería se sigue mirando como algo secundario y no hay todavía un mercado de trabajo estable que estimule e incentive la elección de las carreras con este tipo de orientación” (OPS, 2011, p.25).

Se cuenta con un amplio avance en el desarrollo teórico de la estrategia APS y los

gobiernos hacen esfuerzos en su implementación, no obstante la OPS indica que existen desafíos con el recurso humano, ya que se encuentra que los pocos profesionales cualificados para desarrollar acciones en el ámbito de la APS prefieren trabajar en hospitales y ciudades y que “la formación universitaria y de postgrado del personal de salud no se ajusta a los requisitos de la práctica de la APS” (OPS, 2008, p.20). Es así como el objetivo de esta investigación fue identificar en los planes de estudio de los pregrados de Medicina y Enfermería, de las universidades públicas en las capitales y principales ciudades de los países suramericanos, la inclusión de asignaturas relacionadas con APS, Salud Familiar y Medicina Familiar y Comunitaria, con el fin de conocer el grado de avance y alineación de los planes de formación con las directrices mundiales sobre APS y los modelos de salud de los países.

Marco referencial

Atención Primaria en Salud

En 1978 se expone la estrategia de APS en la reunión de Alma Ata para dar directrices en el cumplimiento de la política de salud, definida en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Salud para todos en el año 2000” (Kroeger y Luna, 1992). La declaración de Alma Ata define que:

La APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (OMS, 1978, p.1)

La APS no debe confundirse con el primer nivel de atención, ya que las acciones que desarrolla la APS son integrales (preventivas, curativas y de rehabilitación), es decir que abarca todos los niveles de atención (Kroeger y Luna, 1992). Al ser integradora, sus acciones no van dirigidas a un solo tipo de población, es falsa la

idea de que es salud de baja calidad para poblaciones pobres y desarrollada por personal poco calificado o no profesional (Echeverri, 2011).

Aunque la APS fue constituida como “la puerta de entrada al sistema”, no se debe limitar a un simple contacto inicial y desarticulado de atención médica (Franco, 2011). Se debe desarrollar de forma holística, la APS va más allá de una cita médica en un primer nivel de atención. Si bien, en su esencia, el concepto de la APS sigue igual, los desafíos epidemiológicos, la necesidad de ajustar enfoques en su aplicación, los nuevos conocimientos e instrumentos son elementos que hacen que la estrategia se renueve (Macinko, Montenegro, Nebot y Etienne, 2007). La APS renovada representa una nueva orientación, hace que se convierta en una estrategia más fortalecida, más aplicable, acorde a los cambios y exigencias del entorno actual, es una herramienta crucial para la reducción de las desigualdades en salud.

Salud familiar (SF)

La OMS, en 1976, concibe la salud familiar como una construcción colectiva de todos los individuos que conforman el núcleo familiar y su abordaje debe ser integral, no se logra individualizando la atención y la intervención pues estas deben ir enfocadas al mejoramiento de la salud del grupo familiar mediante dinámicas integradoras, orientadoras y participativas.

Para Horwitz et al.(1985), la familia se concibe como una unidad psicosocial cumpliendo funciones sociales como la reproducción, la crianza, el desarrollo emocional y la transmisión de pautas de conducta y valores; también como una unidad de salud y atención médica por la influencia del grupo familiar en los procesos de enfermedad y curación, mediante aspectos culturales que definen de manera importante la decisión de consultar, la asistencia o no a instituciones de salud, el tipo de tratamientos por emplear, entre otros.

La salud familiar, para Louro (2004), debe incluir aspectos biológicos, sociales y psicológicos, que lleven a la práctica el enfoque biopsicosocial y que permitan la aplicación de la concepción integradora de la salud familiar en los ámbitos asistenciales, investigativos y docentes.

En Colombia, el enfoque de salud familiar y comunitaria hace parte de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), este enfoque requiere el

desarrollo del talento humano organizado en equipos multidisciplinarios que apoyen de manera integral a las comunidades y fortalezcan la prestación de servicios de salud en el marco de las necesidades, las potencialidades y la interacción de los individuos, los grupos familiares y la comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, [MSPS], 2015).

Medicina familiar y comunitaria

La Academia Americana de Médicos de Familia define la Medicina Familiar (MF) como “la especialidad que brinda atención médica continua e integral para el individuo y la familia. Es la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento”. Para Abril y Cuba (2013), la MF plantea la responsabilidad de la atención por medio del primer contacto, esta debe ser continua ante los problemas crónicos detectados, con la menor fragmentación posible. La práctica de la MF debe orientarse a la aplicación del paradigma biopsicosocial, apoyada en factores como la integralidad, continuidad y coordinación en el cuidado a la familia.

Resultados

Pregrado Medicina

Medicina familiar (MF).

En la Universidad de Buenos Aires, Medicina Familiar (MF) es un módulo con dos niveles (primer y segundo año) durante el ciclo de internado (Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires, 2018).

En la Universidad de Chile, el curso de Medicina General Familiar incluye dos niveles (cuarto año), allí los estudiantes acompañan a los profesionales de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) y efectúan visitas domiciliarias (Universidad de Chile, 2017).

La Universidad Nacional de Colombia (UNAL) ofrece dentro de las asignaturas de profundización y diversificación del perfil profesional, una asignatura optativa de MF (Universidad Nacional de Colombia, [UNAL], 2018).

En la Universidad de Guayaquil, el módulo de Medicina Familiar y Comunitaria con

dos créditos (séptimo semestre), además una rotación de Medicina Comunitaria (tres créditos) en el décimo primero y décimo segundo semestre (Universidad de Guayaquil, 2017-2018).

En la Universidad Nacional del Este (Paraguay) se cuenta con un curso de MF (dos niveles) en tercer y sexto año, este último va acompañado de la pasantía rural (Universidad Nacional del Este, 2016). La Universidad Nacional de Asunción incluye MF (cuarto semestre) de 40 horas (Universidad Nacional de Asunción, 2015).

La asignatura MF se ofrece en el quinto año de la Universidad del Zulia (Maracaibo) (Universidad del Zulia, 2018).

Salud comunitaria, medicina comunitaria.

La Universidad Nacional de La Plata presenta la asignatura Salud y Medicina Comunitaria (tres niveles) en tercer año, cuatrimestral (Universidad Nacional de La Plata, 2014). En la Universidad Nacional de Córdoba, Salud Comunitaria (tres niveles), en el primer y segundo año (Universidad Nacional de Córdoba, 2018). Salud Comunitaria es un curso del quinto año en la Universidad de Santiago de Chile, también es internado (semestres trece y catorce) (Universidad Santiago de Chile, 2018).

El internado rotativo de Salud Comunitaria (semestres once y doce) en la Universidad Central del Ecuador, consiste en pasantías por servicios de primer nivel de atención respondiendo al Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud Familiar e Intercultural (Universidad Central del Ecuador, 2018).

Medicina de la Comunidad en segundo semestre de la Universidad Nacional de Asunción con 40 horas (Universidad Nacional de Asunción, 2015).

La Universidad Anton de Kom (Surinam) ofrece Medicina Comunitaria (Antom de Kom Universiteit Van Suriname, 2018).

En la Universidad del Uruguay en Montevideo, la Medicina Familiar y Comunitaria incluye dos módulos, uno en el primer año dentro del ciclo introductorio de medicina, haciendo un abordaje de problemas de salud en la comunidad en la modalidad de trabajo grupal; el segundo hace parte de las asignaturas del cuarto año en el ciclo de introducción a la Medicina General Integral. Busca que el estudiante participe en planificación, ejecución y evaluación de programas de atención de salud

(Universidad de la República Uruguay, 2007).

En la Universidad de Brasilia, Salud de la Familia y la Comunidad (cinco niveles), del tercer al octavo semestre; allí los estudiantes conocen y aplican principios de medicina de familia y comunidad, realizan ecomapas y visitas domiciliarias, atención por grupos de riesgo con enfoque de atención primaria (Universidad de Brasilia, 2018). En San Pablo (Brasil), Atención de la Salud de la Comunidad (tres niveles: primer, tercer y quinto año) busca integración teoría-práctica en escenarios reales con énfasis en la inserción del estudiante en el escenario de una Unidad de Salud de la Familia / Unidad Básica de Salud, generando contacto precoz con familias y comunidad, permitiendo conocer a la población, percibir los problemas de salud físicos, psicológicos, sociales y ambientales, así mismo identificar equipos sociales y de salud existentes; ampliar la concepción de salud y conocer la red de servicios del sistema público (Universidad de Sao Pablo, 2013).

En la Universidad de Guyana la asignatura Campo Comunitario tiene tres niveles (tercer, cuarto y quinto año) (Universidad de Guyana, 2018).

La Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa incluye Medicina Comunitaria (séptimo año) (Universidad Nacional de San Agustín, 2017).

Medicina de la Comunidad hace parte de las asignaturas del primer año en la Universidad Nacional del Este (Universidad Nacional del Este, 2016).

Atención Primaria en Salud (APS)

En la Universidad de Brasilia, APS asignatura del tercer semestre (Universidad de Brasilia, 2018); la Universidad de São Paulo ofrece Principios y Vivencias en Nivel de APS (primer año), es optativa, el estudiante tiene experiencia práctica sobre la multidisciplinaria en los servicios públicos de salud (Universidad de Brasilia, 2012).

La Universidad de Chile tiene un internado de Atención Primaria Urbano, el estudiante desarrolla atención de consultas, visitas domiciliarias, controles preventivos, educación comunitaria y talleres (Universidad de Chile, 2008).

En la UNAL (Colombia) APS es un curso optativo teórico (cuatro créditos), los estudiantes adquieren conocimientos sobre la visión global de la salud y las enfermedades del paciente, facilitando el conocimiento del entorno familiar, socioeco-

nómico, cultural, laboral y considerando a los pacientes como un todo biopsico-social; cuenta con un Internado en Atención Primaria (cinco créditos), optativo y su principal objetivo es conocer la importancia de la aplicabilidad del concepto de APS en los modelos de servicios de salud (UNAL, 2018).

La Universidad de Antioquia cuenta con APS en dos niveles (semestres doce y trece) diez horas prácticas (Universidad de Antioquia, 2018).

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima ofrece Atención de la Salud (niveles I y II), tres créditos, se desarrolla en el ámbito familiar y comunitario; a cada estudiante se le asigna un número pequeño de familias en las cuales aplica instrumentos adecuados al nivel de competencias programadas como objetivos de la asignatura. En el nivel comunitario, realizan una aproximación diagnóstica a partir de la cual se planifica una intervención comunitaria dirigida a la población infantil (Universidad Mayor de San Marcos, 2015).

Pregrado Enfermería

Enfermería Comunitaria - Enfermería Social y Comunitaria.

En la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina), cuarto año, se imparte enfermería comunitaria (180 horas prácticas), su objetivo es brindar cuidados de enfermería a familia y grupos sociales en el espacio donde se desarrollan mediante la aplicación de la Planificación Local Participativa (PLP). Las intervenciones se hacen desde los centros de salud asignados en grupos de máximo cuatro estudiantes (Universidad Nacional de Córdoba, 1986).

La Universidad Mayor de San Andrés, La Paz (Bolivia), cuenta con enfermería social y comunitaria (segundo año) (Universidad Mayor de San Andrés, 2018).

La Universidad de Santiago de Chile tiene internado en enfermería.

Universidad Mayor de San Marcos de Lima: en segundo semestre incluye SF (diez créditos) (Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2011), en séptimo semestre SC (diez créditos), dentro de la cual se realiza reconocimiento de la comunidad, investigación acción participativa (IAP) e implementación de la estrategia de comunidades saludables (192 horas prácticas) (Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2018). En Arequipa, la Universidad Nacional de San Agustín ofrece Salud Familiar y Comunitaria durante el tercer año (ocho créditos) (Universidad Nacional

de San Agustín, 2017).

La Universidad de Santiago de Chile tiene tres niveles en enfermería comunitaria y SF (quinto, sexto y séptimo semestre) (Universidad de Santiago de Chile, 2018). En Concepción, Universidad del Bío-Bío (Chile) la materia de Salud Familiar y Comunitaria se incluye en cuarto semestre (Universidad del Bío-Bío, 2018).

La UNAL cuenta con la asignatura Familia y Salud (segundo semestre) como optativa de Ciencias Básicas, adicionalmente con Cuidado en Enfermería Familiar (del quinto al octavo semestre) como optativa en cuidado y práctica de enfermería (UNAL, 2012).

La Universidad de Guayaquil incluye Enfermería Familiar y Comunitaria (segundo semestre), seis créditos y el ciclo de enfermería en salud comunitaria (octavo semestre), veinte créditos (Universidad de Guayaquil, 2017).

En Asunción (Paraguay), la Universidad Nacional cuenta con Enfermería en Salud Familiar (cuarto semestre), 120 horas de práctica (Universidad Nacional de Asunción, 2017).

La Universidad de Uruguay, ofrece Enfermería Comunitaria (octavo semestre), nueve semanas, allí los estudiantes participan en programas institucionales intra y extrahospitalarios (Universidad de la República Uruguay, 1993).

La Universidad Central (Venezuela) cuenta con enfermería materno-infantil y atención comunitaria en cuarto y quinto semestre (diez y nueve créditos) (Universidad Central de Venezuela, 2018).

Atención Primaria en Salud.

La Universidad de Antioquia en tercer semestre ofrece la asignatura Promoción y Prevención en Salud (Universidad de Antioquia, 2017) y en sexto semestre, cuidado al adulto I en su escenario comunitario (programas y comunidad), en la práctica incluye: atención de enfermería en programas de riesgo cardiovascular, diagnóstico en salud acorde a determinantes sociales, visitas familiares y encuentros educativos (Universidad de Antioquia, 2018).

Durante el primer año, la Universidad Mayor de San Andrés (La Paz) imparte el curso enfermería en Atención Primaria (Universidad Mayor de San Andrés, 2018).

La Escuela Superior de Ciencias de la Salud (Brasilia) cuenta con una Etapa Curricular Obligatoria en Atención Primaria (cuarto año) (Escuela Superior de Ciencias de la Salud, 2018).

Relación con modelos de salud.

Argentina: la Cobertura Universal de Salud (CUS) busca garantizar acceso, equidad en salud, cobertura efectiva, gratuidad, continuidad en la atención e integridad. La Salud Familiar y Comunitaria constituye el eje fundamental de la CUS y se desarrolla mediante la intervención de equipos asignados a las diferentes áreas geográficas, estos se responsabilizan de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y solución de problemas en salud (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina, 2018). En los planes de estudio consultados, la formación en Medicina Familiar y Salud Comunitaria son factores fundamentales para el fortalecimiento de la CUS.

Bolivia: desarrolla su política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), la cual busca el ejercicio del derecho a la salud garantizada por el Estado, la eliminación de la exclusión social en salud y la reducción de barreras culturales (Ministerio de Salud y Deportes, 2013). Se fundamenta en la participación social, interculturalidad, intersectorialidad e integridad y la estrategia de promoción de la salud como eje transformador de los determinantes de la salud. La SAFCI se desarrolla a nivel central, pasando por niveles departamentales y municipales hasta llegar a niveles locales que incluyen los establecimientos de salud de primer nivel y las comunidades o barrios (Ministerio de Salud y Deportes, 2013). La relación con los planes de estudios evidencia asignaturas de enfermería en atención primaria y enfermería social y comunitaria que están relacionados con esta política.

Brasil: acorde a la Constitución Federal (1998), establece la salud como derecho de todos y deber a cargo del Estado, crea el Sistema Único de Salud (SUS) para garantizar el acceso integral de manera universal y gratuita a los ciudadanos. Dentro del SUS y su Política de Atención Básica (PNAB) está el Departamento de Atención Básica para brindar cuidados a la población en el ambiente en que vive. Esta política tiene iniciativas como la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), Brasil Sonriente y Equipos de Consultorios en la Calle. La Atención Básica realiza acciones en el ámbito individual y colectivo y las desarrolla en las Unidades Básicas de Salud

(UBS), en las Unidades Básicas de Salud Fluvial, en las Unidades Odontológicas Móviles (UOM) y en las Academias de Salud (Ministério da Saúde, 2018).

La implementación de la ESF la hace un Equipo de Salud de la Familia, compuesto por un grupo multiprofesional que incluye agentes comunitarios de salud, sus acciones se encaminan a la ampliación de la resolutiveidad y al impacto de sus intervenciones, además favorece la relación costo-efectividad. Cuenta con el programa “Mais Médicos” (PMM), el cual lleva médicos a las regiones alejadas, adelanta intervenciones en construcción y reforma de las UBS, también abre nuevas plazas disponibles para los graduados y residencias médicas. La formación encontrada en las universidades de Brasil consultadas está orientada a la APS, la Salud Familiar y Comunitaria, entre otras, respondiendo en gran medida a las directrices del SUS (Ministério da Saúde, ESF, 2018).

Chile: se ha desarrollado el Programa de Salud 2018-2022, orientado a reformar la Salud Primaria mediante la modernización de los Centros de Salud Familiar (CES-FAM) y la creación de la especialidad en Atención Primaria para médicos (Ministerio de Salud, 2018). En lo consultado dentro de los planes de estudio se observa el desarrollo de prácticas comunitarias de los estudiantes en los CESFAM.

Colombia: la Ley 1438 de 2011 definió la APS como estrategia nacional, cuenta con una Política de Atención Integral en Salud (PAIS) cuyo objetivo es generar mejores condiciones de salud, propiciando condiciones que favorezcan el acceso a los servicios de salud de forma oportuna, eficaz y con calidad. La política tiene cuatro estrategias: APS con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones. La APS con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, en PAIS se concibe como una estrategia básica e integradora entre las necesidades, las respuestas del sistema y los recursos disponibles (MSPS, 2016). En las universidades consultadas se encontraron asignaturas relacionadas con dicha estrategia.

Ecuador: el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) incorpora una APS renovada, compuesta por un conjunto de estrategias que organizan el sistema Nacional de Salud, respondiendo a las necesidades de salud de personas, familias, comunidades y el entorno (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012). La estrategia Médico del Barrio busca garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud. Brinda atención a través de un equipo integral, realizando seguimiento

mediante visitas familiares (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018). En los planes de estudio de las universidades consultadas, asignaturas como Medicina Familiar y Comunitaria y Enfermería Familiar y Comunitaria, buscan preparar a los estudiantes para aportar a la estrategia.

Guyana: el plan llamado “Visión Salud 2020”, “Salud para todos en Guyana: una Estrategia Nacional para Guyana, 2013-2020”, procura mejorar la salud de los guyaneses, disminuir desigualdades en salud y desarrollar la administración y prestación de servicios de salud de calidad; en la formación y capacitación del recurso humano en salud interviene la Universidad de Guyana con su formación de pregrado y la División de Educación en Ciencias de la Salud del Ministerio de Salud Pública que capacita a los trabajadores de salud de nivel intermedio y a los de atención primaria, ambos organismos orientan su actuar a la formación de recurso humano capaz de desarrollar los diferentes componentes del plan estratégico (OPS, 2017).

Paraguay: con la Política Nacional de Salud 2015-2030 persigue fortalecer la APS, mediante la adecuación y creación de nuevas Unidades de Salud de la Familia (USF), basadas en “modelos de atención, gestión y gobernanza para asegurar la Atención Integral e Integrada con enfoque en determinantes sociales, centrada en la persona (en todo su ciclo vital), la familia y la comunidad, con énfasis en la salud materno infantil y la tercera edad, tomando en cuenta género e interculturalidad” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, 2015). Asignaturas como Medicina de la Comunidad, Medicina Familiar y pasantías rurales, permiten establecer relación con la política.

Uruguay con la formulación de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) busca asumir sus responsabilidades frente a la Salud como Derecho Humano, los OSN son:

- Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población.
- Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud.
- Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud.
- Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.

Se trabaja también en mejorar los vínculos médico-paciente-equipos de salud (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2016). Se encontró formación relacionada

con Medicina Familiar, Medicina de la Comunidad y Enfermería Comunitaria.

Perú: el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS BFC) parte de la salud como derecho, incluye tres programas: individual, familiar y comunitario; el programa familiar busca desarrollar acciones preventivas, el programa comunitario transformar condiciones de riesgo de la población basado en empoderamiento y participación comunitaria (Ministerio de Salud Perú, 2012).

El MAIS BFC cuenta con Equipos Básicos de Salud y Equipos de Salud Familiar y Comunitaria, los cuales tienen una población asignada y se apoyan en Agentes Comunitarios de Salud (Ministerio de Salud Perú, 2012). Con relación a los planes de estudio se encontró formación en Medicina Comunitaria, Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria, aspectos congruentes con lo requerido para el modelo.

Surinam: en el 2014 se aprobó la ley nacional de seguro básico de salud (plan de desarrollo plurianual) que brinda acceso a una canasta básica de servicios de atención primaria, secundaria y terciaria para toda la población, también se aumentaron los ingresos a la Facultad de Medicina y a la Escuela de Enfermería de la Universidad Anton de Kom, sin embargo, la recesión económica en 2015 afectó los programas de salud, lo que obligó a elaborar un nuevo plan (OPS, 2017).

Venezuela: en el 2003 implementa la Misión Barrio Adentro, un plan de salud que se fundamenta en la creación de consultorios populares que prestan atención gratuita, cuenta con varias modalidades: Barrio Adentro I, para la atención primaria y preventiva en los módulos, consultorios y clínicas populares; Barrio Adentro II, enfocado en los Centros de Diagnóstico Integral, las Salas de Rehabilitación Integral y los Centros de Alta Tecnología; Barrio Adentro III, especializado en la atención de enfermedades crónicas e intervenciones quirúrgicas; Barrio Adentro IV dirigido a los centros asistenciales especializados (Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela, 2018). Las universidades venezolanas consultadas tienen asignaturas en Atención Comunitaria y Medicina Familiar que buscan aportar profesionales capacitados para continuar con el desarrollo de la Misión.

Frente a la situación actual de Venezuela, la dirección de la OPS realizó una visita durante el 2018 a fin de demostrar su compromiso con la salud de los venezolanos y brindar apoyo en temas prioritarios en salud. Este organismo resaltó que en Venezuela:

La APS debe estar en condiciones para solventar la mayor parte de los problemas de salud, por lo cual es fundamental tener los recursos necesarios, esto incluye a las instalaciones, los recursos humanos de salud, los medicamentos, los insumos y la tecnología.

También hizo énfasis en la necesidad de reforzar el trabajo conjunto entre el gobierno y la ciudadanía para enfrentar los problemas y necesidades de salud evidenciados (OPS, 2018).

En general, se encontró que las diferentes políticas de salud de los países consultados presentan fundamentación en elementos estructurales de la estrategia APS, como la participación comunitaria y la intersectorialidad.

Discusión

Según la OPS, los problemas fundamentales de la APS se relacionan con una formación médica con énfasis biologicista centrada en ámbitos hospitalarios, ausencia de un enfoque de promoción-prevención desde el inicio de la formación (OPS, 2007), por lo que propone una formación basada en la comunidad, con contenidos en salud pública, salud familiar y comunitaria, enfoque de APS (Parada et al., 2016). En este contexto le hace un llamado a los países miembros de la organización para que implementen reformas en la educación médica que propicien sistemas de salud basados en la APS, teniendo como meta que el 80 % de las escuelas de Ciencias de la Salud reorienten su formación hacia la APS y a las necesidades de la salud comunitaria (OPS, 2008). Si bien se encontraron importantes avances en la inclusión de asignaturas relacionadas hasta la segunda revisión del cumplimiento de metas regionales de recursos humanos en salud realizada en 2013, el cumplimiento estaba por debajo del 50 % en la mayoría de los países (OPS, 2013).

Para reorganizar los sistemas de salud alrededor de la estrategia APS se requiere que la formación de pregrado en Medicina y Enfermería se adapte a este tipo de sistema de salud. Estos profesionales deben reconocer la importancia de la APS para la organización del sistema sanitario y tener algunas de las competencias más importantes para el trabajo en APS (Harzheim et al., 2009). Con relación a la Enfermería es importante crear un espacio disciplinario propio de la APS, preferentemente con características de internado. En América Latina la formación de Enfermería en pocos casos se da con un internado en APS. La formación en este

modelo ocurre a lo largo del proceso de modo fragmentado, la adopción de un internado obligatorio en Enfermería Familiar y Comunitaria podría alcanzar efectos semejantes a los que el internado en medicina de familia viene ejerciendo sobre la formación médica (Harzheim et al., 2009).

En un estudio realizado por el Departamento de Medicina de Familia de la Universidad de Carolina del Norte (USA), se indagó la relación entre las experiencias de la capacitación en el pregrado y la participación comunitaria de los médicos después de graduarse; los sujetos estudiados generalmente informaron capacitación limitada mientras que los médicos que sí recibieron capacitación importante para desenvolverse en la comunidad se involucraron más en este ámbito en su ejercicio profesional. El estudio concluye que “las experiencias formales de capacitación pueden influir en la forma en que los médicos interactúen más adelante con sus comunidades” (Steiner et al., 1999, p. 261). El estudio también identificó que además se hace necesario brindar a los estudiantes de Medicina contenido educativo enfocado al trabajo comunitario.

Conclusiones

Desde los planteamientos iniciales de APS, pasando por su renovación hasta el presente, se han generado avances importantes en lo referente a formación de los profesionales con este enfoque. Si bien se hace necesario realizar mayores esfuerzos, no se puede negar que las instituciones educativas cada vez más adaptan sus procesos formativos orientados a la atención comunitaria y a la APS.

Los países incluidos vienen adelantando importantes acciones que implican el cambio o fortalecimiento de sus modelos de atención en salud con un denominador común que es la APS adaptada a sus diferentes contextos políticos, culturales y sociales. Para el despliegue de sus modelos han desarrollado estrategias y programas basados en principios de la APS como la igualdad, la equidad y la interculturalidad. Como consecuencia de estos cambios, las instituciones universitarias han desarrollado en sus diferentes niveles de formación actividades que buscan fomentar en sus estudiantes, y posteriormente egresados, competencias que respondan de forma adecuada a las necesidades planteadas en los respectivos modelos de atención de cada país.

Si bien se han realizado esfuerzos por parte de las instituciones educativas para

fortalecer su formación en aspectos relevantes de la APS y la Salud Familiar y Comunitaria, se hace necesario en algunos casos darles un papel protagónico a estas asignaturas, más allá de una materia optativa o con pocos créditos académicos, con lo cual se motive al estudiante y se reconozca la verdadera importancia de estas asignaturas.

Este ejercicio incluyó solamente universidades públicas y los planes de estudio de los pregrados de medicina y enfermería. Sin embargo, es importante contar con una visión más amplia conociendo los aportes que en materia de APS y Salud Familiar y Comunitaria han venido realizando universidades de carácter privado y otras disciplinas que también intervienen en el proceso integral de la salud del individuo, familia y comunidad.

Referencias bibliográficas

- Abril, R., Cuba, M. (2013). Introducción a la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 31-36. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-591720130001000006&lng=es&tylng=es.
- Anton de Kom Universiteit Van Suriname. (2018). *Medisch geneeskunde*. Paramaribo, Surinam: Universiteit Anton de Kom. Recuperado de <http://www.uvs.edu/medisch/geneeskunde/>.
- Echeverri, O. (2011). Atención Primaria de la Salud: Una nueva oportunidad. 5to Foro Atención Primaria de la Salud, APS, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Recuperado de http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/aps_documento_previo_al_foro.pdf
- Escuela Superior de Ciencias de la Salud. (2018). *Matriz Curricular Curso de Enfermería*. Brasilia DF, Brasil: Escuela Superior de Ciencias de la Salud. Recuperado de <http://www.escs.edu.br/arquivos/MCenf2018.pdf>.
- Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Guayaquil. (2017-2018). *Carrera de Medicina*. Guayaquil, Ecuador: Recuperado de <http://www.fcm.ug.edu.ec/2017/03/23/carrera-de-medicina/>
- Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires. (2018). *Departamento de Medicina Familiar*. Información general. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Medicina – UBA. Recuperado de https://www.fmed.uba.ar/departamentos_y_catedras/departamento-de-medicina-familiar/informacion-general
- Franco, A. (2012). *Atención Primaria en Salud (APS)*. ¿De regreso al pasado? Fa-

- cultad Nacional Salud Pública, 30(1), 83-94. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a10.pdf>
- Harzheim, E., Casado, V., y Bonal, P. (2009). La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/harzheim.casadovicente-formacion_profesional_para_la_aps.pdf
- Horwitz, N., Florenzano R., Ringeling, I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Boletín de la oficina sanitaria panamericana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 98 (2), 144-155. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16959/v98n2p144.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kroeger A, Luna R. (Ed). (1992). Atención Primaria de Salud. Principios y métodos. México DF, México: Editorial Pax, Organización Panamericana de la Salud.
- Louro, I. (2004). Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. Revista Cubana de Medicina General Integral, 20(3) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252004000300005&lng=es&tyng=es.
- Macinko, J., Montenegro, H., Nebot, C., Etienne, C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública, 21(2/3), 73-84. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/73-84/es>
- Ministério da Saúde. (2018). Estratégia Saúde da Família (ESF). Brasil: Gobierno Federal. Recuperado de <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia>.
- Ministério da Saúde. Atenção Básica. (2018). Brasil: Gobierno Federal. Recuperado de <http://portalms.saude.gov.br/atencao-basica>.
- Ministerio de Salud Perú. (2012). Aportes para la operativización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad. Perú: República del Perú. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2016). Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Uruguay: República Oriental del Uruguay. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20FINAL%202022%20JUNIO%202016.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Modelo de Atención Integral del

- Sistema Nacional de Salud. Ecuador: República del Ecuador. Recuperado de http://instituciones.msp.gov.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Política Nacional de Salud 2015-2030. Paraguay: República del Paraguay. Recuperado de <https://www.mspps.gov.py/dependencias/portal/adjunto/9753ad-POLITICANACIONALDESALUD.pdf>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2013). La Política SAFCI, su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables. Bolivia: Estado Plurinacional de Bolivia. Recuperado de https://www.siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/bolivia.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Estrategia de abordaje Médico del Barrio. Ecuador: República del Ecuador. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/medico-del-barrio-2/>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina. (2018). Conceptos claves de la CUS. Argentina: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/cus/conceptos-clave>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. Colombia: República de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud. Programa de Salud 2018-2022. Chile: República de Chile. Recuperado de <http://www.minsal.cl/>
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. Recuperado de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

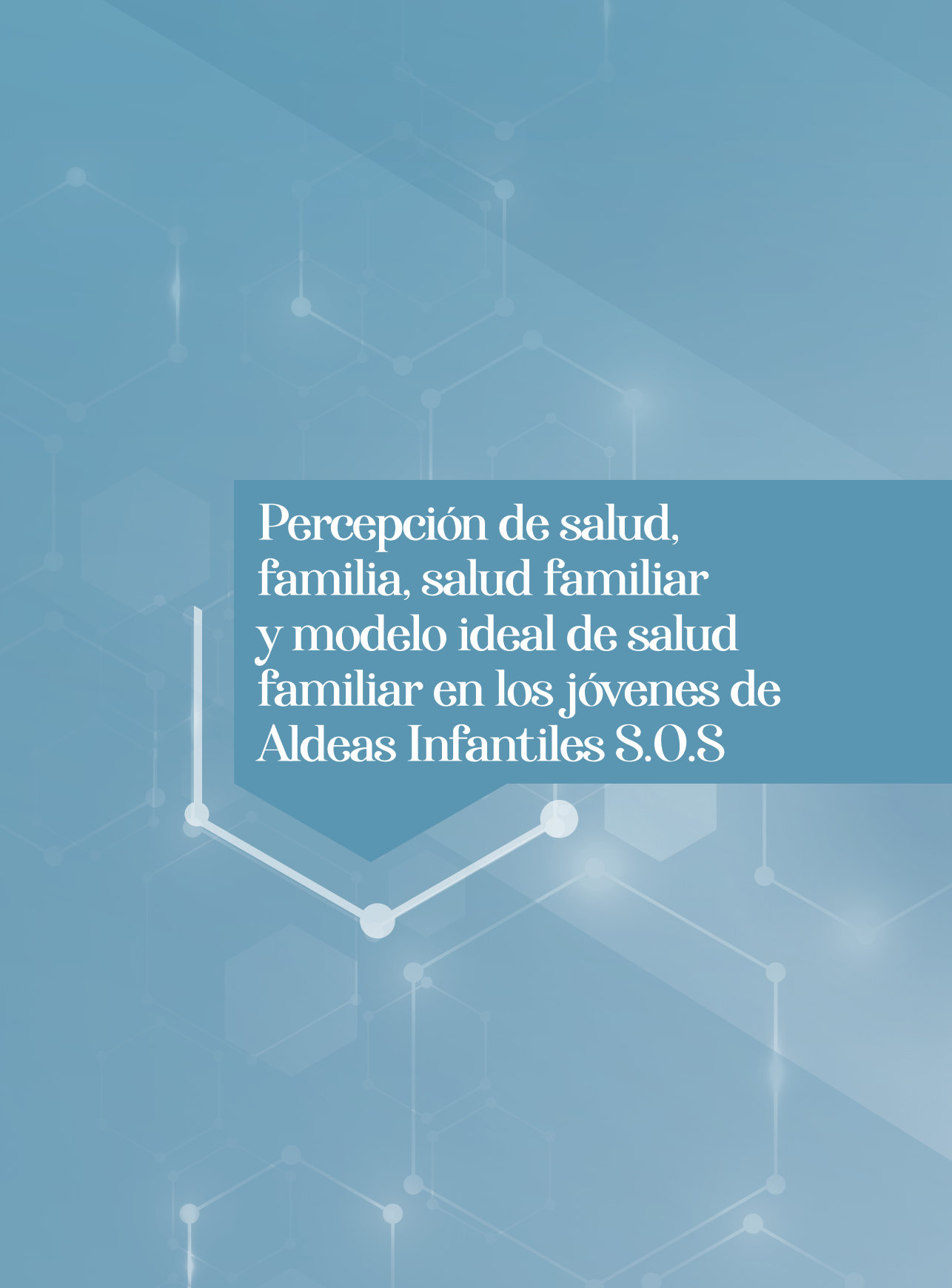
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Serie La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas N.2 La Formación en Medicina orientada a la Atención Primaria en Salud. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APSFormacion_%20Medicina_Orientada_APS.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Educación en ciencias de la salud hacia la APS y libros de textos. Informe Reunión Cartagena de Indias. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/RH-Pal-tex-Informe-Cartagena-2011.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud. Recuperado de <https://www.observatoriorh.org/medicion-y-monitoreo-de-metas-regionales-en-recursos-humanos-en-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Salud en las Américas. Suriname. Suriname: República de Suriname. Recuperado de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=surinameylang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Salud en las Américas. Guyana. Guyana: República Cooperativa de Guyana. Recuperado de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=guyanaylang=es
- Organización Panamericana de la Salud. Venezuela. (2018). Directora de OPS reiteró su compromiso con la salud de los venezolanos. Recuperado de https://www.paho.org/ven/index.php?option=com_contenty-view=article&id=436:directora-de-ops-reitero-su-compromiso-con-la-salud-de-los-venezolanos&Itemid=0
- Parada, M., Romero, M., y Moraga, F. (2016). Educación médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. *Revista médica de Chile*, 144(8), 1059-1066. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000800014>
- Steiner, B., Pathman, D., Jones, B., Williams, E., y Riggins, T. (1999). Primary care physicians' training and their community involvement. *Fam Med*. 4(31), 257-262. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10212767/>
- Universidad Central de Venezuela. (2018). Licenciatura en enfermería plan de estudios. Caracas D.C., Venezuela: Universidad Central de Venezuela. Recuperado de <http://www.curricular.info.ve/carreras/pensum/Enfermeria.pdf>.

- Universidad Central del Ecuador. (2018). Syllabus de Salud Comunitaria del Programa de Internado Rotativo. Carrera de Medicina. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador. Recuperado de <http://akacd.n.uce.edu.ec/ares/w/facs/fcm/CarreraMedicina/Acreditacion-Medicina/syllabus/1105%20SYLLABUS%20SALUD%20COMUNITARIA%20DEL%20PROGRAMA%20DE%20INTERNADO%20ROTATIVO.pdf>.
- Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería. (2018). Proyecto de práctica comunitaria. La gestión de enfermería en APS con adultos y familias. Medellín, Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Universidad de Antioquia. (2017). Enfermería Plan de estudios V5. Medellín, Antioquia: Universidad de Antioquia. Recuperado de <http://portal.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/institucional/unidades-academicas/facultades/enfermeria/programas-academicos/programas-pregrado>.
- Universidad de Antioquia. (2018). Materias obligatorias del Programa de Medicina. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Recuperado de http://sikuani.udea.edu.co/programasUdeA/block/resource/LTE2MzM1MjYyNDAA=/export_1524939656310.pdf.
- Universidad de Brasilia. (2012). Disciplina Princípios e Vivências em Nível de Atenção Primária à Saúde. Brasilia D.F, Brasil: Universidad de Brasilia. Recuperado de <https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=RCG0182ycodcur=17050ycodhab=0>.
- Universidad de Brasilia. (2018). Matriz Curricular Curso de Graduación en Medicina. Brasilia D.F, Brasil: Universidad de Brasilia. Recuperado de <http://www.escs.edu.br/arquivos/MatrizCurricularMED24042018.pdf>.
- Universidad de Chile. (2008). Programa Internado Atención Primaria Urbano. Santiago, Chile: Universidad de Chile. Recuperado de https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/0/MINTATPRIM6/2/material_docente/
- Universidad de Chile. Pregrado de Medicina. (2017). Curso Medicina General Familiar I. Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile. Recuperado de https://www.u-cursos.cl/medicina/2017/1/ME07044/1/datos_curso/
- Universidad de Guayaquil. (2017). Plan de formación carrera de enfermería. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. Recuperado de <http://www.fcm.ug.edu.ec/2017/03/23/carrera-de-enfermeria/>.
- Universidad de Guyana. (2018). Curso de Medicina. Georgetown, Guyana: Universidad de Guyana. Recuperado de <https://fhs.uog.edu.gy/srms/depart->

- ments/52/programmes/851/details.
- Universidad de la República Uruguay. (1993). Facultad de Enfermería plan de estudios. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República Uruguay. Recuperado de <https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2017/08/pdee-93-ultimo-compaginado.pdf>.
- Universidad de la República Uruguay. (2007). Plan de estudios carrera de Doctor en Medicina. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República Uruguay. Recuperado de <http://www.bedelia.fmed.edu.uy/>.
- Universidad de Santiago de Chile. (2018). Escuela de Enfermería. Santiago, Chile: Universidad de Santiago de Chile. Recuperado de https://admisio.usach.cl/sites/default/files/mallas_carreras/enfermeria.pdf.
- Universidad de Sao Pablo. (2013). Disciplina Atención en Salud de la Comunidad. Sao Pablo, Brasil: Universidad de Sao Pablo. Recuperado de <https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=RCG0122ycodcur=17050y-codhab=0>.
- Universidad del Bío-Bío. (2018). Promoción de Carreras. Enfermería. Concepción, Bío-Bío, Chile: Universidad del Bío-Bío Recuperado de <https://ubiobio.cl/admision/subidas/pdf/enfermeria.pdf>
- Universidad del Zulia. (2018). Facultad de Medicina Plan Curricular. Maracaibo, Venezuela: Universidad del Zulia. Recuperado de http://www.fmed.luz.edu.ve/index.php?option=com_contentytask=categoryysectionid=3yid=26yItemid=264.
- Universidad Mayor de San Andrés. (2018) Plan de estudios carrera de enfermería. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Recuperado de <http://enfermeria.fment.umsa.bo/pensum>.
- Universidad Mayor de San Andrés. (2018). Pensum carrera de Enfermería. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Recuperado de <http://enfermeria.fment.umsa.bo/pensum>.
- Universidad Mayor de San Marcos. (2015). Facultad de Medicina. Plan de estudios. Lima, Perú. Recuperado de <http://medicina.unmsm.edu.pe/index.php/syllabus>.
- Universidad Nacional de Asunción. (2015). Malla Curricular de la Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay: Universidad Nacional de Asunción. Recuperado de <http://www.med.una.py/images/descargas/resoluciones/0528-00-2016.pdf>.

- Universidad Nacional de Asunción. (2017). Reforma Curricular carrera de Enfermería. Asunción, Paraguay: Universidad Nacional de Asunción. Recuperado de <http://www.iab.una.py/images/documentos/2017/Reforma-curricular-enfermeria.pdf>.
- Universidad Nacional de Colombia. (2012). Programa Curricular Enfermería. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de [http://enfermeria.bogota.unal.edu.co/releases/pregrado/docs/MALLA%20Enfermeriaa_Bog%20V040414%20\(3\)%20\(3\).pdf](http://enfermeria.bogota.unal.edu.co/releases/pregrado/docs/MALLA%20Enfermeriaa_Bog%20V040414%20(3)%20(3).pdf).
- Universidad Nacional de Colombia. (2018). Información Asignatura Atención Primaria en Salud. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://sia.bogota.unal.edu.co/academia/catalogo-programas/info-asignatura.sdo?plan=2552y asignatura=2026673>.
- Universidad Nacional de Colombia. (2018). Programas de Pregrado. Medicina. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://medicina.bogota.unal.edu.co/formacion/pregrado/medicina>.
- Universidad Nacional de Córdoba. (1986). Asignatura Plan de Estudio Enfermería Comunitaria. Provincia de Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de <http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/images/stories/cuarto/Enfermeria-Comunitaria.pdf>.
- Universidad Nacional de Córdoba. (2018). Medicina: Asignaturas del Plan de Estudio por año. Provincia de Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de <http://www.fcm.unc.edu.ar/medicina-plan-de-estudio/>.
- Universidad Nacional de La Plata. (2014). Plan de estudios medicina. La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de La Plata. Recuperado http://www.med.unlp.edu.ar/images/medicina/plan_2004_lista_de_asignaturas.pdf.
- Universidad Nacional de San Agustín. (2017). Facultad de Enfermería Plan de Estudios. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín. Recuperado de http://fen.unsa.edu.pe/blog/categorias_cur/201.
- Universidad Nacional de San Agustín. (2017). Facultad de Medicina Plan de Estudios. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín. Recuperado de http://fmd.unsa.edu.pe/blog/categorias_cur/2017/.
- Universidad Nacional del Este. (2016). Medicina, Plan de Estudios. Ciudad presidente Franco, Paraguay: Universidad Nacional del Este. Recuperado de

- <http://www.une.edu.py/web/images/pdf/MedicinaPlandeEstudios.pdf>.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2018). Plan Curricular Escuela Profesional de Enfermería. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de https://medicina.unmsm.edu.pe/images/Facultad_Medicina/Facultad/Reforma_Curricular/PLANES%20CURRICULARES/PLAN%20CURRICULAR%20EP%20ENFERMER%20C3%8DA.pdf
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2018). Sílabo de enfermería en Salud Comunitaria. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <http://medicina.unmsm.edu.pe/index.php/syllabus>.
- Universidad Santiago de Chile. (2018). Malla carrera de medicina. Santiago, Chile: Universidad Santiago de Chile. Recuperado de https://admision.usach.cl/sites/default/files/mallas_carreras/medicina_0.pdf.
- Universidad Santiago de Chile. (2018). Malla curricular enfermería. Santiago, Chile: Universidad Santiago de Chile. Recuperado de https://admision.usach.cl/sites/default/files/mallas_carreras/enfermeria.pdf.
- Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela. (2018). Misión Barrio Adentro cumple 15 años revolucionando la salud. Venezuela: República Bolivariana de Venezuela. Recuperado de <http://www.vicepresidencia.gob.ve/index.php/2018/04/15/mision-barrio-adentro-cumple-15-anos-revolucionando-la-salud/>



Percepción de salud,
familia, salud familiar
y modelo ideal de salud
familiar en los jóvenes de
Aldeas Infantiles S.O.S


Diana Catalina Borja Ramírez

Magíster en Salud Familiar

Docente auxiliar adscrita al programa de Enfermería

Universidad Católica de Oriente

Correo: dborja@uco.edu.co

 ORCID 0000-0001-7393-3600

Carlos Mario Giraldo Mejía


Magíster en Salud Familiar

Docente auxiliar adscrito al programa de Enfermería

Universidad Católica de Oriente

Correo: cgiraldo@uco.edu.co

 ORCID 0000-0002-5241-8690



Percepción de salud, familia, salud familiar y modelo ideal de salud familiar en los jóvenes de Aldeas Infantiles S.O.S¹

Resumen

Esta investigación busca identificar la percepción de salud, familia, salud familiar y modelo ideal de salud familiar en los jóvenes de las Aldeas Infantiles SOS del Municipio de Rionegro Antioquia, con el fin de aportar elementos conceptuales a los actores del sistema de salud colombiano que favorezcan la implementación de estrategias que propendan hacia un cuidado integral con enfoque en salud familiar y comunitario. Este trabajo se desarrolló bajo el paradigma de la investigación cualitativa con un método de estudio de caso, para la recolección de la información, se utiliza como técnica la entrevista individual semiestructurada. La salud se entiende como el bienestar físico y mental; la familia es definida como el grupo de personas con quienes se conviven y se generan lazos afectivos; además, la percepción de salud familiar articula aspectos orgánicos con otros elementos como el afecto y su proyecto de vida. Para alcanzar un modelo ideal de salud familiar, se hace necesario incentivar actividades educativas en el ámbito extrahospitalario para captar oportunamente pacientes con factores de riesgo y contribuir así a la realización de diagnósticos oportunos. Es fundamental para tener bienestar, for-

¹ Capítulo resultado derivado del proyecto de investigación Percepción de salud, familia, salud familiar y modelo ideal de salud familiar en los jóvenes, el caso de las aldeas infantiles SOS del municipio de Rionegro-Antioquia, 2016-2017, Grupo de investigación APS, Universidad Católica de Oriente.

talecer el modelo de atención en salud con implementación de intervenciones que incluyan la familia y la comunidad.

