



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 multidisciplinares 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.

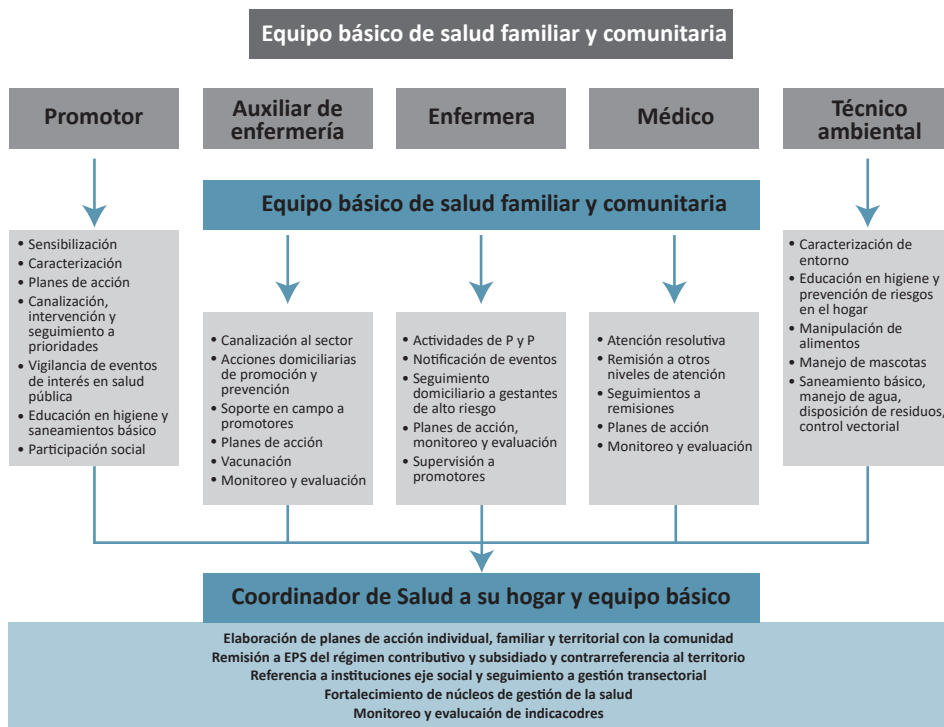
Posteriormente, con la Resolución 412 del 2000 se establecieron “las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptaron las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la 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 resolutive 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.

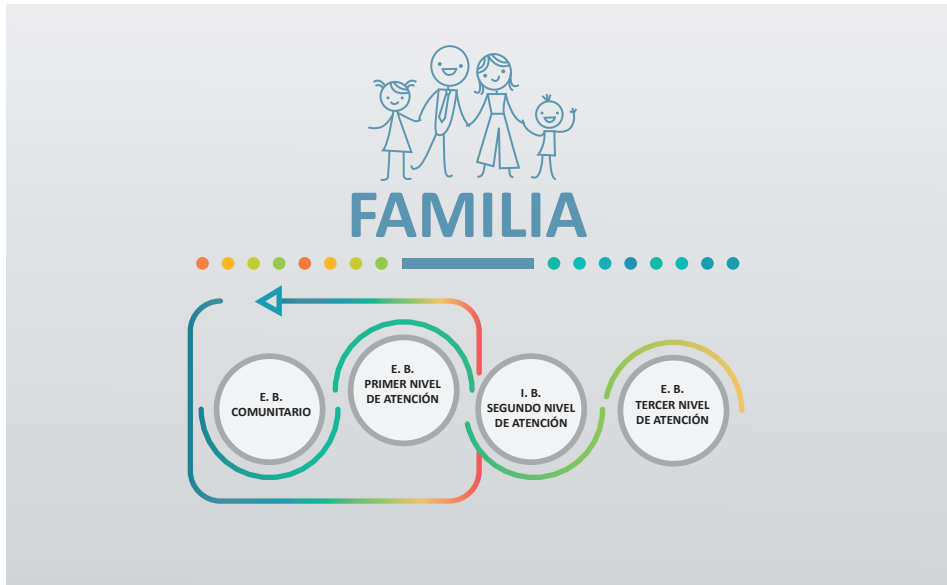
Representación de Ruta Integral de Atención Familiar

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.