

**MODELO INTEGRADOR DE ATENCION EN SALUD PARA
INSTITUCIONES AMBULATORIAS DE BAJA COMPLEJIDAD**

**MARIA PAULA AMAYA B.
MYRIAM AVELLANEDA C.
ALICIA PARDO P.**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2004**

**MODELO INTEGRADOR DE ATENCION EN SALUD PARA
INSTITUCIONES AMBULATORIAS DE BAJA COMPLEJIDAD**

**MARIA PAULA AMAYA B.
MYRIAM AVELLANEDA C.
ALICIA PARDO P.**

**Trabajo de grado como requisito para optar el título de
Especialista en Administración de Servicios de Salud**

**Dr. NELSON MORALES H.
Director del proyecto**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2004**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
2. JUSTIFICACION	4
3. OBJETIVOS	7
3.1 OBJETIVO GENERAL	7
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
3.3 ALCANCE	8
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1 GENERALIDADES DE MEDICINA FAMILIAR	9
4.1.1 El papel de los Médicos de Familia	11
4.1.2 Evolución de la prevención clínica	12
4.1.3 Medicina familiar	13

4.1.4	La política y La Medicina Familiar	14
4.1.5	Los principios de Mc Whinney	19
4.1.6	Bases biológicas de la medicina familiar	21
4.1.7	Sistemas auto-organizados	22
4.1.8	Relación medico-paciente	24
4.1.9	Conceptos centrales en medicina familiar	28
4.1.10	Salud y malestar	30
4.1.11	El modelo biopsicosocial: un cambio de paradigma	31
4.1.12	Ciclo vital familiar	39
4.1.13	Prevención en Medicina Familiar	40
4.2	MODELO ESPAÑOL	41
4.3	MODELO CANADIENSE	44
4.4	SISTEMAS LATINOAMERICANOS	52
4.4.1	Modelo Cubano	54
4.4.2	Modelo colombiano	66

5. ANTECEDENTES HISTORICOS	78
5.1 SEGURIDAD SOCIAL: SU EVOLUCIÓN HISTÓRICA	78
5.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE EUROPA	86
5.3 ANTECEDENTES HISTORICOS LATINOAMÉRICA	90
5.4 ANTECEDENTES HISTORICOS COLOMBIANOS	93
6. MARCO LEGAL	105
6.1 CONCEPTO DE FAMILIA EN EL MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL DEL SGSSS DE COLOMBIA	117
7. POBLACIÓN OBJETO	119
7.1 DATOS GENERALES DE BUCARAMANGA	119
8. SITUACION DE SALUD	126
8.1 FACTORES DE RIESGO	126
8.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	131
8.3 EFECTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	136
9. DESCRIPCIÓN DEL MODELO	138

9.1 FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO	140
9.2 COMO DISMINUIR EL IMPACTO DE BARRERAS	141
9.3 IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES	143
9.4 ALCANCE DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR	144
9.5 DESARROLLO DEL MODELO	146
9.6 POLÍTICAS	163
9.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	164
9.7.1 Perfil y Funciones de los Miembros del Programa de Salud Familiar.	156
9.7.2 Director del Programa de Medicina Familiar.	158
9.7.3 Coordinador de Grupo Multidisciplinario.	159
9.7.4 Médico de Atención Familiar	160
9.7.5 Enfermera	161
9.7.6 Psicóloga	163
9.7.7 Trabajadora Social	164

9.7.8 Selección, Inducción, Capacitación, Evaluación y Remuneración Del Recurso Humano	164
9.8 ESTRUCTURA FÍSICA	167
9.9 GUÍAS Y PROTOCOLOS	168
10. SISTEMAS DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	170
10.1 REGISTROS E INSTRUMENTOS	171
10.1.1 Tarjeta familiar	172
10.1.2 El Familiograma	181
10.1.3 El APGAR familiar	182
10.1.4 Ecomapa	182
10.1.5 Ciclo vital familiar	183
10.1.6 Historia clínica	184
11. FUENTES DE FINANCIACIÓN Y MODELOS DE CONTRATACIÓN	185
11.1 COSTOS Y GASTOS	188
11.2 CONTABILIZACIÓN	188

12. OFERTA DE SERVICIOS	190
13. ESTRATEGIA DE PRESTACIÓN SERVICIOS	192
13.1 SISTEMA DE INCENTIVOS	192
14. PROCESOS	194
14.1 DEMANDA INDUCIDA	194
14.2 ASIGNACIÓN DE POBLACIÓN A GRUPO MULTIDISCIPLINARIO	196
14.3 CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS	196
14.4 ASIGNACIÓN DE CITAS	197
14.5 JORNADA DE SALUD FAMILIAR	199
14.6 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	199
14.7 ACTUALIZACIÓN DE REGISTROS DE LA RED EXTERNA DE PRESTADORES EN HISTORIA CLÍNICA	200
14.8 ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS	200
15. INDICADORES	202
15.1 DE ESTRUCTURA	203