Introducción

El Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) de Colombia define la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), para lo cual adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) en la Resolución 2626 del 2019, haciéndose necesaria la implementación de acciones que tengan enfoque en salud familiar y comunitaria a nivel territorial de forma tal que favorezca la cobertura y el acceso a la salud para toda la población, propendiendo hacia la generación de mejores condiciones de salud y el goce efectivo del derecho fundamental a esta (MinSalud, 2019).

La materialización de dicho modelo se puede conseguir con la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), las cuales se convierten en herramienta metodológica propuestas en el MAITE, con la cual se busca proponer intervenciones para promover la salud, prevenir la enfermedad en las personas, familias y comunidades (MinSalud, 2019).

Con este capítulo se pretende identificar la percepción de salud, familia, salud familiar y modelo ideal de salud familiar en los jóvenes de Aldeas Infantiles SOS del Municipio de Rionegro, con el fin de aportar elementos conceptuales a los actores del sistema de salud colombiano que favorezcan la implementación de estrategias que se dirijan hacia un cuidado integral con enfoque en salud familiar y comunitario.

Marco de referencia

Conceptos de salud, familia y salud familiar

En las últimas décadas y en diversas latitudes se han realizado grandes esfuerzos con el objetivo de lograr que el concepto de salud abarque de una manera holística tanto deberes como derechos, nociones trascendentales para la salud como fenómeno social en constante transformación. A continuación, se hará un recuento histórico del concepto:

Hasta la década de 1940 se consideraba la salud como la ausencia de enfermedad y, por ende, hombre sano era el que no presentaba signos y síntomas. En 1946, con la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se esboza un nuevo

concepto de salud que pretende ser más completo e integral, lo cual constituyó un progreso en la conceptualización del fenómeno de salud, se plantea que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (Blanco y Maya, 2015, p. 1).

Con la definición planteada durante la fundación de la OMS en 1946, se logró vislumbrar la salud como un proceso integral de bienestar físico, mental y social, un derecho inalienable; además, se enfatizó en el complemento a la búsqueda de la salud como un fenómeno en constante movimiento. Es claro que dicho fenómeno se ha visto intervenido en forma directa por los altos índices de inequidad que afectan de forma inmediata el cuidado de la salud en el núcleo de la sociedad y su base fundamental, la familia. “La materialización del derecho a la salud no es concebible sin una base de equidad, la que a su vez conduce a un diálogo social sobre los factores que afectan el bienestar de las personas y comunidades” (Organización Panamericana de la Salud, 2017, p. 7).

Los objetivos de desarrollo del milenio proyectados para el año 2015 no se lograron; es así como surge el interrogante sobre cuál es la interpretación que se ha dado a los determinantes sociales de la salud y si se entienden estos como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen sumadas a los factores estructurales de esas condiciones, es decir, la distribución del poder, el dinero y los recursos (OMS, 2008):

Los determinantes que estratifican dentro de una sociedad (determinantes estructurales), como la distribución de ingresos y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las inequidades en el poder económico en lugar de reducirlas, condicionan los niveles de equidad en salud a los sistemas sociales. (Sánchez, 2016, p. 22)

En este contexto, es claro que la salud pública en Colombia debe estar articulada debido a que el país ha presentado grandes logros, pero tiene grandes retos “[...] frente a la pobreza, la educación, la salud, el medio ambiente y la paz” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015, p. 17).

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), 2012 – 2021 incorpora diferentes enfoques complementarios: el enfoque de derechos; el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con disca-

pacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DSS) dado que las inequidades en salud están dadas por procesos relacionados con las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Dichas condiciones también han sido reconocidas como el problema de fondo dominante en la situación de salud en las Américas (MinSalud, 2013, p. 13).

En el contexto de brindar atención integral en el PDSP se hallan incluidos diferentes componentes, en los cuales se circunscriben aspectos relevantes relacionados con la inclusión social como lo son: políticas públicas, movilización social, desarrollo integral, cuidado integral, diferencial y entornos saludables (MinSalud, 2016); estos atributos forman parte de la presentación de la salud como un derecho fundamental de acuerdo a lo determinado en la Constitución Política de Colombia, lo cual se ratifica con lo establecido en la Ley Estatutaria de Salud del año 2015, que presenta a la salud como un derecho fundamental (Colombia, Congreso de la Republica, 2015). Resultado de las intervenciones antes mencionadas y en consenso con los movimientos de inclusión social, se entiende que la salud pública de un país debe fomentar la participación activa de los ciudadanos en todas las actividades concernientes con esta.

Distintas experiencias que han sido replicadas por la OMS muestran los beneficios de una atención en salud integral, comprometida tanto en el cuidado del individuo como de su familia; el enfoque familiar de la salud pública, se replica en múltiples bondades para el sector, la aplicación de modelos más incluyentes, están representados en nuevas políticas que sustentan de manera directa la salud pública del país;

La PAIS recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el PDSP 2012-2021. Bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicas, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. (MinSalud, 2016, p. 32)

El contenido de las RIAS surge como una poderosa herramienta de control para propender por los derechos en salud de los individuos, la familia y sus comunidades. La PAIS y su nuevo modelo promulgan una gran variedad de aspectos que

juntos buscan darle mayor empoderamiento a la salud pública con enfoque de familia.

El concepto de Familia

Con relación al concepto de familia, la OMS afirma que son “ los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio” (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 2008, p. 84), por su parte la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en la Declaración de los Derechos Humanos establece que “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” (ONU, 1948).

En la Constitución Política de Colombia, en el artículo 42 (1991), se define además que “la familia es el núcleo fundamental de la sociedad” (p. 18), el cual está constituido por vínculos naturales o jurídicos, a través del matrimonio o la unión de hecho, situaciones consideradas fundamentales para el proceso de reproducción y perpetuación de la especie humana a los cuales el Estado debe garantizar su protección.

La familia es la estructura de la sociedad encargada de la reproducción biológica y mantenimiento de la especie humana, también en ella se da la conservación, fomento y recuperación de la salud (Lauro, 2003).

Se puede afirmar que, la familia tiene especificidad y elementos que la diferencian de otro tipo de grupos y modos de relacionamiento, no solo a nivel emocional, afectivo o por el vínculo que los une, sino por ser un grupo complejo que interactúa entre sí y que logra integrar lazos de parentesco, afectivos y relacionales. El individuo humano es un ser familiar, con grandes habilidades para establecer comunidades instauradas en el afecto, por lo cual, la familia se forma a partir del hecho de ser una comunidad de personas que deciden compartir sus vidas desde un proyecto de vida en común (Durango et al., 2015).

Según Lauro (2003), se puede considerar que la familia es la primera red de apoyo social que tiene la persona durante toda su vida, por lo cual se convierte en factor protector y en el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Desde el punto de vista de la sociología, la familia es considerada

como un conjunto de individuos que están unidos por lazos parentales que buscan perpetuar costumbres, cultura e identidad social (Oliva y Villa, 2014).

Para los integrantes de la Organización No Gubernamental (ONG), Aldeas Infantiles SOS la definición del concepto de familia es:

Un grupo social que tiene el compromiso de brindar una educación afectuosa y la socialización de los niños, por lo cual, el desarrollo del afecto no se basa en la genética sino en interacciones sensitivas con cualquier cuidador, la familia va más allá de los padres biológicos. (Aldeas Infantiles SOS, 2015, p. 3)

En 1976, un grupo de expertos de la OMS determinó que los conceptos salud y familia se prestan a confusiones semánticas, por lo que la salud no es solo la ausencia de enfermedad dando lugar a interpretar ambiguamente la salud de la familia, como la no presencia de enfermedad en sus integrantes. Por lo anterior, el grupo de expertos hacen la diferenciación de la salud de la familia a modo de la incidencia y prevalencia de patologías en ella, adicionalmente, definen salud familiar como la salud del conjunto de sus integrantes, en términos de funcionamiento efectivo de la familia con el fin de ser agente social primario donde se fortalezca la intervención preventiva y terapéutica (OMS, 1976).

El concepto de salud familiar

El concepto de salud familiar que proponen Florenzano et al. (1985) la define como el estado de salud individual a nivel físico y mental en relación a su interacción entre los miembros de la familia. Al entenderse como un proceso evolutivo que experimenta cambios a lo largo del ciclo vital, la salud familiar está condicionada por variables socioeconómicas y culturales, de igual forma enfatiza en la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis de salud de los integrantes con sus propios recursos internos.

González (2000) define salud familiar como 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, para propiciar 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 (p. 509).

De igual manera, según Cárdenas et al. (2002), la salud familiar, es un proceso particular que se identifica por no ser la suma de la salud individual de sus miembros, sino por tener origen multicausal, donde se articulan circunstancias socioeconómicas, sociopsicológicas, la salud individual de los miembros y el funcionamiento familiar. A su vez, la salud familiar no es estática, sino que está sujeta a un proceso de cambio donde influyen significativamente las crisis o eventos que atraviesa la familia, además del acceso que esta tenga a redes de apoyo social.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2009, se pronunció acerca de la salud familiar y la define como la forma de “cooperación técnica para el desarrollo de las capacidades nacionales en la aplicación de políticas públicas saludables, el empoderamiento de las comunidades y personas y la construcción de alianzas estratégicas para alcanzar una cultura hacia la salud” (p. 1). Efectuarla permite la disminución de la morbilidad y mortalidad en todos los ciclos vitales, se optimiza la salud sexual y reproductiva, se promueve el envejecimiento activo y saludable, se fortalece la salud de las familias y de las comunidades, de igual manera se previene la violencia intrafamiliar.

Para algunos autores una familia es saludable cuando hay salud física y mental en sus integrantes, según este enfoque la salud de la familia es la ausencia de síntomas, y la concibe “al estilo del paradigma cartesiano, dividida entre lo físico y lo mental, cuando la salud familiar es una franca expresión de la unidad funcional indisoluble de lo biológico, lo psicológico y lo social” (Cid et al., 2014, p. 468).

Salud familiar en el sistema de salud colombiano

En la actualidad, Colombia cuenta con modelos con enfoque en salud familiar, pero sin una completa implementación, ya que existe un sistema medicalizado-bio-médico que ha llevado a que se desborde la capacidad resolutoria en los niveles superiores de atención, además, a que se subutilicen los primeros niveles con sus programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El sistema de salud colombiano está actualmente descentralizado y en sentido vertical, ya

que únicamente incluye en el proceso al prestador de servicios, al asegurador y al Estado, no cuenta con programas estandarizados, que integren a la familia en el cuidado de la salud (MinSalud, 2016).

A partir de la Ley 100 de 1993, el Sistema Nacional de Salud en Colombia cambia al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud (SGSS), reconoce la familia como unidad primordial de atención debido a que por medio de ella se realizan estrategias de promoción, prevención, atención médica y rehabilitación.

En este sentido, independientemente de cuál sea el concepto, el enfoque o el modelo, es conveniente que se considere a la familia como el pilar fundamental de la atención, se deben generar estrategias orientadas al desarrollo de un verdadero modelo de atención en salud familiar, el cual reemplazaría el actual estándar biomédico medicalizado, que lo único que ha conseguido es desvirtuar y fragmentar al ser humano que, además, se ha basado exclusivamente en el tratamiento de la enfermedad, donde lo importante históricamente ha sido la patología física ya establecida restando importancia a la implementación de programas de promoción y prevención; además de ello se manifiesta la ausencia de estándares de humanización en la atención. Es importante enunciar que los programas desarrollados hasta ahora han carecido de continuidad, sin que se haya podido conseguir una verdadera consolidación de equipos de trabajo ni el desarrollo de estrategias que generen verdadero impacto en la disminución de la morbimortalidad de las poblaciones.

Es importante resaltar que, el Ministerio de Salud Colombia, traza la PAIS con enfoque en salud familiar y comunitaria, la cual debe ser adoptada por los entes territoriales a nivel nacional, la ejecución de esta política se desarrolla en el marco del modelo de Atención Primaria en Salud (APS), pero aún en el año 2020, dicho Modelo no se ha implementado, solo se han dado a conocer algunas Rutas de Atención.

El enfoque de salud familiar y comunitaria es el conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orientan, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud de la población, de acuerdo con sus potencialidades, situación social, sanitaria y el contexto territorial. Ubica las acciones del modelo de salud de acuerdo a la situación, curso de vida, entornos y se recrea la población (MinSalud, 2016, p. 35).

En este nuevo Modelo de Atención, se reconoce la familia como la base para la

atención en salud pública, al tener como premisa que se debe tratar al individuo dentro de su contexto, nunca como objeto aislado de su entorno.

Para realizar promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el núcleo familiar, no necesariamente se debe hacer su implementación en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o entidades territoriales, existen a nivel mundial organizaciones que se aproximan al cumplimiento de este objetivo, como es el caso de Aldeas Infantiles SOS, que cuenta con sus propias estrategias que buscan “proporcionar entornos familiares protectores a niños, niñas, adolescentes y jóvenes que han perdido el cuidado de su familia para que tengan la oportunidad de crecer en un hogar lleno de amor, respeto y seguridad, donde puedan vivir y desarrollarse integralmente” (Aldeas Infantiles SOS Colombia, 2015, p. 15).

Han sido pocos los estudios que muestren la percepción de salud, familia y salud familiar por personas institucionalizadas en hogares, por ende, tampoco hay claridad respecto a lo que piensan acerca de dichos temas, ya que vivencian la familia desde unos aspectos diferentes a los tradicionales. Los funcionarios de Aldeas Infantiles SOS, transmiten a los jóvenes esos conceptos según las políticas propias institucionales.

Metodología

La investigación se desarrolla bajo un enfoque cualitativo que busca mejorar la comprensión desde la integridad de los actores sociales y las lógicas de pensamiento que guían el hacer social. Además, pretende analizar la dimensión interior y subjetiva de la realidad social como fuente del entendimiento, orientando hacia la comprensión del contexto como resultado de un proceso de edificación a partir de las lógicas de sus actores, con una visión interior y redimiendo sus particularidades y diversidades (Galeano, 2004).

Se realiza con el método de estudio de caso, ya que ofrece la oportunidad de hacer lectura, descripción y explicación del fenómeno estudiado a nivel local, pretende identificar y describir los distintos factores que ejercen influencia en la situación analizada, es útil en la generación de resultados que posibilitan el fortalecimiento, crecimiento y desarrollo de las teorías existentes (Martínez, 2006). Por medio de este método, se pretende describir la percepción de salud, familia, salud familiar y del modelo ideal de salud familiar que tienen los jóvenes de Aldeas Infantiles SOS

del Municipio de Rionegro en el 2017, además esta se apoya en la metodología etnográfica. Se tienen como informantes clave a un grupo de siete jóvenes entre los 18 y 26 años que tienen una permanencia en la institución mayor a seis meses.

Para la recolección de la información se utiliza como técnica la entrevista individual semiestructurada con el objetivo de indagar en los conceptos ya mencionados. Aquellas personas que decidieron participar de forma voluntaria en la investigación diligencian previamente un consentimiento informado y con la autorización de los tutores responsables de cada uno de los participantes. Se organiza la información obtenida de las entrevistas en una matriz de análisis, en el cual se agrupan las percepciones de salud, familia, salud familiar y modelo ideal de salud familiar que tienen los jóvenes entrevistados para identificar las ideas fuerza y categorías emergentes.

Resultados

Según lo referenciado en las entrevistas con relación a salud, familia, salud familiar y modelo ideal de salud familiar, encontramos que los Jóvenes de Aldeas Infantiles SOS, perciben la salud como la necesidad de sentirse bien consigo mismos y con el otro, tanto física como mentalmente a nivel individual y comunitario, para lo cual consideran necesario fortalecer aspectos como tener una buena alimentación, descansar el tiempo suficiente, hacer ejercicio, además mencionan que es importante realizar actividades que favorezcan el desarrollo de su cuerpo, evitando el consumo de alcohol y sustancias tóxicas, expresan también que se debe tener acceso al cuidado por medio de atención en los servicios hospitalarios, realización de exámenes médicos periódicos, seguimiento continuo por parte del personal sanitario y, de ser necesaria, la administración de medicamentos. Los jóvenes refieren que todo lo anteriormente descrito es preciso para permanecer saludables.

Con respecto a la percepción de familia, manifiestan que es la base y el núcleo de la sociedad, la conciben como una organización que está conformada por varios integrantes tales como padres, hermanos, tíos y abuelos, con los cuales se genera un vínculo afectivo y de unión. Para otros jóvenes, la familia no se gesta exclusivamente a partir del origen biológico, puede ser el grupo de personas que los acogen, con quienes conviven o interactúan, reconocen que es necesario que exista una

figura de autoridad y orientación. Para muchos de ellos, la familia es considerada un vínculo importante en el cual se debe encontrar apoyo para la enseñanza y el desarrollo de sus potencialidades dentro de la sociedad.

Para los jóvenes de Aldeas Infantiles SOS, sus madres son quienes ejercen este rol en cada una de las casas familiares donde conviven, ellas lo hacen con responsabilidad, afecto y autoridad necesaria, tienen a su cargo entre 7 a 10 jóvenes; además, las tías reemplazan a las madres cuando estas no se encuentran.

Para los jóvenes que participaron en la investigación fue difícil la comprensión del concepto de salud familiar, algunos indican que no hace referencia exclusivamente a la salud física o mental, relacionan dicho concepto con sus proyectos de vida, además, con la generación de afecto, entendimiento, unión y apego. Consideraron también que la alteración en la armonía familiar o en el estado de salud de alguno de sus integrantes pueden afectar el bienestar de la familia y reflejarse incluso en su rendimiento laboral.

Otro de los aspectos investigados hace referencia a la percepción del modelo ideal de salud familiar, con relación al tema los participantes aportan que se deben incentivar las actividades deportivas y enfatizan en la importancia de una alimentación saludable, sugieren además que, en las calles se deben realizar campañas educativas en temas de salud, resaltan la importancia de visitas domiciliarias y de asesorías telefónicas por parte de los integrantes del equipo multidisciplinario para facilitar el acceso a los servicios requeridos. Destacan que las atenciones en salud se deben cimentar en principios de equidad e igualdad, ofrecidos siempre con calidad y accesibilidad, independiente del nivel socioeconómico o de la aseguradora a la que se pertenezca.

Finalmente consideran que es de gran importancia identificar y priorizar las familias más vulnerables para intervenirlas oportunamente por medio del acceso a una atención familiar domiciliaria con lo cual se optimizaría la ocupación de los servicios de urgencias.

Discusión

Según la Organización Mundial de la Salud (2006), la salud es:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la

ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (p.1)

Es claro que esta definición es muy antigua, ampliamente divulgada y con grandes detractores a lo largo de la historia, aunque se puede afirmar que dicho concepto ha evolucionado integrando aspectos tan importantes como los determinantes sociales de la salud evidenciando la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, el ecosistema, los estilos de vida individuales, familiares además de los comunitarios y la salud (Berenguer et al., (2017).

Adicionalmente, el PDSP de Colombia 2012- 2021 menciona la definición de salud como:

El resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar, como condición esencial para la vida. (MinSalud, 2013, p. 12)

Si se toman como base estas definiciones, se encuentra que hay similitud con la percepción de salud enunciada por los entrevistados, sin embargo, se evidencia en los jóvenes que aún persiste la idea de un modelo biologicista, puesto que relacionan el cuidado en salud netamente con la atención hospitalaria. Se destaca que dentro de los procesos inherentes a la vida humana se encuentran la salud y la enfermedad, lo que ha generado que se formulen una serie de trabajos investigativos que han intentado cambiar el modelo biologicista de la atención en salud, formulada en el siglo XIX, sin que hasta el momento se haya podido modificar en su totalidad. Históricamente, el proceso de salud/enfermedad se ha condicionado por factores culturales, sociales, tecnológicos e individuales encontrados en el entorno, lo que ha dificultado que se dé un cambio completo en la percepción de dicho concepto.

La OMS puntualiza que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio” (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 2008, p. 84). En la Constitución Política de Colombia, el artículo 42 (1991) define que la familia “es el núcleo fundamental de la sociedad”, el cual está constituido por vínculos naturales o jurí-

dicos, a través del matrimonio o la unión de hecho, situaciones consideradas fundamentales para el proceso de reproducción y perpetuación de la especie humana a los cuales el Estado debe garantizar su protección.

También, se identifica en el discurso de la mayoría de los entrevistados, que la familia no se gesta exclusivamente a partir del origen biológico, como lo establecen los autores consultados. Los jóvenes afirman que la familia puede ser el grupo de personas que los acogen, con quienes conviven o interactúan y reconocen que es necesario tener al interior del grupo una figura de autoridad y orientación, hacen énfasis en que la familia va más allá del vínculo natural o de consanguinidad y que una familia se puede construir a partir de la formación de lazos afectivos y de relaciones interpersonales; como lo afirma Quintero (2007), la familia es un grupo integrado por individuos que tienen la capacidad de relacionarse y de vivir en comunidad, es además considerada un grupo donde se interactúa con base en el parentesco, la filiación y la alianza. La familia busca satisfacer las necesidades básicas como manutención, vestido, atención médica y creación de hábitos adecuados de higiene que repercutirán a favor de la salud (Cid et al., 2014).

Otro elemento identificado en las entrevistas es que la familia se considera un vínculo importante, en el que se debe encontrar el apoyo necesario para la enseñanza y el desarrollo de potencialidades dentro de la sociedad. La familia es la primera red de apoyo social que tiene la persona, por lo cual se convierte en un factor protector y el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Lastre et al., 2018) debe ser un espacio donde se facilite la formación en valores, principios y normas para que sus miembros sean personas íntegras con buena interacción social.

Es claro que la familia se encuentra en proceso permanente de evolución, el cual puede tener repercusiones significativas en forma positiva o negativa de las crisis o eventos que le ocurren, por lo cual es fundamental para la recuperación o continuidad de su equilibrio la forma de adaptarse y enfrentar los conflictos, sin dejar de lado la posibilidad de tener acceso a redes interdisciplinarias de apoyo.

Di Iorio y Seidmann (2015), en su investigación, enuncian que la infancia vivida en forma institucionalizada pasa por procesos de “deconstrucción-construcción” refiriéndose a las experiencias de vida compartidas al interior de estos grupos, las cuales favorecen el afrontamiento de cierto tipo de situaciones en los entornos

sociales. Encuentran que, dichos espacios de institucionalización suplen en cierto sentido algunas necesidades esenciales como el poder disfrutar de un espacio físico para la alimentación, el descanso, la recreación y la educación, que en muchas ocasiones no se pueden tener en los hogares de origen; además, sirven para dar atención, alojamiento y cuidado ante la imposibilidad de hacerlo por parte de sus grupos familiares.

Con relación a la salud familiar, se puede indicar que ha sido un concepto poco desarrollado en la literatura, sin embargo, aproximadamente desde 1990 se han fortalecido los sistemas de salud latinoamericanos bajo el enfoque de salud familiar y comunitaria, algunos profesionales han implementado políticas y estrategias exitosas enfocadas a la consecución del objetivo de familias saludables.

Para algunos autores, la salud familiar es considerada como el equilibrio entre los recursos internos y externos del grupo familiar, por ende, no está determinada exclusivamente por la suma de la salud de cada uno de sus miembros, sino por tener origen multicausal, donde deben interactuar la dimensión social, económica, psicológica, física e individual y el funcionamiento familiar, sin omitir el nivel de relacionamiento entre sus integrantes (Casasa et al., 2016).

Referente a la percepción de salud familiar, los participantes conceptúan que tanto la salud mental, física como la emocional deben ser fortalecidas por vínculos afectivos al interior de la familia y debe caracterizarse por la tolerancia, la unión y por la generación de proyectos de vida familiares. No hay delimitación acerca de este concepto y falta consenso sobre cuáles son los indicadores precisos para medirla, creando dificultades conceptuales y metodológicas a la hora de valorarla (Salvador et al., 2013).

La salud familiar se fortalece con la satisfacción de las necesidades de los integrantes, lo que se ve reflejado en su dinámica, en la capacidad para la resolución de conflictos, en la forma de afrontar sus crisis y en el adecuado clima familiar, lo cual está determinado por la funcionalidad de cada hogar, además, se desarrolla en el ciclo vital individual y familiar, por ende es un proceso dinámico y continuo también, se concibe la familia como agente social primario para fomentar la salud y el bienestar (Salvador et al., 2013).

Un modelo de atención en salud familiar se debe caracterizar por unas excelentes actividades de cuidado que hagan énfasis en la promoción y prevención con en-

foque familiar, participación social, intersectorialidad e interdisciplinariedad con orientación de calidad y el empleo de tecnologías adecuadas (Dois, et al., 2016).

La salud familiar tiene un enfoque conceptual y metodológico que facilita la transformación de servicios, el desarrollo de equipos interdisciplinarios y el fortalecimiento del cuidado integral a la persona y a su familia, el cual debe prestar un conjunto de servicios profesionales caracterizados por ser muy cercanos a la población, además, enfocar su actuación desde una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva (Casasa et al., 2016)

Un elemento nuclear de intervención es el abordaje de los problemas y necesidades existentes en el marco de la APS, para lograrlo el equipo multidisciplinario debe tener en cuenta a los miembros que conforman las familias, al igual que los métodos de enfrentamiento a las crisis normativas y no normativas, determinantes sociales de la salud, los estilos de vida, potencialidades propias de la familia, así como al sistema de salud y las redes de apoyo para que faciliten la realización de un diagnóstico asertivo del contexto de la salud familiar, que se revelará en el estado de salud, de riesgo o deterioro en cada uno de los integrantes (Casasa et al., 2016).

Dentro de los objetivos que tiene el Ministerio de Salud Colombia con la PAIS, se encuentra reducir las brechas existentes y asegurar la igualdad en los servicios fundamentales como son la salud, la educación y la vivienda, los cuales se desarrollan en el marco del modelo de APS que potencia el accionar coordinado y la intervención de otros integrantes del SGSSS para procurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y de la interrelación de los elementos esenciales que la configuran (MinSalud Colombia, 2016). La PAIS, busca regular las intervenciones de los actores sectoriales e intersectoriales, quienes tienen la responsabilidad de garantizar la atención de las comunidades y familias en lo que se refiere a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en las mejores condiciones de acceso, oportunidad, continuidad y capacidad resolutive (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2016).

Para conseguir que lo anteriormente mencionado sea tangible, se hace necesario el desarrollo e implementación de un modelo de atención integral que se establezca a partir de la APS, el cual priorice a las personas, las familias y las comunidades, que además garantice una certera participación social y comunitaria, por

medio del accionar sectorial e intersectorial en todas las regiones, asegurando mayor suficiencia, equidad, eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones individuales y colectivas en salud (MinSalud , 2019):

Para el desarrollo de la PAIS, se implementa el MAITE, conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema bajo el liderazgo del departamento o distrito. (MinSalud, 2019, p. 1)

Una de las herramientas para ejecutar el MAITE son las RIAS, las cuales son necesarias para brindar una atención integral, a partir de las acciones de cuidado, las cuales se integran por medio de actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación (MinSalud, 2019). Los conceptos, aportes y percepciones, dados por los participantes de esta investigación, dan luces para buscar intervenciones adecuadas, eficaces y de impacto, articuladas con los lineamientos de la ruta para la promoción y mantenimiento de la salud en el ciclo vital de la juventud planteada por el MinSalud. Es importante hacer énfasis en las apreciaciones de los jóvenes para así tener acciones más efectivas relacionadas con su bienestar, además, se debe tener en cuenta la percepción que tienen de los conceptos fundamentales del nuevo modelo como son salud, familia y salud familiar, lo cual permite contextualizar a los actores encargados acerca de la percepción que estos jóvenes tienen de dicho modelo.

Conclusiones

Con relación al concepto de salud emitido por los jóvenes de Aldeas Infantiles SOS, se identifica, en parte, la persistencia de un modelo biomédico con enfoque biologicista de mayor orientación a lo orgánico, sin embargo, destacan la importancia que tiene estar mentalmente sano. A diferencia de lo encontrado en la literatura, se evidencia que para ellos la percepción de familia no está dada exclusivamente en el origen genético ni en el grado de consanguinidad, son contundentes en aseverar que se reconoce como su verdadera familia al grupo de personas que los acogen, con quienes conviven, interactúan y en aquellos con quienes se pue-

dan generar lazos afectivos, sin que necesariamente sean sus parientes biológicos, pero sí consideran fundamental identificar en dicho grupo una figura de autoridad, que sea verdaderamente orientadora y guía.

El tema de salud familiar lo relacionan con aspectos como los vínculos afectivos, la salud mental, física y emocional, consideran que estos deben estar articulados entre sí para generar armonía y por ende bienestar al interior del grupo familiar, lo cual se puede ver reflejado en el rendimiento y desempeño laboral.

A pesar de la dificultad para comprender el concepto, el grupo de jóvenes entrevistados afirman que, para alcanzar un modelo ideal de salud familiar, se hace necesario incentivar actividades educativas en el ámbito extrahospitalario, para captar oportunamente pacientes con factores de riesgo y contribuir así a la realización de diagnósticos oportunos, opinan además que se deben llevar a cabo campañas motivacionales para la realización de ejercicio por medio de programas grupales de fácil acceso y que involucren a toda la familia, relatan que es necesario promover hábitos de alimentación saludable, procurando disminuir la aparición de complicaciones relacionadas con ciertas patologías crónicas. Consideran fundamental la reformulación de actividades sanitarias habituales y trascender a la realización de visitas domiciliarias para el grupo familiar por parte de equipos interdisciplinarios complementándolos con asistencia o asesorías telefónicas periódicas lideradas por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Creen que es necesario garantizar un acceso real a los servicios de salud, sin barreras de tipo administrativo, con verdaderos estándares de calidad, igualdad y equidad.

El desafío de los equipos interdisciplinarios con relación al cuidado en salud familiar es el compromiso con el cambio en la prestación de los servicios de salud referentes a la cobertura y la calidad de la atención.

Referencias bibliográficas

- Aldeas Infantiles SOS Colombia. (2015). Informe anual 2015. Informe anual, Aldeas Infantiles SOS, Antioquia, Rionegro.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. (2008). Fundamentos en saludfamiliar. Colombia: Ricmel Impresores, recuperado de <http://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2016/09/Libro-Medicina-Familiar-ASCOFAME.pdf>

- Berenguer, M., Pérez, A., Dávila, M., y Sánchez, I. (2017). Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. *MediSan*, 21(1), 61-73.
- Blanco, J., y Maya, J. (2015). *Fundamentos en salud pública*. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB).
- Casasa, P., Ramirez, E., Guillén, R., Sanchez, A., y Sanchez, S. (2016). *Salud Familiar y enfermería* (primera ed.). México: Manual moderno.
- Cid, M.; Montes de Oca, R. y Hernandez, O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. *Revista Medica electronica*, 36 (4), recuperado de <http://www.rev-medicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1108/html>
- Colombia Congreso de la República. (23 de Diciembre de 1993). Ley 100 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones . Bogotá: Diario oficial. Recuperado el 17 de febrero de 2017, de <http://www.camec.co/userfiles/file/LEY%200100%20DE%201993.pdf>
- Colombia Congreso de la República. (16 de febrero de 2015). Ley 1751 Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario oficial. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Colombia. Constitución Política de Colombia. Artículo 42 (1991) Bogotá D.C, recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>
- Di Iorio, J. y Seidmann, S. (2015). ¿Por qué encerrados? Saberes y prácticas de niños y niñas institucionalizados. *Teoría y crítica de la psicología*, 2, 86-102.
- Dois, A., Contreras, A., Bravo, P., Mora, I., Soto, G., y Solís, C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Revista médica de Chile*, 144(5), 585-592. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n5/art05.pdf>
- Durango, P. C.; Gil, W. E. y Ramirez, E. A. (2015). Política Pública para la protección integral de las familias en el Municipio de Rionegro 2015-2025. Rionegro.
- Florenzano, R.; Horwitz, N. y Polaco, I. (1985). Familia y salud familiar. Un Enfoque para la atención primaria. *Bol Of Sanit Panam*, 98 (2), 144-154.
- Galeano, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa* (1 ed.). Medellín: Universidad Eafit. Recuperado de <https://books.google.com.co/books?id=Xkb78OSRM18C&pg=PA4&lpg=PA4&dq=ISBN+958-8173-78-7&source=bl&ots=zqMwbOWIqP&sig=-glRtp8m-De70dFFZ0zCJmut5JzQ&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKewjyYL3t->

4LUAhUF8CYKHZnWDA4Q6AEINDAC#v=onepage&q=ISBN%20958-8173-78-7&f=false

- Lastre, K., Lopez, L., y Alcazar, C. (2018). Relación entre Apoyo familiar y el rendimiento académico en estudiantes colombianos de educación primaria. *Psicogente*, .21(39), 102-115. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v21n39/0124-0137-psico-21-39-00102.pdf>
- Lauro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51.
- Martínez, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión* (20), 165-193. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia . (2016). Política de Atención Integral en Salud. Recuperado el 11 de febrero de 2016, de Política de Atención Integral en Salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia . (2013). Plan Decenal de Salud Publica 2012 -2021 . Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsulud.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia . Resolución 2626 (27 de septiembre del 2019). Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE Bogotá D.C El Ministerio, 2019 Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). La Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado el 2017, de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=D2E6F2A8674A-849039F59AD285AE2B62?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (1976). Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra: Serie de Informes Técnicos.

- Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud . Obtenido de Constitución de la Organización Mundial de la Salud : https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). La OPS en República Dominicana. Obtenido de La OPS en República Dominicana: http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/ops_brochure.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Salud en las Américas Resumen panorama regional y perfiles de país. Obtenido de Salud en las Américas: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). Objetivos del desarrollo del milenio. Informe 2015. Colombia : Nuevas Ediciones S.A.
- Quintero, A. (2007). Diccionario especializado en familia y género. Lumen Humanitas
- Salvador, J., Lima, M., Jiménez, N., & Domínguez, I. (2013). Validación de contenido de la escala de autopercepción del estado de salud familiar usando la técnica Delphi. *Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 595-603.
- Sánchez, M. (2016). La familia como objeto de investigación: un reto para los profesionales de la salud. *Multimed*, 20(5), recuperado de <http://www.rev-multimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/382/596>
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2016). Lineamientos para la ejecución de la estrategia Atención Primaria en Salud en el Departamento de Antioquia. Gobernación de Antioquia . Antioquia: Gobernación de Antioquia.



Modelo de ruta integral de atención familiar y roles del equipo interprofesional

Eyised Andrea Ramírez Salazar

Magister en Salud Familiar

Docente asistente, programa Gerontología

Universidad Católica de Oriente

Correo: eramirez@uco.edu.co

 ORCID: 0000-0002-8676- 5172


Diana Catalina Borja Ramírez


Magister en Salud Familia

Docente auxiliar, programa Enfermería

Universidad Católica de Oriente

Correo: dborja@uco.edu.co

 ORCID: 0000-0001-7393-3600



Modelo de ruta integral de atención familiar y roles del equipo interprofesional¹

Resumen

Esta investigación realiza un recorrido retrospectivo sobre el modelo de atención familiar en el contexto colombiano, abarcando aspectos conceptuales, normativos y de operación, a partir de los cuales se desarrolla una propuesta de Ruta Integrada de Atención en Salud Familiar con bases teóricas y empíricas, en la cual se destaca un conjunto de equipos multidisciplinarios que se articulan de manera armoniosa en los distintos niveles de atención. Es una revisión de la literatura con un enfoque cualitativo, de carácter narrativo, descriptivo y analítico, la unidad de análisis del estudio fue el modelo de salud colombiano y en la inclusión de la documentación se consideró la normatividad jurídica colombiana, publicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, la OMS, la OPS, además de artículos científicos existente en las bases de datos Google Scholar y PubMed. Como principal logro se construye un modelo de ruta que puede ser aplicado en los cuatros entornos de la Atención Primaria en Salud y en los distintos niveles de atención. La investigación permite llegar a la conclusión que, en la contemporaneidad en la que se encuentra Colombia, proponer una Ruta Integral de Atención Familiar favorece la implementación del nuevo modelo de atención en salud donde la familia es principal objeto y sujeto del cuidado.

¹ Capítulo derivado de la investigación Recorrido retrospectivo sobre el modelo de atención en salud dentro del contexto colombiano realizada en el año 2020.

Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) en Colombia se estableció por la Ley 100 de 1993, esta se ha modificado en su estructura general a través de varias leyes, en particular la Ley 1122 de 2007, 1438 de 2011 y Ley 1751 del 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Este conjunto de normas ha determinado un modelo de aseguramiento social con integración público-privada y dos regímenes de aseguramiento: subsidiado para aquellos sin capacidad de pago, y contributivo para la población del sector formal y los independientes con capacidad de pago (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 9).

El sistema de salud colombiano ha planteado desde su normatividad mejorar las condiciones de salubridad de la población con el fortalecimiento de la prestación de servicios en las instituciones. Sin embargo, en el sector privado, las competencias y perfiles de los equipos básicos de salud no son suficientes para tener una buena capacidad resolutoria, lo que genera represamiento en las demandas en salud. En la mediana y alta complejidad no hay un buen manejo de los recursos tecnológicos porque se promueve la demanda desde la oferta, adicionalmente hay falencias en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Con relación a los prestadores públicos en los primeros niveles hay obsolescencia tecnológica, poco talento humano y deficiencias en la capacidad instalada, sin embargo, en las instituciones del segundo y tercer nivel se cuenta con el fortalecimiento de la infraestructura con una tasa de ocupación por encima del 78 % en el periodo del 2007- 2012, mientras que la baja complejidad no supera el 40 %. Lo anterior evidencia las falencias en los procesos de referencia y contrareferencia, con una débil articulación entre las instituciones de salud y las aseguradoras, como también en la información de registros clínicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Con la Ley 1438 del 2011, en su artículo 15, el Ministerio de de Salud y Protección Social posibilita la conformación de los equipos básicos de salud en los entes territoriales como un concepto funcional y administrativo que permite el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de la Atención Primaria en Salud

(APS). Sin embargo, la formación de talento humano ha sido muy deficiente frente a las reformas que se han dado al sistema de salud, debido a que las competencias asociadas a la intervención en APS con enfoque familiar y comunitario han sido muy escasas, poniendo la capacidad de respuesta en las instituciones prestadoras solo en el médico y personal de enfermería (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En el contexto laboral, los profesionales de la salud trabajan aislados de las otras disciplinas, el reto actual es integrar los equipos interprofesionales para realizar acciones más efectivas en el campo preventivo y fortalecer la capacidad resolutive en los primeros niveles de atención. Los actores que participan en la APS en los municipios deben trascender el diligenciamiento de fichas familiares y la elaboración de diagnósticos, para gestionar acciones donde se ejecuten intervenciones en los que se fomenten ambientes saludables.

El sistema de salud colombiano se fortaleció con la actual Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud) que busca “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (p.1), para ello, el Estado adoptó la política actual denominada Política de Atención Integral en Salud (PAIS en adelante) para fortalecer el acceso a las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas (Congreso de la República, 2015).

La implementación de la estrategia de APS en el marco de la actual PAIS en Colombia, requiere la conformación de equipos interdisciplinarios que se ajusten a las necesidades de las familias y comunidades. Se requiere realizar un recorrido retrospectivo sobre el modelo de atención en salud dentro del contexto colombiano que abarca temas como: aspectos conceptuales, normativos y elementos operativos.

El principal objetivo ha sido proponer una Ruta Integral de Atención Familiar con los roles de los equipos interprofesionales que la conforman, que permitan tanto el mejoramiento de la calidad como la planificación en los distintos niveles de atención. A la fecha han sido desarrolladas rutas específicas para la promoción y mantenimiento de la salud por ciclos vitales, su principal característica es estar orientada hacia la detección temprana de alteraciones para el control de las enfermedades, cuenta con acciones individualizadas que van más allá de lo biológico,

pero falta mayor articulación, para la ejecución de dichas intervenciones, que permitan ver holísticamente al individuo dentro de su familia y comunidad.

Por lo anterior, es necesario que los profesionales planteen rutas de atención basadas en el manual de rutas propuesto por el Ministerio, donde se constituyan unas propuestas para la conformación de equipos básicos que permitan la incorporación de nuevas profesiones y además se fortalezca la articulación con otros sectores.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general. Sumado a lo anterior, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (p.1).

Con los sistemas de salud, los países buscan cobertura y brindar cuidados integrales a toda la población, a partir del nuevo enfoque de APS renovada planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2005 se iniciaron en Latinoamérica estrategias donde el centro de la de intervención son las comunidades y la familias, para ello se han implementado políticas que buscan mejorar los modos en la prestación de los servicios, fomentando la participación y articulación entre los distintos niveles de atención con el objetivo de alcanzar altos índices de bienestar y mejorar los indicadores de salud de la población. (Ocampo-Rodríguez et al., 2013)

Un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria se define como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (Organización Mundial de la Salud; Ministerio de Salud de Chile, 2012, p. 12).

Adicionalmente, este tipo de modelo se caracteriza por “una atención centrada en las personas, con énfasis en lo promocional y preventivo, enfoque familiar, inte-

gral, participación social, intersectorialidad, calidad, uso de tecnologías apropiadas y gestión de las personas” (Carol y Leiva, 2013, p. 157).

En el contexto del sistema de salud colombiano con la PAIS se plantea un modelo con enfoque de salud familiar y comunitario, para su implementación es necesaria la conformación de equipos interprofesionales que articulen e integren acciones individuales y colectivas con el fin de garantizar el goce efectivo al derecho a la salud de toda las personas; la intervención se debe basar desde las necesidades, potencialidades, relaciones de las personas, familias y comunidades en los territorios. Con este modelo, las poblaciones son adscritas y acompañadas por equipos multidisciplinarios de salud familiar y comunitaria, favoreciendo una atención integral (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

La OMS y la OPS (2008) consideran fundamental el papel de los equipos interprofesionales para el logro de objetivos en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, los profesionales se articulan hacia una meta en común poniendo a las personas en la centralidad del proceso.

La asistencia sanitaria de calidad exige la compenetración de diversos profesionales para dar una respuesta integral a las necesidades y requerimientos de salud de la población. Muchas veces, dicha compenetración ha de darse entre profesionales de esta o de distintas disciplinas que trabajan en equipo dentro de un centro o pertenecen a distintos niveles asistenciales (Galán ,2013, p. 371).

Para conformar un equipo de atención primaria (EAP) debe estar ajustado a las particularidades concretas de cada sistema y sus comunidades. Por lo anterior, no existe un modelo único con respecto a los profesionales que deben hacer parte del equipo, sino que cada prestador puede definir la manera operativa, organizativa y funcional lo que se requiera para la solución de las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. La OPS sugiere que las acciones en salud deben ser articuladas e integradas entre los distintos niveles de atención (Organización Mundial de Salud y Organización Panamericana de Salud, 2008).

Metodología

Se desarrolló una revisión de la literatura con enfoque cualitativo de carácter

narrativo, descriptivo y analítico, en la cual se realizó un recorrido retrospectivo sobre el modelo de atención en salud dentro del contexto colombiano, que abarcó temas como: aspectos conceptuales y normativos, además, elementos operativos, con el fin de proponer una Ruta Integral de Atención Familiar con los roles de los equipos interprofesionales, que permitan tanto el mejoramiento de la calidad, como la planificación en los distintos niveles de atención.

La unidad de análisis del estudio fue el modelo de salud colombiano y en la inclusión de la documentación se consideró la normatividad jurídica colombiana, documentos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social, la OMS, la OPS, además, la búsqueda de literatura científica existente en bases de datos Google Scholar y PubMed.

Para el análisis de las fuentes se registró la información en una matriz de categorías y posteriormente se trianguló la información haciendo referencia a la búsqueda de patrones de convergencia para corroborar una interpretación global del fenómeno objeto de la investigación (Okuda y Gomez, 2005) para el caso modelo de salud colombiano.

Resultados

Una Mirada a la historia

Para el análisis de la PAIS se hace necesario realizar un recorrido retrospectivo sobre el sistema de salud colombiano, su desarrollo, implementación, avances, aciertos y desaciertos en relación con las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las comunidades y familias, además del papel de los profesionales en las intervenciones como equipo de trabajo.

Antes de la Constitución de 1991, la primera concepción de salud como sistema fue estipulada en la Ley 10 de 1990, la cual dispuso que la prestación del servicio en salud estaría a cargo del Estado como un servicio básico que se ofrecería gratuitamente para este fin (Congreso de la República, 1990). Más adelante con la Ley 100 de 1993 se constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS en adelante) dejándose de prestar la atención de forma gratuita a toda la población, estipulándose dos regímenes: uno subsidiado para la población sin ca-

pacidad de pago y otro contributivo para la población trabajadora (Congreso de la República, 1993). Ambos sistemas fueron desarrollados a través de un modelo de salud biologista y medicalizado, donde la atención estaba centrada en el médico, la enfermedad y la curación.

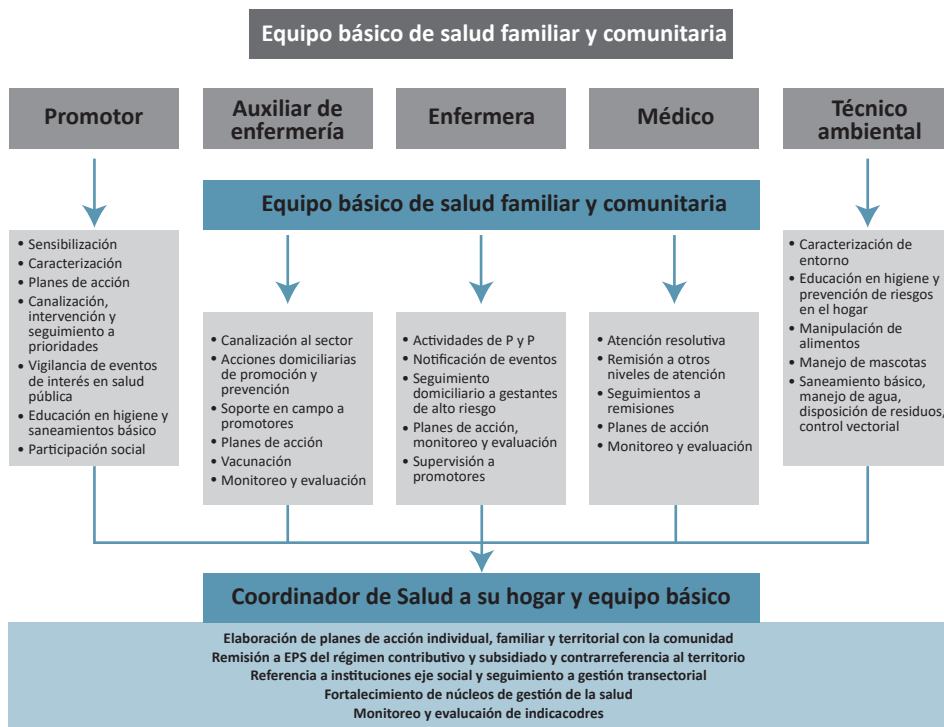
Posteriormente, con la Resolución 412 del 2000 se establecieron “las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptaron las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública” (Ministerio de Salud, 2000, p.1). La prestación de servicios lo realizaba el personal de la salud de forma secuencial y sistemática con frecuencias de atenciones anuales mínimas (Gaitán y Gómez, 2013). Es la enfermedad la que da la lógica de la acción de protección y detección, por lo tanto, se tenía buena salud en la medida en que su finalidad estaba dada por el propósito de disminuir la morbimortalidad. El profesional bajo este modelo enfocó su desempeño en tareas curativas y algunas actividades de prevención, la promoción de la salud era incipiente, dejando como consecuencia un desequilibrio económico por las enfermedades de alto costo, que se generaron a causa de la falta de acciones preventivas. Los equipos de salud familiar y comunitaria estaban conformados por un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y hasta tres promotores como se presenta en la Figura 1 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012).

Para este momento, se tenían pocas estrategias de promoción de la salud, las cuales debían “buscar ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, con una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud” (Organización Mundial de la Salud, 2005, p.1). [Ver Figura 1, página 66.](#)

Más adelante, se realiza la primera modificación del sistema de salud por medio de la Ley 1122 del 2007, la cual pretendía ajustar el sistema en cuanto a la prestación, dirección, racionalización y mejoramiento de la prestación de los servicios. Esta reforma pretendió introducir los determinantes sociales de la salud a través del Plan Nacional de Salud Pública, integrando actores del área de las ciencias de la salud con otras disciplinas y otros sectores (Congreso de la República, 2007).

Figura 1

Esquema del equipo básico de salud y sus funciones Bogotá 2006



Nota. Secretaría de Salud, 2006 (como se citó en Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012).

A pesar de que el Estado dio directrices para fortalecer la promoción y prevención en los municipios integrando nuevos actores y sectores, aún las acciones en salud estaban enfocadas principalmente en la disminución de los riesgos de enfermar en las personas más vulnerables. Se conforman dos equipos: en las Empresas Sociales del Estado (ESE) el extramural, que realiza acciones colectivas y algunas individuales, además, el intramural, encargado de la atención en los servicios de salud dentro de la infraestructura de la ESE, tales como: medicina general, odontología, nutrición, y salud visual. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012).

En el año 2011 se realiza la segunda reforma al SGSSS por medio de la Ley 1438, la cual buscaba el fortalecimiento del sistema por medio de la transformación del

modelo medicalizado a un modelo en el marco de la estrategia de la atención primaria, esta ley busca mejorar la salud, crear un ambiente sano, brindar servicios de calidad, incluyentes y equitativos en el país (Congreso de la República, 2011).

Esta transformación también quiso integrar en un solo plan obligatorio de salud todas las acciones, intervenciones, procedimientos, actividades entre otros, que hasta la fecha se realizaban de manera separada en los regímenes subsidiado y contributivo. La nueva corriente suscitó a nivel del país una gran inquietud para todos los profesionales, que debían ahora enfrentarse a este cambio de paradigma del modelo medicalizado a un modelo basado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que integraba al individuo con los determinantes sociales que lo acompañan. Se requería fortalecer el equipo con promotores, profesionales de medicina, enfermería, nutrición y odontología con el fin de mejorar la calidad de las intervenciones a través de una educación más cualificada, con un abordaje integral. Sin embargo, se dieron dificultades al articular todo el equipo por la falta de formación de profesionales en este campo (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012).

Por lo anterior, el cambio de paradigma implica que los equipos interprofesionales debían fortalecerse en acciones preventivas, conformando equipos interdisciplinarios que interactúen con los sectores según las necesidades, el contexto y el territorio.

Con la Ley 1438 los profesionales debían incluir la participación activa de la comunidad, la interculturalidad, el hábito del autocuidado como también la atención integral y continua. Era de suma importancia que los equipos realizaran orientación individual, familiar y comunitaria, mientras el Estado debía fortalecer los servicios de salud de baja complejidad para mejorar la resolutivez (Congreso de la República, 2011).

Sin embargo, según el Ministerio de Salud y Protección Social para el 2015, en Colombia había baja capacidad resolutivez de los profesionales en los primeros nivel de atención debido la subutilización tanto en sus servicios, como también en las acciones que se realizaban en la prevención de la enfermedad y en cuidados paliativos, adicionalmente, el talento humano, con perfiles de formación hospital céntricos, originaba la reducción de las capacidades y competencias para resolver las necesidades de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Ante lo expuesto, el Estado colombiano, dando respuesta a la transformación que

traía la Ley 1438 y que aún faltaba implementarse con mayor realismo e impacto, para el año 2015 decide convertir la salud de un derecho de segundo orden a un derecho fundamental por medio de la Ley 1751 de 2015. Esta reforma, les indica a los actores del sistema la trascendencia de la salud en orden de importancia y para ellos la responsabilidad en el manejo de la atención de esta (Congreso de la República, 2015).

Política de Atención Integral en Salud

La ley 1751 del 2015 adopta la Política de Atención Integral en Salud, la cual tiene como estrategia la APS y el cuidado a las familias, por medio de intervenciones en promoción de estilos de vida saludables, dando herramientas para el autocuidado antes que aparezca la enfermedad. Las acciones se deben realizar buscando afianzar la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de su propia salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Para la ejecución de dicha política se desarrolla como complemento el Modelo de Acción Integral Territorial – (MAITE en adelante) el cual es un conjunto de acciones y herramientas que buscan articular las acciones de salud pública en cada departamento y municipio a través de la priorización de necesidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Una de sus herramientas metodológicas son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS en adelante), estas plantean acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el fin de generar cultura del cuidado en las personas, familias y comunidades; “incluye atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores” (Ministerio de la Protección Social, 2020, p. 1).

Para la ejecución del MAITE es indispensable el fortalecimiento del talento humano por medio de la conformación de equipos multidisciplinarios que trabajen por la priorización de necesidades y tengan capacidad resolutoria centrada en las personas, familias y comunidades. Esto incluye el desarrollo de la estrategia de Educación Interprofesional en Salud (EIP) y la vinculación de agentes comunitarios en todo el territorio nacional, especialmente en el área rural (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

El enfoque en salud familiar da a los profesionales nuevas luces en su desempeño laboral y debe haber un cambio en el perfil profesional, puesto que se hace necesario ver al individuo no solo con sus riesgos y patologías, sino también como un ser dentro del contexto familiar con factores protectores o de riesgo que influyen positiva o negativamente en su calidad de vida. Por lo anterior es esencial educar al talento humano en los nuevos desafíos y políticas colombianas para la adecuada implementación del modelo y que en la conciencia colectiva se trabaje siempre al ser humano de forma integral en su entorno familiar, comunitario y territorial.

Para contribuir con el reforzamiento de los sistemas de salud con respecto a su ubicación en términos poblacionales y de territorios, tanto a nivel individual como en la sinergia del entorno familiar y comunitario es fundamental reorganizar y fortalecer el talento humano en salud para la implementación del MAITE (Cruz et al., 2017).

En este modelo que se desarrolla en el territorio, se articulan los planes de salud pública a las RIAS, definiendo las condiciones necesarias para asegurar la integridad en el proceso de atención por parte de los agentes del sistema de salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. “Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p.1).

Existen tres tipos: la Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud, las Rutas de Atención para grupos de riesgo, y las Rutas Integrales de protección específica. Con las RIAS cada profesional desde su disciplina debe buscar el cuidado del ser humano y su familia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Propuesta modelo de Ruta Integral de Atención Familiar y roles del equipo interprofesional

En primer lugar, es necesario enfatizar que el rol de los profesionales se materializa en el equipo de salud con una orientación colectiva y comunitaria. Una de las principales características es la de asumir objetivos comunes, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, hacerlo desde una perspectiva

interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, además constituirse en la puerta de entrada de la red asistencial (Franco, 2015).

Los equipos interprofesionales tienen grandes retos para el desarrollo de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, entre ellos integrar los componentes y entornos con acciones articuladas, principalmente a partir de la caracterización y descripción del contexto ambiental, seguido del acceso a servicios de acueducto, alcantarillado, manejo y disposición de residuos sólidos, para realizar con los resultados obtenidos un plan de acción desde lo sectorial, intersectorial y comunitario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Otro de los retos que tienen los profesionales dentro del PAIS es ampliar el concepto de salud familiar e incorporar la familia como sujeto y objeto de la atención en salud de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las instituciones con los profesionales que intervienen en las rutas deben tener un papel protagónico ante estos nuevos desafíos para que con creatividad y liderazgo realicen acciones interdisciplinarias, con énfasis en la promoción de estilos de vida saludables, el fomento de acciones multisectoriales, además del fortalecimiento de la responsabilidad familiar y comunitaria para lograr mejorar las condiciones de salud en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El cambio del modelo de salud involucra dos grandes frentes de accionar, el primero hace referencia a los servicios de salud y el segundo, a la formación del talento humano, para ello se requiere de una reeducación a los actores del sistema como un primer frente de acción en la ejecución del nuevo modelo, además de la inclusión de nuevas profesiones como la gerontología, nutrición y dietética, desarrollo familiar entre otros, de acuerdo con las necesidades de cada contexto, teniendo en cuenta la transversalidad de las acciones en la atención.

En lo referente a la prestación de los servicios de salud se requiere un cambio en la manera en la que se están brindando los servicios, podría, incluso, hablarse de una etapa de transición en la que se ofrezca educación a los actores que participan y serán los responsables del desarrollo del MAITE, es decir: se requiere capacitar a los entes territoriales, los administradores de los planes de beneficios y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS en adelante) sean estas públicas o privadas. Estas últimas de manera especial, teniendo en cuenta que son ellas

quienes brindará la prestación de los servicios de salud tanto de manera individual como colectiva.

La primera labor que deben emprender las IPS es la identificación de los factores de riesgo y protectores de la salud enfocados en los determinantes sociales de la salud, para esto el Ministerio ha propuesto realizar cuatro escenarios de análisis, el primero, la familia; a través de la Historia Familiar. El segundo, la escuela como espacio de interacción después del hogar, entre la familia y la escuela se evaluará a la comunidad como un tercer entorno, no menos importante, y finalmente el entorno laboral que permea a los demás. Lo que se busca en todos los escenarios es la identificación de los problemas, la intervención y la evaluación para la superación de estos.

La segunda labor que deben desarrollar las IPS hace referencias a los servicios de salud individuales dentro de los que tenemos: detección temprana, protección específica, educación para la salud, diagnóstico oportuno, tratamiento precoz, rehabilitación, inclusión y paliación; las anteriores acciones mencionadas se desarrollan en forma fragmentada, se requieren para mejorar este proceso de una atención integrada y articulada con las RIAS.

Para una óptima operación del modelo, es necesario que las dos anteriores propuestas que son desarrolladas por las IPS a través Plan de Intervenciones Colectivas (PIC en adelante) y el Plan Obligatorio de Salud (POS en adelante) deben estar articuladas en los cuatro entornos para de esta manera poder controlar los factores de riesgos más relevantes detectados mediante los diferentes diagnósticos, adicionalmente estas condiciones de salud deben ser validadas a nivel hospitalario y dicha información permitirá hacer seguimiento a los principales eventos de salud pública que marcará los índices de morbilidad y mortalidad. Con la información recogida se buscará realizar acciones familiares, individuales y comunitarias de detección temprana y protección específica más efectivas, para así mejorar los factores de riesgo y potenciar los factores protectores en los diferentes entornos.

Para conseguir la efectividad en la propuesta anterior, se plantea una Ruta Integrada de Atención Familiar que sea un conector entre los entornos que ocupan los individuos y los niveles de complejidad en los que serán atendidos. En la actualidad no existe una conexión directa y oportuna entre los distintos niveles de complejidad, lo que no avala una atención efectiva. Además, el sistema de garantía

de la calidad solo se ha enfocado en clasificar los servicios de atención, más no en indagar la capacidad resolutoria por parte de los distintos niveles que garanticen el mejoramiento de la salud.

Lograr que el primer nivel de atención alcance a resolver y tratar el ochenta por ciento de los problemas de salud en Colombia es una de las principales metas del Ministerio de salud y Protección Social teniendo en cuenta que lo primordial es el mantenimiento y la protección de la salud y no la atención de la enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Para esto se requiere que los equipos interdisciplinarios de los primeros niveles de atención hagan seguimiento continuo a los usuarios en el entorno familiar como también en los distintos niveles de atención a los cuales es remitido, siendo fundamental fortalecer la efectividad de la referencia y contrareferencia entre las IPS, incluyendo si es necesario la atención domiciliaria.

Es un gran reto para la academia formar un talento humano de pregrado y posgrados capaz de desarrollarse en un sistema de salud, donde debe abordar al individuo no solo en las IPS, sino en los entornos familiar, escolar, comunitario y laboral, convergiendo nuevamente en las entidades hospitalarias. Adicionalmente, debe ser un personal idóneo para trabajar en equipo, que realice acciones individuales y colectivas de manera transversal en los diferentes niveles de complejidad, las cuales deben estar encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, inclusión y paliación, de manera que se garantice la resolución de los problemas de salud con la participación de la familia en este proceso.

Asimismo, los profesionales sanitarios, según las RIAS, deben realizar valoraciones más profundas de la unidad familiar y no solo centrarse en sus integrantes de forma individual, por lo cual es importante que los profesionales de los equipos básicos conozcan las principales crisis que se generan al interior de esta, para que se puedan realizar también intervenciones de promoción de la salud dirigidas a fomentar estrategias adecuadas de afrontamiento que mejore la salud familiar en la población (Martinez et al., 2017).

Ruta Integral de Atención Familiar

La propuesta de Ruta Integral de Atención Familiar consta de cuatro equipos bá-

sicos interprofesionales, cada equipo base debe elegir un líder de acuerdo con las necesidades de las familias, comunidades o servicios. El eje transversal y central de la Ruta es la familia, quien estaría atendida por el equipo al cual le corresponda según su proceso salud-enfermedad.

Los equipos son: equipo de apoyo trasversal, equipo básico comunitario, equipo básico del primer nivel de complejidad, equipo básico del segundo nivel de complejidad, equipo básico del tercer nivel de complejidad, entre los dos primeros equipos se realiza la entrada al sistema de salud, el cierre final de la atención y la articulación constante con los otros prestadores, es decir, está en continuo movimiento entre los entornos y las otras IPS, por lo cual se deberá tener como referencia constante, al primer nivel, a quien se le dará retroalimentación del servicio brindado.

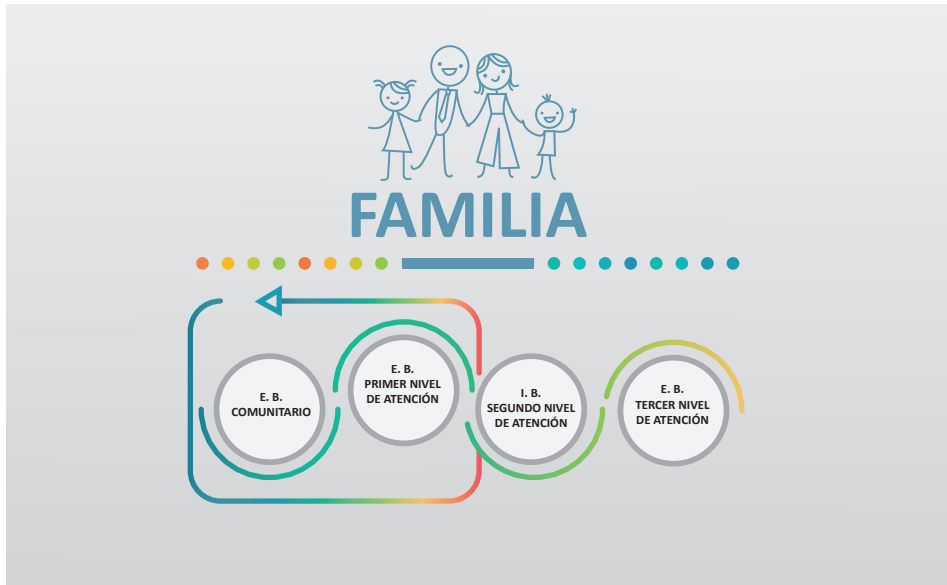
Representación de Ruta Integral de Atención Familiar

En la Figura 2 se representa a la familia como el centro de la atención, los puntos con líneas discontinuas que incorporan el inicio y el cierre del ciclo vital individual desde la concepción hasta la muerte. Paralelo a este curso de vida, encontramos a los cuatro equipos interprofesionales, los dos primeros hacen parte de la IPS de referencia o la puerta de entrada al sistema de salud tanto del usuario como de su familia. [Ver Figura 2, página 74.](#)

Estos equipos actúan con funciones diferentes de acuerdo con su entorno, pero articulados desde las atenciones e intervenciones. El trabajo de los primeros niveles se encuentra enmarcado por una flecha que no se cierra y rodea el accionar debido a que la interacción en conjunto estará siempre abierta a las necesidades del individuo, las familias y las comunidades con un enfoque diferencial en la cultura, territorio y estilos de vida, adicionalmente la población será agente dinámico en la priorización de problemas, por medio de una participación activa en la toma de decisiones y en la ejecución de los cuidados impartidos por los equipos interdisciplinarios.

Figura 2

Ruta Integral de Atención Familiar



Nota. Autoría propia.

La conexión entre los diferentes niveles de atención está enmarcada por una onda armónica, la cual quiere mostrar la sinergia que debe existir en la referencia y contrareferencia entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, lo que garantice una articulación integradora, conjunta, centrada en el individuo y su familia.

Estrategia operacional de la Ruta

El número de equipos básicos por cada IPS dependerá de la oferta, la demanda, los servicios y la capacidad instalada de cada una. El equipo comunitario se tendrá como base de apoyo a nivel territorial de manera transversal. Las funciones de cada equipo serán atender al individuo y su familia según el contexto y el nivel de complejidad para garantizar una atención integrada e integradora.

Rectoría del sistema de la Ruta y equipo de apoyo

La Rectoría del sistema de la Ruta estará a cargo del Estado quien es el eje articulador entre la IPS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, (EAPB) además elaborará el análisis situacional de salud de cada municipio con base en los perfiles epidemiológicos presentados por la IPS y EAPB con los diagnósticos familiares y comunitarios desarrollados a través de la historia familia.

Ruta Integral de Atención Familiar

Diseña el plan de intervenciones tanto individuales como colectivas siendo responsables de la contratación, seguimiento y control de este. Adicionalmente, es el organismo encargado de velar por el cumplimiento de las acciones de salud pública en todos los entornos y el aseguramiento en toda la población.

El equipo de apoyo será transversal a todos los equipos básicos, su función está enmarcada en un trabajo de acuerdo con las necesidades y problemáticas de las familias, de este hace aparte las capellanías de las instituciones, coordinadores de atención al usuario, trabajadores sociales entre otros. Las acciones que desarrollan los profesionales que lo conforman se pueden proporcionar de forma intermitente con funciones puntuales de acuerdo con su competencia.

Tabla 1

Rectoría del sistema de la Ruta y equipo de apoyo transversal

Clasificación de los Equipos Básicos de Salud	Cómo están conformados	Acción que deben realizar	Cómo funcionan	Actores participantes
Rectoría del Sistema de Salud	Funcionarios públicos, espacios de participación comunitaria y control social; organismos de control.	Coordinar, dirigir, realizar seguimiento y evaluación del sistema (Planes de mejoramiento, Sistema de Gestión de Calidad). Mejoramiento, Sistema de Gestión de Calidad).	Acciones en cada uno de los niveles del Estado en todo el país.	Ministerio de Salud y Protección Social-Gobernaciones departamentales-ciudades y municipios.
	Entidad territorial del orden nacional, departamental y municipal con todos sus sectores – ONG y sector productivo.	Articulación intersectorial.	Mesas articuladas del COMPOS, Consejos de Gobierno, Consejos Territoriales de Seguridad Social, Comités de Participación en Salud, ligas de usuarios.	Ente Territorial, IPS – EPS.

Nota. Autoría propia.

Equipo básico comunitario y funciones

El equipo básico comunitario tiene como finalidad realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de acuerdo con el PIC y en concordancia con lo identificado en la historia familiar, el diagnóstico comunitario y el trabajo en los distintos entornos. Su principal función es desarrollar y hacer seguimiento al plan familiar por medio de la educación en salud, canalización a programas, demanda inducida y atención domiciliaria integral.

Se deben fortalecer los sistemas de información para que el cuidado familiar sea articulado con los otros entornos, se propone que como mínimo el equipo deba estar conformado por los siguientes profesionales: enfermero, gerontólogo, médico familiar, profesional en desarrollo familiar, nutricionista, psicólogo, trabajador social y desarrollador de información como se muestra a continuación:

Tabla 2

Equipo básico comunitario y funciones (página 78).

Clasificación de los Equipos Básicos de Salud	Cómo están conformados	Acción que deben realizar	Cómo funcionan (funciones comunes)	Actores participantes
Equipo Básico Comunitario	ATENCIÓN PRIMARIA COMUNITARIA- PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS			Ente Territorial- contrata- IPS ejecuta
Integrantes del Equipo	Promotor de salud pública	Visitas domiciliarias. Diligenciar las fichas en cada entorno (Familiar, Escolar, Comunitario y Laboral - para realización de los diagnósticos) identificación y priorización de necesidades por familias y comunes por cada territorio. Educación para la salud gestionar espacios colectivos de participación rural y barrial para el abordaje integral de las problemáticas de salud; fomento y realización de actividades que potencien los saberes y recursos populares, utilización apropiada de los recursos del estado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterizar a la población según los diferentes aspectos del proceso de salud enfermedad. 2. Identificar factores de riesgo en la comunidad. 3. Priorización de las problemáticas para el diseño del Plan Familiar y Plan Comunitario. 4. Participar en el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud a nivel local y en el marco de los programas de salud, Demanda inducida al Primer Nivel de Atención. 5. Propiciar la conformación y continuidad de redes comunitarias e intersectoriales para el cuidado de la salud. 6. Desarrollar acciones encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 7. Seguimiento y acompañamiento a las Familias. 8. Intervenciones Individuales, familiares y comunitarias de acuerdo a cada profesión. 9. Articulación con los demás niveles de Atención. 	
	Profesional en desarrollo familiar.	Reconocer la familia a nivel integral, detecta los factores protectores y los factores de riesgo, identifica puntos de apoyo para el inicio de la terapia familiar y de pareja.		Ente Territorial- contrata- IPS ejecuta

	Médico familiar	<p>Evaluar el estado de salud de la comunidad. Contextualizar el proceso salud enfermedad y antecedentes generales de las familias. Diligenciar registros médicos en: la historia clínica y ficha familiar.</p> <p>Realizar seguimiento de terapia médica.</p> <p>Evaluar y manejar pacientes recién egresados de las IPS.</p> <p>Realizar seguimiento de pacientes según situación de salud (crónicos, pre y postparto, etc.). Remisión de casos según normas de referencia y contrareferencia. Atención domiciliaria (salud en casa). Atención a población dispersa.</p>		Ente Territorial- contrata-IPS ejecuta
	Psicólogo	<p>Intervenir el estado mental y emocional de los integrantes de la familia. Sus necesidades afectivas, emocionales, el sentido y proyecto de vida. Manejo de adicciones, autoestima, autoridad. Terapia de pareja.</p>		Ente Territorial- contrata-IPS ejecuta
	Nutrición	<p>Diagnosticar enfermedades nutricionales. Asociación de la alimentación y la dinámica familiar. Manejo de la canasta familiar. Disponibilidad, acceso, consumo e ingesta de alimentos. Dieta adecuada según las necesidades del ciclo vital. Evaluar el estado nutricional, dar orientaciones alimentarias y educación en hábitos alimenticios en la comunidad, focalización de usuarios para programas, manipulación de alimentos.</p>		Ente Territorial- contrata-IPS ejecuta

	Enfermería	<p>Coordinar y dirigir el equipo de promotores. Fortalecer el cuidado al interior de la familia. Coordinar el diagnóstico y priorización de necesidades a nivel familiar y comunitario.</p> <p>Ingreso a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p> <p>Identificar y potencializar los factores protectores y mitigar los factores de riesgo.</p> <p>Plan de manejo individual y familiar para el cuidado y el autocuidado al interior de la familia. Atención domiciliaria en caso de patología crónica.</p>		Ente Territorial- contrata-IPS ejecuta
	Gerontología	<p>Análisis de la pirámide de la población, revisión del cambio demográfico.</p> <p>Análisis de la población y sus dinámicas internas, estados de transición demográficos. Identificación del ciclo vital familiar y el ciclo vital de los miembros.</p> <p>Valoración del proceso de envejecimiento al interior de la familia de manera individual y colectiva.</p> <p>Plan de trabajo gerontológico y fortalecimiento de la red de apoyo en el adulto mayor. Plan de cooperación entre los miembros de la familia para el abordaje del proceso de envejecimiento.</p>		Ente Territorial- contrata-IPS ejecuta
	Trabajo Social	<p>Caracterización y evaluación de los determinantes sociales. Gestión de trámites sociales.</p>		Ente Territorial- contrata-IPS ejecuta

	Digitador-Gerente en Sistemas de Información	Sistematizar la información. Análisis de la información y contacto telefónico .		Ente Territorial- contrata-IPS ejecuta
--	--	---	--	--

Fuente: Autoría propia.

Equipo básico primer nivel de atención y funciones

El equipo del primer nivel de atención coordina y ejecuta acciones de prevención de la enfermedad y el plan de atención individual contemplado en las RIAS. Según el PAIS se debe tener un talento humano competente con la capacidad instalada para realizar acciones encaminadas al diagnóstico, tratamiento precoz, además de algunas intervenciones en rehabilitación y paliación.

Ambos equipos mencionados deben estar adscritos a la IPS del primer nivel, en esta se coordinan las acciones comunitarias del PIC y el Plan de Intervención Individual, adicionalmente se realiza la gestión integral del riesgo de la enfermedad, para validar el perfil epidemiológico simultáneamente con el diagnóstico comunitario. El objetivo de estos equipos es la atención integral para el mantenimiento de la salud, la gestión del riesgo, la generación de la historia familiar y la articulación de los entornos: familiar, escolar, comunitario y laboral.

Tabla 3

Equipo básico primer nivel de atención y funciones (ver en la página 83).

Clasificación de los Equipos Básicos de Salud	Cómo están conformados	Acción que deben realizar	Cómo funcionan (funciones comunes)	Actores participantes
Equipo Básico Primer Nivel de Atención	ATENCIÓN PRIMARIA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN- PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES			EPS- contrata- IPS ejecuta
Integrantes del Equipo	Enfermería	Coordinar y dirigir las acciones individuales de atención en salud de los programas de promoción y prevención. Identificar y potencializar los factores protectores y mitigar los factores de riesgo. Plan de manejo individual y familiar para fortalecer el cuidado y autocuidado al interior de la familia. Educación en salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar análisis de las consultas externas, (primeras causas de mortalidad y morbilidad) 2. Construcción del perfil epidemiológico. 3. Validación y articulación del diagnóstico comunitario y perfil epidemiológico. 4. Diagnóstico y tratamiento de patologías. 5. Conformación priorización y clasificación de cohorte de riesgo. 6. Articulación del Plan de intervenciones Colectivas y el Plan de Gestión de riesgo Individual. 7. Acciones direccionadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Información continua del estado de salud de la población y según el diagnóstico médico remitir a un segundo nivel de atención. 8. Plan de manejo individual y familiar para el cuidado y el autocuidado al interior de la familia. 9. Seguimiento y acompañamiento a las Familias en los procesos y procedimientos propios de la atención del Primer nivel. 10. Intervenciones Individuales, familiares y comunitarias de acuerdo a cada profesión. 11. Articulación con los demás niveles de atención en lo referente al: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, inclusión y paliación. 	

	Profesional en desarrollo familiar.	Reconocer toda la familia a nivel integral, detecta los factores protectores y los factores de riesgo, identifica puntos de apoyo para el inicio de la terapia familiar y de pareja.		EPS- contrata-IPS ejecuta
	Médico Familiar	Diligenciar registros médicos (historia clínica familiar). Ingreso a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Remisión a otros niveles de complejidad. Realizar seguimiento de terapia médica. Evaluar y manejar pacientes recién egresados de una hospitalización o atenciones especiales en las IPS de patologías de alto costo. Seguimiento a pacientes según situación de salud (crónicos, pre y postparto, etc.). Hacer remisión de casos según normas de referencia y contrareferencia. Articularse con los programas de P y P.		EPS- contrata-IPS ejecuta
	Psicólogo	Intervención individual. Grupos de apoyo para el tratamiento y mejoramiento del estado mental y emocional de los integrantes de la familia. Sus necesidades afectivas, emocionales, el sentido y proyecto de vida. Manejo de adicciones, autoestima, autoridad.		EPS- contrata-IPS ejecuta
	Nutrición	Asociación de la alimentación y la dinámica familiar. Manejo de la canasta familiar. Disponibilidad, acceso, consumo e ingesta de alimentos. Dieta adecuada según las necesidades del ciclo vital.		EPS- contrata-IPS ejecuta

	Gerontología	Articulación en doble vía entre los programas promoción y prevención, con los programas de centros vida o centros gerontológicos para el mantenimiento de la salud. Desarrollo de planes de afrontamiento del proceso de envejecimiento, valoración del adulto mayor y de plan de cuidado con su proceso de autonomía. Plan de trabajo gerontológico y fortalecimiento de la red de apoyo en el adulto mayor con enfermedad crónica. Plan de cooperación entre los miembros de la familia para el abordaje del proceso de envejecimiento.		EPS- contrata-IPS ejecuta
	Trabajo Social	Caracterización y evaluación de los determinantes sociales. Gestión de trámites sociales.		EPS- contrata-IPS ejecuta
	Digitador-Gerente en Sistemas de Información	Sistematizar la información. Análisis de la información y contacto telefónico.		EPS- contrata-IPS ejecuta

Nota. Autoría propia.

Equipo básico segundo nivel de atención y funciones

Las acciones que se desarrollan en el segundo nivel de complejidad para la promoción y mantenimiento de la salud deben ser consignadas en la historia familiar, además fortalecer los procesos de referencia y contra referencia por medio de una comunicación asertiva entre los diferentes prestadores, con el fin de que el cuidado a las familias sea integral, a través de un sistema de información eficiente, en la cual se tenga acceso a todos los equipos básicos de salud en los diferentes niveles.

Tabla 4

Equipo básico segundo nivel de atención y funciones (ver en la página 86).

Clasificación de los Equipos Básicos de Salud	Cómo están conformados	Acción que deben realizar	Cómo funcionan (funciones comunes)	Actores participantes
Equipo Básico Segundo Nivel de Atención	ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN- PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES			EPS- contrata-IPS ejecuta
	Enfermería	<p>Coordinar y Dirigir las acciones individuales de atención en salud, fortalecer el cuidado y el autocuidado, al interior de la familia, preparación para la hospitalización.</p> <p>Identificar y potenciar los factores protectores y mitigar los factores de riesgo.</p> <p>Plan de manejo individual y familiar para el cuidado y el autocuidado al interior de la familia.</p> <p>Atención y acompañamiento en el egreso del paciente y educación en salud para el manejo domiciliario.</p>	<p>1.Revisar y actualizar la historia Familiar.</p> <p>2. Diagnóstico y tratamiento, rehabilitación e inclusión y paliación, de patologías</p> <p>2. Preparación para la hospitalización al paciente y su familia.</p> <p>3.Manejo del egreso del paciente con Familia.</p> <p>4. Remisión al primer nivel y al entorno comunitario para manejo primario del paciente.</p> <p>5. Articulación con los demás niveles de atención en lo referente al: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, inclusión y paliación.</p>	EPS- contrata-IPS ejecuta
	Médico Familiar	<p>Diligenciar registros médicos (historia clínica familiar).</p> <p>Realizar seguimiento de terapia médica.</p> <p>Evaluar y manejar pacientes, preparación para la hospitalización, recién egresados del hospital.</p> <p>Realizar seguimiento de pacientes según situación de salud (crónicos, pre y postparto, etc.).</p> <p>Hacer remisión de casos según normas de referencia y contrareferencia. Manejo del egreso del paciente</p>		EPS- contrata-IPS ejecuta

	Profesional en desarrollo familiar.	Mirar toda la familia a nivel integral, detecta los factores protectores y los factores de riesgo, identifica puntos de apoyo para el inicio de la terapia familiar y de pareja.		EPS- contrata-IPS ejecuta
	Psicólogo	Intervenir en la salud mental y emocional de los integrantes de la familia. Detectar necesidades afectivas, emocionales y el sentido de la vida. Fortalecer el proyecto de vida. Manejo de adicciones, autoestima, autoridad y /o terapia de pareja o familiar		EPS- contrata-IPS ejecuta
	Nutrición	Asociación de la alimentación y la dinámica familiar. Manejo de la canasta familiar. Disponibilidad, acceso, consumo e ingesta de alimentos. Dieta adecuada según las necesidades del ciclo vital.		EPS- contrata-IPS ejecuta
	Gerontología	Articulación, valoración del adulto mayor y de plan de cuidado en su proceso de autonomía postoperatorio, Plan de trabajo gerontológico y fortalecimiento de la red de apoyo en el adulto mayor con enfermedad. Plan de cooperación entre los miembros de la familia para el abordaje del proceso de envejecimiento paciente y cuidador.		EPS- contrata-IPS ejecuta

	Salud familiar	Análisis de la problemática y de la historia de salud familiar, antecedentes familiares, entorno laboral, entorno escolar y entorno comunitario.		EPS- contrata-IPS ejecuta
	Trabajo Social	Caracterización y evaluación de los determinantes sociales. Gestión de trámites sociales.		EPS- contrata-IPS ejecuta
	Digitador- Gerente en Sistemas de Información	Sistematizar la información. Análisis de la información y contacto telefónico .		EPS- contrata-IPS ejecuta

Nota. Autoría propia.

Equipo básico tercer nivel de atención y funciones

Este nivel de complejidad se pretende afianzar en las acciones de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, inclusión y paliación en patologías de alto costo, la comunicación con el primer nivel, al cual pertenece el usuario, será constante y de acuerdo con el proceso de salud-enfermedad de cada persona con su familia, es así como la atención debe ser continua y pertinente según el grado de complejidad de su procedimiento. El equipo básico debe estar compuesto como mínimo por: enfermería, médico familiar, profesional en desarrollo familiar, psicólogo, gerontólogo, nutrición, trabajo social, es conveniente la participación del médico especialista tratante.

Tabla 5

Equipo básico tercer nivel de atención y funciones.

Clasificación de los Equipos Básicos de Salud	Cómo están conformados	Acción que deben realizar	Cómo funcionan (funciones comunes)	EPS- contrata-IPS ejecuta
Equipo Básico Tercer Nivel de Atención	ATENCIÓN PRIMARIA EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN- PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES			EPS- contrata-IPS ejecuta
	Enfermería	Coordinar y Dirigir las acciones individuales de atención en salud, fortalecer el cuidado y el autocuidado, al interior de la familia, preparación para la hospitalización. Identificar y potencializar los factores protectores y mitigar los factores de riesgo. Plan de manejo individual y familiar para el cuidado y el autocuidado al interior de la familia. Atención y acompañamiento en el egreso del paciente y educación en salud para el manejo domiciliario.		EPS- contrata-IPS ejecuta
	Médico Familiar	Diligenciar registros médicos (historia clínica familiar). Realizar seguimiento de terapia médica. Evaluar y manejar pacientes, preparación para la hospitalización, recién egresados del hospital. Realizar seguimiento de pacientes según situación de salud (crónicos, pre y postparto, etc.). Hacer remisión de casos según normas de referencia y contrareferencia. Manejo del egreso del paciente.		EPS- contrata-IPS ejecuta
	Profesional en desarrollo familiar.	Reconocer a toda la familia a nivel integral, detecta los factores protectores y los factores de riesgo, identifica puntos de apoyo para el inicio de la terapia familiar y de pareja.		EPS- contrata-IPS ejecuta

	Psicólogo	Intervenir en la salud mental y emocional de los integrantes de la familia. Detectar necesidades afectivas, emocionales y el sentido de la vida. Fortalecer el proyecto de vida. Manejo de adicciones, autoestima, autoridad. Terapia de pareja o familiar.		EPS- contrata- IPS ejecuta
	Nutrición	Asociación de la alimentación y la dinámica familiar. Manejo de la canasta familiar. Disponibilidad, acceso, consumo e ingesta de alimentos. Dieta adecuada según las necesidades del ciclo vital.		EPS- contrata- IPS ejecuta
	Gerontología	Articulación, valoración del Adulto mayor y de plan de cuidado en su proceso de autonomía postoperatorio, Plan de trabajo gerontológico y fortalecimiento de la red de apoyo en el adulto mayor con enfermedad. Plan de cooperación entre los miembros de la familia para el abordaje del proceso de envejecimiento paciente y cuidador.		EPS- contrata- IPS ejecuta
	Salud familiar	Análisis de la problemática y de la historia de salud familiar, antecedentes familiares, entorno laboral, entorno escolar y entorno comunitario.		EPS- contrata- IPS ejecuta
	Trabajo Social	Caracterización y evaluación de los determinantes sociales. Gestión de trámites sociales		EPS- contrata- IPS ejecuta
	Digitador- Gerente en Sistemas de Información	Sistematizar la información. Análisis de la información y contacto telefónico.		EPS- contrata- IPS ejecuta

Nota. Autoría propia.

Se puede concluir que la operación estratégica de la Ruta Integral de Atención Familiar tiene una interacción cíclica de acuerdo al proceso salud enfermedad de cada familia, convergiendo siempre en el primer nivel de atención, debe ser el prestador el que acompañe a las familias en la resolución de necesidades de los determinantes sociales de la salud con una visión holística del ser humano por medio de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Conclusiones

El enfoque en salud familiar da a los profesionales nuevas luces en su desempeño laboral, teniendo en cuenta que no solo abarca al individuo con sus riesgos y patologías, sino como un ser dentro del contexto de una familia con factores protectores o de riesgo que influyen positiva o negativamente en su calidad de vida.

En la contemporaneidad colombiana, proponer el desarrollo de una Ruta Integral de Atención Familiar favorecerá la implementación del nuevo modelo de atención en salud donde la familia es el principal objeto y sujeto del cuidado.

Para una adecuada implementación del modelo de salud se requiere que los actores del sistema asuman la familia con un sujeto y objeto de la atención, si la familia es núcleo de la sociedad, la intervención y acompañamiento de esta ayudará en el adecuado desarrollo de los ciudadanos.

Garantizar una atención armoniosa interconectada entre los distintos niveles de atención permitirá aumentar la efectividad en el cuidado tanto de los individuos como de sus familias.

El nuevo modelo debe estar abierto a la participación de nuevos profesionales que contribuyan al mejoramiento de la salud, a través de la intervención en cada una de las dimensiones humanas.

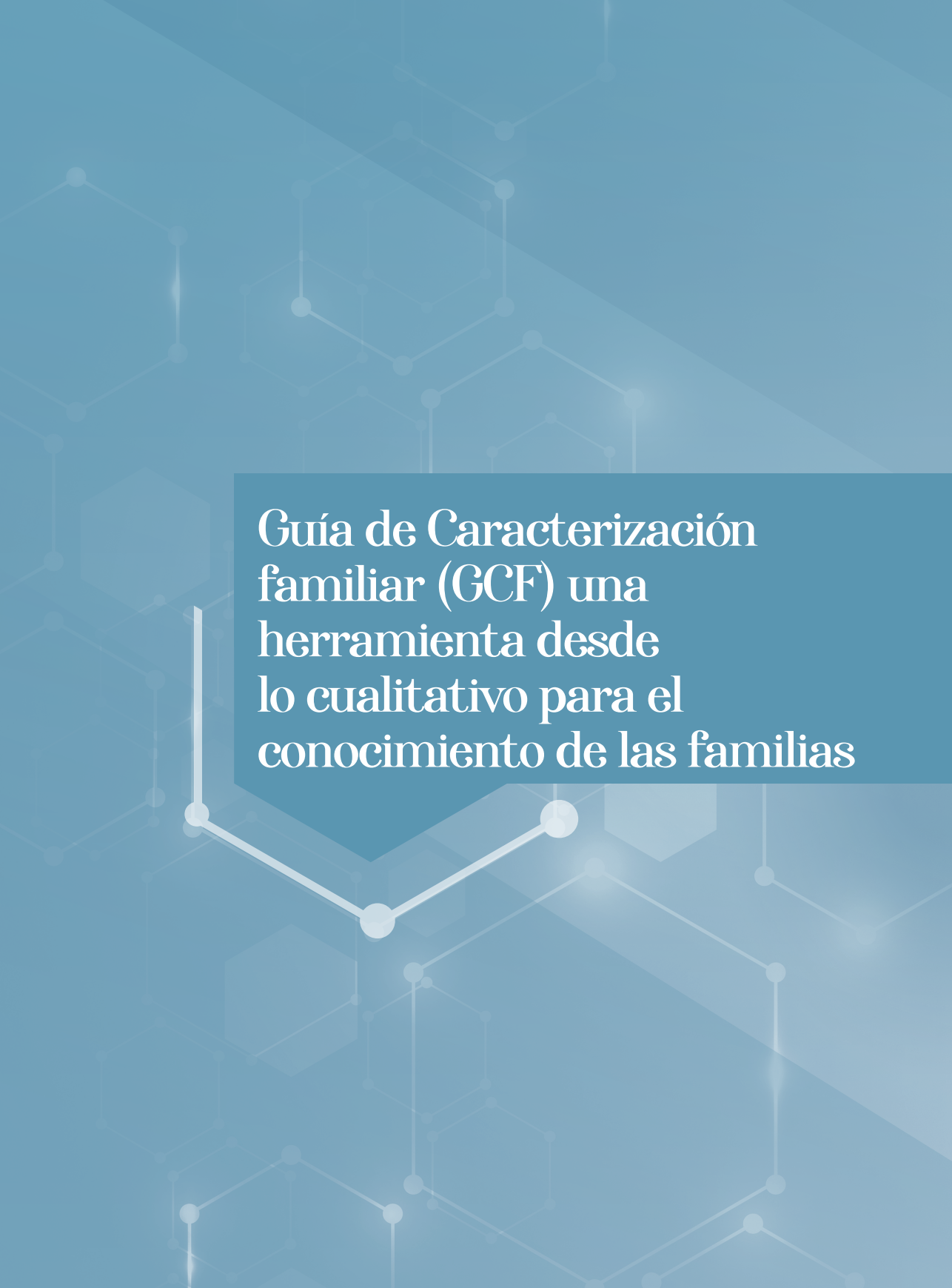
Referencias bibliográficas

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2012). Atención Primaria en Salud: un camino hacia la equidad, recuperado de: http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf

- Carol, M. y Leiva, J. (2013). Modelo de atención de salud Familiar: representaciones sociales de los funcionarios de atención primaria. *Salud y Sociedad*, 4 (2), 156-167, recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752013000200004
- Congreso de la República (9 de enero, 2007). 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. *Diario oficial*. Bogotá D.C. 2007, Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
- Congreso de la República (10 de enero de 1990). Ley 10 de 1990 por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario oficial*. Bogotá D.C Recuperado de: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0010_90.pdf
- Congreso de la Republica (23 de diciembre de 1993). Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario oficial*. Bogotá D.C Recuperado de: <http://www.camec.co/userfiles/file/LEY%20100%20DE%201993.pdf>
- Congreso de la República (19 de enero de 2011). Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario oficial*. Bogotá D.C Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
- Congreso de la República. (16 de febrero de 2015). Ley 1751 de 2015 Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: *Diario oficial*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Cruz, L., Libreros, I., Cruz, A., Solarte, Y., Castro, H., Ocampo, M. Bolaños, J. (2017). Propuesta para la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, desde la percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar. *Entramado*; 13, (2), 230-247.
- Franco, A. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 414-424.
- Gaitán, H., y Gómez, P. (2013). Guías de Práctica Clínica en Colombia. *Revista Colombiana de obstetricia y ginecología*, 64(3), 214-217.
- Galán, J. (2013). Valores Éticos Interprofesionales Compartidos Para Una Asistencia Integral. *Cuadernos de Bioética*, XXIV (3). 377-389 Recuperado de ht-

- [tps://www.redalyc.org/pdf/875/87529457004.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/875/87529457004.pdf)
- Martínez, J., Marin, B., y Guerra, M. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 16(47), 576-591. recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300576
- Ministerio de Salud de Colombia Resolución 00412 (febrero 25 de 2000). 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. Bogotá D.C: El Ministerio, 2000. Recuperado <https://convergenciacoa.org/wp-content/uploads/2017/07/Resolucion-412.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (27 de septiembre del 2019). Resolución 2626 de 2019 por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE Bogotá D.C El Ministerio, 2019 Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de noviembre 2020). Rutas Integrales de Atención en Salud. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (octubre de 2015). Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria. Recuperado el 11 de febrero de 2016, de Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%2000214.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud Grupo de Formación. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%2000214.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (enero de 2016). Política de


- Atención Integral en Salud. Recuperado el 11 de febrero de 2016, de Política de Atención Integral en Salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Lineamiento técnico y operativo Ruta Integral de Atención de promoción y mantenimiento de la salud. Bogotá DC.
- Ocampo-Rodríguez, M., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., y Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Gerenc. Polit. Salud*, 12(24), 114-129, Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>
- Okuda, M y Gomez, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV (1), 118-124, recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a08.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud, recuperado de https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2005). ¿Qué es un sistema de salud? Obtenido de <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud de Chile. (2012). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario, recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de Salud. (2008). "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C. Biblioteca Sede OPS. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
- Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de Salud (2016). Pan American Health Organization. Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting. Bogotá, Colombia, 7-9 Dec. 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017.



Guía de Caracterización
familiar (GCF) una
herramienta desde
lo cualitativo para el
conocimiento de las familias


Wilmar Evelio Gil Valencia

Doctor y Magíster en Ciencias del matrimonio y la familia
Universidad Católica de Valencia y Pontificio Instituto
Teológico Juan Pablo II (Valencia, España)
Especialista en Gerencia de servicios sociales
Universidad Católica Luis Amigo
Psicólogo, Universidad Pontificia Bolivariana y Universidad
Católica de Oriente
Investigador Junior en MinCiencia
Coordinador y profesor titular del programa de Psicología
de la Universidad Católica de Oriente
Grupo de Investigación GIPBSICOS
Correo: wgil@uco.edu.co

 ORCID: 0000-0002-1860-9901


Laura Marcela López Arbeláez

Auxiliar de Investigación adscrita al Proyecto
Enfermera Universidad Católica de Oriente
Correo: laura.lopez3775@uco.net.co

 ORCID: 0000-0002-6159-6202

Magda Yolima Arias-Cantor

Psicóloga UPTC, Magister en cooperación al desarrollo
Doctoranda en Desarrollo Local de la Universidad de
Valencia
Docente del programa de Psicología
Universidad Católica de Oriente UCO
Grupo de Investigación GIBPSICOS
Correo: myarias@uco.edu.co

 ORCID: 0000-0002-5931-6662



Guía de Caracterización familiar (GCF) una herramienta desde lo cualitativo para el conocimiento de las familias¹

Resumen

La investigación de la familia plantea diferentes retos, tanto conceptuales como técnicos y metodológicos, los cuales se sortean en las diferentes etapas investigativas. El presente capítulo muestra la caracterización de las familias del Oriente antioqueño, el cual enseña como resultado una herramienta metodológica desde lo cualitativo para el estudio de las familias. La herramienta plantea el análisis de diferentes aspectos y variables familiares que se pueden recolectar a través de una guía, la cual ha sido validada durante el proceso de trabajo con 1280 personas, en 21 municipios de la región del Oriente antioqueño. Se evidencia en el proceso la innovación metodológica para el trabajo con las familias, su utilidad, pertinencia y replicabilidad como instrumento para emplear en diferentes contextos, por su facilidad y entrenamiento requerido para su aplicación.

¹ Capítulo derivado del Proyecto de investigación Caracterización de las familias de la vicaría de San Simón y San Judas, oportunidades para la acción pastoral. Fase V, Código 201818, financiado por el Sistema de Desarrollo, Investigación e Innovación de la UCO, ejecutado entre los años 2017 y 2018.

Introducción

En el presente capítulo se da conocer la guía de caracterización familiar que es una herramienta de corte cualitativo desde la participación comunitaria, que permite identificar de una forma innovadora las características de la estructura y la dinámica familiar en contextos específicos.

Para ello, se entiende a la familia como una “agencia de bienestar” y protagonista fundamental del desarrollo de la sociedad, por tanto, impera la necesidad de generar diferentes herramientas que permitan acercarse de manera ágil, pronta e inmediata a las realidades familiares (Rico de Alonso, 2005, p. 3).

De acuerdo con Gil et al., (2018), la familia es:

Una institución responsable de la educación del ser humano, le proporciona las primeras bases que serán fundamentales a lo largo del ciclo vital, las que posteriormente serán complementadas por otras instituciones como la escuela, la iglesia y, por supuesto, por la misma sociedad. (p. 9)

Para el análisis e investigación de la familia se requiere de instrumentos, técnicas y metodologías acordes a su naturaleza, particularidad y características que permita llegar a todos sus miembros de igual manera, sin excluir a ninguno, que sea funcional y asequible para todos, considerando que cada miembro, desde el mismo rol que ejerce, va a tener una percepción diferente de una misma situación o de la misma relación familiar, por lo cual, desde este ejercicio investigativo, se planteó el objetivo de caracterizar a las familias del Oriente antioqueño, desde su estructura y dinámica, en lo relacionado con sus percepciones acerca de la configuración y dinamismo en diferentes áreas (comunicación, crianza, resolución de conflictos, roles familiares, familia y trabajo, confianza) (Gil et al., 2018, p. 20).

Esta guía es fruto de este proceso de investigación denominado Caracterización de las familias del Oriente antioqueño (Colombia), el cual se desarrolló en 21 municipios de este territorio, tiempo durante el cual, se realizaron diferentes ejercicios de validación y retroalimentación que permitieron demostrar la fiabilidad de la guía utilizada².

Ahora bien, desde diferentes disciplinas científicas se han desarrollado diversos

² La guía ha sido desarrollada en el marco del estudio de caracterización familiar del Oriente antioqueño, oportunidades para la acción pastoral.

medios que buscan conocer el modo de vivir de las familias, de los cuales pueden destacarse, por ejemplo, la guía para identificar indicadores de salud familiar desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS en adelante) (Organización Panamericana de la Salud, 1996), la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares FF-sil, creada en Cuba y validada en diferentes contextos (Aguilar y Merino Escobar, 2016; Louro Bernal, 2004).

También se encuentran guías que miden y evalúan comportamientos familiares, roles, integridad, necesidades, entre otros ítems como el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell (Universidad Computense de Madrid, 1995), la escala de nivel socioeconómico (Vera-Romero y Vera-Romero, 2013), la escala de fundamentación familiar (Larraín et al., 2003), la escala de evaluación de funcionamiento familiar (Costa Ball et al., 2009), el manual de observación para la medición del ambiente del hogar (Caldwell y Bradley, 2011), la escala de evaluación de Carolina del Norte (NCFAS) (National Family Preservation Network, 2000-2007), la guía de repercusión familiar (Herrera et al., 2002), el familiograma (Alegre y Suárez, 2006), el APGAR (Alegre y Suárez, 2006), el ecomapa (Suarez, 2015) y otras tantas guías que se han encargado de analizar la funcionalidad familiar demostrando su utilidad y validez como el FACES IV o V.

En Colombia destacan las guías desarrolladas por entidades como el Departamento Nacional de Planeación (en adelante DNP), quienes desarrollan la “Guía de caracterización de ciudadanos y grupos de interés”, la cual incluye dentro de las variables a caracterizar temas relacionados a la familia como, por ejemplo: tamaño familiar, estado del ciclo vital familiar, entre otras. Esta misma entidad presenta la caracterización familiar que se realiza a través de las fichas empleadas para la encuesta del SISBEN, cuyo objetivo es la recolección de información socioeconómica de los hogares diseñada para caracterizar la población por medio de una serie de preguntas a modo de encuesta (SISBEN, 2020). Este sistema de información también facilita la recolección y presentación de la información familiar que permite recuperar datos relacionados con información general de personas, de condiciones de las viviendas, conformación y activos de los hogares y familias como variable en diferentes mediciones, lo cual se gestiona a través del Archivo Nacional de Datos (ANDA) (Departamento Nacional de Planeación DNP, 2020).

También, se cuenta con la tarjeta familiar del sistema informado de base comunitaria para Atención Primaria en Salud o SIBCAPS (Ministerio de Protección Social,

2012) y la ficha de caracterización socio familiar utilizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para el plan de desarrollo con las familias (2014, p. 1), además del aplicativo Cuéntame (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2019), el cual también es utilizado por esta institución como sistema de gestión y orientación. Asimismo, es sabido que muchas instituciones tanto de orden público como privado han diseñado propuestas de caracterización familiar con diferentes caminos de validación y experiencia dependiendo de las necesidades presentes por cada organización.

Sin embargo, al hacer esta revisión, se evidencian varias situaciones. En primer lugar, muchos de estos guías se han enfocado al diagnóstico de las familias individualmente, lo cual es muy valioso para el diseño de estrategias que tengan una orientación de este tipo, no obstante, para hacer extrapolaciones a nivel social, algunos procesos se vuelven engorrosos.

En segundo lugar y ligado a lo anterior, varias de estas guías están asociadas a softwares o herramientas tecnológicas con bases de datos complejas de acceso restringido, que si bien permiten identificar cruces y variables de datos que permiten informes, no admiten escuchar a las personas desde su propia experiencia al ser de orden cuantitativo.

En tercer lugar, son pocos los que buscan conocer percepciones de las familias en contextos específicos, al ser aplicados de forma individual, no permiten un análisis comunitario sobre las percepciones de las familias, de tal manera que la información que se logra consolidar de contextos específicos se infiere de tablas, cuadros, o análisis estadísticos que, si bien son valiosos, carecen del soporte que tienen los ejercicios participativos como fuente de conocimiento totalmente válido para la comprensión de los fenómenos sociales, en este caso, la realidad familiar.

Frente a esta situación se propone una nueva herramienta para el estudio de las familias denominada Guía de Caracterización familiar (GCF), la cual fue presentada como una herramienta innovadora, al ser considerada como una solución a un problema de caracterización social que a su vez logra ser más novedosa, efectiva, eficaz, sostenible y justa que las soluciones existentes (Villa y Melo, 2015). Dicha herramienta es fruto del trabajo desarrollado con diferentes comunidades de la región del Oriente antioqueño y ha sido validada en varios momentos.

De igual manera, la guía pretende otorgar valor innovador a un proceso investiga-

tivo que aborde a la familia como población o muestra, considerando la necesidad de emplear instrumentos de recolección de información y metodológicos que sean fuentes de ideas transformadoras para llegar a los destinatarios de las acciones investigativas, no solo desde procedimientos o herramientas, sino también con la posibilidad de generar y facilitar acciones de intervención desde diferentes disciplinas, a partir de una buena caracterización de la población (Gil, 2020).

La intención del presente capítulo es describir la guía de caracterización de la familiar junto con el proceso de validación, la sustentación epistemológica de la misma, las limitantes que se generaron al momento de su realización, y las fortalezas para demostrar su utilidad.

Metodología

Nacimiento de la Guía de Caracterización Familiar GCF

En principio, se requería de una herramienta para recolectar la información en 23 municipios, junto con sus corregimientos, de las familias de la región del Oriente antioqueño, la cual cuenta con una población estimada de 590.858 (Gobernación de Antioquia, 2017), habitantes agrupados en cuatro subregiones (Páramo, Altiplano, Bosques, Embalses). Se esperaba con esta guía, indagar en el modo de vivir de las familias desde sus percepciones, desde la manera como experimentan sus propias dinámicas, con miras a consolidar una visión de la realidad familiar en las comunidades específicas construida desde ellas.

Las características planteadas para el diseño de la guía, inicialmente, son: agilidad, accesibilidad didáctica y oportuna, además de la participación. La agilidad se refiere a la posibilidad de recolección de la información de manera rápida y eficiente en las diferentes comunidades, lo cual evita que haya varios desplazamientos, para ello se buscó que en una sesión de dos horas se pudiera recolectar la mayor cantidad de información posible.

En cuanto a la accesibilidad didáctica, se buscó que las personas participantes abordaran, analizaran, diseñaran y plasmaran ideas y conocimientos propios sobre sus realidades contextuales en el diligenciamiento, a partir de ítems comprensibles a todos, de tal manera que cualquiera de las personas que participara de la aplicación pudiera aportar algo sobre aquello que se deseaba saber. Sobre lo

oportuno de la guía, se busca que la información sea fácilmente accesible y que sea rápidamente organizada y sistematizada.

Adicionalmente se buscó que la guía posibilitara la participación de las personas, razón por la cual se optó por aplicarlo en sesiones grupales, pero con división por subgrupos, con la moderación de una persona que alienta la expresión de las ideas que se dan fomentando la inclusión.

Por lo anterior, se sustenta que el GCF es un resultado de innovación social que, teniendo en cuenta la diversidad de enfoques que esto refiere, se centra en el proceso de impacto social para el desarrollo igualitario del territorio colombiano (Villa y Melo, 2015), beneficiando principalmente a la sociedad en lugares más particulares y generando en las mismas familias participantes reconocimiento de sus características.

Validación de la guía

La GCF se validó en varios momentos, los cuales permitieron evaluar su funcionalidad e implementar ajustes que ayudan a una mejor creación, para ello se convocaron diferentes habitantes del territorio en varios encuentros, los que sirvieron de espacios de retroalimentación.

En primer lugar, se desarrolló una guía tipo cuestionario con quince preguntas abiertas, enfocadas en un inicio a las categorías de comunicación familiar, crianza de los hijos, afectividad y espiritualidad familiar. Los cuestionarios se diligenciaban en grupos de cuatro personas en sesiones de trabajo de cuarenta minutos, con la moderación de un investigador y la presencia de un auxiliar el cual tenía por función tomar registro de las respuestas que se daban en el taller.

Esta guía se aplicó en el municipio de Rionegro-Antioquia, con dos grupos rurales de veinte personas cada uno, a la vez se realizó con un grupo de estudiantes de la Universidad Católica de Oriente y de docentes de la misma institución. Al terminar la sesiones de trabajo, se pidió retroalimentación de la guía de acuerdo con los ítems de pertinencia establecidos, entendiendo esta como la cualidad de adaptarse y responder a las necesidades y circunstancias propias de las personas que brindan la información; además, de responder satisfactoriamente a los objetivos trazados en la investigación, también se recibió retroalimentación sobre la

estructura de la guía, la claridad de las preguntas, el grado de comprensión de las personas de aquello que se desea preguntar, además, del nivel de inclusión para estas mismas que participaron en el estudio.

A partir de la retroalimentación, se obtuvo lo siguiente: 1) la guía era poco entendible para las personas que participaron de la prueba piloto en la medida que contenía una gran cantidad de palabras técnicas que generaban confusión en las personas. 2) Al ser solamente un cuestionario para ser diligenciado en grupo, la participación era poca y monopolizada por unas personas, lo que generaba un momento monótono de poca participación, lo cual llevó a replantearlo en una forma de didáctica que involucraba hacerlo más accesible.

En un segundo momento se realizó un rediseño, teniendo en cuenta las sugerencias planteadas por los grupos rurales y el colectivo universitario, los cuales plantearon la necesidad de que este fuera más didáctico y cercano a la gente que lo desarrollara. Por esta razón, se ajustó ampliando el espectro de técnicas cualitativas, como lo son los diferentes tipos de preguntas, la implementación de un dibujo, el desarrollo por momentos, entre otros.

Finalmente, se implementó la guía por fases, entendiendo estas como la subdivisión del proyecto en etapas en los diferentes municipios, lo que permitió alcanzar la población deseada y lograr el objetivo planteado desde la investigación, siendo una herramienta práctica, fácil de desarrollar, innovadora y didáctica que pudo ser aplicada a varios contextos y obtener información significativa que permitió a lo largo del tiempo generar diferentes resultados.

Después de implementar la guía en 19 municipios y 6 corregimientos, se alcanza una población aproximada de 1280 personas en 51 talleres aplicados con un promedio de 25 personas en cada taller, se logra conocer que el instrumento permite comprender la familia desde la construcción conjunta, facilita un espacio para expresar el sentir de la comunidad, el acercamiento intergeneracional para construir conceptos y conciliar sobre las diferentes realidades sociales, dando a conocer las verdaderas necesidades un poco más homogenizadas para la comunidad intervenida.

Al mismo tiempo, permite evidenciar las necesidades propias de la GCF para que esta cumpla verazmente los objetivos, involucrando la necesidad de entrenamiento de los investigadores y encargados, los cuales permiten una buena dinámica

propiciando un ambiente adecuado para que el taller se realice amenablemente y conseguir, más, la interpretación neutra de la realidad. También se ve la necesidad de aplicar el taller bajo supervisión para permitir que la gente hable desde lo real y no de lo ideal, mostrando a la vez que, si no se tiene un buen manejo de la información, los participantes pueden generar conceptos unilaterales que no propician el diálogo y la discusión.

Fundamentación metodológica de la guía

La guía es de orden cualitativo porque busca conocer las percepciones y experiencias de sujetos en contextos concretos desde sus ejercicios narrativos (Galeano, 2007, p. 20). Se propende por una comparación de las visiones de cada una de las personas (Flick, 2012, p. 27) para llegar a consensos que logren la consolidación de una visión global, por lo tanto, no está diseñada para recoger datos cuantitativos, ni establecer tendencias estadísticas sobre las familias, sino que busca adentrarse en los significados que tienen las personas sobre su propia experiencia familiar.

Por ser de orden cualitativo, se fundamenta en diversas técnicas de recolección, análisis e interpretación de la información propias de este enfoque y que son válidas en la investigación con las familias (Pastor, 1997, p. 65), las cuales se condensan en diferentes apartados de la guía, propiciando que las personas hablen desde su experiencia y no desde los ideales.

Los momentos y técnicas que se utilizaron para el desarrollo de la guía se basan en la etnografía, este enfoque metodológico, utiliza variadas técnicas de recolección de la información cualitativas (Campoy, 2015, p. 276), como el uso de la observación participante estructurada, los diarios de campo, las experiencias autobiográficas, las entrevistas, los grupos focales y de discusión, además de guías de la interpretación de la información (Bernal, 2010).

Esta guía permite, desde la innovación, hacer un ejercicio empático para identificar las necesidades que experimentan las familias, no tomadas como sujetos individuales, sino como sujetos sociales capaces de consensuar sobre aquello que los afecta para su desarrollo lo que posibilita el diseño de posibilidades innovadoras adaptadas a realidades familiares compartidas para cada región y contexto específico, generando condiciones favorables para que sean efectivas.

Estructura de la guía

La guía se divide en seis momentos para la recopilación de información, el primero está conformado por: estructura familiar, dinámica familiar, la espiritualidad y valores, automedicación y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la familia, sociedad y derechos humanos además de los retos del postconflicto en familia.

En el primer momento que corresponde a estructura familiar, se utilizan tres estrategias para lograr el acopio de la información. La primera consiste en la realización de un dibujo de una familia elaborado en conjunto, con esto se busca que se represente aquella percepción sobre la manera en cómo se configura la familia en el lugar específico, el cual se sustenta en los trabajos desarrollados por Machover (1949).

La segunda estrategia consiste en un “complete³” sobre expresión de roles familiares, con esta se quiere conocer las asignaciones de roles familiares que otorga la comunidad basada en una estrategia de pregunta abierta general, sustentada en Grinnell y Unrau (2005). La tercera estrategia busca indagar en las estructuras familiares que más se visualizan en la comunidad mediante un cuadro que expone varias opciones de configuraciones familiares y una selección de escogencia según la cantidad que se perciben en el contexto.

En un segundo momento se indaga sobre la dinámica familiar subdividida en tres momentos: el primero y segundo consisten en el desarrollo de preguntas estructuradas, con múltiples opciones de respuesta, donde se da la posibilidad de priorizar mediante un número el grado de visualización en las comunidades, por lo cual el primer momento se enfoca en los aspectos que más presentan fallas en la familias en las siguientes en lo referido a la confianza, respeto, expresión del afecto, protección, comunicación, autoridad, cooperación y educación a los hijos; el segundo momento se enfoca en los aspectos problemáticos que más atraviesan a la familia como la violencia intrafamiliar, drogadicción, adicción al juego, problemas en la crianza de los hijos, problemas emocionales y mentales, alcoholismo, problemas económicos, poca comunicación en la pareja, abuso sexual.

3 Complete: consiste en una técnica de obtención de información, en la cual se plasma una parte de una idea y la persona la completan según sus experiencias personales o según sus percepciones sobre su entorno, referente al tema.

Por último, se busca conocer cosas que pasan en familia mediante preguntas de opinión, de simulación (Mertens, 2005) y de contraste (Grinnell y Unrau, 2005), en las cuales se exponen cinco casos y con respecto a ellos se pide la opinión y los puntos de vista, en otros se pide que simulen la situación imaginariamente y expresen lo que hubieran hecho en temas como crianza de los hijos pequeños e hijos adolescentes, la relación entre familia y las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICS), educación sexual, comunicación en pareja y la relación familia- trabajo.

En un tercer momento, se expone el ítem de espiritualidad y valores, en el cual se utiliza la técnica de un 'complete', a partir de frases iniciales y seguido de una línea en blanco que permita expresar las opiniones sobre esa idea, en este eje se abordan cuestiones como la expresión de amor, los valores más importantes y la espiritualidad dentro de la familia.

El cuarto momento indaga sobre el conocimiento que tienen las familias acerca de los temas de derechos humanos, servicios de atención a las familias y sobre las principales vulneraciones a los derechos humanos a la familia vivenciados en el territorio, para ello se desarrollan o se plantean preguntas abiertas que buscan indagar el grado de conocimiento sobre estas cuestiones, propiciando que al interior de los grupos de trabajo se dé un diálogo abierto y franco de acuerdo con los temas.

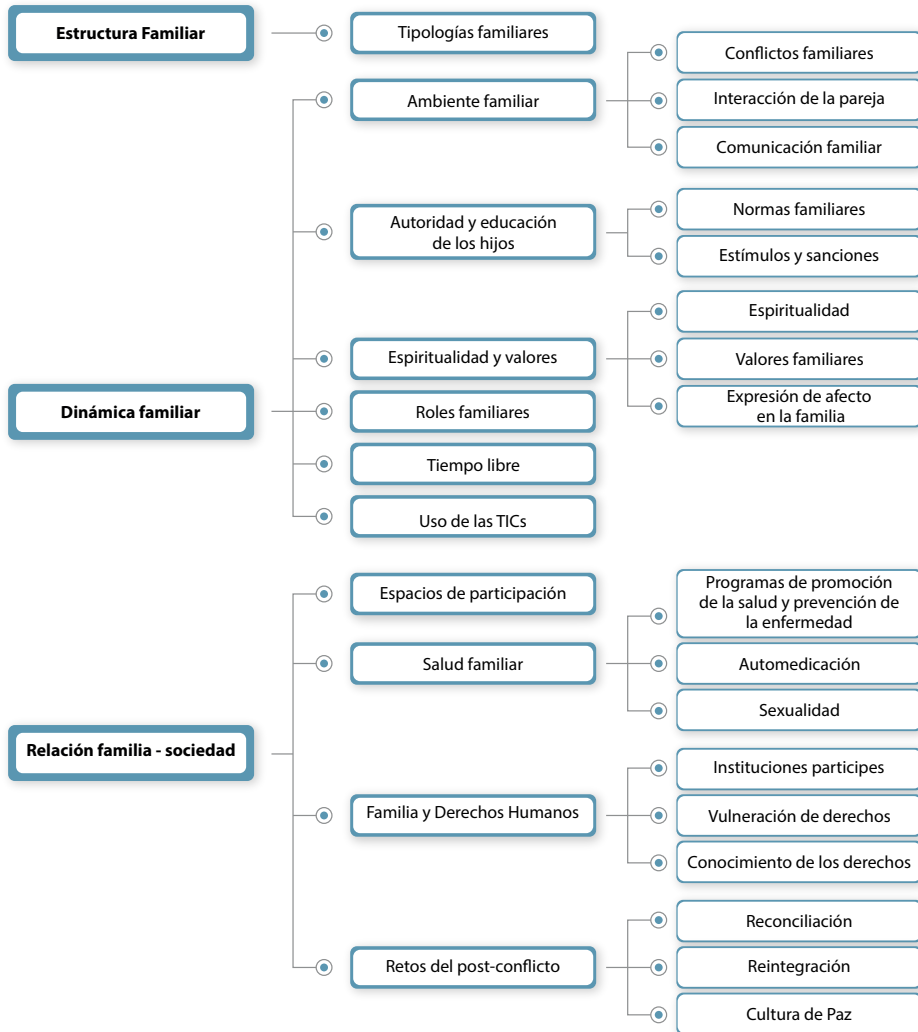
En el quinto momento se busca conocer las percepciones de las personas acerca de los retos del postconflicto para la familia, por ello se plantea una matriz que busca conocer cuáles son las principales dificultades que atraviesa y cuáles son las principales acciones que deben desarrollar en el proceso de reconciliación, re-integración y cultura de paz.

Categorías de la guía

Para el diseño de la guía se definieron tres grupos categóricos que direccionaron la información a recolectar, como lo fueron la estructura familiar, dinámica familiar y la atención integral a las familias; estas categorías a su vez se dividieron en subcategorías más específicas para indagar temas determinados que permiten abordar de forma definida la información de interés para la elaboración de propuestas de intervención (Figura. 1).

Figura 1

Categorías y subcategorías del guía de caracterización familiar



Interpretación de la información

Para la organización y análisis de la información se diseñó una matriz que está clasificada de acuerdo con las categorías planteadas en la investigación y los puntos que se desarrollaron en la guía de tal manera que se pudiera hacer un cruce de información para la interpretación del instrumento. Este se complementa mediante la utilización tanto de la información plasmada en las guías como en la información recopilada por el equipo investigativo en los diarios de campo que se tuvieron como técnica complementaria de recopilación de información. Esta matriz permite que la información sea visible en una estructura para lograr ver claramente lo que se consigue, y esto también sea posible verlo por los demás (Baranger, 2009).

Para una adecuada interpretación de la información, según Hernández et al. (2006), es necesario que la matriz se conforme bajo tres planos principales que se evidencian dentro de la guía:

- Surgimiento de unidades de análisis y de codificación: las cuales consistieron en el resumen, eliminación irrelevante y entendimiento de la información obtenida en la guía, la cual se selecciona y agrupa por respuestas similares a los diferentes puntos de indagación sobre la realidad familiar, creando así las categorías de análisis y finalmente comparando las categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones.
- La descripción las categorías codificadas que emergen y codificación de los datos en un segundo nivel o central: en este plano se describe e interpreta el significado de las categorías que surgen en el proceso, esto permite desprender unidades específicas de indagación familiar que admitieron enfocar la investigación a puntos clave de análisis de los contextos específicos.
- La generación de hipótesis, explicaciones y teorías: a través de las unidades de indagación se presentan las tipologías en el sistema de clasificación. A partir de estas, se establecen las relaciones y los análisis correspondientes para generar una fuente de conocimiento, el cual desprende hipótesis o teorías con respecto a lo indagado y seleccionado con relación a los temas de indagación familiar, condensado en artículos de socialización de problemáticas compartidos a la comunidad académica para que se generaran a partir de estas propuestas para la comunidad.

El análisis de datos se centra en los sujetos, su objetivo es comprender a las personas en su contexto social. Por esta razón, se desarrolló una metodología rigurosa

para la interpretación de la información como lo fue la descrita anteriormente, además el criterio del análisis fue de tipo holístico, en el sentido de que se observa y estudia a los individuos en todas las dimensiones de su realidad, para esto fue necesario la interrelación tanto de los guías como la información recopilada en los diarios de campos de los investigadores, permitiendo que la información fuera confiable y bien manejada por el grupo investigativo.

Discusión

Como resultado del proyecto realizado se puede concluir que la guía de caracterización familiar cumple su utilidad con la obtención de información necesaria para realizar la caracterización de familias de forma válida y oportuna, con participación activa de la comunidad para la percepción común sobre la realidad familiar en poblaciones específicas.

Adicionalmente, se puede comprobar que la guía es moldeable a los diferentes contextos familiares y sociales a los que se expuso, generando así resultados válidos. Lo anterior se sustenta en los procesos constantes de retroalimentación que se tuvieron en la construcción de la guía, lo que permitió que se hicieran ajustes en función de generar mayor efectividad de este.

El dinamismo utilizado en la guía permite que los participantes se manifiesten conformes con los talleres realizados al entender su utilidad, aunque manifestaron que “son un poco largos”. Sin embargo, si se tiene en cuenta que la guía se aplica a grupos familiares y no a familias de manera individual, se genera una optimización de tiempo y recursos, lo cual permiten de manera ágil conocer la realidad de contextos concretos.

La utilización de una herramienta cualitativa para la recolección de información permite que emerjan nuevas categorías que enriquecen la lectura de la realidad familiar, puesto que van más allá de ítems estáticos, permitiendo así generar resultados más profundos para la investigación en temas de familia.

Cabe decir que para que la guía sea efectiva, requiere de un equipo previamente entrenado para la aplicación, los cuales son los encargados de evitar los posibles sesgos mediante las habilidades de captar la información de forma veraz en los

diarios de campo, los cuales son la complementación de la información y depende de ellos que la investigación comprenda una validez.

Conclusiones

El proceso de aplicación de la guía ha permitido evidenciar que es una herramienta válida para el acercamiento a la realidad de las familias desde una comprensión cualitativa. Lo anterior aporta al acervo de conocimiento relacionado con las técnicas para el estudio familiar, sin embargo, queda la tarea de revisar en futuras investigaciones los ajustes para la aplicabilidad en otras condiciones contextuales.

Es necesario continuar con el desarrollo de herramientas que vayan más allá de fichas de caracterización sociodemográficas y permitan que el fenómeno familiar emerja desde la cotidianidad y desde los significados que los miembros de esta relación dan al hecho de vivir en familia, y que se logre evidenciar las relaciones que ella establece con otras esferas externas.

Finalmente, se invita a diferentes investigadores a evidenciar las posibilidades de aplicación en otros contextos para realizar ajustes y adaptaciones. Sin embargo, este instrumento, también puede ser una herramienta para ejercicios participativos que permitan identificar las necesidades de las familias en contextos concretos para el diseño de estrategias de orientación familiar en diversos niveles.

Referencias bibliográficas

- Alegre, P. Y., y Suárez, B. M. (2006). Guías de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR. RAMPA, 1(1), 48-57. Obtenido de <http://www.phpwebquest.org/UserFiles/File/FAMILIOGRAMA.pdf>
- Baranger, D. (2009). La Matriz de datos. En D. Baranger, Construcción y análisis de datos. Introducción al uso de técnicas cuantitativas en la investigación social (págs. 13-30). Posadas.
- Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación. Bogotá D.C: PEARSON EDUCACIÓN.
- Caldwell, B., y Bradley, R. (2011). Manual Observación para la Medición del Ambiente del Hogar.
- Costa Ball, D., González Tornaría, M., Masjuan, N., Trápaga, M. A., Del Arca, D.,

- Scafarelli, L., & Feibuscheurez, A. (2009). Escala De Evaluación Del Funcionamiento Familiar -FACES IV: Proceso De Adaptación A Montevideo, Uruguay. *Ciencias Psicológicas*, 3(1), 43-56.
- Departamento Nacional de Planeación DNP (2011): Guía metodológica para la caracterización de ciudadanos, usuarios y grupos de interés. Recuperada de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa%20Nacional%20del%20Servicio%20al%20Ciudadano/Guia%20de%20Caracterizaci%C3%B3n%20de%20Ciudadanos.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación DNP (2020): Archivo Nacional de Datos -ANDA. Recuperado de: <https://anda.dnp.gov.co/index.php/catalog>
- Universidad Complutense. (2012). *Cómo solucionar los conflictos familiares*. Madrid, España: La Suma de Todos.
- Gil, Vallejo y Ramirez (2018): *Familias del Oriente antioqueño*. Fondo Editorial Universidad Católica de Oriente. Recuperado de: <https://www.uco.edu.co/investigacionuco/fondoeditorial/catalogo/FamiliasdelOrienteAntioque%C3%B1odigital.pdf>
- Gil, W (2020). *Perspectivas desde la innovación para la integración de la fragilidad familiar. a propósito del capítulo ocho de Amoris Laetitia*. Desarrollo y territorio: Innovación social. Fondo Editorial Universidad Católica de Oriente. <https://repositorio.uco.edu.co/handle/20.500.13064/976>
- Gobernación de Antioquia. (26 de abril de 2017). Anuario Estadístico de Antioquia 2016. Obtenido de *antioquiadatos*: <http://www.antioquiadatos.gov.co/index.php/3-2-1-proyecciones-de-poblacion-segun-area-geografica-en-los-municipios-de-antioquia-anos-2015-2016>
- Grinnell, R y Unrau, Y. (2005). *Social work: Research and evaluation*. (7a ed.). New York , NY , EE . UU: Oxford University Press.
- Herrera Santí, P., Solder Cárdenas, S., & González Benítez, I. (2002). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200013
- ICBF, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (8 de abril de 2019). CUÉNTAME Sistema de Información Primera Infancia. Obtenido de [icbf.gov.co: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PrimeraInfanciaICBF/Cuentame](http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PrimeraInfanciaICBF/Cuentame)
- Larraín, M. E., Zegers, B., Isabel , D., & Trapp, A. (2003). Validez y Confiabilidad de la versión Española de la Escala de Estilo de Fundamentación Familiar

- (EFF) de Dunst, Trivette y Deal, para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *PSYKHE*, 12(1), 195-211.
- López-Montaño, L. M.-S. (2014). Epistemología de la ciencia de familia-Estudios de familia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*(12), 65-76. Recuperado el 19 de Diciembre de 2016, de http://revista-latinoamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2014/03/Vol_12_n_1/articulo2.pdf
- Melero Cavero, R. (2008). LA RELACIÓN DE PAREJA. APEGO, DINÁMICAS DE INTERACCIÓN Y ACTITUDES AMOROSAS: CONSECUENCIAS SOBRE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN. Valencia : Servei de Publicacions .
- Ministerio de Protección Social. (2012). Tarjeta Familiar. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.
- Naciones Unidas. (18 de diciembre de 1948). La Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado el 21 de junio de 2017, de un.org: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- National Family Preservation Network. (2000-2007). NCFAS. Carolina del Norte: National Family Preservation Network.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Desarrollo de la práctica de la farmacia centrada en la atención del paciente. Obtenido de who.int: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14094s/s14094s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (1996). Familia y adolescencia: Indicadores de salud. Manual de aplicación de Guías. Washington D.C.: W. K. Kellogg Foundation.
- Puello Scarpati, M., Silva Pertuz, M., & Silva Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. *REVISTA DIVERSITAS - PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA*, 10(2), 225- 246.
- Real Academia de Española. (s.f.). Reconciliar. Obtenido de rae.es: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=VU3H0xx>
- SISBEN, (2020): Formularios de encuesta Sisbén. Documentos SISBEN. Recuperado de: <https://www.sisben.gov.co/Paginas/documentos-sisben.aspx>
- Suarez Cuba, M. (enero-junio de 2015). APLICACIÓN DEL ECOMAPA COMO HERRAMIENTA PARA IDENTIFICAR RECURSOS EXTRAFAMILIARES. *Rev. Méd. La Paz*, 21(1), 72-74. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582015000100010&script=sci_arttext&tlng=en
- Universidad Computense de Madrid. (1995). Cuestionario de evaluación de las ne-

cesidades de Camberwell. Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica Clínica. Madrid, España.

Vera-Romero, O., & Vera-Romero, F. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev. cuerpo méd.*, 6(1), 41-44.

Villa, L., & Melo, J. (Mayo de 2015). Panorama actual de la innovación social en Colombia. Inter-American Development Bank., 1-84. Obtenido de <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13883/panorama-actual-de-la-innovacion-social-en-colombia>

The background features a light blue color with a pattern of overlapping hexagons. Each hexagon contains a network of smaller dots and lines, resembling a molecular or digital structure. A white ECG (heart rate) line is overlaid on the left side of the page, extending horizontally across the middle section.

2

Segunda parte

Salud familiar en
contexto



Acceso a los servicios de salud en el primer nivel de atención: estudio de caso


Diana Catalina Borja Ramírez

Magíster Salud Familiar

Docente auxiliar

Programa de Enfermería Universidad Católica de Oriente

Correo: dborja@uco.edu.co

 ORCID 0000-0001-7393-3600

Liliana María de León Escorcía

Magíster en Mercadeo

Docente asistente

Programa de Enfermería Universidad Católica de Oriente

Correo: ldeleon@uco.edu.co

 ORCID 0000-0002-4330-9767

María Eugenia Franco

Enfermera Universidad Católica de Oriente

Auxiliar de investigación

maryaefra@gmail.com

Edwin Andrés Hincapié Arenas

Enfermero Universidad Católica de Oriente

Auxiliar de investigación

andreshinca94@gmail.com

Ximena Valencia Jiménez

Enfermera Universidad Católica de Oriente

Auxiliar de investigación

xime.valenciaj@gmail.com



Acceso a los servicios de salud en el primer nivel de atención: estudio de caso¹

Resumen

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para el 2015 reportó fallencias de acceso a los servicios de salud en las instituciones de primer nivel de atención. El objetivo de este artículo es analizar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del acceso de los servicios en 100 familias ubicadas en las veredas de Tafetanes, Arango y Palmichal del Municipio de Concepción, Antioquia; para luego priorizar necesidades que aporten a los entes gubernamentales en la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en el Municipio. Este trabajo se desarrolla bajo el paradigma de la investigación cualitativa, se utiliza el método de estudio de caso, de modo descriptivo ilustrativo. La selección del caso fue realizada estratégicamente con base en un muestreo teórico, no estadístico. Como resultado de los hallazgos encontrados, y según la priorización de las necesidades, se consideran dos aspectos que se deben abordar: primero, el fortalecimiento del equipo de Atención Primaria en Salud (APS) y segundo, la activación de las actividades extramurales. Con la implementación del Modelo de Acción Territorial (MAITE) se espera que mejore el acceso a los servicios de salud en el territorio colombiano, buscando incrementar la cobertura de las familias y el estado de bienestar de las personas.

¹ Capítulo derivado del proyecto de investigación Modelo de intervenciones colectivas en el entorno hogar según los lineamientos de la Ruta Integral de Atención en Salud promoción y mantenimiento de la salud en cien familias del Municipio de Concepción Antioquia 2019, Grupo de investigación APS, Universidad Católica de Oriente

Introducción

Debido a la necesidad de generar acciones urgentes a nivel mundial para proteger y promover la salud para todas las personas, la organización Mundial de Salud (OMS) en la conferencia internacional de Alma-Ata, propuso la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la cual busca “ la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978, p. 1).

Para lograr que esta sea implementada en los países, sus sistemas de salud deben estar estructurados con equidad, solidaridad y con el derecho a que todo ser humano pueda gozar al máximo de su salud (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2007).

La APS a través de los primeros niveles de atención son el primer contacto con las familias y comunidades, además en ellos se establecen “los recursos que permite resolver las necesidades de atenciones básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación” (Vignolo y Vacarezza, 2011, p. 12). Adicionalmente, se convierten en la puerta de entrada al sistema de salud donde se encuentran los servicios de baja complejidad tales como consultorios, centros de atención, entre otros.

Uno de los aspectos que afectan en mayor medida el acceso a los servicios de salud es la falta de equidad, motivada tanto por factores económicos como geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación. De ahí que un reto fundamental de los sistemas de salud sea precisamente revertir la desigualdad en salud garantizando igual acceso y calidad de atención médica, tanto preventiva como curativa, a toda la población. (Fajardo-Dolci et al.,2015, p. 182).

Al referirse al concepto de acceso a los servicios de salud, debe abordarse en primer lugar con relación a la disponibilidad, tanto la capacidad instalada como el talento humano con el que se cuenta, en segundo lugar, reconocer las facultades que se tenga para brindar una atención con equidad y por último, identificar la existencia de barreras en la utilización de estos, como son: la búsqueda de la atención médica, la influencia de las condiciones económicas, tiempos de espera a causa de la demanda, además de las disposiciones sociales y culturales para acceder

a la asistencia (Fajardo-Dolci, et al., 2015). Cabe mencionar que el enfoque familiar y comunitario en la continuidad de la atención, la articulación entre los equipos de salud con los usuarios, la integralidad y la cobertura son características fundamentales para el acceso en la APS (Figueroa y Cavalcanti, 2014).

Acceso a la salud en el contexto colombiano

El Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano define el acceso como la posibilidad que tiene un usuario para la utilización de los servicios de salud en todo el territorio nacional; además de incorporar la oportunidad, seguridad, continuidad y pertinencia con la satisfacción en la prestación de los servicios brindados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Kerguelén, 2008).

Es importante resaltar que desde la Resolución 00412 del 2000, las instituciones de primer nivel de atención se alinearon y adoptaron normas técnicas de obligatorio cumplimiento con el desarrollo de intervenciones, procedimientos, programación, evaluación y seguimiento de acciones de promoción y prevención, protección específica, detección temprana y demanda inducida para todo el territorio colombiano (Ministerio de Salud de Colombia, 2000). Esta norma se ha implementado por muchos años, además, ha sido medidora de parámetros de cobertura y calidad.

Cabe señalar que la Ley 1438 del 2011 (Congreso de la República, 2011) establece la estrategia de APS en Colombia, sin embargo, para el 2015, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) se encontraron las siguientes falencias en las instituciones de primer nivel de atención: primero, hay reducción en la oferta de los servicios con obsolescencia tecnológica, segundo, -solo se llega al 40 % de la ocupación; tercero, se ha perdido la capacidad y competencias para satisfacer las necesidades de las personas. Cuarto, el 40 % de los presupuestos de salud pública de los municipios no habían sido ejecutados y quinto, en algunas de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad no hay garantía de la calidad.

Ante este panorama, el estado colombiano modifica la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) y se adopta Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), para fortalecer la APS en tres componentes fundamentales, la prestación de los servicios de salud con calidad para aumentar la capacidad resolutive en los primeros niveles de atención, el accionar intersectorial/ transectorial que permita

articular las acciones con los entes territoriales, además, aumentar el compromiso en la participación de familias y comunidades en las intervenciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Para ello, es fundamental adoptar en el territorio los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención (RIA) para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, la cual:

Define e integra las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p. 2).

Por lo anterior, se requiere que, por medio de dicha ruta, se intensifiquen las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el entorno familiar, comunitario, escolar y laboral en el territorio colombiano, para ello se hace necesario que a nivel municipal se analicen las acciones que se han realizado en las instituciones de los primeros niveles de salud, además, sus intervenciones extramurales para que, a partir de esta información se puedan priorizar necesidades en salud.

Finalmente, se realizó un estudio de caso en el municipio de Concepción en la Empresa Social del Estado (E.S.E) Hospital José María Córdoba, el cual presta servicios de primer nivel de complejidad.

El objetivo de este capítulo es, inicialmente, analizar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del acceso de los servicios de salud para la identificación en 100 familias y luego priorizar necesidades que aporten a los entes gubernamentales en la implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud en este Municipio.

Metodología

Este trabajo se desarrolló bajo el paradigma de la investigación cualitativa, debido a que buscaba la comprensión del mundo y dar sentido o interpretar los fenómenos, en función de los significados que las personas le dan; (Company y Rubio, 2017) para el desarrollo de la investigación se utilizó el estudio de caso, el cual “es

una metodología de análisis, cuyo aspecto cualitativo permite extraer conclusiones de fenómenos reales o de cualquier otra realidad individualizada y única” (Pérez , 2000, p. 83) con el objetivo de analizar la fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del acceso en los servicios de salud de 100 familias del Municipio de Concepción, Antioquia, para posteriormente priorizar necesidades que aporte a los entes gubernamentales para la implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Asimismo, señalar la coherencia observable, tanto en los documentos de las historias familiares, como en la entrevista a los integrantes del equipo APS y los talleres de participación con las familias.

El estudio de caso se trabajó con cien familias ubicadas en las veredas de Tafetanes, Arango y Palmichal del municipio de Concepción durante el 2019. La selección del caso fue realizada estratégicamente con base en el muestreo teórico no estadístico relevando la pertinencia de la estrategia de APS, incentivando en la población la importancia de hacer uso de los programas y servicios ofertados por el (E.S.E), hospital José María Córdoba, además, las actividades extramurales realizadas en las veredas.

El estudio corresponde, según sus objetivos, a un método descriptivo ilustrativo, en tanto intenta describir cómo ocurre el fenómeno del acceso a los servicios en un primer nivel de atención en el marco de su contexto real con la implementación de la estrategia de APS.

La recolección de la información se realizó con fuentes de información primaria y secundaria utilizadas por el grupo de investigación: Historias familiares, entrevista semiestructurada y taller participativo.

Historias familiares: es un instructivo que tiene como propósito estandarizar la manera como el equipo APS municipal recolecta los datos e información de manera clara, concisa y precisa, se diligencia previamente el consentimiento informado, este es de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema, (Gobernación de Antioquia, 2014), es un registro oficial de información, recolectada por el hospital a cada una de las familias que residen en el Municipio de Concepción. Para los fines del estudio, se consideró el análisis de esta información como insumo de registro directo del trabajo realizado por los profesionales en el 2018.

Entrevista semiestructurada: se considera la necesidad de conocer del equipo básico de salud los conceptos, experiencias y conocimientos de la implementación

de la APS, por medio de la entrevista cualitativa de investigación social. El propósito de la entrevista es permitir entrar en la perspectiva de la otra persona con la suposición de que es significativa, cognoscible y que se puede hacer explícita (Patton, 2002).

Taller participativo: espacio en el cual se genera conocimiento a través del intercambio de experiencias con “otros”, para de esta manera establecer el valor del aspecto “cooperativo” en el desarrollo de procesos del conocimiento, fortaleciendo la importancia de la conjunción de esfuerzos para solventar problemáticas comunes (Instituto Ciudadano de Planeación Municipal, 2014, p. 21).

En la entrevista y el taller se tuvo en cuenta las consideraciones éticas y el consentimiento informado firmado.

Para el desarrollo del presente estudio se siguieron cuatro etapas fundamentales en la recolección de la información y priorización de las necesidades:

Primera etapa: se realizó un acercamiento al equipo básico de salud de APS por medio de una entrevista semiestructurada, la cual dio a conocer al equipo investigativo cómo se efectúa la implementación de la estrategia en el entorno del hogar para el año 2018, a través de la búsqueda de las siguientes unidades de indagación:

¿Cómo se realizan las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto a nivel hospitalario como extramural?

¿Cuál es el talento humano y los actores intersectoriales que participan en estas acciones? Adicionalmente, se tomaron como fuente secundaria las Historias familiares de la Gobernación de Antioquia.

Segunda etapa: se invitó libre y voluntariamente a dos representantes de las 100 familias a participar en un taller grupal con las unidades de indagación anteriormente mencionadas, es necesario recalcar que asistieron 30 personas con presencia de las tres veredas y se diligenció previamente el consentimiento informado.

Tercera etapa: se realizó una triangulación entre lo manifestado por los integrantes del equipo de APS, las familias y las fuentes secundarias, luego esta información es consignada en una matriz DOFA (Matriz de Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas).

Cuarta etapa: priorización de necesidades que deben ser socializadas con el equipo de APS y los entes gubernamentales.

Para el análisis e interpretación de resultados se procedió a triangular la información ya que esta metodología “ofrece la alternativa de poder visualizar un problema desde diferentes ángulos y de esta manera aumentar la validez y consistencia de los hallazgos” (Okuda y Gómez, 2005, p. 120). Teniendo en cuenta lo anterior, se triangularon los hallazgos suministrados por el grupo APS, la información proveniente de Historias familiares y la validación por dos representantes de cada grupo familiar, es de anotar que la información se focalizó en la priorización de necesidades y problemáticas.

Para este proyecto de intervención se tuvieron en cuenta todos los aspectos éticos de acuerdo a la reglamentación nacional según la Resolución 008430 de 1993 que considera la investigación sin riesgo, dice:

Aquellos que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se identifiquen ni traten aspectos sensitivos de su conducta.
(p. 3)

Por lo anterior, este trabajo se considera sin riesgo, además entre los principios éticos que se tuvieron en cuenta están: beneficencia y no maleficencia, veracidad y fidelidad, el derecho a la confidencialidad y privacidad, el derecho a la autodeterminación y a ser informados sobre la naturaleza de la investigación, los beneficios potenciales y las molestias que puede representar el trabajo para los participantes, todo esto enmarcado dentro un formato de consentimiento informado socializado previamente al participante, donde se detallaron todo los aspectos de la intervención de manera clara.

Resultados

Con relación a la matriz DOFA realizada por el equipo investigador, se encuentra la información obtenida de acuerdo con la correspondiente estructura, se dan a

conocer las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que fueron identificadas en las veredas Tafetanes, Arango y Palmichal del municipio de Concepción, las cuales son relacionadas con la forma en que la población puede acceder a los diferentes servicios de salud.

Se describe, a continuación, lo encontrado durante la entrevista semiestructura, el taller participativo y las historias familiares realizando la triangulación metodológica o combinación de estos instrumentos de recolección de la información para validar así los hallazgos.

Fortalezas

Una de las fortalezas encontradas a nivel institucional es la existencia de un equipo básico de salud que se encontraba conformado por dos técnicas en salud pública, una auxiliar de enfermería y una psicóloga quienes son residentes en el municipio, lo cual les permitió tener un mayor reconocimiento de la zona de intervención facilitando el trabajo comunitario que se realiza a nivel local y rural.

Hay que mencionar, además, que el hospital presta tanto servicios como programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tales como: crecimiento y desarrollo, detección a las alteraciones del joven y del adulto, planificación familiar, detección de cáncer de cuello uterino, agudeza visual, control prenatal, salud oral, vacunación, tamizaje de cáncer de mama y atención a enfermedades crónicas.

Con la información de las historias familiares, se obtuvo que había una cobertura total en el esquema de vacunación para la población rural, adicionalmente, en conjunto con la alcaldía, se realizan brigadas de vacunación de inmunoglobulina antirrábica para animales domésticos en todo el municipio, siendo esto una medida de prevención en la propagación de infecciones.

Por otro lado, la población total de jóvenes en las tres veredas es de 53 y han asistido a consultas médicas 35 de ellos, siendo la vereda Arango la que presentó mayor asistencia, 18 de ellos han consultado al médico y han acudido a la salud oral, teniendo presente que este lugar tiene más población que las otras veredas del presente estudio.

Con relación a la percepción que tiene la población frente a los servicios brindados por el hospital y el grupo de APS, existe una opinión positiva de la comunidad en cuanto a la educación, servicio de atención y visitas domiciliarias que se proporcionan, esto favorece una interrelación efectiva entre las personas con el talento humano de la ESE.

También el hospital cuenta con servicio de traslado asistencial básico a otros niveles de atención las 24 horas del día, el cual se da desde la zona rural hacia la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), pero para esto los usuarios son quienes deben asumir el costo total del recorrido desde el área rural hasta el lugar de destino.

Por otro lado, el Municipio lidera, por medio de la gerontóloga, un proyecto de avicultura y agricultura para personas con algún tipo o grado de discapacidad, tanto en la zona urbana como en la rural, para que con dichos recursos las personas con sus familias puedan asumir costos de traslados, alimentación y hospedaje para las atenciones médicas que se den en otros municipios.

Finalmente, se organizaron las bases de datos para favorecer la efectividad en el desarrollo de las consultas médicas y atenciones, además, se comenzó el proceso de implementar la historia clínica electrónica.

Debilidades

De acuerdo con los resultados, se encontraron como debilidades que el grupo de APS no fue incluido en las capacitaciones que se realizaron a través de la dirección local de salud en el año 2018, además de la inexistencia de un cronograma para la capacitación del personal que les permitiera mayor empoderamiento de la estrategia con información actualizada y verídica en temas de salud. Dicho hallazgo se puede ver reflejado en el diligenciamiento de las fichas familiares, donde algunas de ellas no contaban con la información completa o tenían datos erróneos.

Por otro lado, el presupuesto no es el adecuado para todas las necesidades que existen en la implementación de la APS, lo que hace que el recurso humano también sea limitado, por consiguiente, una proyección de cubrimiento total de la población rural en un periodo de tiempo menor a un año genera sobrecarga laboral

en el equipo de APS, a su vez el tiempo requerido para realizar intervenciones colectivas e individuales en la población rural, según la detección de sus necesidades, es muy restringido.

Al mismo tiempo, la ESE del Municipio de Concepción optó por cancelar las brigadas extramurales a la población rural debido a la falta de interés de la población en acudir a ellas, por lo cual hasta el momento no ha sido posible contar con estrategias alternativas que logren captar e incrementar el interés de los habitantes, adicionalmente no hay una articulación entre las instituciones municipales y el hospital para la realización de brigadas que propendan por acciones de cuidado para la salud.

Respecto a los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aunque no se cuenta con la información completa, 18 de los jóvenes manifestaron haber recibido información sobre salud sexual y reproductiva, teniendo presente que el total de personas en las tres veredas es de 53. Por su parte, el programa de Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM) presenta bajas tasas de participación pues 4 adultos de 82 acuden al programa, debido a pocas actividades de captación por parte del hospital. Entre junio del 2018 y agosto del 2019, ingresaron 2 maternas al programa de atención prenatal, las cuales pertenecen a la vereda Palmichal.

En cuanto a la consulta de atención a las alteraciones del joven entre los 10 y 29 años, 12 de los jóvenes pertenecientes a la población objeto de estudio han ingresado al programa. Se debe mencionar que no se cuenta con acompañamiento psicológico para la población en general y que si algún usuario requiere del servicio debe asumir la consulta de forma particular. Cabe mencionar que existe deficiencia en el manejo actualizado y oportuno de la información de cada uno de los programas ofrecidos en la institución, por lo cual no es posible visualizar de una manera objetiva el acceso y deserción de las personas en los servicios de salud, en consecuencia, es difícil realizar una categorización por cada vereda.

Oportunidades

Las oportunidades con las que cuenta el hospital municipal apuntan a un trabajo comunitario que permite la implementación futura de la nueva política, en conjun-

to entre la comunidad, las instituciones y el Estado, de una manera coordinada, para lograr un mejoramiento en la salud colectiva donde se brinde atenciones con calidad generando ambientes saludables.

Además, la mayor cantidad de habitantes de la zona rural del municipio viven cerca al área urbana, esto permite tener una mayor cobertura y un buen acceso a los servicios del primer nivel de atención, por lo cual se facilita realizar acciones de intervención con una efectiva participación de la comunidad.

En cuanto a las veredas de Tafetanes y Palmichal, representan el mayor porcentaje de familias en la etapa de formación con un total de 25 y 23 respectivamente, el mayor número en la vereda Arango corresponde al ciclo familiar en plataforma de lanzamiento, la cual se caracteriza por “aceptar la separación [...] permitir la partida de los hijos como resultado de un proceso natural, lo que lleva a los padres a buscar nuevos intereses y preocupaciones para evitar apoyarse excesivamente en los hijos e impedir su independencia” (Universidad CES, 2015, p. 112).

También es de gran importancia resaltar que se pueden diseñar políticas públicas y estrategias de intervención de manera conjunta entre las entidades municipales y el hospital para favorecer a personas con discapacidad, teniendo presente que en la vereda Palmichal se encuentran en la edad productiva 3 personas con limitaciones cognitivas, 2 con invalidez física y 1 tiene imposibilidad sensorial.

Amenazas

La edad que predomina en la zona rural oscila esta entre los 60 a los 79 años, siendo la vereda Palmichal la que cuenta con mayor población en este rango; esta información determina hacia dónde deben de ir encaminados los programas desde el primer nivel de atención, poniendo en marcha estrategias, planes y proyectos que mitiguen alteraciones en la salud de la población adulta mayor.

Las brechas en cuanto a distancia pueden ocasionar una barrera entre la población y el acceso a los servicios de salud, puesto que Arango ocupa el segundo lugar con mayor distribución de familias con respecto a Palmichal y Tafetanes, pero a su vez es la más lejana al área urbana, por lo cual la cancelación de las brigadas a nivel extramural obliga a la población a realizar un largo desplazamiento para tener una atención en salud.

Por otra parte, los habitantes de la zona rural del municipio manifiestan preocupación debido a que cerca de sus viviendas se encuentra un cultivo avícola, un asentamiento de garzas, como también aguas residuales, las cuales hacen emerger olores y patógenos que afectan la salud de la población.

Priorización

Al realizar un análisis de la información obtenida, desde la metodología con base en lo manifestado por el grupo de APS y la población del municipio de Concepción, Antioquia como principales involucrados en la estrategia de atención primaria en salud, surgen las siguientes necesidades:

Se debe acrecentar el equipo básico de salud con otras profesiones, además, establecer con la gerencia del hospital y la secretaría de salud municipal un cronograma de capacitaciones al grupo de APS que fortalezca competencias, conocimientos e intervenciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo presente que este grupo es el primer contacto con la población, y de esta manera darle una adecuada implementaciones a la APS en el municipio, la cual les permita la identificación de necesidades en la comunidad con un abordaje propicio.

Otra de las necesidades que se debe priorizar es la activación de las brigadas de salud, debido a que entre los hallazgos encontrados se encuentra la cancelación de las actividades extramurales que contienen acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por poca asistencia por parte de la población, lo cual conlleva a que se presenten riesgos en salud para los habitantes, las familias y las comunidades del área rural del municipio, lo que puede verse reflejado en el abandono de tratamientos, la no adopción de hábitos de vida saludable al mismo tiempo en el aumento de la morbilidad y mortalidad de sus habitantes.

Se deben implementar estrategias de demanda inducida para seguir promoviendo en las familias la asistencia a los programas ofertados por el hospital, además fortalecer la educación en las comunidades con el fin de incentivar en la población la participación en las brigadas extramurales para aumentar la cobertura e impacto en la salud de los habitantes.

Debido a que se encontró que la mayoría de la población pertenece al curso de vida de adulto mayor, se debe fortalecer y promover el envejecimiento activo por

medio de actividades lúdico-prácticas con educación en salud e inclusión del entorno familiar.

Discusión

El equipo básico de salud debe realizar un trabajo conjunto y articulado con otros sectores del municipio de Concepción, con el fin de fortalecer los procesos en la implementación de la APS y mejorar el acceso a los servicios de salud a través de la educación extramural, esta es una de las estrategias que genera mayor impacto en la comunidad y es una fuente fundamental para realizar demanda inducida a los diferentes servicios. La canalización a los programas de salud es un mecanismo de gestión para la identificación de necesidades, generar puentes de comunicación, asimismo, el acompañamiento del personal de salud para promover el acceso efectivo a los servicios de salud (Peña, 2016).

Se debe acrecentar el talento humano que realiza las acciones de APS en el Municipio de Concepción:

El equipo de salud en el ámbito comunitario ha de asumir objetivos comunes, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, hacerlo desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, y constituirse en la puerta de entrada de la red asistencial. (Franco-Giraldo, 2015, p. 418)

El equipo interdisciplinario debe ser constituido con base en las necesidades priorizadas por la población, además debe fortalecer la capacidad resolutoria en la atención a nivel intra y extramural. La integración de profesiones facilita la solución de problemas de salud de forma holística que beneficie a las familias y comunidades (Franco-Giraldo, 2015).

En un estudio realizado sobre canalización y prestación de servicios de salud preventivos en la implementación de la APS en la zona rural del municipio de El Peñol durante los años 2012 a 2014 enlaza aspectos muy importantes que pueden tener la misma relación en toda la región del Oriente antioqueño, teniendo en cuenta las políticas gubernamentales que rigen en el departamento de Antioquia, se considera la importancia de la construcción de sistemas de salud orientados por una APS integral como coordinadora de los cuidados en una red de servicios articuladora

de acciones comunitarias e intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales para promover la salud, reducir las inequidades y garantizar el derecho universal al acceso a los servicios sanitarios.

Dicha prestación de servicios de salud se logra mediante la plena satisfacción de una necesidad de atención sentida. Sin embargo, suelen presentarse múltiples barreras, algunas de tipo económico, geográfico y otras de carácter administrativo producto de la organización del sistema de salud, sectorización, cobertura y costo (Peña, 2016, p. 16).

Adicionalmente, se encontró que el acceso a los servicios de salud en el Municipio de Concepción se ve obstaculizado por diferentes brechas sociales como la edad de sus habitantes, la lejanía desde sus viviendas hasta la IPS, y la falta de interés para participar en las brigadas, de acuerdo con esto, según el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “el acceso al primer nivel de atención con un enfoque de APS es obstaculizada por las diferencias en la disponibilidad, composición y calidad de los recursos humanos para la salud” (Organización Panamericana de la Salud-OPS y Organización Mundial de la Salud-OMS, 2017, p. 1). Además, se pueden dar graves desigualdades en la disponibilidad entre las zonas urbanas y rurales que se traducen en mayores problemas de acceso a los servicios de salud, hay deficiencia de recursos e inequidad social que imposibilitan el acceso a los servicios.

La capacitación del personal de salud es un factor indispensable para ejecutar de manera óptima y eficaz el modelo de APS. En un estudio realizado en la ciudad de Barranquilla se efectuó un análisis relacionado con el conocimiento y capacitación del personal de salud que prestaba atención en diferentes hospitales de la ciudad, “con este hallazgo de la valoración del conocimiento se puede argumentar la dispersión en la orientación, visión, misión y alcance de la APS en nuestro contexto local” (Tuesca y Segura, 2015 p. 301).

El acceso a los servicios de salud debe ser eficaz y eficiente, haciendo énfasis en la caracterización de la población objeto, en este artículo se evidencia que el curso de vida del adulto mayor es el que predomina en la zona rural y para ellos es difícil acceder a los servicios hospitalarios debido al largo desplazamiento desde su lugar de residencia a la ESE, además muchos de ellos no tienen cuidadores. En un estudio realizado en Cuba se puede afirmar que también hay dificultades en el

acceso a los servicios, debido a que existe una gran distancia geográfica para ir a los centros asistenciales, además hay insatisfacción de los prestadores que atienden por la sobrecarga de trabajo y ausencia en la prioridad de la atención al adulto mayor (Rodríguez y Collazo, 2017). Por lo anterior, los agentes sanitarios se deben afianzar en la implementación de estrategias que garanticen a la población, en su etapa de vejez, una atención oportuna en promoción, diagnóstico, tratamiento y paliación, dado que son una población vulnerable con altos índices de morbilidad y mortalidad debido a sus condiciones tanto físicas, psicológicas como sociales.

Cabe señalar, que el aumento de la cobertura en los municipios se fortalece con la intervención oportuna del equipo básico en las comunidades, además es fundamental el compromiso de los entes gubernamentales en la aplicación de políticas para tener una cobertura universal en el sector salud:

El acceso se destaca como un aspecto central para dar lugar a la realización de este, el hecho de contar con capacidad para emprender la búsqueda de los servicios y para resolver la necesidad o los deseos individuales o colectivos. Se destaca que la capacidad puede estar formada a partir de características propias del individuo, como la edad, el sexo, su estado de salud o la percepción sobre este; del sistema de prestación de servicios, como el portafolio, la disponibilidad de recursos, los horarios de atención; y del contexto en donde se desenvuelve la personas (Restrepo-Zea y Casas-Bustamante 2018, p. 244).

Por otro lado, con la implementación del MAITE se espera que mejore el acceso a los servicios de salud en el territorio colombiano, además a través de la Ruta Integral de Promoción y mantenimiento de la salud se buscará mejorar la cobertura de las familias con el fin de aumentar el estado de bienestar de las personas.

Conclusiones

Las familias de las veredas Arango, Palmichal y Tafetanes participan de forma activa en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ofertados en la ESE José María Córdoba, siendo la población joven, según la investigación, la que más asiste. Además, la institución cuenta con un equipo de APS, el cual tiene una buena aceptación por parte de la comunidad.

Adicionalmente, se debe consolidar el talento humano con la incorporación de

nuevas profesiones que garanticen un servicio integral con mayor capacidad resolutoria en el primer nivel de atención. Es necesario, también, capacitar al equipo ya existente para que sus acciones sean más efectivas. Se debe implementar, además, estrategias para fortalecer la educación en las comunidades con el fin de incentivar en la población la participación a brigadas extramurales.

El hospital debe diseñar estrategias de intervención de manera conjunta con los entes gubernamentales para fortalecer los programas dirigidos al adulto mayor, ya que el municipio tiene un proyecto de avicultura y agricultura liderada por una gerontóloga.

Para una correcta implementación de la nueva normatividad en el Municipio de Concepción es importante establecer mesas de trabajo conjunto que permitan la participación de todos los actores y sectores para la implementación del MAITE, donde se plasmen diferentes visiones e iniciativas que se direccionen hacia un mejoramiento en el acceso a los servicios de salud a nivel hospitalario y comunitario.

Referencias bibliográficas

- Company, M., y Rubio, M. F. (2017). Introducción a la investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa para enfermería. (Miguel Company Morales Coord., Ed.) Tijola, Almería, España: sd. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/320489902_Introduccion_a_la_investigacion_cualitativa_en_Enfermeria/link/59e8626f458515c3630fff65/download
- Congreso de la República. Ley 1438 (19 de enero de 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C: 2011. 47957 Recuperado de Colombia, Ministerio de salud y Protección Social (2016). Política de Atención Integral en Salud, recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Fajardo-Dolci, G.; Gutiérrez, JP y García-Salsó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. (Instituto Nacional de Salud Pública, Ed.) Salud Pública de México, 57(2), 180-186. Recuperado el 09 de 2020, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf>

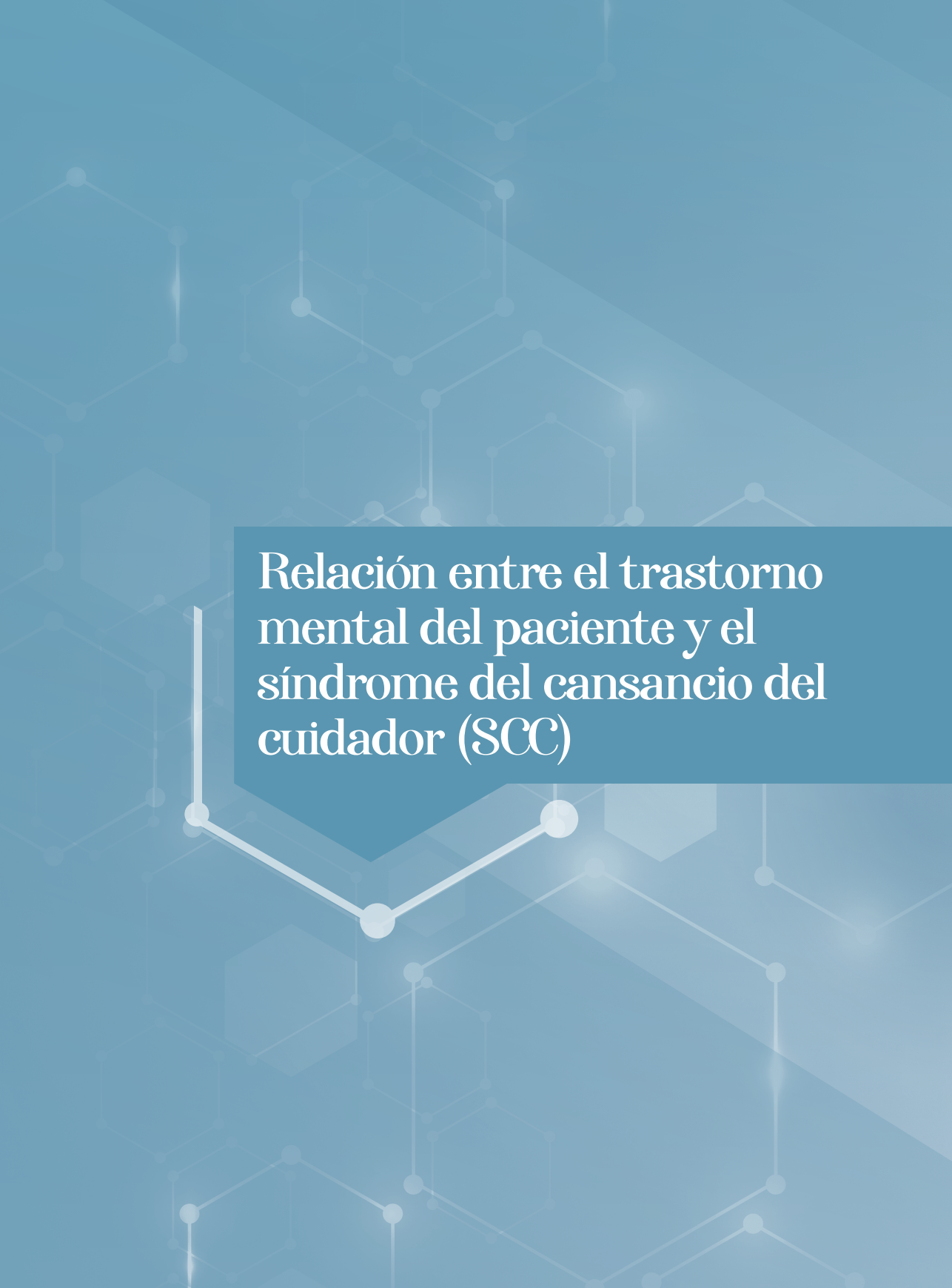
- Figuroa , D y Cavalcanti Costa, GM. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. (C. Departamento de Enfermería, Ed.) *Enfermería Global*, 13(1), 267-291. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/administracion4.pdf>
- Franco-Giraldo, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(3), 414-424. doi:DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11
- Gobernación de Antioquia. (2014). Modelo de Atención Primaria en Salud en Antioquia. Guía para la aplicación de historia familiar. Obtenido de Modelo de Atención Primaria en Salud en Antioquia. Guía para la aplicación de historia familiar: https://teleduccion.medicinaudea.co/pluginfile.php/262651/mod_resource/content/1/Anexo%20No.%2004%20-%20Instructivo%20Historia%20Familiar.pdf
- Instituto Ciudadano de Planeación Municipal. (Diciembre de 2014). Talleres participativos Revision de los programas de desarrollo urbano del centro de población de tuxtla Gutierrez 2001-2007 . Obtenido de https://tuxtla.gob.mx/iciplam/descargas/REPORTE_DE_TALLERES_FINAL_PDUUCP.pdf
- Kerguelén , C, (2008). Calidad en salud en Colombia. Los principios. (P.-P. Ministerio de la Protección Social - MPS;, Ed.) Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia: Scripto Ltda. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/calidad-salud-colombia.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia (2000). Resolución 00412 DE 2000 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. Bogotá Ministerio de Salud Recuperado: http://www.salud-colombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016). Política de atención integral en salud. República de Colombia, Poder Legislativo. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/mode-lo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud . (1993). Resolución 8430 del 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la

- investigación en salud. Bogotá D.C Ministerio de Salud y Protección Social Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). Resolución 429 del 2016 por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de http://simudatsalud-risaralda.co/images/inv8/Mias-Rias/Resolucion_0429_de_2016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia . (2019). Resolución 2626 del 2019 por la cual Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAI-TE Bogotá D.C Ministerio de Salud y Protección Social Biblioteca Digital. (Ministerio de Salud, Ed.) Recuperado de RIDE/DE/DIJ: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2626-de-2019.pdf>
- Okuda , M., y Gómez, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Revista Colombiana de Psiquiatría,, XXXIV(1). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a08.pdf>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (12 de sept de 1978). Sitio Web regionales_ Región de Las Américas. (World Health Organization_ WHO, Editor) Obtenido de Temas de Salud. Atención Primaria en Salud. Recuperado de: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. (Organización Panamericana de la salud, Ed.) Washington, D.C., USA: Biblioteca Sede OPS-Catalogación en la fuente. Recuperado el 6 de 09 de 2020, de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
- Organización Panamericana de la Salud-OPS y Organización Mundial de la Salud-OMS. (sd de sd de 2017). Biblioteca Virtual de Salud. (Pan American Health Organization - PAHO, Editor, Organización Mundial de la Salud-OMS, Productor, & Oficina Regional de las Américas de la WHO;) Obtenido de PAHO: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=311&lang=pt
- Patton M.Q (2002). Qualitative evaluation methods and research methods. Sage

Publications Indiana Pvt. Ltd

- Peña, J. C. (2016). Canalización y prestación de servicios de salud preventivos en la implementación de la Atención Primaria en Salud. Zona rural. El Peñol 2012-2014. Escuela Nacional de Salud Pública UdeA, Antioquia. Peñol: Biblioteca Digital. Obtenido de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5512/1/PenaJuan_2016_CanalizacionPrestacionServiciosAPS.pdf
- Pérez , G. (2000,). .Modelos de Investigación Cualitativa. Madrid: Ediciones Narcea, S.A.
- Restrepo-Zea, JH; Casas-Bustamante, LP y, E.-P. (1 de Diciembre de 2018). Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud:¿Qué ha pasado en Colombia después de la Sentencia T- 760? (Facultad de Ciencias Económicas, Ed.) Revista Salud Pública, 20(6), 670-676. doi:DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.78585>
- Rodríguez , A.; Collazo Ramo, M.; C. C. (julio-sept de 2017). Percepciones de adultos mayores y prestadores acerca de la accesibilidad a servicios de salud. (. I. Escuela Nacional de SP, Ed.) Revista Cubana de Salud Pública, 43(3), 349-360. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n3/349-360/es>
- Tuesca , R., y Segura Barrio, I. (Abril de 2015). Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de Enfermería: barreras, conocimientos y actividades. Barranquilla Colombia. (D. Departamento de Salud Pública y, Ed.) Revista Científica Salud Uninorte, 31(2), 295-308. Obtenido de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/7589/8338>
- Universidad CES. (jul-dic de 2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el período entre los años 2002 a 2015. (U.-C. Facultad de Psicología, Ed.) Revista CES Psicología, 8(2), 103-121. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417006.pdf>
- Vignolo, J.; Vacarezza, M; , Á. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. (Prensa Médica Latinoamericana de Uruguay, Ed.) Archivos de Medicina Interna, 33(1), 11-14. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003





Relación entre el trastorno
mental del paciente y el
síndrome del cansancio del
cuidador (SCC)

Carolina Echeverri Tamayo

Magister en Salud Familiar

Docente

Programa de Enfermería

Universidad Católica de Oriente

Subgerente Asistencial y Líder Comercial, en la Clínica

Pinares Mind & Health

Correo: caroeche87@gmail.com

 Orcid: 0000-0001-5849-2704

Paula Cristina Ríos Zapata


Magister en Psicología

Docente de tiempo completo

Programa de Psicología

Universidad Católica de Oriente

Correo: prios@uco.edu.co

 Orcid: 0000-0002-0094-1885

Relación entre el trastorno mental del paciente y el síndrome del cansancio cuidador (SCC)¹

Resumen

El objetivo del estudio fue identificar la relación entre el trastorno mental del paciente y el Síndrome del Cansancio del Cuidador (SCC), a través de una revisión documental, que permitió identificar los instrumentos más utilizados y caracterizar a las familias y cuidadores. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, de tipo observacional-retrospectivo y un diseño de revisión documental, con un alcance de coocurrencia de categorías de análisis delimitadas en: a) trastornos mentales, b) SCC, c) características familiares y psicológicas del cuidador y d) instrumentos utilizados para el diagnóstico del SCC. Las unidades de análisis fueron 93 artículos científicos, relacionados con las categorías de análisis, publicados desde el 2008 hasta el 2019. Las unidades de estudio elegidas fueron 50 documentos científicos, recuperados de 12 bases de datos entre ellas Redalyc, Dialnet, ProQuest, Google Académico, Scielo y ScienceDirect. Algunos de los resultados más significativos fueron que la sintomatología más frecuente del SCC comprende el estrés, la ansiedad y la depresión. El trastorno mental más frecuente en el paciente es el Alzheimer, y el trastorno más prevalente en el cuidador es la depresión. El rol del cuidador está

1 Relación entre el trastorno mental del paciente y el Síndrome del Cansancio del Cuidador (SCC), Estudio documental. Financiación propia de la investigadora principal, Carolina Echeverri Tamayo. Grupo de investigación: GIBPSICOS, Línea de investigación: Salud, Bienestar y Calidad de vida; de la Facultad de Ciencias Sociales y Grupo de investigación: Atención Primaria en Salud, Línea de investigación: Prevención de la enfermedad, de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Oriente.

normalmente asumido por mujeres, con un rango de edad entre 40-60 años que dedican entre 4 y 12 horas al día para el cuidado. La mayoría tiene baja formación y tienden a abandonar sus empleos para dedicarse al cuidado. El instrumento más utilizado para medir el SCC es la escala Zarit - Zarit. Sin embargo, se utilizan pruebas para medir patologías particulares como la depresión y la ansiedad.

Introducción

A lo largo de la historia de la enfermedad mental el papel de las familias ha cumplido un papel fundamental en su tratamiento; ellas son las principales afectadas cuando se presenta una descompensación del paciente; las familias se convierten en los cuidadores principales, se dedican inicialmente a manejarlos y hacen grandes intentos por estabilizarlos sin necesidad de requerir hospitalización. Durante este período sufren un desgaste mental, físico y hasta financiero que impacta en la dinámica familiar. Es así como al momento de realizar la hospitalización del paciente se reciben familias más enfermas de lo que realmente se puede dimensionar que requirieran también ser intervenidas. El desconocimiento frente a cómo se da el Síndrome de Cansancio del Cuidador (SCC) con relación específicamente a un trastorno mental del paciente y la falta de diagnóstico precoz de este por falta de información, es lo que lleva a investigar más a fondo qué tanto se conoce al respecto y cuáles acciones adicionales se pueden considerar para tener un mejor abordaje.

Según Cabada Ramos y Martínez Castillo (2017), el SCC se puede definir como una patología que tiene alteraciones en el cuidador de un paciente secundario al cuidado de este, el SCC, aparece en aquellas personas que se desempeñan como encargados principales de personas dependientes y se caracteriza por agotamiento físico y mental (p. 53).

Adicional a esto, es importante conocer cómo se ha diagnosticado el SCC y cuáles escalas son utilizadas o más efectivas para su evaluación. Y, a partir de esto, se puede llegar a una caracterización de los cuidadores, dándoles así un papel más protagónico dentro del cuidado.

Algunas de las más recientes investigaciones que se encontraron en el proceso de búsqueda, se dimensiona que realmente el cuidador de los pacientes y sus familiares juegan un papel muy importante y determinante dentro del proceso de

recuperación del paciente y en la adherencia al tratamiento, para así evitar que estos pacientes sean reincidentes con las hospitalizaciones en el transcurso de sus vidas. Se ha escrito sobre trastornos mentales y el manejo de los pacientes, pero poco se ha estudiado a sus familias, que terminan también padeciendo alguna enfermedad, ya sea física, psicológica o emocional. Por ejemplo, Freudenberger hacía referencia al burnout, como el estado físico y mental de trabajadores que se esforzaban tanto en sus labores, que algunos presentaban conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo y evitación con los clientes (1974, como se citó en Martínez Pérez, 2010, p. 44).

De igual manera, en los últimos años, en los países desarrollados ha aumentado la esperanza de vida de la población y a raíz de esto aumenta la vejez que presenta enfermedades crónicas que representan una necesidad de cuidado en algún momento, seguidas de un impacto en la estructura familiar como lo refieren Tirado Pedregosa et al., (2011).

Ahora bien, si es necesario un cuidador que es casi siempre un familiar o alguien cercano, como se ha observado en los estudios de Algado et al. (1997), Peinado y Garcés (1998), y Roig et al. (1998), focalizando la tarea, principalmente, en el cónyuge, hijos, hermanos u otros parientes próximos.

Dentro del proceso de enfermedad y la relevancia que tiene la familia y principalmente la figura del cuidador, se puede afirmar que este es la clave fundamental para mantener dentro de un control terapéutico al paciente, sin embargo, el cuidador se enfrenta a muchos riesgos. Por eso, a través de las diferentes investigaciones y autores, se retoman cuáles son algunas de las características de los cuidadores y la patología del SCC más conocido como el estado de agotamiento emocional y físico que sienten las personas que dedican gran parte de su tiempo al cuidado de otra que depende del cuidado de este.

Se identifican dos tipos de cuidadores: el cuidador formal y el informal, uno tiene una capacitación “cursos teóricos-prácticos de formación para brindar atención preventiva asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar, horario establecido y remuneración” (Hernández, 2006, p. 41); el otro, pudo haber sido elegido por gusto u obligación, sin límite de horario, ni reemplazos, toma las decisiones y no tiene capacitaciones.

En diversos estudios buscaban caracterizar al cuidador familiar de la persona con

trastorno mental, se encontró que la mayoría son mujeres casadas, en rango de edad de 40-60 años, nivel básico de escolaridad y con ocupación en labores del hogar. (Alonso et al., 2004; Espín, 2008; Cerquera et al., 2012 y Mera et al., 2017).

El agotamiento o la carga que puede experimentar el cuidador se ha vinculado no tanto con las tareas que este realiza, sino más bien con la percepción subjetiva que el cuidador va teniendo de ellas. Otro aspecto fundamental es la relación que se tenga con la persona enferma; si la relación es buena, esto puede mitigar el agotamiento del cuidar (Builes Correa y Bedoya Hernández, 2012). “El cuidador puede sentir cambios (emocionales, físicos y relacionales) y experimentar consecuencias negativas (ansiedad, agotamiento, trastornos psicósomáticos, comportamientos estereotipados)” (Reinares et al., 2004).

Las investigaciones demuestran la prevalencia de algunos trastornos mentales. Cada vez son identificados más pacientes con alguna alteración que cambia el significado previamente mencionado sobre salud mental, (Estadísticas en Salud Mental en Antioquia, 2019, como se citó en Álvarez Hincapié, 2019, párr. 13.); lo que demuestra la necesidad de hacer mayores intervenciones y estudios desde lo personal hasta lo comunitario para así entender las necesidades actuales y poder intervenir.

De la gravedad de los trastornos mentales se deriva la importancia de estudiar el SCC, sus conceptos y orígenes, por qué su relevancia y las necesidades actuales.

En Colombia existe una iniciativa del Ministerio de Salud y de Protección Social que se enfoca en el cuidado del cuidador donde manifiesta que, por lo menos, en el 80 % de los casos de enfermedad mental son las familias quienes asumen los cuidados de estos enfermos. El 65 % de los familiares que cuidan directamente al enfermo sufrirán cambios sustanciales en sus vidas y una importante merma de su salud física o psíquica, llegando el 20 % a desarrollar un cuadro intenso conocido como burnout o síndrome del cuidador quemado (Palacios y Jiménez, 2008, citado en Ministerio de Salud y de Protección Social, 2016, p. 18-19).

El Concejo de Medellín también ha hecho esfuerzos para generar una política que apoye y acompañe a los cuidadores (2015, p.1).

Los cuidadores son el soporte, el apoyo y en quien se depositó todas las responsabilidades, son los encargados de la adherencia a los programas terapéuticos.

Saber que, si hay cuidadores cansados, habrá un paciente descompensado. Si bien es importante identificar las necesidades del paciente es fundamental conocer las necesidades del cuidador que es por lo general el menos atendido, ya que está en función del paciente, atento a sus requerimientos y olvida su propia vida a tal punto que los síntomas de sobrecarga no lo relacionan con su ocupación sino con enfermedades en general, de ahí la importancia de generar estrategias que permitan educar, capacitar al cuidador para el reconocimiento y acercamiento a la patología del SCC. Tener más conocimientos sobre el cuidador, capacitarlo y ayudarlo a identificar su vulnerabilidad ayudará a prevenir la descompensación del paciente, su propia enfermedad y las crisis familiares, a su vez minimizar aspectos que interrumpen la rutina normal del cuidado ayudarán a la mejoría y estabilidad del paciente.

En este sentido, entonces el objetivo principal de este estudio fue describir la relación entre el trastorno mental del paciente y el SCC en 50 documentos científicos publicados en los últimos 10 años.

Marco referencial

La teoría básica permite conocer un poco más a fondo las categorías que se analizaron durante todo el proceso de investigación, y se profundizó sobre cada una de ellas, no obstante, para el objetivo del presente escrito, solo se esbozarán algunos elementos generales de cada constructo.

Síndrome del Cansancio del Cuidador

Si bien la investigación tiene énfasis en el SCC, se hace necesario una revisión inicial de quién es un cuidador, cuáles son sus características y sus funciones más relevantes y por qué estas llegan a generar alteraciones en su estado físico y emocional.

Los cuidadores son personas, normalmente familiares de niños, jóvenes y adultos que dedican su tiempo y su esfuerzo a realizar un acompañamiento para desempeñar de la manera más cotidiana las actividades diarias de aquellos que por su limitación física y mental necesitan adaptar sus funciones para que sean más llevaderas.

Los cuidadores constituyen una pieza clave en la tríada terapéutica “equipo sanitario-enfermo-cuidador primario”, principalmente cuando la atención es dispensada en el domicilio del propio paciente (Bayés, 2003). Esto ha sido una de las razones por las cuales se ha aumentado el número de cuidadores informales, ya que cada vez más se realizan salidas tempranas para reincorporar a los pacientes lo más pronto posible a sus rutinas y no se presenten hospitalismos innecesarios.

Uno de los síntomas más frecuentes del SCC es el estrés, este está presente en todos los cuidadores pero cuando se convierte en un malestar es cuando comienza a afectar al cuidador y esto genera respuestas negativas, como ansiedad o tristeza, como consecuencia “pueden disparar respuestas fisiológicas o conductuales como no descansar lo suficiente, no tener una alimentación adecuada, descuidar el propio estado de salud, no acudiendo a los médicos por su propio estado de salud” (Crespo y López, 2006, p.32). Y diferentes síntomas que podrían combinarse dentro de espectro sintomático de ansiedad y depresión, al tener alguno de estos podría ya ser diagnosticado un cuidador con SCC, pero esta patología va a ser mucho más compleja. (Zambrano Cruz y Ceballos Cardona, 2007, p. 31)

Trastornos Mentales

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, versión 5 por sus siglas en inglés) define el trastorno mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (APA, 2014, p. 20). Se entiende así que los problemas mentales se diferencian de los trastornos mentales en la severidad de la sintomatología y el grado de la disfuncionalidad psicosocial que originan. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Dentro de la temática del SCC relacionada con los diferentes trastornos mentales se investigó de cerca sobre demencias, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, depresión, trastorno límite de personalidad, y dentro de estas, cada una de las características y qué tanto impacto tiene dentro de las familias, especialmente en el cuidador principal.

Demencias

Actualmente denominadas Trastornos Neurocognitivos Mayor y Leve, sin embargo, en los textos consultados y en algunos contextos de la salud, sigue siendo común el uso del término demencia.

Una de las demencias más encontradas en la literatura científica consultada, asociada al SCC, es la enfermedad de Alzheimer (EA), que según Donoso:

Es la principal causa de demencia entre los adultos (salvo en los japoneses, donde predomina la demencia vascular). Es una enfermedad de compleja patogenia, a veces hereditaria. Clínicamente se expresa como una demencia de comienzo insidioso y lentamente progresivo, que habitualmente se inicia con fallas de la memoria reciente y termina con un paciente postrado en cama, totalmente dependiente. (2003, p. 13).

Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)

Este trastorno afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo. Se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verbosidad, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir. Se dispone de medicamentos que estabilizan el estado de ánimo con los que atajar eficazmente las fases agudas del trastorno bipolar y prevenir las recidivas. Además, el apoyo psicosocial es un elemento esencial del tratamiento (OMS, 2018, p. 7-8).

Esquizofrenia

Según el CIE 10 La esquizofrenia F20 se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, así como manifestaciones afectivas inapropiadas. En general, se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos (2000, p.70).

Depresión

Según la OMS (2018, párr., 2), la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave, se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Trastorno Límite de Personalidad (TLP)

Los trastornos de personalidad presentan un patrón inflexible, persistente y estable a lo largo del tiempo, de experiencias internas y comportamientos que suponen un malestar subjetivo o un deterioro de funcionamiento para las personas que los padecen, y se presentan generalmente en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Específicamente, el TLP o personalidad borderline, es un trastorno del que ha quedado patente la necesidad de incrementar las investigaciones al respecto, sobre todo de aspectos como la comorbilidad, el diagnóstico diferencial o la validación de instrumentos de medida (Fernández-Guerrero y Palacios-Vicario, 2017).

Según el DSM-5 (APA, 2014), el TLP puede estar asociado a autoagresión física deliberada en ausencia de intención de suicidio.

Perfil del cuidador y la familia

La literatura científica diferencia dos tipos de cuidadores, el informal y el formal. El primero alude a un miembro de la red social del receptor del cuidado, que brinda atención de manera voluntaria y sin que medie remuneración económica, mientras que el segundo hace referencia a quienes no hacen parte de la familia de la persona enferma, que pueden estar capacitadas o no para ejercer dicho rol y que, a cambio, reciben una remuneración económica (Aparicio et al., 2008).

El cuidador es un familiar o persona cercana que asume la responsabilidad de cuidar al familiar enfermo. Es quien representa una solución ante la necesidad de atender a la persona enferma, sin que se haya llegado, en muchos casos, a un

acuerdo explícito entre los miembros de la familia. La característica de cuidador primario se deriva del reconocimiento que la persona con trastorno mental u orgánico efectúe sobre una persona (familiar o amigo), quien asume la responsabilidad frente al proceso de recuperación. También pueden ser denominados cuidadores informales o primarios (Barrera et al., 2010).

Se encuentra evidencia de que los familiares cuidadores enfrentan una carga y estrés inevitable por el hecho de no tener tiempo para sí mismos. Bajo esta premisa, el rol de cuidador puede ser concebido como un riesgo ocupacional, colocando al cuidador en un lugar de peligro para el desarrollo de problemas emocionales, psicológicos y físicos. Estos incluyen elevada morbilidad, estrés crónico (burnout), conflictos familiares y falla para alcanzar las necesidades personales y emocionales (Schulz, 2008, como se citó en Steele Britton, 2010).

Las funciones que desempeñan los cuidadores dependen de la patología que presenta el paciente o del grado de discapacidad que tenga, estos llevan a cabo tareas cotidianas como el baño, la alimentación, la higiene, la supervisión del tratamiento, los trámites administrativos (legales, o médicos) y el acompañamiento de la vida diaria, estos cuidados podrían tener que utilizar la fuerza física (inmovilizaciones, o cambios de posición) si así es requerido en el paciente.

Instrumentos de evaluación del SCC

Los instrumentos de evaluación psicológica son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas. Son muchos los instrumentos que sirven para este fin y variadas son también las formas que adquieren los test, su modo de presentación, el material con que están hechos, el objetivo que persiguen, etc.; es tan amplia la cantidad de instrumentos que existen que se encuentran clasificados en diversas categorías y todos ellos constituyen el arsenal tecnológico y metodológico con que cuenta la ciencia psicológica para realizar sus mediciones; estos instrumentos constituyen la base sobre la cual descansan los fundamentos de la exploración y el análisis del comportamiento del hombre, concebidos de tal forma desde que surge la necesidad de evaluar las diferencias humanas (González Janezza, 2007).

Para medir el SCC en integralidad o de forma particular en los elementos que lo componen, se han desarrollado un número significativo de instrumentos que han

sido ampliamente utilizados en las investigaciones al respecto. Dentro de ellos se destaca la Escala Zarit Zarit, al igual que otros instrumentos encontrados y que son significativos, como se evidencia en la Tabla 1.

Tabla 1

Instrumentos para medir el SCC y sus síntomas

Ítem	Instrumento	Autor	Años	Alfa de Cronbach
1	La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.	Adaptada por Martín Carrasco et al.	2010	0.91
2	Escala de Sobrecarga del Cuidador.	Zarit.	1996	0.91
3	Escala de Zarit Reducida en Cuidados Paliativos.	Gort et al.	2005	
4	Cuestionario de Evaluación de Repercusión Familiar (Involvement Evaluation Questionnaire - IEQ).	Van Wijngarden et al.	2000	0.77 - 0.90
5	Índice de Barthel (IB).	Barrero et al.	2005	0.90 - 0.92
6	Inventario para la Depresión de Beck. BDI (Beck Depression Inventory).	Vázquez C y Sanz J.	1991	0.78 y 0.92
7	El Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)).	Spielberger, Buela Casal y Agudelo.	2008	0.73 - 0.81 para la escala estado 0.79 - 0.82 para la escala rasgo
8	Cuestionario de Goldberg o EADG.	Goldberg.	1987	la escala de ansiedad y depresión 0.86; 0.81 para la subescala de ansiedad y 0.77 para la de depresión.
9	El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	Beck, Epstein, Brown & Steer	1988	0.83
10	El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) versión en español del STAI (State-Trait Anxiety Inventory).	Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970.	1970	0.83
11	La ECF15.	Reinares et al.	2004	
12	Cuestionario Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOS II).	Validada Vilaplana, et al.	2007	0.85
13	Escala de desempeño psicosocial (Social Behaviour Assessment Schedule - SBAS).	Versión en español Otero et al.		0.7

14	Burden Assessment Schedule (BAS) que valora la carga que experimentan los cuidadores de pacientes con enfermedades mentales crónicas.	Chakrabarti.	2003	
15	La escala de Reajuste Social (en inglés; SRRS, Social Readjustment Rating Seale).	Holmes, Rahe.	1967	0.90
16	El Apgar-familiar.	Elaborado por Smilks-tein (Bellón, Delgado, Luna, 2016)	1978	0.84
17	Escala de calidad de vida, WHO-QOL-BREF.	OMS Bonicatto, Soria & Seghezso.	1997	
18	Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID – 5 – BF).	American Psychiatric Association (APA).	2013	entre 0.78 para Antagonismo - 0.86 para Psicoticismo, así como 0.95 para la escala total
19	Escala de Katz.	Trigás.	2010	Odds Ratio e intervalos de confianza del 95 %.
20	Perceived Familiar Burden Scale (PFBS),	Levene, Lancee, Seemas.	1996	
21	Maslach Burnout inventory (MBI),	Cuijperes, Stam Beltrán Aranda, Pando Moreno, Salazar Estrada, J.(2016).	2000-2016	0.658 toda la escala, agotamiento emocional 0.835, despersonalización 0.407, falta de realización 0.733.
22	Satisfaction with Life Scale (SWLS).	Diener, Emmons, Larsen, y Griffin; versión en español de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita.	1985 2000	0.79 - 0.89, para la versión original y de 0.84 para la versión en español.
23	World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. (WHODAS 2.0).	World Health Organization. (WHO); versión en español de Vázquez-Barquero et al.).	2001	0.97
24	Cuestionario familiar, FQ (The Family Questionnaire).	Adaptación española de Sepúlveda et al.	2014	0.81 para la Sobreimplicación emocional y de 0.84 para la de Crítica.
25	Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire, GHQ-28).	Goldberg y Williams.	1988	0.90
26	La Escala del Sentido del Cuidado (ESC).	Validada en por Fernández Capó, et al.	2006	0.8
27	Inventario de Emoción expresada, LEE (Level of Expressed Emotion).	Cole y Kazarian.	1988	0.84 en actitud hacia la enfermedad, 0.73 en intrusismo, 0.84 en hostilidad, y 0.72 en tolerancia hacia la enfermedad".

28	Inventario de la experiencia como cuidador, ECI-S.	Sepulveda.		0.58 - 0.79.
29	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).	Zigmond y Snaith.	1983	Escala de ansiedad de 0.87 y para la Escala de depresión de 0.84
30	Escala de impacto de los síntomas de los trastornos alimentarios, EDSISS.)	Sepúlveda et al.	2008	total, fue de 0.90, y para la subescala de impacto nutricional fue de 0.84, para la de culpa .88, para la de conductas desreguladas 0.78, y para la de aislamiento social 0.75.
31	Escala de acomodación a los síntomas de enfermedad, EAISA.	Sepúlveda, Kyriacou y Treasure,	2009	total, fue de 0.91, y en las diferentes escalas osciló entre 0.90 y 0.71 (evitación y modificación de las rutinas 0.83, búsqueda de seguridad 0.85, rituales con la comida 0.90, control de la familia 0.85, hacer la vista gorda 0.71.
32	Cuestionario sobre percepción de la enfermedad- The brief IPQ.	Broadbent, Petrie, Main y Weinman).	2006	

Nota. Creación de las autoras.

Metodología

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo, de tipo Observacional-retrospectivo. Con un diseño de revisión documental y un alcance descriptivo (frecuencias) y relacional (coocurrencia) de las categorías de análisis. Como unidades de análisis se seleccionaron 93 textos científicos publicados del 2008 a la fecha, en español (por decisión de los autores), lo que direccionó y limitó la búsqueda a estudios en contextos de Latinoamérica y países de habla hispana. Seleccionados de las bases de datos de acuerdo a su relación con alguna de las categorías de análisis. Y las Unidades de estudio fueron cincuenta textos científicos extraídos de doce bases de datos científicas de acceso libres, con estudios en España y Latinoamérica. El muestreo fue intencional, no probabilístico, se utilizaron textos extraídos de bases de datos científicas especializadas, que contuvieran resultados de investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas. Siguiendo los criterios de inclusión se eligieron documentos científicos de base de datos como Redalyc, Dialnet, ProQuest, Google académico, Scielo y ScienceDirect.

Las cuatro categorías de análisis seleccionadas como parte del diseño de la investigación fueron SCC, Trastornos Mentales, Perfil del cuidador y la familia e Instrumentos para evaluar el SCC.

Para realizar la búsqueda de los datos se utilizaron dos instrumentos, una rejilla de revisión de artículos, herramienta diseñada para sistematizar la información que emerge de la revisión documental y una ficha bibliográfica: versión crítica, adecuada por Villada et al. (2016), a partir de la versión original de la Universidad Católica de Oriente.

Resultados

Análisis Descriptivos

Análisis Descriptivos de las Unidades de estudio.

Se revisaron 93 textos científicos de 12 bases de datos científicas de los cuales se extrajeron 50 textos que fueron elegidos como las unidades de estudio, como se ve en la Tabla 2. De dichos textos se extrajo la información para el análisis del presente estudio. Siendo Google Académico, la base de datos con más artículos, con el 11.22 % de los textos consultados, seguida de Redalyc con el 9.18 %, Scielo, con un 8.16 %, Researchgate, Dialnet, ProQuest y ScienceDirect, cada una con un 4,8 % de los textos consultados y otras, con un 6.12 %. (Ver Figura 1. Bases de datos y artículos encontrados).

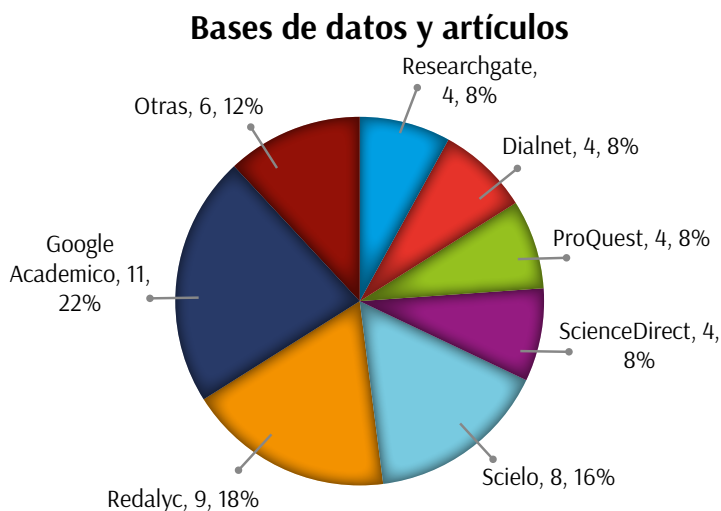
Tabla 2

Distribución de las unidades de análisis y unidades de estudio

Crterios	Número
Unidades De Análisis	93 textos científicos.
Unidades De Estudio	50 textos científicos.
Fuentes	12 bases de datos.
Palabras Claves	4 síndrome Del Cansancio Del Cuidador, Trastornos Mentales. Cansancio y Cuidador.

Figura 1

Bases de datos consultadas y artículos encontrados.



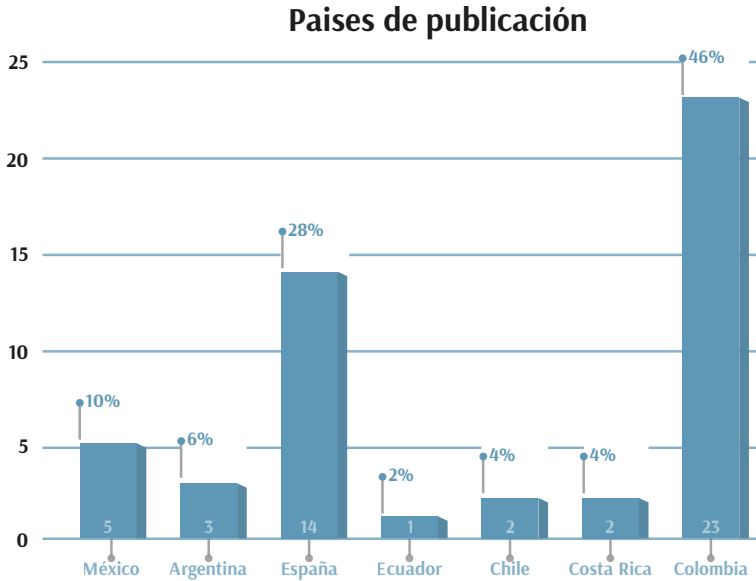
Nota. Creación de las autoras.

De acuerdo a los países donde se realizaron los estudios revisados, se evidencia que en Colombia se ha estado investigando cada vez más sobre el SCC, sin embargo, también se resalta el papel que tiene España dentro de las investigaciones, lo que da cuenta de la importancia que se da en este país a los cuidadores en especial a los del paciente psiquiátrico. De los 50 artículos, 14 (28 %) fueron escritos en España; 23 (46 %) en Colombia; 3 (6 %) en Argentina; 2 (4 %) en Chile; 2 (4 %) en Costa Rica; 5 (10 %) en México y 1 (2 %) en Ecuador (Ver Figura 2).

Por otro lado, la evidencia muestra que durante los años 2011-2013 incrementaron los estudios con relación a los 3 años anteriores, siendo esto un indicio de una necesidad de investigar más a fondo sobre el SCC. Y los 3 años siguientes presenta un descenso, pero posteriormente se recupera volviendo a presentar diferentes estudios sobre el SCC. (Ver Figura 3).

Figura 2.

Número de investigaciones por país.



Nota. Fuente creación de las autoras.

Figura 3

Años de las publicaciones agrupados



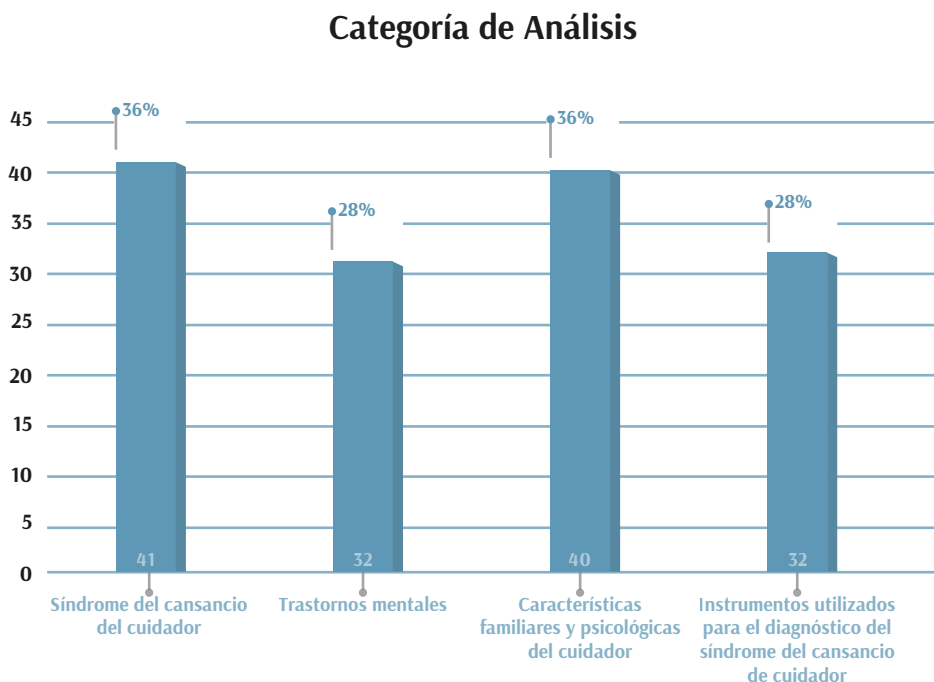
Nota. Creación de las autoras.

Análisis Descriptivos de las Categorías de análisis

Dentro de los 50 textos se puede evidenciar que 41 artículos hablan del SCC y que paralelamente a este es indispensable hablar de las características familiares y psicológicas del cuidador que aparecen en 40 textos, y que siempre será necesario encontrar instrumentos para su diagnóstico, en este caso se encontraron 32 artículos que permiten guiar a los equipos de salud y a las familias con herramientas fáciles y confiables. Se resalta que para haber un cuidador con SCC no es necesario tener un trastorno mental, se encuentran 32 artículos donde se habla de estos trastornos mentales, ya que son de vital importancia pues son un factor de riesgo para padecer el SCC (Ver Figura 4).

Figura 4

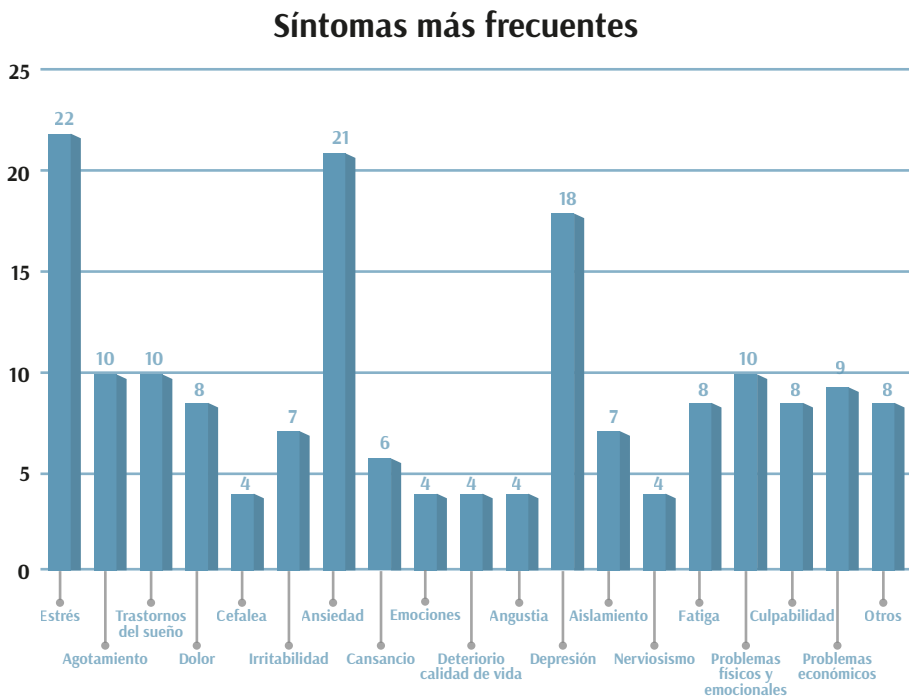
Estadísticos descriptivos de las categorías de análisis



Nota. Creación de las autoras.

Por otro lado, como se evidencia en la Figura 5, la sintomatología de los cuidadores cuando presentan SCC es muy extensa, y todo depende de las características psicológicas y familiares del cuidador, sin embargo, se hace evidente que el estrés es el síntoma más frecuente y que es habitual escuchar a los cuidadores manifestarlo, continuando con ansiedad como consecuencia del estrés. La revisión de los textos evidencia también que la depresión es un síntoma muy frecuente provocando así que el cuidador pase a ser paciente.

Figura 5
Sintomatología más frecuente del SCC



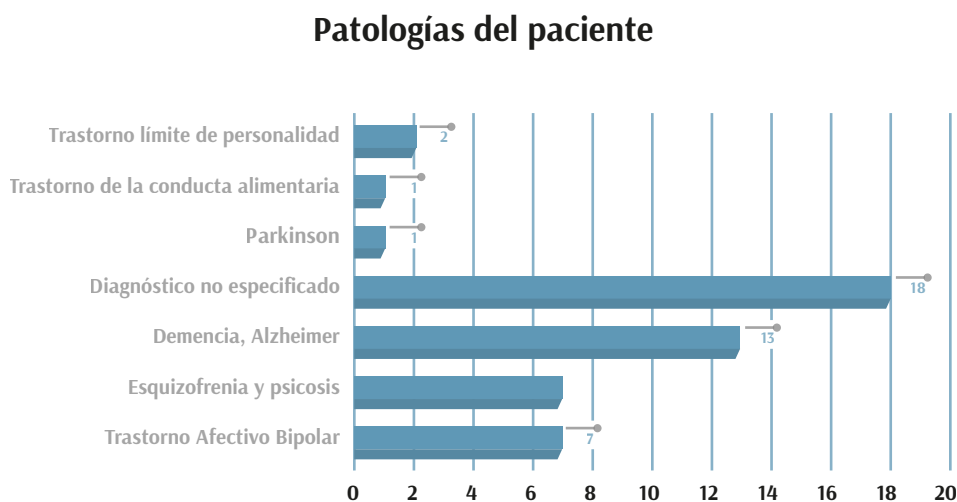
Nota. Creación de las autoras.

Más síntomas mencionados en los estudios permiten comprobar que el SCC no es una patología tan sencilla, que realmente tiene efectos físicos y emocionales en quien lo está padeciendo.

Respecto a las patologías más frecuentes en los pacientes que requieren de cuidados se puede evidenciar que las demencias, entre ellas la Demencia tipo Alzheimer, son de gran peso y que estas son patologías con un grado de discapacidad y dependencia significativa. (Ver Figura 6).

Figura 6

Trastornos mentales más frecuentes en el paciente psiquiátrico

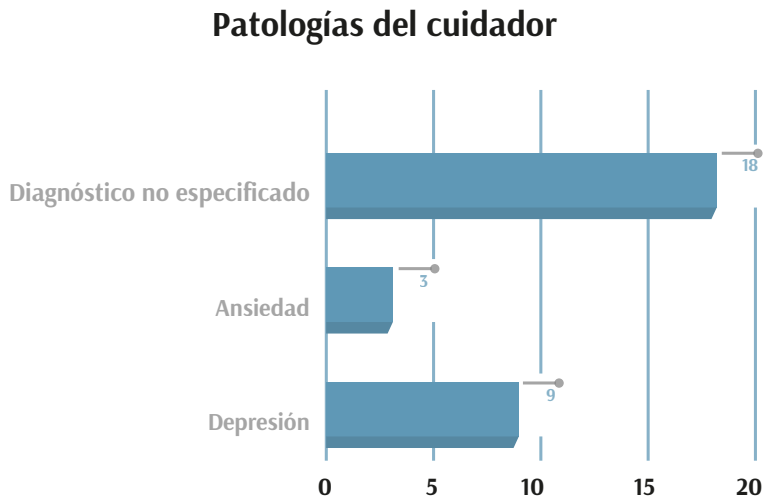


Nota. Creación de las autoras.

Cabe también mencionar, que en 9 de los textos se encuentra la depresión como una de las patologías más frecuentes en los cuidadores, seguida de la ansiedad, que aparece en 3. Con esta información se puede pensar en la creación de estrategias para hacer intervenciones y capacitaciones, que estén encaminadas principalmente a evitarlas.

En 19 de los textos aparecen los diagnósticos no especificados, indicando que, aunque no se especifiquen claramente en los relatos, tiene de fondo una necesidad de más investigaciones que permitan identificarlos mejor (Ver Figura 7).

Figura 7
 Patologías más frecuentes en los cuidadores



Con base en la categoría de características del cuidador, en 40 textos se analizó el género, la edad, el tiempo del cuidado, el estado laboral, la escolaridad, características de personalidad, habilidades, entre otras, como se especifica en la Tabla 3.

Tabla 3.
 Características familiares y psicológicas del cuidador

Características de los cuidadores	De los 40 textos	Menciona
Genero	37	A las mujeres como las cuidadoras principales.
Edad	29	Se encuentra que los cuidadores tienen una edad que oscila entre 18 y 69 años, con una media de 50.8 años (DE = 10.79).
Tiempo que cuida	7	El tiempo en horas que dedican al cuidado es en promedio 8,4 horas al día. (DE= 4.19).
Estado laboral	9	La mayoría de los cuidadores no tienen la posibilidad de tener un empleo remunerado ya que el tiempo con el que cuentan es dedicado a la persona cuidada. Además, muchos cuidadores terminan abandonando sus empleos para cumplir con el cuidado.

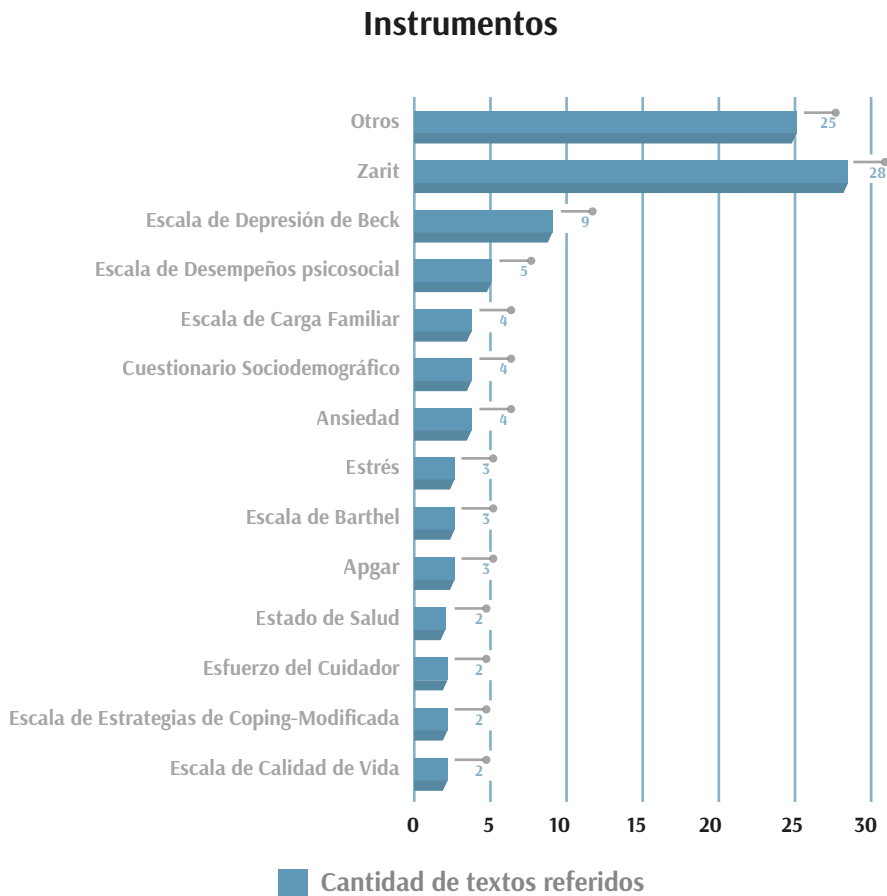
Escolaridad	8	El nivel de escolaridad indica que no es un nivel alto, tiende a ser más bajo, a tener estudios incompletos, o tener como labor cotidiana las labores del hogar. Bertel de la hoz, por ejemplo, en su estudio, menciona que el 76 % (191) de los cuidadores contaban con primaria, 15 % (38) con secundaria, 2 % (4) con preparatoria y 7 % (19) con licenciatura. (2019).
Características de personalidad, habilidades y competencias del cuidador	6	Alto grado de compromiso y afecto, sin limite de horario, debe ser un cuidador con habilidades para tener paciencia y cualidades en todo su hacer de cuidar ya que también tiene una característica muy importante es que es una actividad no remunerada. No disponen de capacitación y no tienen unas normas preestablecidas. Adicionalmente se involucra que los cuidadores tienen un compromiso religioso que hace que también se sientan comprometidas por el cuidado del paciente. Las principales razones que manifiestan para cuidar son: el cariño, la obligación, el altruismo, la reciprocidad, la gratitud, sentimientos de culpa del pasado y el evitar la censura de la familia, amigos y conocidos en caso de que no se cuidara el familiar en casa.
Roles	37	Principalmente el rol del cuidador está a cargo de miembros de la familia, quienes adquieren por gusto u obligación esta función. En su mayoría recaen madres, después esposas, hermanas cuñadas, hijas y nueras. Y se resalta que en mayor proporción son amas de casa. Los parientes que asumen menos el rol del cuidador son los hermanos la mayoría de las veces por falta de tolerancia, sin embargo, en algunos casos cuando se presentan podrían suplir la función de padres (a nivel económico o de roles).

Nota. Creación de las autoras.

Con relación a los instrumentos que se utilizan para evaluar y diagnosticar SCC, se evidencia en los textos que hay una variada batería de herramientas desarrolladas por la disciplina psicológica y psicométrica, sin embargo sobresale la Escala Zarit como la más utilizada, nombrada en 28 de los artículos, caracterizada por ser la que mayor confiabilidad tiene para diagnosticar SCC, y adicional a ella, es común utilizar test o cuestionarios para evaluar las dos patologías más frecuentes del cuidador: la depresión y la ansiedad. (Ver Figura 8).

Figura 8.

Instrumentos más utilizados para diagnosticar el SCC



Nota. Creación de las autoras.

Análisis de Coocurrencia de las categorías de análisis

De los 50 artículos analizados, en 21 se encuentra la categoría de trastornos mentales, y dentro de estos se evidencian que hay diferentes instrumentos que se utilizan como herramienta para evaluar trastornos mentales.

Se encontró que en 25 se habla sobre trastornos mentales y dentro del manejo de estos se exponen las características familiares y psicológicas del cuidador. En 26 se refieren a diferentes trastornos mentales, y a su vez se plantea la relación que tiene con SCC. En 27 se estudian las características psicológicas y familiares de los cuidadores y dentro de estos se encuentran diferentes escalas que permiten medir algunas particularidades que presentan los cuidadores.

En 28 se evidencian el significado y las características del SCC y cuáles han sido los diferentes instrumentos que permiten el diagnóstico de este.

En 33 artículos (el resultado más significativo) se relatan el significado y las características del SCC y se pudo identificar cuáles eran las características familiares y psicológicas de los cuidadores. (Ver [Tabla 4. Doble coocurrencia entre las categorías de análisis](#). Y la [Tabla 5. Coocurrencia múltiple de las categorías de análisis](#)).

Tabla 4

Doble coocurrencia entre las categorías de análisis

Categoría de análisis	Trastornos mentales	Síndrome del cansancio del cuidador	Características familiares y psicológicas del cuidador	Instrumentos
Trastornos mentales		26	25	21
Síndrome del cansancio del cuidador	26		33	28
Características familiares y psicológicas del cuidador	25	33		27
Instrumentos	21	28	27	

Nota. Creación de las autoras.

Tabla 5*Coocurrencia múltiple de las categorías de análisis*

Coocurrencia de tres variables	Coocurrencia de cuatro variables	Variables
	16	Síndrome del cansancio del cuidador. Trastornos mentales. Características familiares y psicológicas del cuidador. Instrumentos utilizados para el diagnóstico del síndrome del cansancio de cuidador.
6		Síndrome del cansancio del cuidador Trastornos mentales. Características familiares y psicológicas del cuidador.
2		Síndrome del cansancio del cuidador. Trastornos mentales. Instrumentos utilizados para el diagnóstico del síndrome del cansancio de cuidador.
8		Síndrome del cansancio del cuidador. Características familiares y psicológicas del cuidador. Instrumentos utilizados para el diagnóstico del síndrome del cansancio de cuidador.
1		Trastornos mentales. Características familiares y psicológicas del cuidador. Instrumentos utilizados para el diagnóstico del síndrome del cansancio de cuidador.

Nota. Creación de las autoras.

Lo más relevante de la doble coocurrencia con las cuatro categorías son 16 textos que equivalen al 32 %, donde hay una relación directa entre SCC, trastornos mentales, características familiares y psicológicas del cuidador y los instrumentos utilizados para el diagnóstico del SCC.

Hay 8 artículos que presentan múltiple coocurrencia con 3 categorías que equivalen al 16 %, queriendo decir que hay una relación directa entre SCC, características

familiares y psicológicas del cuidador e Instrumentos utilizados para el diagnóstico del SCC.

Hay 6 que presentan múltiple coocurrencia con 3 categorías que equivalen al 12 %, con una relación directa entre SCC, trastornos mentales y Características familiares y psicológicas del cuidador. Dos presentan múltiple coocurrencia con 3 categorías, que equivalen al 4 %, queriendo decir que hay una relación directa entre SCC, trastornos mentales e instrumentos utilizados para el diagnóstico de este síndrome. Uno presenta múltiple coocurrencia con 3 categorías, que equivale al 2 %, con una relación directa entre trastornos mentales, características familiares y psicológicas del cuidador e Instrumentos utilizados para el diagnóstico del SCC.

Limitaciones y Fortalezas.

En el presente estudio se presentaron dos limitaciones metodológicas y una limitación de las investigadoras. Las dos limitaciones metodológicas fueron, en primer lugar, el número de unidades de estudio, se redujo a 50 únicamente, lo que limita la posibilidad de generalización y de elaborar mayores relaciones entre las categorías, y una segunda limitación que tiene que ver con el instrumento de recolección de información utilizado, que fue la ficha bibliográfica, de revisión crítica diseñada y utilizada por el programa de Psicología de la Universidad Católica de Oriente, y no se utilizó un instrumento validado y estandarizado internacionalmente para evaluar el rigor científico de las unidades de análisis. Y por parte de las investigadoras se presentó como limitación la elección de artículos científicos solo en español, lo que redujo los hallazgos a Latinoamérica y España.

No obstante, la investigación y su diseño metodológico se desarrollaron con todos los criterios del rigor científico, siguiendo los principios éticos en investigación documental, lo que permitió explorar el tema en el contexto como punto de partida de futuras investigaciones más experimentales y arrojó datos pertinentes para continuar desarrollando la temática para brindar al personal de salud estrategias que involucran a los cuidadores en sus planes de acción con el fin de preservar su salud mental y garantizar la adherencia terapéutica de los pacientes a quienes cuidan.

Conclusiones

Se hace claridad que las conclusiones son con base en los 50 artículos consultados y no se tiene la pretensión de generalizar. En este sentido se destaca lo siguiente:

Se evidencia un número significativo de estudios hechos en Colombia, seguido de España y una menor proporción en Ecuador.

La importancia de estudiar el fenómeno del SCC y las características del cuidador, categorías que aparecieron en 40 artículos equivalentes al 36 % cada una. La sintomatología más frecuente del SCC es estrés, ansiedad y depresión.

El trastorno más frecuente en el paciente es el Alzheimer y el trastorno más frecuente en el cuidador es la depresión.

No se evidenció preocupación por el cuidador, los estudios se siguen centrando en el paciente.

El instrumento más utilizado para el SCC es la escala Zarit, sin embargo, se utilizan pruebas para medir patologías particulares como la depresión y la ansiedad.

Al analizar la relación entre el SCC con un trastorno mental en el paciente, a través la revisión documental, se evidencia una relación significativa entre patologías como Alzheimer, esquizofrenia, psicosis, trastorno afectivo bipolar, trastorno límite de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria y Parkinson.

Es importante tener en cuenta los trastornos mentales más relacionados con el SCC, para brindar apoyo, preparación, información y desarrollar estrategias de afrontamiento en el cuidador para minimizar los riesgos de adquirir la patología.

Un número significativo de textos hablaban de la relación que tiene el SCC con el Alzheimer, la demencia y la psicosis, siendo estas tres las que más generan deterioro cognitivo en el paciente. Se hizo referencia que los cuidadores tuvieron una mayor carga por la sintomatología que presentaron estos pacientes, ya que a medida que la enfermedad avanzaba los cuidados se volvieron más específicos, aumentando la dependencia a sus cuidadores, propiciando el inicio de síntomas que desencadenaron SCC.

Se evidenciaron las características de los cuidadores, en su mayoría son del núcleo familiar del paciente, el porcentaje más alto lo tuvieron las cuidadoras de género femenino con un rango de edad entre 40-60 años. Siempre en los diferentes roles

que se tenían, intervenían las mujeres (esposas, hijas, madres, nueras, cuñadas), principalmente madres cuidando a sus hijos. También se notó la relación significativa de las hijas que cuidan a la madre en las enfermedades más degenerativas por la edad, dedican entre 4 y 12 horas al día para el cuidado. Y se observó al hombre en un rol pasivo como cuidador y más ligado a ser el proveedor económico.

La relación que se encontró con respecto a la educación de los cuidadores, evidencia que el nivel educativo de la gran parte de los cuidadores es baja, y que respecto a su rol no recibieron ningún tipo de entrenamiento; lo cual genera la necesidad de capacitación y educación de los cuidadores, enseñar estrategias de afrontamiento en los diferentes ámbitos de la vida y también permite educar sobre los síntomas y signos del SCC y cómo poderlo evitar, así se tendrán menos cuidadores enfermos y menos pacientes descompensados.

Hay más cuidadores con SCC cuidando pacientes con depresión, esto se debe a las características de los pacientes con depresión, que se descompensan en cualquier momento desestabilizando una dinámica familiar, genera más incertidumbre sobre el cómo actuar y cómo se manejan este tipo de pacientes. Situación contraria de los pacientes con TAB o esquizofrenia, menos cuidadores con este síndrome, estos pacientes inicialmente presentan crisis aguda y a partir de esta se genera un diagnóstico, en esta circunstancia la adaptación, la aceptación y el aprendizaje se hace durante el debut de la enfermedad, por lo tanto, las crisis o descompensaciones son algo que conocen, saben la dinámica y el qué esperar de la enfermedad.

Siguen siendo necesarias las estrategias dentro de los diferentes centros de salud mental que permitan ser diferentes en su modelo de atención, no solo centrado en el paciente, sino también en el cuidador y su familia, creando programas efectivos para estos donde se puedan sentir apoyados y tenidos en cuenta como parte fundamental del proceso de enfermedad de un paciente; al igual contar con un espacio para capacitaciones y entrenamientos. Es claro que se requiere investigar más sobre el tema, a pesar de que se ha hecho, falta mostrar más efectividad en las estrategias, de igual forma se cuenta con instrumentos de fácil acceso y diligenciamiento que permitirían crear un plan de trabajo para las familias y cuidadores.

Aún más importante, es necesario capacitar al personal de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos entre otros) en cómo identificar sintomatología de cuidadores que tengan un riesgo de presentar SCC, porque son estos los que tienen un

contacto directo y permitirían un diagnóstico temprano, logrando así iniciar un tratamiento adecuado y evitar descompensaciones en los pacientes cuidados y en las dinámicas familiares.

Respecto al tema de familia, el papel que cumplen dentro de los procesos demostró que forman un vínculo muy fuerte con cada una de las etapas durante las descompensaciones o el afrontamiento de una enfermedad mental; los cambios de rutinas, estilos de vida, los efectos físicos y psicológicos que tuvieron las familias son eventos que se presentaron ante una situación casi siempre inesperada, pero que como familia logran hacer un ajuste que les permite tener una vida más llevadera. El acompañamiento de las familias a los cuidadores debe ser un tema para tener presente pues así se fortalecen, se cuida al paciente y se evita que se enferme el cuidador.

Para concluir, existe una relación directa entre el trastorno mental y el SCC, se evidencia que los cuidadores son vulnerables ante las circunstancias que viven con el paciente y su enfermedad.

Referencias bibliográficas

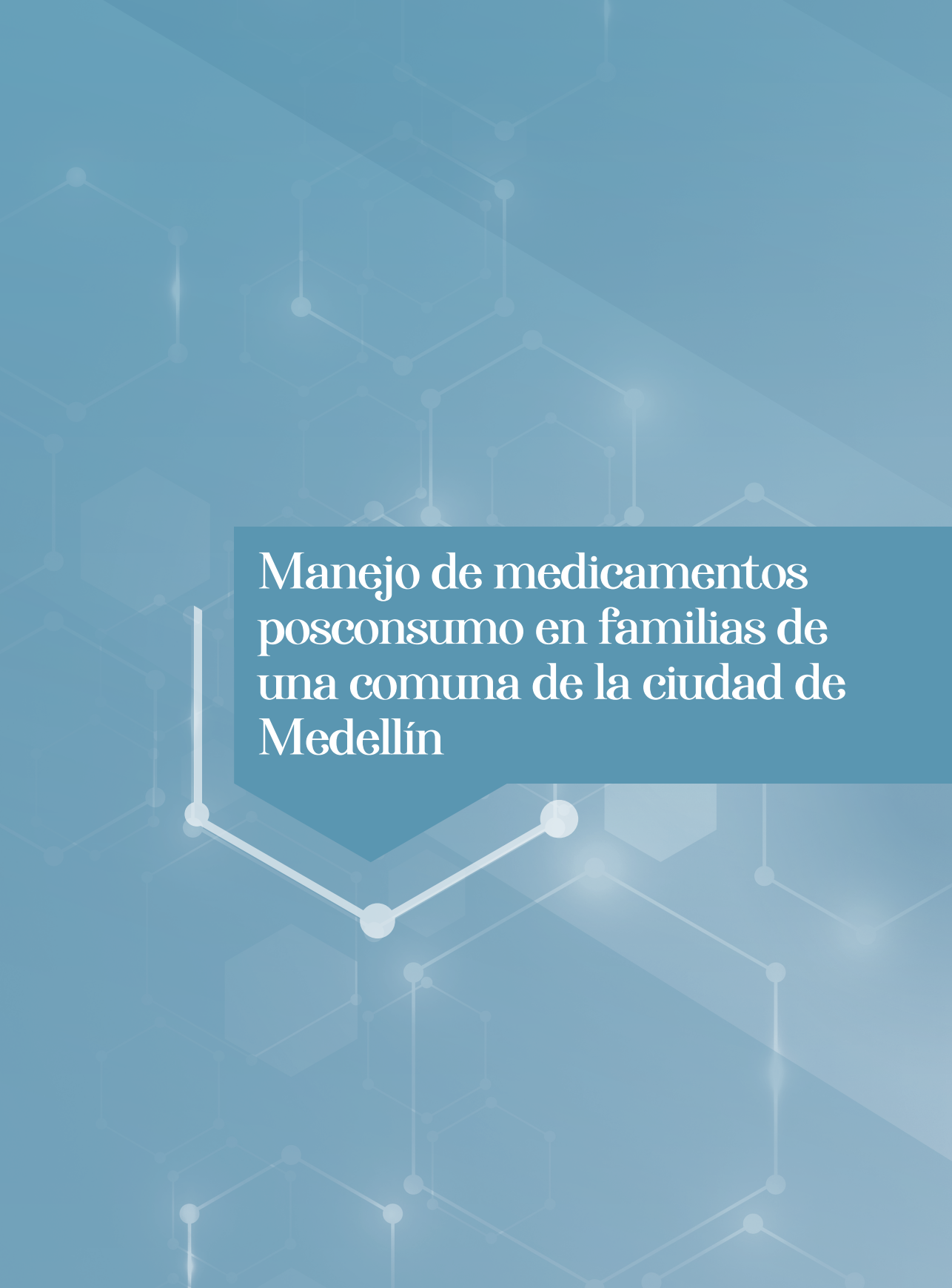
- Algado Ferrer, M., Garrigós Moneris, J. y Basterra Pérez, A. (1997). Familia y enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa. *Anales de Psicología*, 13(1), 19-29.
- Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R. y Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33 (2), 61-68.
- Álvarez Hincapié, M. (13 de abril del 2019). Mejora atención de Salud Mental en Antioquia. Periódico El Mundo.Com. Recuperado en mayo 30 de 2019. Disponible en <https://www.elmundo.com/noticia/Mejora-atencion-de-salud-mental-en-Antioquia/376284>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. 5ta. Edición. España: Editorial Médica Panamericana.
- Aparicio, M., Sánchez, M., Díaz, J., Cuellar, I., Castellanos, B., Fernández, M. y de Tena, A. (2008). La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales. *Ibarra*

– Ecuador.

- Barrera Ortiz, L., Pinto Afanador, N., Sánchez Herrera, B., Carrillo G, G.M. y Charro Díaz, L. Cuidando a los Cuidadores. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia. 2010. p. 24-5.
- Bayés, R. (2003). Cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en sitio web: <http://www.feadh.org/valhad/pn022.htm>
- Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., y Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18, 226-239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Builes Correa, M. y Bedoya Hernández, M. (2012). Cuidado y autocuidado en familias con un miembro con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (TAB), pertenecientes al Grupo Psicoeducativo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42 (1) 81-96.
- Cabada Ramos, E. y Martínez Castillo, V. (2017). Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud*, 27 (1): 53-59, <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2436>"
- Cerquera, A. M., Pabón, D. K. y Uribe, D. M. (2012). Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 29 (2), 360-384.
- Consejo de Medellín, (noviembre 3 de 2015). Acuerdo 27 “Por medio del cual se establece una Política Pública para cuidadoras y cuidadores familiares y voluntarios de personas con dependencia de cuidado y conformación de Redes Barriales de Cuidado en el Municipio de Medellín”. *Gaceta Oficial*, (4340), 3 - 5. Medellín
- Crespo López, M. y López Martínez, J. (2006) El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “como mantener su bienestar”. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41 (2), 13-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>

- Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34 (3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000300008&script=sci_arttext
- Fernández-Guerrero, M. J. y Palacios-Vicario, B. (2017). El trastorno de personalidad límite en la producción científica publicada en revistas editadas en España. *Clínica y Salud*, 28,147-153. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.002>
- González Janezza, F, (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. Ciudad de la Habana, Cuba. Ciencias Médicas.
- Hernández, Z. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Índex de Enfermería*, 15 (52-53), 40-44.
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 13 (112), 42-80. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5257/525752962004> Recuperado el 25 de noviembre de 2019.
- Mera, G., Cardona, J., Benitez, J., Delgado, G., Benítez, W. y Villalba, J. (2017). Sobrecarga y experiencia de cuidadores familiares de personas diagnosticadas con Esquizofrenia, una mirada desde la Enfermería. Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772017000200069&lng=en <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.2.6>
- Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. (2016). Manual de cuidado al cuidador de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. pp. 1 - 47. Recuperado en mayo 30 de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-cuidado-al-cuidador.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección social (2018). Política Nacional de Salud Mental. Resolución 4886 de 2018.
- Peinado Portero, A. I. y Garcés de Los Fayos Ruiz, E. J. (1998). Bunout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 14 (1), 83-93.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent C, Comes, M., Sánchez-Moreno, J., Goikolea, J. M., y Benabarre, A. (2004). Evaluación de la carga familiar: una propuesta de escala autoaplicada derivada de la escala

- de desempeño psicosocial. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Bar-
na*. 31, 7–13.
- Roig, M. V., Abengózar, M. C. y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores
principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 14 (2), 215-227.
- Steele Britton, H. (2010). Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en
cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Na-
cional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009.
(Tesis especialización en Psiquiatría). Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
San José, Costa Rica.
- Schulz R, Beach S.R. (2008). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver
health effects study. *JAMA*. 1999;282: 2215-2219.
- Tirado Pedregosa, G., López-Saez López Teruel, A., Capilla Díaz, C., Correa Brenes,
A. y Geidel Domínguez, B. (Abril, 2011). La Valoración en el Síndrome del
cuidador. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 19 (3), 102-106.
- Villada, J., Sánchez, J. P. y Vallejo, J. (2016). Ficha Bibliográfica: Versión Crítica.
Universidad Católica de Oriente
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: cla-
sificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Mé-
dica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Zambrano Cruz, R. y Ceballos Cardona, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador.
Revista Colombiana de Psiquiatría, 36 (1), 26-39.



Manejo de medicamentos posconsumo en familias de una comuna de la ciudad de Medellín

Luis Eduardo López Muriel


Magíster en Salud Familiar

Docente tiempo completo del programa de Regencia de Farmacia de la Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Remington

Grupo de Investigación Salud Familiar y Comunitaria (GISFACO)

Correo: luis.lopez@uniremington.edu.co

 Orcid: 0000-0001-6137-9489

Isabel Cristina Zapata Vahos


Doctora en Biotecnología

Docente Asociada del programa de nutrición de la Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Católica de Oriente

Grupo de Atención Primaria en Salud

Correo: izapata@uco.edu.co

 Orcid: 0000-0002-1679-0153



Manejo de medicamentos posconsumo en familias de una comuna de la ciudad de Medellín¹

Resumen

Este estudio busca describir conocimientos y prácticas sobre la disposición final de medicamentos posconsumo en familias de la comuna tres de la ciudad de Medellín. Se trabaja un estudio descriptivo transversal con enfoque cuantitativo con 60 familias inscritas en un programa de salud familiar. Como resultado, se identifica que la tipología familiar que predomina es la amplia con un 56.7 %, el número de personas que prevalece por hogar es de cuatro personas con el 33.3 %. La HTA es la patología sobresaliente con un 40 %. A un 75 % le sobran medicamentos principalmente por falta de adherencia. Un 30 % creen que los medicamentos sobrantes se deben botar a la basura, el mismo porcentaje que se donen, el 25 % piensan en devolverlos a la farmacia y solo en 8.3 % llevarlos a un sitio especializado. En cuanto a las prácticas, un 38.3 % los botan a la basura y un 23.3 % al alcantarillado. Al 88.3 % de los encuestados, nadie les ha informado qué hacer con los medicamentos posconsumo. Un 51.7 % considera que los medicamentos que bota son perjudiciales para la salud y el medio ambiente. Un 86.7 % desconoce la normatividad que rige el manejo de estos desechos en Colombia. Se puede concluir que la principal razón por las que estas familias generan medicamentos posconsumo es la falta de adherencia.

¹ Capítulo derivado del proyecto Manejo de medicamentos posconsumo en las familias de la comuna tres de la ciudad de Medellín, para obtener el título de Maestría en Salud Familiar de la Universidad Católica de Oriente.

Introducción

Un medicamento posconsumo es aquel que sobra porque ya no se necesita, bien sea que esté en óptimas condiciones o en el peor de los casos, vencido. La disposición inadecuada de estos desechos puede atentar contra la salud de las personas y el ecosistema.

El presente estudio se lleva a cabo en el año 2019 y tiene por objetivo describir los conocimientos y las prácticas que tienen las familias de la comuna tres de la ciudad de Medellín, Manrique, con respecto a los medicamentos posconsumo.

Los medicamentos se consideran uno de los tipos de contaminantes ambientales y si sus residuos no se manejan adecuadamente se pueden convertir en un gran peligro para el ecosistema, apareciendo dentro del grupo de los contaminantes emergentes (Daughton y Ruhoy, 2008).

De lo anterior, surge a nivel mundial el término, Ecofarmacovigilancia, el cual se define como “la ciencia y actividades asociadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los productos farmacéuticos en el medio ambiente” (Daughton y Ruhoy, 2008, p. 1070).

En Colombia se cuenta con pocas publicaciones en revistas indexadas referentes a este tema, solo por mencionar una investigación llevada a cabo en Bogotá, sobre conocimientos y prácticas de pacientes sobre disposición final de medicamentos, donde se encuestaron 392 pacientes de consulta externa de un hospital con el objetivo de describir conocimientos, actitudes y prácticas sobre disposición de los medicamentos posconsumo, el 66.1 % tenían medicamentos sobrantes en sus casas, el 44 % de estos porque se mejoraron antes de terminar el tratamiento y un 19 % por olvido. Se halló, además, que el 25.8 % desecha los fármacos sobrantes en la basura, mientras un 16.8 % los dona. Lastimosamente, el 92,4 % no conoce los sitios destinados para desechar este tipo de residuos (Quijano et al., 2016).

Internacionalmente sí existen muchas investigaciones sobre disposición final de los medicamentos sobrantes. En Serbia, 2010, se realizó una investigación que tuvo como objetivo indagar los hábitos de almacenamiento y eliminación de medicamentos entre la población en el distrito sur de Bačka, y conocer las actitudes y el conocimiento de la población sobre la eliminación adecuada de los medicamentos. De 230 familias, un 90 % tenían un sitio específico para almacenar medicamentos en su hogar; un 10,3 % almacenaban medicamentos vencidos; el método más co-

mún para eliminar fármacos en el hogar es la basura con 85,6 % o en el baño 8,7 %. (Kusturica et al., 2012).

En el 2014, se realiza un estudio acerca de la práctica pública sobre la eliminación de medicamentos no utilizados en Irlanda, el cual concluye que existe mínima conciencia entre las personas con respecto a las formas apropiadas para deshacerse de los medicamentos no utilizados. Para ello, se contactó al azar a la gente en las calles de Galway y Cork quienes fueron invitados a participar llenando una encuesta. Fueron 398 personas de las cuales el 88 % mantenían medicamentos posconsumo en sus hogares, un 68 % los guardaba para cuando se necesitasen, el 72 % los desecharon de manera inapropiada a través de la basura y del alcantarillado (Vellinga et al., 2014).

Por otro lado, se encuentra una investigación realizada en diferentes provincias de Turquía en el año 2016 con trabajadores de una empresa multicéntrica del sector privado localizada en esos sitios. Se envió un formulario en línea que fue resuelto por 1121 de ellos (Akici et al., 2018). Algunos resultados para destacar: el 69.7% fueron de sexo femenino, un 49.4% vivían con menos de 4 integrantes en el hogar, un 41% conservaban medicamentos posconsumo, un 33.9% desechaban esos medicamentos en la basura, el inodoro, etc.

En otra investigación, llevada a cabo en la región de Ashanti en Ghana se encuestaron 500 personas y se obtuvieron resultados interesantes: el 98 % dijeron tener medicamentos sobrantes en el hogar y no saber qué hacer con ellos, pues nunca recibieron información al respecto (Abruquah, et al., 2014).

Pasando al contexto mexicano, existe un estudio realizado con 168 estudiantes de enfermería de tres universidades de México que muestra cómo es el manejo que le dan a los desechos medicamentosos generados en sus hogares. La encuesta arrojó que el 88 % de los sobrantes sólidos y el 63 % de los líquidos son depositados en la basura, y el 97.6 % reconocieron no conocer un plan de devolución de estos residuos. (Ramos et al., 2016).

Una reciente investigación llevada a cabo en China, donde se encuestaron 365 jóvenes universitarios y 206 adultos mayores, reveló que la mayoría tenía actitudes positivas con respecto al cuidado del medio ambiente, al considerar que desechar los medicamentos por el alcantarillado podría tener consecuencias en el ecosiste-

ma, pero en realidad realizaban una mala práctica con estos residuos al arrojarlos por el lavamanos y la basura corriente (Yu et al., 2019).

Se puede concluir, entonces, que la problemática del manejo de medicamentos posconsumo en los hogares es generalizable a nivel mundial, por lo tanto, se hace necesario tener datos en el contexto de la ciudad de Medellín para contrastarlos con esta realidad.

Es importante identificar los problemas del impacto ambiental generado por la presencia de fármacos y sus metabolitos activos en el medio ambiente (Castro et al., 2015).

Asimismo, los sistemas de alcantarillados, vaciamiento de medicamentos a inodoros, liberación a las aguas residuales, depósitos en tierra, etc. son los diferentes mecanismos utilizados como vías de eliminación de fármacos, los cuales terminan en las aguas residuales u otro medio ecológico contribuyendo a la contaminación del ecosistema (Gutierrez et al., 2018).

Ya se empiezan a evidenciar graves consecuencias en los seres vivos con alteraciones en sus ciclos biológicos. Un ejemplo claro es la resistencia bacteriana y obsolescencia de algunos antibióticos, donde uno de los causantes es precisamente los hallazgos de este grupo de medicamentos en dichas aguas residuales. Se calcula que en el mundo anualmente se consumen 100.000 toneladas de antibióticos. Estos productos o sus metabolitos, así como los de los demás medicamentos, son vertidos al medio ambiente (Velo y Moretti, 2010).

Los efectos de la presencia de medicamentos en el ecosistema apenas empiezan a ser evidenciable. Comiencese por el sonado caso del exterminio de buitres en la India, donde una investigación llevada a cabo en Pakistán llegó a la conclusión de que la muerte de un 95 % de estos carroñeros se debió a la ingesta de cadáveres de ganado tratado con diclofenaco, un medicamento del grupo de los AINES utilizado en humanos, pero también en veterinaria. El deceso final fue por fallas renales, una reacción adversa común a este grupo de fármacos (Medhi y Sewal, 2012). A raíz de esto, en la India se prohibió el uso del diclofenaco en animales.

Sumado a lo anterior, la disminución de ranas de la especie *xenopus tropicalis* predominante en el África es debida a la esterilidad de estas por el consumo de trazas de medicamentos anticonceptivos a base de progestágenos hallados en el

agua (Kvarnryd et al., 2011). Otro grupo de hormonas, como los estrógenos, han incidido en la feminización de peces macho.

Se tiene entonces un grave problema y la población corre un gran riesgo con los medicamentos posconsumo, pues si los desechan intactos en las basuras o los donan pueden caer en manos de personas que pueden ingresarlos en el mercado oscuro. En caso contrario, continuarán con el proceso que estas empresas recolectoras les dan a los residuos generados en el hogar y que de una u otra forma impactan negativamente el medio ambiente, en este caso por los lixiviados, antes de ser depositados en los rellenos sanitarios.

Más grave aún, si se desechan en suelos y aguas residuales, pues el problema se vuelve más complejo ya que se está atentando mucho más directo el ecosistema. Se ha evidenciado que aguas residuales sometidas a tratamientos no se logran depurificar del todo, encontrándose trazas de medicamentos antiepilépticos como la carbamazepina, anticonceptivos orales a base de estrógenos, medios de contraste yodados, como por mencionar algunos casos (Medhi y Sewal, 2012).

La presencia de principios activos en el ecosistema es algo que está resultando inmanejable, principalmente en lo concerniente al consumidor final, donde se involucra a las familias en dicha situación.

En un estudio llevado a cabo en Lombardía, Italia, se encontró que la mayoría de los medicamentos eran medibles en el agua potable o en los ríos y sedimentos, lo que sugiere que los productos farmacéuticos son contaminantes generalizados, con posibles implicaciones para la salud humana y el medio ambiente (Zuccato, Calamari, et al., 2000). Sus residuos, si no se gestionan adecuadamente, se convierten en un gran peligro para el ecosistema, apareciendo dentro del grupo de los contaminantes emergentes (Daughton, 2016).

En otro estudio realizado en Alemania, se logró demostrar la presencia de más de 150 principios activos en aguas de un río alemán, realizado por el Instituto de Ecología Social de Alemania (Holm et al., 2013), con posibles implicaciones para las especies acuáticas, pues entre estos se hallaron compuestos hormonales y antiinflamatorios no esteroideos-AINEs, que han demostrado sus efectos en especies acuáticas, sobre todo los estrógenos, con la feminización de peces macho (Kvarnryd et al., 2011).

Queda bastante por hacer, pues a pesar de que existen hoy en día técnicas analíti-

cas más sensibles, lo que hace fácil detectar la presencia de compuestos farmacéuticos en el medio ambiente, particularmente en el agua subterránea y en el agua potable, incluso después del tratamiento y la purificación (Valcárcel et al., 2011), en países con escasos recursos como Colombia y con normatividad existente pero flexible, el uso de dichas técnicas resultan ser una utopía.

Familias y medicamentos

La tipología familiar, Jauregui (1998), citado en (Echeverri, 2016), permite identificar los miembros de una familia de acuerdo a sus lazos de parentesco, filiación, afinidad y afecto, destacándose: la familia nuclear (padres e hijos); la familia extensa (abuelos, padres e hijos); la extensa ampliada (abuelos, padres e hijos, y otros parientes: tíos, primos u otros familiares de distintas generaciones); la extensa modificada donde conviven bajo un mismo techo varios núcleos familiares; y la monoparental formada por madre o padre más los hijos (Chacón, 2002).

Ya en lo que concierne al tema de medicamentos y familia, muchas de estas tienen fármacos sobrantes o vencidos en sus hogares, lo que podría deberse a una prescripción excesiva, a una mala adherencia a la medicación o como ya se dijo, a prácticas de automedicación. Por lo tanto, las pautas para la eliminación segura de medicamentos no utilizados, no deseados o caducados deben crearse e incluirse en los programas rutinarios de educación del usuario y sus familias (Abruquah et al., 2014).

Ecofarmacovigilancia

Se define como “la ciencia y actividades asociadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los productos farmacéuticos en el medio ambiente” (Daughton y Ruhoy, 2008, p.1069). En el Simposium Iberoamericano de Farmacia Social se establece a la Ecofarmacovigilancia como “farmacia verde o ambiental” debido a que estudia los efectos contraproducentes de los fármacos en el ecosistema (Vega, 2013).

En ciudades con alto grado de vulnerabilidad desde lo económico, desde sus determinantes sociales, la contaminación ambiental es un problema en notorio crecimiento. Las aguas residuales se depositan directamente en las aguas naturales,

las mismas que sirven para su actividad alimentaria, su recreación, afectando por lo tanto la pesca, el turismo, el transporte y a veces hasta su consumo. La calidad ambiental se refiere, por tanto, al grado de perturbación y potencial de conservación o restauración de un ecosistema sometido a presiones humanas (Karr, 2001).

Aunque existe una definición sólida, la “Ecofarmacovigilancia todavía no está formalmente desarrollada y se encuentra pobremente regulada en la mayor parte del mundo” (Castro et al., 2015).

Con base en lo anterior, la Ecofarmacovigilancia es una prioridad que debe ser atendida como una política de estado en el campo de la salud humana y ambiental, con el fin de concientizar a la población sobre el uso racional de productos farmacéuticos y su impacto negativo en el ecosistema que agrava los procesos de cambio climático (Gutierrez et al., 2018).

Normatividad

Desde lo normativo, en diciembre de 2005, el Ministerio del Medio Ambiente en Colombia establece el Decreto 4741 donde se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral. Los productos farmacéuticos, y en particular los medicamentos, aparecen en dicho listado, por lo tanto, hay que garantizar su disposición final, aislando y confinando dichos residuos peligrosos en lugares especialmente seleccionados, diseñados y debidamente autorizados para evitar la contaminación y los daños o riesgos a la salud humana y al ambiente (Minambiente, 2005).

Asimismo, se cuenta con una resolución propia, la 371 de 2009 “Por la cual se establecen los elementos que deben ser considerados en los Planes de Gestión de Devolución de Productos Posconsumo de Fármacos o Medicamentos Vencidos” (Minambiente, 2009).

Punto azul

Es una corporación sin ánimo de lucro que agrupa, representa y apoya a la industria farmacéutica en este país en la gestión adecuada de los residuos, proyectos normativos y en la promoción de iniciativas de responsabilidad social y empresa-

rial en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ONU, 2018).

Uno de los propósitos vitales de esta es disminuir el impacto ambiental de los residuos sólidos medicamentosos, y una de las estrategias ha sido ubicar en almacenes de cadena del país y principales droguerías, contenedores llamados Puntos Azules, con el objetivo de depositar y disponer de forma segura los residuos de medicamentos vencidos o parcialmente consumidos, evitando contaminación ambiental y problemas de salud pública que se generan cuando no son dispuestos de manera adecuada (Corporación Punto Azul, 2019).

Metodología

Es una investigación descriptiva no experimental, de corte transversal, analizando características del grupo poblacional; y tiene un enfoque y una técnica netamente cuantitativa, donde se determinarán frecuencias a partir de variables plasmadas en las tablas 1 y 2. Igualmente se cruzará información con un par de variables que resultan ser trascendentes. Todo esto analizado en el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22.

Se utilizó una encuesta acondicionada a la realizada en Bogotá por Quijano y colaboradores con autorización de sus autores por intermedio del Semillero de Investigación en Farmacia Uniremington (SIFUR), creado bajo la estructura de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP).

La población es las familias de la comuna 3 de la ciudad de Medellín, ubicadas en los barrios de la franja alta que son los viven en condiciones más precarias y con dificultades de acceso: La Cruz, La honda, Carambolo y Versalles 2. Esta comuna se encuentra en una de las laderas de la ciudad, con probabilidades de deslizamientos, sobre todo los barrios más altos donde se fundaron asentamientos producto del desplazamiento.

El muestreo es no probabilístico, por conveniencia y oportunidad, seleccionando 60 familias pertenecientes al programa de Salud Familiar que la Universidad Remington viene desarrollando con los programas de Medicina, Enfermería, Nutrición y Dietética y Regencia de Farmacia, en dicho territorio.

Factores de inclusión: para responder el cuestionario, solo se escogerá por con-

veniencia un mayor de edad y que sea figura representativa del grupo familiar en cuanto al cuidado.

Factor de exclusión: no estar inscrito en el programa y no acceder al consentimiento informado.

Unidad de análisis: familias y el manejo de medicamentos posconsumo.

Unidad de estudio: persona cabeza de hogar.

Se tuvo presente lo consignado en la resolución 8430 de 1993 que reglamenta la investigación con humanos en el área de la salud. De acuerdo a esta, este estudio se clasifica como una investigación con riesgo mínimo. Se solicitó consentimiento informado a los que voluntariamente decidieron llenar la encuesta, garantizando su confidencialidad (Ministerio de Salud República de Colombia, 1993).

Igualmente se cumplió con los principios internacionales de la bioética, siempre bajo la guía de los principios rectores de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia.

Cabe resaltar que tanto la encuesta como el consentimiento contaron con el aval del comité de ética institucional.

Resultados

Caracterización sociodemográfica

En la tabla 1 se puede observar que, del total de personas seleccionadas como representantes del conjunto familiar, un 65 % son mayores de 50 años, predominando claramente el género femenino con un 75 %; en cuanto al barrio donde residen, se destacan el Barrio la Cruz con 36.7 % y Versalles 2 con un 30 %; en lo que refiere al nivel de estudio, un 88 % de los encuestados no tienen estudios superiores, alcanzando la mitad de ellos la primaria y un 38 % la secundaria.

El tipo de familia que predomina es la amplia con un 56.7 %, las cuales pueden ser extensas, o sea nuclear más otros parientes, o compuestos con o sin familiares más otros que no son parientes (DNP, 2016); también podría llamarse familias extendidas (padre o madre o ambos, con o sin hijos y otros parientes), según Arriagada (2002). Aunque un 30 % de estas familias cuentan con padre, madre e hijos, o sea que son nucleares, un 11.67 % solo conviven con uno de los padres o sea

monoparental (De Dalt de Mangione y Di Fabio de Anglat, 2002), predominando notoriamente la madre, y que se define como familia incompleta (Cano, 2005). Para resaltar el número de personas que habitan por hogar, donde el 76.7 % de estos reúnen como mínimo cuatro personas, destacándose que el 26.7 % conviven seis o más.

Tabla 1

Distribución absoluta y porcentual de variables sociodemográficas en familias de la comuna de 3 de la ciudad de Medellín en el año 2019

Variables sociodemográficas			
Característica		n	%
Edad	18-30	8	13,3
	31-40	1	1,7
	41-50	12	20
	51-60	25	41,7
	> 60	14	23,3
Género	Femenino	45	75
	Masculino	15	25
Barrio	Carambolo	8	13,3
	La Cruz	22	36,7
	La Honda	12	20
	Versalles 2	18	30
Nivel de Formación	Primaria	30	50
	Secundaria	23	38,3
	Técnico-Tecnológico	6	10
	Otro	1	1,7
Estado civil	Soltero	9	15
	Casado	15	25
	Unión libre	14	23,3
	Separado	15	25
	Viudo	7	11,7

Tipología Familiar	Nuclear	18	30
	Monoparental	7	11,7
	Amplio	34	56,7
	Otra	1	1,7
Nº. de personas por hogar	2	3	5
	3	11	18,3
	4	20	33,3
	5	10	16,7
	≥ 6	16	26,7

Nota. Autoría propia.

Patologías y tratamiento farmacológico

Ahondando ya en el tema de los medicamentos y patologías asociadas, como lo muestran la Tabla 2, estos hallazgos indican que entre las enfermedades más notorias en estas familias se destacan las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), entre ellas la alta prevalencia de HTA con al menos un familiar en el 40.0 % de los hogares; diabetes 11.7 % y las dislipidemias con un 15 % complementan las patologías cardiovasculares. Un 75 % de fármacos sobrantes se da básicamente por el olvido de la aplicación de la medicación con un 42.3 % y un 30.5 % por abandono. Esto da a entender la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos en ECNT como HTA y diabetes, lo que suele ser nefasto por las implicaciones en la salud de los pacientes, en el manejo de los recursos del SGSSS y en la morbimortalidad de la población, entre otros. A su vez se pueden convertir en un detonante, porque seguramente se generan sobrantes y hasta muchos alcanzando su fecha de vencimiento que, si las familias no les dan un manejo adecuado a estos desechos, se vuelven un problema para la salud de las personas y el medio ambiente en general.

De los medicamentos posconsumo que predominan en estas familias, se destacan los analgésicos-AINES como el ibuprofeno y el diclofenaco, con un 30 %. Llama la atención el 23.3 % de antihipertensivos, lo que corrobora que en las familias donde hay hipertensos, muchos de ellos no son adherentes a su terapia. Más preocupante es el 18.3 % de antibióticos, medicamentos que tradicionalmente se autome-

dica la gente para procesos virales en los que nada tienen que hacer, favoreciendo en cambio la resistencia bacteriana por el mal uso de estos. Ya la OMS (2017), ha declarado las alertas con bacterias que se han vuelto multirresistentes a muchos antibacterianos, teniendo presente que se han hallado varios de ellos en aguas residuales con las consecuencias ya descritas. (Velo y Moretti, 2010).

También llaman la atención fármacos antidiabéticos con un 6.7 % y antidepresivos con un 5 %, que se deberían conseguir con fórmula médica y aunque los antialérgicos están con un 11.7 %, estos si son de venta libre y están presentes en muchos antigripales.

Tabla 2

Distribución absoluta y porcentual de patología y su tratamiento farmacológico, en familias de la comuna de 3 de la ciudad de Medellín en el año 2019.

Información sobre patologías y su tratamiento farmacológico			
Característica		n	%
Morbilidad	HTA	24	40
	Diabetes	7	11,7
	Broncoespasmos	14	23,3
	Gastritis	17	28,3
	Dislipidemias	9	15
	Otras	15	25
Le sobran medicamentos	Si	45	75
	No	15	25
Por qué le sobran	Siente mejoría	18	30,5
	Olvido	26	42,4
	Intolerancia	1	1,7
	Otros	15	25,4
Quien le recomendó el medicamento	Médico	31	51,7
	Automedicación	18	30
	N.A.	11	18,3

Medicamentos sobrantes	Analgésicos-AINES	18	30
	Antihipertensivos	14	23,3
	Antibióticos	11	18,3
	Antialérgicos	7	11,7
	Antidiabéticos	4	6,7
	Antidepresivos	3	5
	Otros	23	38,3

Nota. Autoría propia.

Prácticas que realizan las familias con los medicamentos posconsumo

Referente a algunas de las prácticas en los hogares con los medicamentos posconsumo, se evidencia en la Tabla 3, que un 38.3 % los botan a la basura, un 23.3% los arrojan al alcantarillado, un 13.3 % los donan, el mismo porcentaje los guardan y un 8.3% lo coloca en el reciclaje. Los que desechan el medicamento, sobre todo con envase o empaque, a la basura o al reciclaje, están favoreciendo el que puedan caer en manos de inescrupulosos y por ende atentan contra la salud de la gente, pues si reingresan al mercado, serán productos contaminados y adulterados. Los que siguen su curso igualmente podrían afectar el ecosistema, bien por la carga presente en el lixiviado o por el depósito de estas en los llamados rellenos sanitarios que no reúnan requisitos ambientales.

Tabla 3

Distribución absoluta y porcentual de lo que hacen con los medicamentos posconsumo, las familias de la comuna de 3 de la ciudad de Medellín en el año 2019.

Prácticas con los medicamentos posconsumo			
Característica		n	%
Dónde desechan los medicamentos posconsumo	Basura	23	38,3
	Alcantarillado-baño	14	23,3
	Donación	8	13,3
	Los guardan	25	41,7
	Devolverlos a la farmacia	2	3,3
	Reciclaje	5	8,3

Nota. Autoría propia.

Creencias

Un 30% creen que los medicamentos sobrantes se deben botar a la basura corriente y el mismo porcentaje que se deben donar; un 25% que se deben devolver a la farmacia; un 6.7% echarlos en el reciclaje y tan solo un 8.3% devolverlo a un sitio especializado (ver Tabla 4). Definitivamente no se crea conciencia del manejo de estos desechos.

Aunque un 75% responden negativamente a si está bien botarlos a la basura, el 18% que contestaron sí, donde queda confirmado el gran vacío que tiene la comunidad con este tipo de información. Lo mismo si creen que está bien botarlos al lavamanos-alcantarillado, donde un 15% no le ven nada de raro.

Igualmente, un 68.3% creen que está bien devolverlos a la farmacia, aunque un 21.7% no lo ven con buenos ojos; un 50% creen que está bien donarlos, algo que podría indicar un grado de solidaridad, pero que podría ser peligroso para la salud de las personas, pues la gente no acostumbra almacenar con buenas prácticas sus medicamentos en casa y siguiendo las instrucciones del fabricante, por lo tanto, sus propiedades físicas y químicas pueden alterarse y no propiciar su cometido.

Tabla 4

Distribución absoluta y porcentual de creencias sobre los medicamentos posconsumo en las familias de la comuna de 3 de la ciudad de Medellín en el año 2019.

Creencias sobre los medicamentos posconsumo			
Característica		n	%
Lo que creen que se debe hacer:	Arrojarlos a la basura	18	30
	Colocarlos en el reciclaje	4	6,7
	Devolverlo a la farmacia	15	25
	Donarlos	18	30
	Llevarlos a un sitio especial	5	8,3
Está bien botarlos a la basura	Si	11	18,3
	No	45	75
	NS/NR	4	6,7
Está bien botarlos al alcantarillado	Si	9	15
	No	46	76,7
	NS/NR	5	8,3
Está bien devolverlos a la farmacia	Si	41	68,3
	No	13	21,7
	NS/NR	6	10
Está bien donarlos	Si	30	50
	No	26	43,3
	NS/NR	4	6,7
Los medicamentos que bota tienen efectos negativos para la salud	Si	31	51,7
	No	19	31,7
	NS/NR	10	16,7
Los medicamentos que bota tienen efectos negativos en el ambiente	Si	31	51,7
	No	20	33,3
	NS/NR	9	15

Nota. Autoría propia.

Conocimientos

Al puntualizar en el tema del programa de devolución de medicamentos, y más concretamente el punto azul, un 85% no conoce ni ha escuchado de estos, y prácticamente el mismo porcentaje desconoce dicho sitio (ver Tabla 5).

A la pregunta de si conoce los residuos peligrosos, tan solo un 35% respondieron que sí, un 30% que no; un 30% no consideran los medicamentos residuos peligrosos y un 35% parecen desconocer el tema. Nuevamente esto da a entender el desconocimiento que tiene la comunidad sobre esta temática, y más en el momento de preguntar sobre la normatividad que rige al respecto, donde un 87% la desconocen. Según la normatividad, es responsabilidad de las autoridades ambientales realizar programas con dicha temática, así como, “los municipios deben apoyar la realización de campañas de sensibilización, divulgación, educación e investigación con el fin de promover la gestión integral de los residuos o desechos peligrosos” (Minambiente, 2005).

Un 51.7% consideran que los medicamentos que bota tienen efectos negativos no solo para la salud, sino también para el medio ambiente. Según la normatividad, el consumidor final debe hacer llegar los medicamentos posconsumo a los sitios destinados para tal fin, y no utilizar otras formas de desecho (Minambiente, 2009).

Bueno, pero no todo es negativo, un 85% estarían dispuestos a participar en actividades de capacitación sobre dicha temática. Algo bien interesante, porque la segunda fase de este proyecto es de intervención, con actividades de formación para las familias y para la comunidad.

Lo que si resulta inconcebible es el número de personas manifestando que nadie les ha informado qué hacer con los medicamentos posconsumo, 88.3%. Esto da a entender el poco compromiso de los farmacéuticos desde el servicio en el momento de la dispensación, pues es una función prácticamente exclusiva de este personal. El mismo usuario desconoce hasta qué profesional debería realizar esta función.

Tabla 5

Distribución absoluta y porcentual de conocimientos sobre los medicamentos posconsumo en las familias de la comuna de 3 de la ciudad de Medellín en el año 2019.

Conocimientos acerca de los medicamentos posconsumo			
Característica		n	%
Ha recibido información	Si	10	16,7
	No	50	83,3
Conoce programas de devolución de medicamentos	Si	6	10
	No	51	85
	NS/NR	3	5
Conoce el punto azul	Si	5	8,3
	No	50	83,3
	NS/NR	5	8,4
Conoce un residuo peligroso	Si	18	30
	No	21	35
	NS/NR	21	35
Consideran los medicamentos residuos peligrosos	Si	19	31,7
	No	17	28,3
	NS/NR	24	40
Conoce la normatividad sobre desechos peligrosos	Si	8	13,3
	No	52	86,7

Nota. Autoría propia.

Discusión

El presente estudio tiene como limitantes lo referente al procesamiento de la muestra, el cual fue por conveniencia. No obstante, no se han encontrado estudios previos analizando el contexto familiar en Colombia. De igual manera, la opinión del representante de la familia, por ser cabeza visible de esta, tiene bastante injerencia en el resto del núcleo familiar sobre el cuidado de la salud. La toma de decisiones a la hora de tomar un medicamento, guardarlo o desecharlo, giran alrededor

de este integrante de la familia, por lo tanto, se debe tener presente el número de personas que conforman los hogares.

A pesar de ser un estudio descriptivo, y que las características son precisamente alrededor de las familias, de su cultura y del contexto donde se desenvuelve, vale la pena establecer un comparativo de los hallazgos de esta investigación y los encontrados en la literatura (Ver [Tabla 6](#)).

Como se observa, los contextos son totalmente diferentes, exceptuando Bogotá; solo el de Serbia perfiló el cuestionario a las familias, pero con un número más representativo.

Ya analizando los hallazgos, el estudio de Quijano et al. (2016), que es en un contexto nacional, pero tomando como muestra pacientes del servicio de consulta externa de una institución hospitalaria, si se unificara el porcentaje de los que arrojan medicamentos a la basura con los que los desechan por el alcantarillado suman un 72.7 %. Al realizar la misma operación con este estudio, daría un total de 61.6 %.

También se podría comparar con el estudio de Vellinga et al. (2014), realizado en Irlanda, que consolida un 72 % de personas que arrojan estos medicamentos a la basura y al alcantarillado, lo que evidencia la presencia de medicamentos en aguas residuales.

Con respecto a la investigación realizada en Serbia se encuentra una particularidad, y es que fue hecha con familias que poseen un porcentaje muy alto para el desecho de los medicamentos posconsumo en la basura corriente (85.6 %) a diferencia del 38.3 % de este estudio.

Para finalizar, se podría decir que el principal aporte de este trabajo es dejar en claro que las familias de la comuna 3 de la ciudad de Medellín no saben qué es un medicamento posconsumo ni la disposición final que debe dársele a estos. Se desconoce totalmente las normas que hacen referencia a este procedimiento y no creen que desecharlos incorrectamente puedan atentar contra la salud de las personas y del ecosistema.

Queda, por lo tanto, un fuerte trabajo por realizar con las familias de esta comuna en el campo educativo.

Tabla 6

Comparativo de investigaciones relacionadas con medicamentos posconsumo de otros países con la realizada en las familias de la comuna 3 de Medellín en el año 2019.

Comparativo de investigaciones				
Lugar	Autores	Año	Muestra	Desecho
Serbia	Kusturika et al.	2012	230 familias	85.6% basura; 8.7% alcantarillado
Irlanda	Vellinga et al.	2014	398 personas	72% basura y/o alcantarillado
Bogotá	Quijano et al.	2016	392 pacientes	64% basura; 8.7% alcantarillado
Turquía	Akici et al.	2018	1121 empleados	34% basura y/o alcantarillado
México	Ramos et al.	2018	168 estudiantes	88% basura y/o alcantarillado
Medellín	López L.	2019	60 familia	38.3% basura; 23.3% alcantarillado

Nota. Autoría propia.

Conclusiones

La principal razón por la que estas familias generan medicamentos posconsumo se debe a la falta de adherencia, seguida del problema de la automedicación.

Definitivamente, los conocimientos que se tienen referente a la disposición final de los medicamentos posconsumo son mínimos y en contravía del uso racional de estos. Los usuarios creen que arrojarlos a la basura, al alcantarillado, es algo normal e inocuo para la salud.

En cuanto a las prácticas, son totalmente nefastas para la salud pública en general y sobre todo para el ecosistema. Efectivamente arrojan los medicamentos en la basura o por el alcantarillado, inclusive hasta en el reciclable.

Al comparar el conocimiento y las prácticas del manejo de los residuos con los fundamentos teóricos y lo expuesto en las normas, resultan ser totalmente opuestos. El desconocimiento de la legislación es elocuente y la desinformación total.

Queda una gran tarea para la Corporación Punto Azul para llegar a sitios marginales y vulnerables con sus programas de capacitación.

Referencias bibliográficas

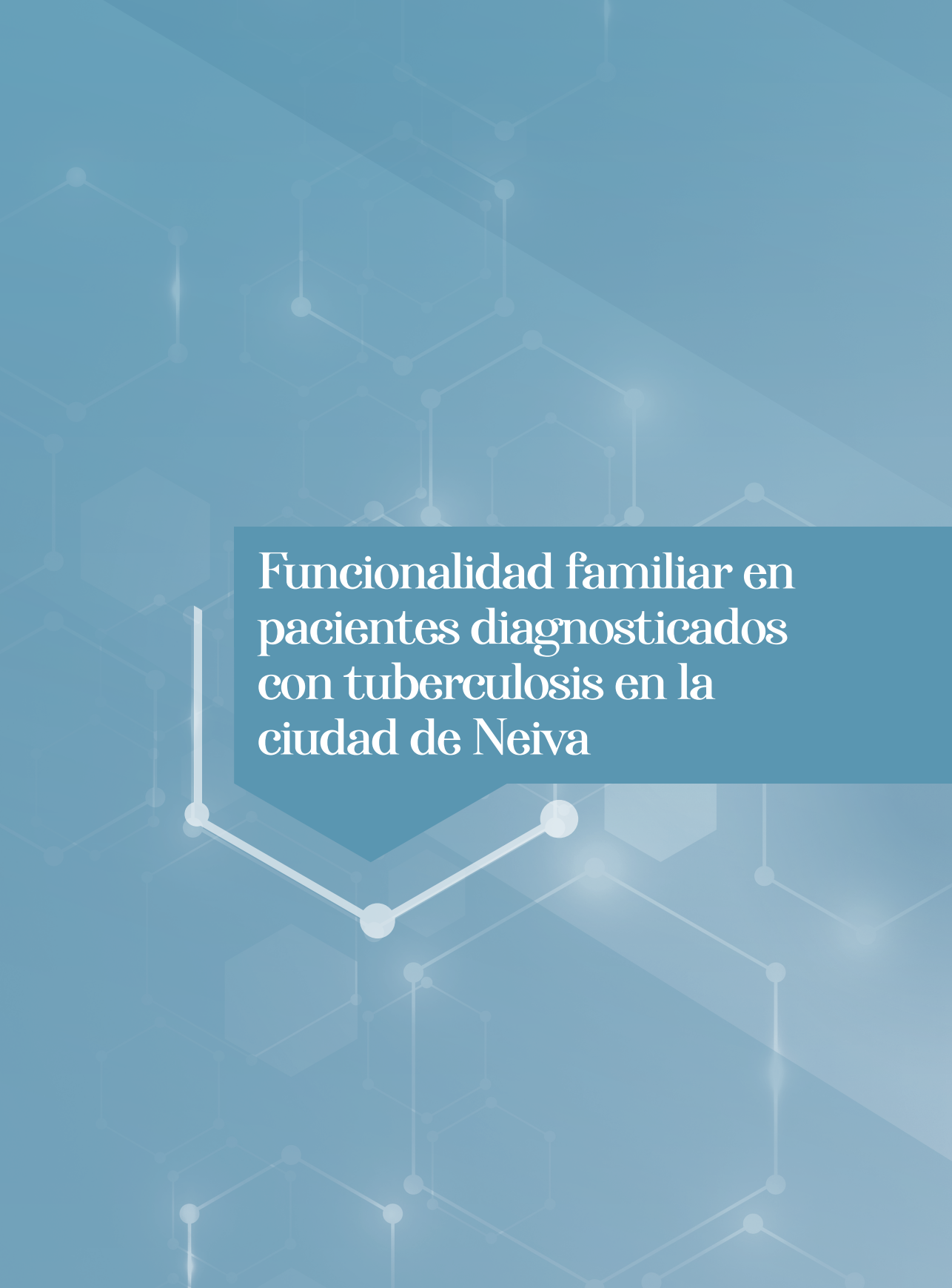
- Abruquah, A. A., Drewry, J. A. y Taylor, F. (2014). What happens to unused , expired and unwanted medications ? A survey of a community-based medication disposal practices. *International Journal of Development and Sustainability*, 3(12), 2175–2185.
- Akici, A., Aydin, V. y Kiroglu, A. (2018). Assessment of the association between drug disposal practices and drug use and storage behaviors. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 26(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2017.11.006>
- Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. *Revista Cepal*, 143–161. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10829/1/077143161_es.pdf
- Azul, C. P. (2018). Informe de actualización y avances plan de devolución de productos posconsumo de fármacos o medicamentos vencidos.
- Cano, B. (2005). *La ética: arte de vivir 3: la alegría de crecer en familia*. Paulinas.
- Castro, Baños, López y Torres. (2015). Ecopharmacovigilance in Mexico : prospects of its implementation. *Rev Mex Cienc Farm*, 46(3), 16–40. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57945705003>
- Chacon Jimenez, Francisco. (2002). Sin distancias: Familias y tendencias historiográficas en el siglo XX. In U. de Murcia (Ed.), *Universidad de Murcia* (pp. 63–84). Murcia.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*, (4)51. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf
- Daughton, C. G. (2016). Pharmaceuticals and the Environment (PiE): Evolution and impact of the published literature revealed by bibliometric analysis. *Science of the Total Environment*, 562, 391–426. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2016.03.109>
- Daughton, C. G., y Ruhoy, I. S. (2008). The afterlife of drugs and the role of pharmEcovigilance. *Drug Safety*, 31(12), 1069–1082. <https://doi.org/10.2165/0002018-200831120-00004>
- De Dalt de Mangione. E y Di Fabio de Anglat, H. (2002): *Asertividad. Surelación con los estilos educativos familiares, Interdisciplinaria*, 19(2), 119-140.
- DNP. (2016). *Tipologías de Familias en Colombia : Evolución 1993 –2014*. Observatorio de Políticas de Las Familias, 1–29. Recuperado de: <https://observa->

- toriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Documentos de trabajo/D3-tipologias-evolucion_dic3-(1).pdf
- Echeverri Mejía, Sara. (2016). Las tipologías familiares colombianas del siglo XXI: Un análisis de los vínculos familiares en las películas de animación infantil estrenadas en Colombia entre el 2009 y el 2016. Repositorio Universidad de Medellín, 121. Retrieved from https://repository.udem.edu.co/bitstream/handle/11407/3516/TG_CLA_3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gutierrez N., Mackliff. C. y Segura. M. (2018). La Ecofarmacovigilancia y su impacto en nuestro ecosistema y en la salud humana. Conference Proceedings UTMACH, Vol. 2, pp. 106–113. Recuperado de: <http://investigacion.utmachala.edu.ec/proceedings/index.php/utmach/index>
- Holm, G., Snape, J. R., Murray-Smith, R., Talbot, J., Taylor, D., y Sörme, P. (2013). Implementing ecopharmacovigilance in practice: Challenges and potential opportunities. *Drug Safety*, 36(7), 533–546. <https://doi.org/10.1007/s40264-013-0049-3>
- Karr. (2001). Defining and measuring river health. In *Freshwater Biology* (Vol. 41, pp. 221–234). <https://doi.org/10.1046/j.1365-2427.1999.00427.x>
- Kusturica, M. P., Sabo, A., Tomic, Z., Horvat, O., & Šolak, Z. (2012). Storage and disposal of unused medications: Knowledge, behavior, and attitudes among Serbian people. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 34(4), 604–610. <https://doi.org/10.1007/s11096-012-9652-0>
- Kvarnryd, M., Grabic, R., Brandt, I., y Berg, C. (2011). Early life progesterin exposure causes arrested oocyte development, oviductal agenesis and sterility in adult *Xenopus tropicalis* frogs. *Aquatic Toxicology*, 103(1–2), 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.aquatox.2011.02.003>
- Medhi, B. y Sewal, R. (2012). Ecopharmacovigilance: An issue urgently to be addressed. *Indian Journal of Pharmacology*, 44(5), 547. <https://doi.org/10.4103/0253-7613.100363>
- Ministerio de Justicia de Colombia. (2014). El concepto de familia en el siglo xxi. Minjusticia, 1–10. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/6>. Min Justicia- El Concepto de Familia en el Siglo XXI.pdf
- Ministerio de medio Ambiente y Desarrollo Sostenible. (2005). Decreto 4741 de 2005. Gestion integral de Residuos o desechos peligrosos. Bases Conceptuales. Diario Oficial. Recuperado de: <http://www.minambiente.gov.co/>

images/AsuntosambientalesySectorialyUrbana/pdf/sustancias_químicas_y_residuos_peligrosos/gestion_integral_respel_bases_conceptuales.pdf

- Ministerio de medio Ambiente y Desarrollo Sostenible. (2009). Resolución 0371 de 2009, Gestión de Devolución de Productos Posconsumo de Fármacos o Medicamentos Vencidos. Diario Oficial, (0371), 1–9. Recuperado de: <https://www.minambiente.gov.co/index.php/component/content/article/545-plantilla-asuntos-ambientales-y-sectorial-y-urbana-sin-galeria-41#resolución>
- Ministerio de Salud República de Colombia. (1993). Resolución N° 008430 normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Constitución Política de Colombia, 1993(Octubre 4), 12. Recuperado de: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
- ONU. ODS en Colombia. , (2018).
- Quijano D., O. J. y H. E. (2016). Conocimientos y prácticas de pacientes sobre disposición de medicamentos no consumidos. Aproximación a la ecofarmacovigilancia. *Salud Pública*, 18(1), 61–71. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n1.44262>
- Ramos L., Jáuregui C., García K. y R. J. (2018). Manejo de medicamentos caducos en hogares de estudiantes de enfermería de tres universidades de México. *Educateconciencia*, III (20), 224–234. Recuperado de: <http://tecnocientifica.com.mx/educateconciencia/index.php/revistaeducate/article/view/508>
- Valcárcel, Y., Alonso, S. G., Rodríguez-Gil, J. L., Maroto, R. R., Gil, A. y Catalá, M. (2011). Analysis of the presence of cardiovascular and analgesic/anti-inflammatory/antipyretic pharmaceuticals in river- and drinking-water of the Madrid Region in Spain. *Chemosphere*, 82(7), 1062–1071. <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2010.10.041>
- Vega. (2013). Ecofarmacovigilancia. Universidad Autonoma Metropolitana.
- Vellinga, A., Cormican, S., Driscoll, J., Furey, M., O’Sullivan, M., y Cormican, M. (2014). Public practice regarding disposal of unused medicines in Ireland. *Science of the Total Environment*, 478, 98–102. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2014.01.085>
- Velo, G. y Moretti, U. (2010). Ecofarmacovigilance for Better Health. *Drug Safety*,

- 33(11), 963–968. <https://doi.org/10.2165/11539380-000000000-00000>
- Yu, X., Hu, X., Li, S., Zhang, M. y Wang, J. (2019). Attitudes and Practice Regarding Disposal for Unwanted Medications among Young Adults and Elderly People in China from an Ecopharmacovigilance Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(8), 1463. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081463>
- Zuccato, E., Calamari, D., Natangelo, M., y Fanelli, R. (2000). Presence of therapeutic drugs in the environment. *The Lancet*, 355(9217), 1789–1790. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02270-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02270-4)



Funcionalidad familiar en
pacientes diagnosticados
con tuberculosis en la
ciudad de Neiva


Julian Francisco Bahamon Charry

Enfermero

Magíster en salud familiar de la Universidad Católica de Oriente

julianchobahamon@hotmail.com

Grupo de investigación: Atención Primaria en Salud (APS)

 Orcid: 0000-0001-8834-7604

Juridy Viviana Gutiérrez Rodríguez

Enfermera, especialista en epidemiología

Magíster en salud pública

Estudiante de Doctorado en Epidemiología y Bioestadística

Universidad CES

Grupo de investigación Epidemiología y Bioestadística

Profesora de cátedra de la Universidad Católica de Oriente

Correo: gutierrez.juridy@uces.edu.co

 ORCID: 0000-0003-2925-4015

Funcionalidad familiar en pacientes diagnosticados con tuberculosis en la ciudad de Neiva¹

Resumen

La familia se ha posicionado como elemento fundamental para mejorar el estado de salud, integrando diferentes espacios para así lograr la reducción de problemas sanitarios, pero enfermedades como la tuberculosis pueden generar una alteración en la dinámica familiar. Esta investigación pretende describir la funcionalidad familiar en pacientes diagnosticados con tuberculosis en la ciudad de Neiva que ingresaron a la base de datos del programa departamental en los meses de marzo a junio del año 2019. Se realiza un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal. Mediante encuesta aplicada se recolectó información sobre variables sociodemográficas, condiciones de salud, tipología de familia y funcionalidad familiar. Se encuentra que el 54,5 % de los participantes fueron hombres, 36,4 % cursaron primaria completa e incompleta, el 45,5 % pertenecían a estrato socioeconómico uno, 42,4 % provenían de la comuna 6, 54,5 % estaban afiliados al régimen contributivo. En cuanto a la presencia de comorbilidades, el 15 % padecían hipertensión arterial, 12 % diabetes mellitus y 9 % VIH. El 79 % de los participantes se encontraban en la segunda fase de tratamiento antituberculoso con 27 % de conocimiento del medicamento. La tipología familiar fue nuclear en el 36 % de los pacientes, seguida de tipología compleja (37 %). El 73 % de los pacientes

¹ Capítulo derivado del Proyecto de Investigación para optar al título de Magister en Salud Familiar de la Universidad Católica de Oriente 2020.

tenían buena función familiar. Se concluye que, la funcionalidad familiar, juega un papel importante en todos los procesos del tratamiento, tanto las comorbilidades como algunos factores sociodemográficos y el conocimiento de la enfermedad pueden incidir de manera directa en la finalización y éxito del tratamiento; aunque la funcionalidad familiar es buena, se evidencia que los participantes con algún grado de disfunción familiar fueron en su mayoría del sexo masculino.

Introducción

Muchas definiciones giran alrededor del término familia, desde un grupo primario de la sociedad, su clasificación en natural o civil por el grado de parentesco, o como un conjunto de elementos dinámicos que darán respuestas a la necesidad de la sociedad y en especial respuesta al proceso salud-enfermedad (Ortiz, 1999).

La familia se ha venido posicionado como necesidad para mejorar el estado de salud de los miembros que la conforman, planteando intervenciones que integran diferentes espacios, logrando así reducir problemas de sanidad relacionados con los determinantes sociales (Ali y Prins, 2017).

No existe una definición única de familia, el concepto puede expresarse desde diferentes campos (biológicos, psicológicos, sociales, jurídicos, económicos), pero confluyen aspectos comunes, entre estos se destacan que la familia es un grupo de personas que pueden compartir espacio físico o no, que tienen relaciones definidas biológica o socialmente con funciones específicas al interior del grupo y en la sociedad, que se ven influenciadas por el entorno en que se desarrollan (Oliva y Villa, 2013).

Así como el concepto de familia ha evolucionado a través del tiempo, también lo han hecho los tipos de familia, pasando de familias tradicionales que incluyen padre, madre e hijos, a familias extensas o constituidas por personas sin vínculo biológico. De igual manera, se encuentra literatura que incluye en el grupo de tipos de familia a personas sin familia como el adulto soltero, el viudo sin hijos, a los jóvenes emancipados y equivalentes familiares que corresponde a personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional como amigos o parejas homosexuales estables (Jiménez, 1998 como se citó en Echeverry, 2016), entre otros.

La funcionalidad familiar es un mecanismo para enfrentar sucesos dentro de la familia; se describen funciones como la socialización, el afecto, cuidado, estatus, reproducción y desarrollo y ejercicio de la sexualidad, manteniendo criterios de comunicación, individualidad y toma de decisiones, para que en conjunto sean determinantes para la conservación de la salud o la presencia de enfermedad (Olalde, 2013).

Ahora bien, la tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*; “El riesgo de infección y el desarrollo posterior de la enfermedad dependen de factores asociados con el bacilo” (p. 6), el huésped y la interacción bacilo-huésped (Protocolo de vigilancia en Salud Pública – Tuberculosis, 2017). La tuberculosis es una enfermedad con fuerte estigma social que puede alterar la percepción de enfrentar situaciones hacia sí mismo (Balcázar, Ramírez y Rodríguez, 2015).

En lo relacionado con el esquema de tratamiento, cabe recordar que la tuberculosis activa en adultos y niños con peso mayor o igual a 25 kg, se trata usando dosis fija combinada de rifampicina/Isoniazida/Pirazinamida/Etambutol en la fase intensiva diaria de lunes a sábado (56 dosis) y fase de continuación tres veces por semana de Rifampicina/Isoniazida (56 dosis) (Circular externa 055 de 2016).

A continuación, se presentan algunos artículos que describen relación entre familia, funcionalidad familiar y el tratamiento de la tuberculosis:

Munro et Al. (2007), realizaron una revisión sistemática de la investigación cualitativa, con el fin de comprender los factores considerados importantes por los pacientes, cuidadores y proveedores de atención médica para contribuir a la adherencia a la medicación para la tuberculosis, utilizando el método de metaetnografía. El estudio incluyó también la búsqueda de citas y consulta de expertos. Se identifican ocho temas principales en los estudios entre los que se encuentra apoyo familiar. Al respecto relatan que, en algunos estudios, el papel y las responsabilidades de un paciente en la familia pueden motivarlo a adherirse al tratamiento para recuperar y reanudar esas tareas. Pero las responsabilidades en el hogar, como proporcionar ingresos y cuidar a los niños, también redujeron la probabilidad de adhesión para algunos.

Baral et al (2007), realizaron un estudio cualitativo con 34 pacientes con tuberculosis en Nepal, y siguiendo el enfoque de teoría fundamentada en las entrevistas

y el análisis de estas, encontraron que los pacientes se aislaron de sus amigos y familiares por temor a la discriminación y aislamiento dentro de la familia. Los autores hacen un llamado a los involucrados en la investigación, el desarrollo y la implementación del control de enfermedades transmisibles para que reconozcan que el problema a abordar es principalmente la discriminación, no el estigma, y para dar mensajes claros a ese efecto, en lugar de nublar el problema al referirse al estigma cuando se refiere a discriminación.

Da Cruz, Ruffino, Scatena, Figueiredo, Laine de Paula y Scatena (2009) en su estudio de evaluación con enfoque cuantitativo utilizando un modelo transversal, “consideran el abordaje de la familia durante el proceso de atención como énfasis para asegurar asistencia total y resolutivas” (p. 2), teniendo un enfoque orientador para la comunidad promoviendo cambios cotidianos en la calidad y reforzar el comportamiento conjunto “para que el tratamiento de la TB tenga éxito y exista una distribución de compromisos, en que participen el servicio de salud, los enfermos y familiares” (p. 5).

En este orden de ideas, la funcionalidad familiar puede estar influenciada por las condiciones de salud de sus miembros, el problema radica en que, si el paciente con tuberculosis hace parte de una familia disfuncional, la adherencia al tratamiento, así como la curación de la enfermedad, pueden estar en riesgo, o por el contrario, si el estado de salud de uno de los integrantes está afectado, esto puede influenciar de manera negativa la funcionalidad familiar, de acuerdo al rol desempeñado por el enfermo.

Por lo anterior, el estudio pretende describir la funcionalidad familiar de los pacientes en tratamiento con tuberculosis en la ciudad de Neiva en el periodo señalado; los resultados pueden aportar a la creación de estrategias municipales para el control de la tuberculosis desde un abordaje de salud familiar, de acuerdo a lo establecido en la “Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud” que destaca a la familia como centro de atención en salud, lo cual permitirá un abordaje integral de la enfermedad involucrando componentes de salud familiar y no limitándolo solamente al proceso patológico.

Metodología

La investigación se enmarcó dentro del paradigma empírico analítico, con un en-

foque cuantitativo, en cuanto a la inferencia del investigador es de naturaleza observacional, la intencionalidad de estudio es descriptiva, y según el número de mediciones es de corte transversal. Se realizó en la ciudad de Neiva con 66 pacientes con diagnóstico de tuberculosis e inscritos en la base de datos del programa departamental de tuberculosis; Para este estudio se trabajó con los pacientes diagnosticados con tuberculosis inscritos en el programa departamental y que aceptaron participar en el estudio. El muestreo se realizó por conveniencia, se tuvo en cuenta el total de los casos de TB que ingresaron en el periodo correspondiente. La técnica para la recolección de la información fue una encuesta por paciente.

El instrumento utilizado fue un cuestionario aplicado que incluyó grupos de variables que respondieron a los objetivos específicos como son factores familiares, condiciones de salud y de la enfermedad actual, factores relacionados con la atención, factores sociodemográficos y de conocimiento y percepción de la enfermedad, factores familiares, así como la escala APGAR familiar utilizada para medir la funcionalidad familiar. Los datos fueron tomados de fuentes primarias. El investigador obtuvo autorización para consultar las bases de datos del programa departamental de tuberculosis de la secretaría de salud departamental del Huila y aplicó la encuesta a los pacientes que aceptaron y dieron su consentimiento para participar en el estudio.

APGAR familiar

Forero et al., (2016) en su estudio para evaluar la consistencia interna y conocer los factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar (APGAR familiar) en estudiantes de un colegio, recopilaron la definición de APGAR familiar, instrumento diseñado en 1978 por Smilkstein para examinar la funcionalidad familiar:

La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes (en inglés) de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), que se define como la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un período de crisis; cooperación (partnertship), relacionada con la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia; desarrollo (growth), como la posibilidad de maduración emocional y física,

así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo; afectividad (affection), como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia, y capacidad resolutive (resolve), como el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia. (Forero et al., 2016, p. 24)

Estos cinco componentes se evalúan por medio de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden, tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis (Forero et al., 2016).

Se conoce así el funcionamiento de la familia por medio de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene del propio funcionamiento familiar (Forero et al., 2016).

Cada respuesta debe marcarse con un X que corresponde a un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, según la calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3: Casi siempre •4: Siempre al siguiente cuestionario dado en Alegre y Suarez, 2006:

- “Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad” (p. 56).
- “Me satisface la participación que mi familia brinda y permite” (p.56).
- “Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades” (p. 56).
- “Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor” (p. 56).
- “Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en a casa, c) El dinero” (p. 56).

Al sumar las respuestas o parámetros del puntaje de 0 a 20 se define el tipo de funcionalidad familiar, “buena función familiar de 18 – 20, disfunción familiar leve de 14 – 17, disfunción familiar moderada de 10 – 13 y disfunción familiar severa de 9 o menos” (Alegre y Suarez, 2006, p. 57).

En cuanto a la validación inicial del APGAR familiar, este instrumento mostró un índice de correlación de 0,80 entre este test y el instrumento previamente utili-

zado (Pless Satterwhite Family Function Index) (Smilkstein G et al., 1982 como se citó en Alegre y Suarez, 2006, p. 55). En diferentes investigaciones posteriores que evaluaron el APGAR familiar, se encontraron índices de correlación que oscilaban entre 0,71 y 0,83, para diversas realidades (Good MJD, et al., 1979 Citado por Alegre y Suarez, 2006, p. 55).

Forero et al. (2016), describen que, aunque en Colombia, formalmente, aún no está validada, ha sido utilizada en estudios por su validez de apariencia. (Forero et al., 2016, p. 24). Los resultados de esta investigación establecen que la escala de APGAR familiar tiene una buena consistencia interna y las preguntas que la componen hacen parte de un único factor (Forero et al., 2016, p. 28).

Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló teniendo en cuenta los principios éticos de respeto a la dignidad y Protección de los derechos y bienestar del paciente estipulados en la declaración de Helsinki, Reporte Belmont y en la Resolución 008430 de 1993. El respeto a la autonomía de las personas exige que los sujetos participen en la investigación voluntariamente. Los participantes fueron informados claramente de las generalidades y objetivos del estudio, se resolvieron las dudas y posteriormente firmaron un consentimiento informado con el cual certificaron aceptar voluntariamente la participación en la investigación. Además de ello, se contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Católica de Oriente.

Los resultados de la investigación pueden generar beneficios para la sociedad en general, la Secretaría de Salud departamental del Huila, los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias debido a que el fin último de la investigación es describir la funcionalidad familiar de los pacientes con tuberculosis en tratamiento, aportando al abordaje de la enfermedad desde el enfoque de salud familiar y reconociendo a la familia como un pilar importante en el proceso de atención en salud, con el fin de favorecer un abordaje integral de la enfermedad.

Resultados

De los 66 pacientes registrados en la base de datos de la secretaría de salud departamental que cumplen criterios de inclusión, 8 pacientes no residían en la ciu-

dad de Neiva, 5 pacientes fallecieron, 15 pacientes no pudieron ser contactados, 3 pacientes no aceptaron participar de la investigación y 2 pacientes refirieron no tener TB; por lo mencionado, un total de 33 pacientes fueron los participantes del estudio.

El 50 % de los participantes tenían 43 años o más, (RIQ 33-56,5 años), el menor de los participantes tenía 18 años y el mayor 73 años de edad. Predomina el sexo masculino (54,5 %). El estado civil de la mayoría de los participantes es unión libre (36,4 %) seguido por solteros (21,2 %) y casados (15,2 %).

En cuanto a la formación académica, el 36,4 % de los participantes tenía educación primaria completa o incompleta, el 30,3 % había realizado la básica secundaria completa o incompleta y el 18,2 % educación media y técnica completa; y universitario completo o incompleto el 12,1 %. Cabe mencionar que el 3 % de los participantes no tenían ningún año escolar.

En relación con aspectos laborales, el 24,2 % de los participantes tenían una vinculación laboral formal, en igual proporción se encontraron empleados informales, el 21,2 % se dedicaba al hogar y el 18,2 % estaba desempleado.

En referencia al lugar de procedencia, se encuentra que la mayor proporción de los participantes provienen de las comunas 6 (42,2 %) y 8 (12,1 %) del municipio de Neiva. Predominan pacientes de estrato socioeconómico 2 (54,5 %).

En lo relacionado a la afiliación al sistema de salud, el 51,5% de los participantes presentaba afiliación al régimen contributivo y el 42,4 % al régimen subsidiado; las Entidad Administradora de Planes y Beneficios EAPB del 27,3 % de los pacientes era Comfamiliar y en igual proporción los pacientes pertenecían a Nueva EPS. Las instituciones prestadoras de servicios de salud donde fueron atendidos son ESE Carmen Emilia Ospina en el 36,4 % de los casos y el centro de diagnóstico médico IDIME en el 27,3 %. El 87,9 % de los participantes calificaron de buena la atención prestada en la IPS, el 12,1 % refirió ser un servicio malo o regular.

Al indagar por la persona económicamente responsable del hogar se encontró que en el 60 % de los casos son los pacientes quienes tienen esta responsabilidad, seguido de la esposa o esposo en el 30,3 % e hijos con 18,20 %. En cuanto a otras personas que también responden económicamente en el hogar, se encuentran padres, hermanos, nietos, cuñados, nueras y yernos. La mayoría tuvieron ingresos mensuales entre 1,1 y 2 salarios mínimos legales vigentes (57,6 %).

A continuación, se describen las condiciones de salud y enfermedad actual en los participantes en el estudio. En referencia a antecedentes personales, se encontró que el 54 % tenían algún tipo de antecedente patológico, entre ellos el 15 % padecían hipertensión arterial, el 12 % diabetes mellitus y el 9 % VIH. Al preguntar sobre los antecedentes patológicos familiares de los participantes se encontró que el 66 % presentaba algún tipo de antecedente, de estos, el 27 % tenía antecedente familiar de hipertensión arterial, el 24 % de diabetes mellitus y el 6% de tuberculosis.

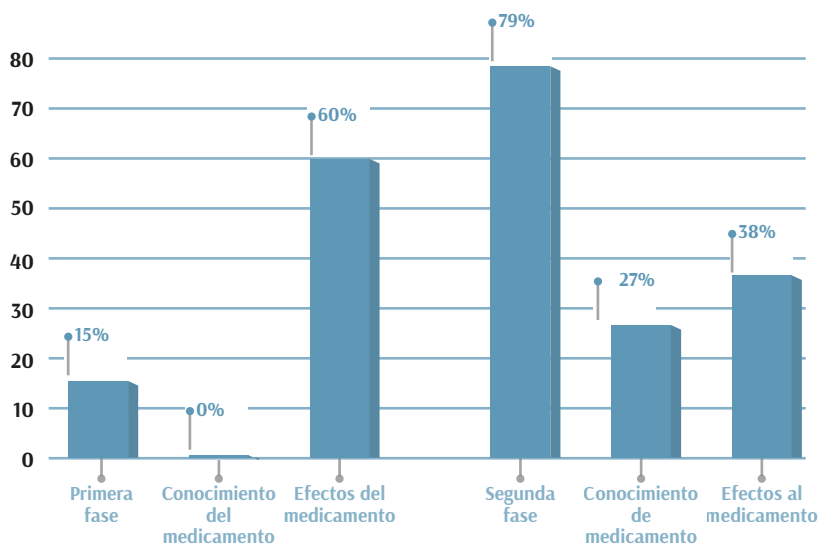
Los participantes manifestaron que su familia conocía de la enfermedad y el 90,9 % consideró que el diagnóstico no afectó sus relaciones familiares.

En lo referente a la fecha de diagnóstico, la mayor proporción de los participantes en el estudio fueron diagnosticados en los meses de abril y marzo de 2019 (51,5 %), las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS donde se realizó el diagnóstico fueron el Hospital Universitario Hernando Moncaleano (33 %), Clínica MEDILASER (33 %), ESE Carmen Emilia Ospina (15 %) y otros centros de salud (18,3 %). En cuanto al acceso a la institución encargada de la dispensación de los medicamentos, el 72,7 % manifiesta demora de más de 10 minutos en llegar a la institución.

En lo relacionado con el esquema de tratamiento, el 15 % de los participantes al momento de la encuesta estaban en la primera fase, y de estos, ninguno conocía la totalidad de los medicamentos que estaba consumiendo (teniendo en cuenta los cuatro medicamentos que se debe consumir en la primera fase). Del total de los participantes que se encontraban en primera fase de tratamiento, el 60 % presentó algún efecto secundario al medicamento. El 79 % de los participantes estaban en la segunda fase del tratamiento; de los pacientes en esta fase, el 27 % conocía el nombre de la totalidad de los medicamentos que consumía. El 38 % respondió que presentó algún efecto secundario al medicamento (Figura 1).

Figura 1

Aspectos relacionados con el tratamiento.



Nota. Autoría propia.

El 60 % de los participantes en la primera fase presentaron efectos secundarios al medicamento, diferentes a los que estaban en la segunda fase, donde solo el 38 % presentó algún efecto. Entre ellos: pesadez en la lengua, prurito, malestar general, dolor en las articulaciones, hepatomegalia, dolor de cabeza, vómito, mareo, dolor de estómago, placas en el cuerpo, se iban cayendo las uñas, cambios en la orina, debilidad en el cuerpo, adormecimiento en las manos y dolor, pesadez en el estómago, ganas de vomito, perdida de la visión.

El 93,9 % de los participantes refirieron haber recibido su tratamiento bajo la estrategia TAES (Tratamiento acortado estrictamente supervisado). El 21,2 % de los pacientes alguna vez faltó a reclamar el tratamiento, dentro las causas de la falencia, los pacientes manifestaron que fue por trabajo, por viaje, falta de tiempo, perdida de celular, desconocimiento de horario de entrega o la inasistencia del acudiente.

Otro objetivo planteado en la investigación fue caracterizar la tipología familiar de

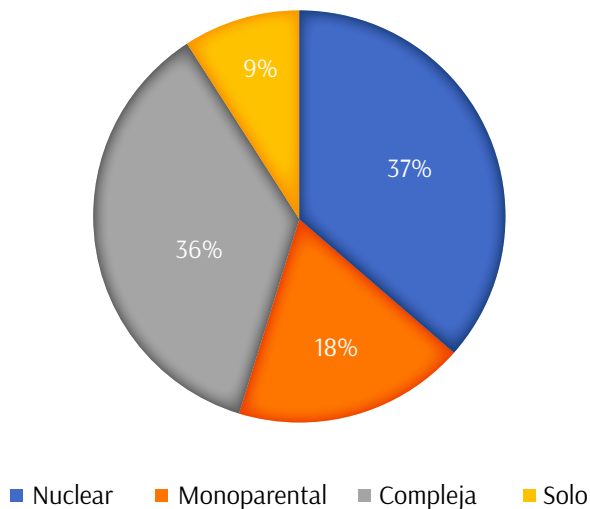
los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar, a continuación, se presentan los resultados que dan cuenta de este objetivo.

El 70 % de los pacientes, vivía en compañía de los hijos, el 42 % vivía en compañía de la esposa o esposo, y el 21 % en compañía de la mamá. Además, se encontró que vivían con nietos (18,2 %), nuero o yerno (9,1 %), y otros parientes como abuelos, suegros, amigos, sobrinos, nietos y cuñados.

La mayor proporción de las familias de los pacientes eran de tipo nuclear (37 %), que es aquella conformada por los “padres y madres convivientes con hijos a su cargo y cuyo proceso de formación se localiza en el matrimonio o en las nuevas formas de cohabitación” (Luengo, 2008, p. 14) y la familia compleja (36 %), que es aquella “resultante de la convivencia de al menos tres generaciones en sentido vertical, padres y/o madres con hijos a su cargo coresidiendo con sus progenitores de origen” (Luengo, 2008, p. 14) (Figura 2).

Figura 2

Tipología de las familias de los participantes con tuberculosis pulmonar.



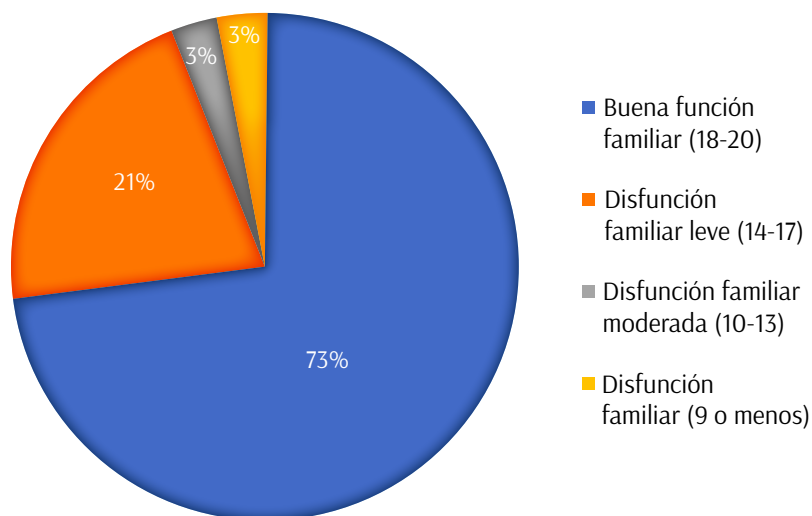
Nota. Autoría propia.

Con el fin de evidenciar el estado funcional de la familia de los participantes en el

estudio, se utilizó el APGAR FAMILIAR, una herramienta para detectar la disfunción familiar. Se encontró que, en mayor proporción, los participantes presentan una buena función familiar (73 %) y el 6 % disfunción moderada o severa (Figura 3).

Figura 3

Funcionalidad familiar de los participantes en el estudio.



Nota. Autoría propia.

A continuación, se detallarán las respuestas dadas por los participantes en el estudio al indagar su funcionalidad familiar a través del APGAR familiar.

En la dimensión de adaptabilidad, se evidencia que el 87,9 % de pacientes reciben siempre ayuda de su familia ante una necesidad o problema.

En la dimensión de participación, se evidencia que el 84,8 % de las familias, siempre se hacen partícipes de la toma de decisiones en la solución de sus problemas.

En la dimensión de ganancia, se evidencia que el 75,8 % de las familias siempre aceptan y apoyan deseos de liderar nuevas actividades, y en un porcentaje bajo

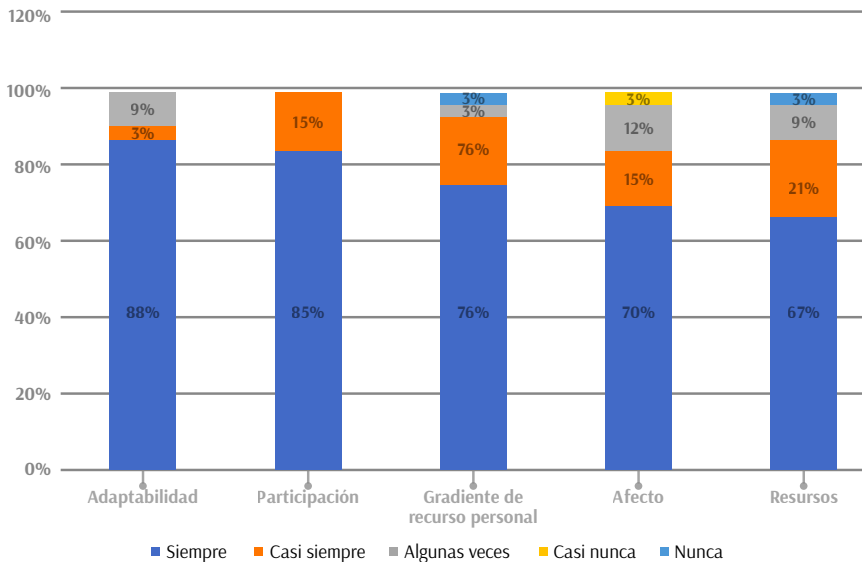
los pacientes nunca sienten el apoyo familiar (3 %).

En relación con el afecto, se evidencia que el 69,7 % de las familias siempre expresan afectos y responden a las emociones del paciente, pero también hay un porcentaje donde las familias casi nunca expresan afectos ni responden a las emociones del paciente (3 %).

En la dimensión de recurso, se evidencia que las familias siempre comparten espacio, tiempo y dinero con el paciente (66,7 %) (Figura 4).

Figura 4

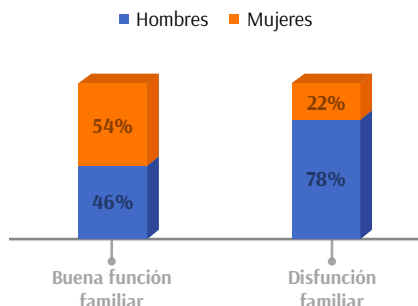
Funcionalidad familiar según dimensiones.



Nota. Autoría propia.

Al analizar la función familiar por sexo, en el que se evidenció que el 54 % con buena función familiar eran mujeres. Por otro lado, el 78 % de los participantes con disfunción familiar fueron hombres.

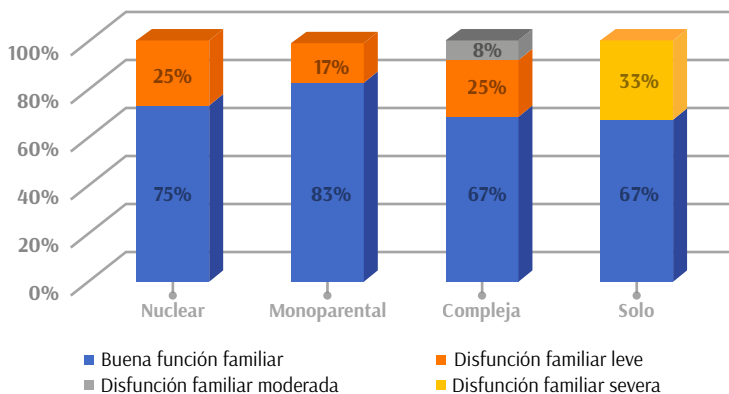
Figura 5
Funcionalidad familiar por sexo.



Nota. Autoría propia.

Al analizar la funcionalidad familiar, según el tipo de familia, el 75 % de familias nucleares, el 83 % de las familias monoparentales y el 67 % de familias complejas presentaban buena funcionalidad familiar. En los pacientes que vivían solos, el 33 % percibió una disfunción familiar severa, el restante manifiesta buena función (Figura 6).

Figura 6
Funcionalidad familiar según tipo de familia.



Nota. Autoría propia.

Discusión

Tal y como lo establecen los lineamientos técnicos y operativos del programa nacional de tuberculosis (2019), el abordaje de la tuberculosis requiere de un compromiso intersectorial que, dentro del marco de la Ley Estatutaria (Ley 1751 de 2015) garantice el derecho a la salud de la población desde la promoción y la prevención, afectando positivamente la salud colectiva mediante la atención integral de la salud individual (Ministerio de Salud Nacional de Colombia, 2019, p. 15).

En consonancia con lo anterior, el presente estudio describió la funcionalidad familiar en pacientes en tratamiento con tuberculosis en la ciudad de Neiva que ingresaron a la base de datos departamental en el primer semestre del año 2019, teniendo en cuenta las características sociodemográficas, condiciones de salud y enfermedad actual, tipología de familia y estado funcional.

Dentro de las características familiares, los pacientes relacionaron vivir con su esposa o esposo e hijos siendo la familia nuclear la característica principal. Asimismo, la relación con los hijos fue buena; esto lo soporta también Mateus y Carvajal (2006) en su estudio sobre factores predictivos de adherencia, en la cual la mayoría de los sujetos del estudio vivían con sus familias e informaron buenas relaciones con sus hijos y otros familiares y esperaban su apoyo en caso de enfermedad. En el presente estudio, el 6,1% de los participantes no vivían con sus familiares, situación similar en el estudio de Carvajal et al. (2007), en el cual el 8,7 %, al momento del tratamiento, no vivían con sus familias.

En cuanto al tema de funcionalidad familiar, se encuentra que la mayoría de los pacientes diagnosticados con tuberculosis tienen buena función familiar en contraste con un estudio llamado funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en áreas urbanas de Los Olivos – Lima, los resultados evidenciaron que la mayor proporción de familias con pacientes con tuberculosis eran familias disfuncionales con el 60 % mientras que las familias funcionales solo fueron del 40 % (Robles et al., 2016).

Al analizar de manera diferenciada la funcionalidad familiar según el sexo, en los hombres, el 78 % presentan algún grado de disfuncionalidad familiar, de manera similar en un estudio realizado en Colombia por Cogollo et al. (2009), en cuanto a la percepción de la funcionalidad familiar, se encontró entre los varones un 62,1 % de disfuncionalidad, comparado con un 58,9% en las mujeres.

Con relación a la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis, según tipo de familia, en el estudio de Ojeda (2013), se describe que el 30,5 % de las familias monoparentales presentan un tipo de cohesión conectada, como lo ocurrido en el presente estudio en el que la familia monoparental presentó la mayor funcionalidad familiar con el 83 %.

Esta investigación tiene una finalidad descriptiva, sin embargo, es importante continuar con la realización de investigaciones en el tema, que tengan finalidad analítica, con el propósito de identificar factores asociados o factores de riesgo de incumplimiento al tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta el componente familiar.

Conclusiones

Se ha descrito que los factores sociodemográficos influyen de manera directa en el desarrollo de la tuberculosis; esta investigación evidencia mayor prevalencia en hombres, así como en lugares con factores y condiciones menos favorables, donde la probabilidad de contraer la enfermedad es más alta.

Tanto las comorbilidades como el conocimiento de la enfermedad pueden influir de manera directa en la finalización y éxito del tratamiento. Se evidenció falta de conocimiento acerca del tratamiento por parte de los pacientes.

La mayoría de los participantes pertenecen a la tipología familiar nuclear y compleja, en su mayoría viven en unión libre.

La funcionalidad familiar debe considerarse como un factor importante en el momento de generar estrategias para el abordaje de la tuberculosis, dada la relevancia de la familia en la recuperación del estado de salud de los individuos. Asimismo, se debe prestar especial atención en el abordaje de la enfermedad en los hombres, pues del total de familias disfuncionales, la mayor proporción de pacientes pertenecía al sexo masculino.

Referencias bibliográficas

Alegre, Y. y Suarez, M. (2006). Instrumentos de Atención a la Familia: El Familio-grama y el APGAR familiar. RAMPA. 1 (1), 48 – 57. Recuperado de: <http://>

www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf

- Ali, A. O. A y Prins, M. H. (2017). Disease and treatment-related factors associated with tuberculosis treatment default in khartoum state, sudan: A case-control study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(6), 408-414. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/1936473194?accountid=43551>
- Balcázar, L., Ramírez, Y., y Rodríguez, A. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*, 20(2), 135-143. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47345917003>
- Baral, S. C., Karki, D. K., y Newell, J. N. (2007). Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health*, 7, 211. Recuperado de: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-7-211>
- Carvajal, R., Tovar, L., Aristizábal, J., Varela, M. (2017). Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura, Colombia, 2012. *Review Gerenc Polít Salud*. 2017. 16 (32): 68-84. Recuperado de: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.baat>
- Cogollo, Z., Gomez, E., De Arco, O., Ruiz, I. y Campo, A. (2009). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*. 38 (4). 637 – 644. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n4/v38n4a05.pdf>
- Da Cruz, S., Rufino, A., Scatena, T., Figueiredo, S., De Paula, R., y Scatena, L. (2009). Servicios de salud para controlar la tuberculosis: enfoque en la familia y orientación para la comunidad. *Comunidad Latino-am Enfermagem*, 17(3).
- Echeverry, S. (2016). Las tipologías familiares colombianas del siglo XXI: Un análisis de los vínculos familiares en las películas de animación infantil estrenadas en Colombia entre el 2009 y el 2016. (tesis de pregrado). Universidad de Medellín, Medellín, Colombia.
- Forero, I., Avendaño, M., Duarte, Z., y Campo-Arias, A. (2016). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23-29.

- Luengo, T. (2008). Un análisis de la nuclearidad parsoniana a partir De una investigación sobre la relación entre Estructura familiar y satisfacción parental. *Revista IIPSI*. 11 (2). 13 – 27. Recuperado de: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3810/3058>
- Mateus-Solarte, J., y Carvajal-Barona, R. (2006). Factors predictive of adherence to tuberculosis treatment. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 12(5), 520-526. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/5432557>
- Ministerio de Salud Nacional de Colombia (2019). Lineamientos técnicos y operativos del programa nacional de tuberculosis. Bogotá: Subdirección de enfermedades transmisibles y dirección de promoción y prevención.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud (2018). Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-ruta-promocion-mantenimiento.pdf>
- Munro, S. A., Smith, H. J., Engel, M. E., Fretheim, A., y Volmink, J. (2007). Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. *Los Medicine*, 4(7), 238. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0040238>
- Ojeda, Y. (2013) Estudio sobre el funcionamiento familiar en familias nucleares biparentales y familias nucleares monoparentales. (Tesis). Universidad del Bío-Bío, Chillan, Chile.
- Olalde, L. (2013). Funcionalidad familiar de acuerdo al tipo de familia en base al modelo circunflejo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la unidad de medicina familiar No. 75 nezahualcóyotl (tesis de especialización). Universidad autónoma del estado de México, Toluca, México.
- Oliva, E., Villa, V. (2013). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*. 10 (1), 11 – 20. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Ortiz Gómez, María Teresita. (1999). La Salud Familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 439-445. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400017&lng=es&tlng=es
- Protocolo de vigilancia en Salud Pública-Tuberculosis. (2017). Bogotá. Recuperado

de: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Tuberculosis.pdf

Robles, I., Matta, H., Perez, R. y Ferdinan, C. (2016). Funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en áreas urbanas de Los Olivos-Lima. *Revista de ciencia y arte de enfermería*. 1 (2). 47 – 51. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/5418/98d88c284d7c758ee2040f60b3a98ecec7.pdf>

Conclusiones generales



A todos nuestros lectores agradecemos el tiempo que han dedicado para revisar esta obra. Para los autores es importante dar a conocer sus investigaciones, las cuales surgen de la necesidad de aportar a la formación y generación de conocimiento desde las diferentes disciplinas interesadas en la salud familiar.

Esta obra ha sido una muestra de la importancia de entender la Atención Primaria en Salud, no solo como una estrategia de atención en sí misma, sino como una posibilidad de acercarse y acerca a la comunidad, especialmente a las familias, para entender sus necesidades, problemáticas, no solo desde las patologías o desde un enfoque clásico médico, sino desde un abordaje interdisciplinario e integral que permita conocerla, entenderla y aportarle.

La invitación para quienes han leído este libro es continuar y profundizar en la investigación sobre la familia, a realizar estudios e intervenciones con rigor, basadas desde la evidencia, con sentido y sobre todo con el objetivo de transformar realidades que proporcionen, de manera sólida, unas bases para comprender los determinantes de la salud, sus enfermedades, el contexto y la realidad de todos los miembros de una familia.

La familia y todos sus aspectos o características constituyen el pasado, el presente y el futuro de la sociedad, se convierten en un sostén que debe ser protegido, cuidado y valorado, considerando que la familia es responsabilidad de cada uno de sus miembros, pero también de la sociedad en sí misma. La familia en sí es la vida de las personas, es el apoyo donde se aprende a ser persona.

Es importante entender que la familia va más allá de una suma de personas, es también un nicho de donación, de sentido, de reciprocidad, de amor, es el centro

de la comunidad y en suma, su comprensión va más allá de la generación de políticas públicas, es darle sentido a los sistemas de atención de manera funcional, operativa, efectiva, eficiente, a la generación de acciones claras e intervenciones oportunas que conlleven a dinámicas familiares más funcionales para sus miembros y en general para la comunidad.

Magda Yolima Arias Cantor

Doctoranda en Desarrollo local y Magíster en Cooperación al desarrollo de la Universidad de Valencia, Especialista en Planeación, gestión y control del desarrollo social de la Universidad de La Salle, Psicóloga UPTC. Docente Asociada programa de Psicología, Líder grupo de Investigación GIBPSICOS. Coeditora de la serie editorial Cuadernos de Ciencias Sociales, de la serie editorial desarrollo y territorio del Fondo Editorial de la Universidad Católica de Oriente, Editora y compiladora de los libros Diálogos sobre paz y la violencia vol. 1 y 2, compiladora del libro II encuentro de maestrías y especializaciones financiados por ASCOFAPSI, miembro del comité científico de la Revista Inserción UCSE Argentina.

Esta investigación es referente para los profesionales de las Ciencias Sociales y Biomédicas cuyo ejercicio profesional se desarrolla en escenarios que requieren de la implementación y desarrollo de programas de Atención Primaria en Salud con enfoque de Salud Familiar.



UNICATÓLICA
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA
LUMEN GENTIIUM