15.2 DE PROCESO	209
15.3 DE RESULTADO	211
16. CONCLUSIONES	222
RECOMENDACIONES	224
BIBLIOGRAFÍA	225
ANEXOS	229

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Comparación de la capacidad de prestación de servicios en Cuba en 1958 y 2000	63
Tabla 2 . Comparación de las principales causas de muerte en Cuba, 1958 y 2000	66
Tabla 3. Fecundidad específica grupo de mujeres de 15 a 19 años. Colombia, 1,995	123
Tabla 4: Proporción de relaciones sexuales actuales según sexo, estudio de caso respecto al riesgo de VIH en jóvenes de 15 a 22 años, Bucaramanga 2,000	124
Tabla 5. Morbilidad por consulta externa en Santander- 1995. Veinte primeras causas	131
Tabla 6. Primeras causas de consulta externa todas las edades Bucaramanga 2002	132
Tabla 7. Mortalidad por ocurrencia en Santander-1997. Veinte primeras causas	133
Tabla 8. Veinte primeras causas de Mortalidad según CIE-10. Santander 2002	133
Tabla 9. Primeras causas de morbilidad consulta externa grupos Etáreos Bucaramanga 2002	135
Tabla 10. Poblacion de Bucaramanga y su area metropolitana con afiliacion al sistema de seguridad social en salud. 2003	136
Tabla 11. Programas de Promoción y prevención según resoluciones 412 de Febrero de 2000 y 3384 de Diciembre de 2000	149
Tabla 12. Tarjeta familiar	176

Tabla 13. Proceso de demanda inducida	196
Tabla 14. Plan de cobertura de caracterización de familias según periodo de ejecución del modelo	212

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Programas de medicina y salud familiar	230
Anexo B. Formato de cambio de grupo multidisciplinario	232
Anexo C. Cronograma de jornada familiar	233
Anexo D. Formato de compromiso	234
Anexo E. Formato de evaluación familiar en factores de riesgo	235
Anexo F. Matriz de Promoción y Prevención Res 412/2000	236
Anexo G. Estructura organizacional	243
Anexo H. Símbolos del familiograma	244
Anexo I. Apgar familiar y sus componentes	248
Anexo J. Formulario	249
Anexo K. Manual de procesos	250
Anexo L. Manual de procesos y procedimientos	254

RESUMEN

TITULO: MODELO INTEGRADOR DE ATENCION EN SALUD PARA INSTITUCIONES AMBULATORIAS DE BAJA COMPLEJIDAD*

AUTORES: María Paula Amaya Barrera, Myriam Avellaneda Cifuentes, Alicia Pardo Pájaro**

PALABRAS CLAVES: Medicina Familiar, biopsicosocial, multidisciplinario, integrador, sistema de referencia y contrarreferencia, plan de salud familiar, efectividad.

CONTENIDO: Diseño de un sistema de prestación de servicios de salud para Instituciones de baja complejidad, enmarcadas en la Ley 100 de 1993 y en la Medicina Familiar, donde se correlacionan entre si todas las actividades de promoción y prevención, recuperación y mantenimiento de la salud, que se prestan al individuo y su grupo familiar; con un enfoque biopsicosocial, es decir teniendo en cuenta el aspecto biológico, psíquico y social. La ejecución del modelo será realizado por un grupo multidisciplinario conformado por Médicos Generales y/o familiares, Enfermeras, Psicólogos y Trabajadores Sociales, y coordinado por un Médico especialista en Medicina Familiar. En cumplimiento del objetivo integrador del modelo se basa en un sistema de referencia y contrarreferencia con un seguimiento de las atenciones que recibe al usuario en los diferentes niveles de complejidad para hacer intervenciones oportunas y eficientes. El modelo se desarrollará con el ingreso del usuario a la Institución al incluirse en la base de datos, asignándolo a un Grupo Multidisciplinario junto con su núcleo familiar; inicialmente se hace la caracterización del individuo y la familia con la aplicación de instrumentos de diagnóstico familiar: Tarjeta Familiar, Familiograma, Ecomapa y Apgar , quienes identifican factores de riesgo, factores protectores, disfunciones familiares, relaciones intrafamiliares y relaciones de la familia con la comunidad. De acuerdo a éste diagnóstico se hace un plan de salud familiar el cual inicia con una jornada de salud familiar, el desarrollo de los programas de acuerdo a factores de riesgo y grupos etáneos. Se hará control y seguimiento del plan de salud familiar mediante evaluaciones semestrales y anuales para verificar la efectividad de las intervenciones.

*Proyecto de Grado.

** Escuela de Medicina, Departamento de Salud Pública, Especialización en Administración de Servicios de Salud.

SUMMARY

TITLE: MODEL INTEGRATIVE OF ATTENTION IN HEALTH FOR AMBULATORY INSTITUTIONS OF LOW COMPLEXITY *

AUTHORS: María Paula Amaya Barrera, Myriam Avellaneda Cifuentes, Alicia Pardo Pájaro**

KEY WORDS: Family Medicine, biopsychosocial, Multidisciplinary, integrative, reference and countreference system, plan of family health, effectiveness.

CONTENTS: Design of to system of benefit of services of health for Institutions of low complexity, framed in the Law 100 of 1993 and in the Family Medicine, where they plows correlated among if all the promotion activities and prevention, recovery and maintenance of the health that it plows lent to the individual and their family group; with to focus biopsychosocial, that is to say keeping in mind the biological, psychic and social aspect. The execution of the pattern will be carried out by a group multi disciplinary conformed by Doctors General family y/o, Nurses, Psychologists and Social Workers, and coordinated by a specialist Doctor in Family Medicine. In execution of the integrative objective of the pattern it is based on a reference system and countreference with a pursuit of the attentions that he/she receives the user in the different levels of complexity to make opportune and efficient interventions. The pattern will be developed with the entrance from the user to the Institution when being included in the database, assigning it to a Group Multidisciplinary together with its family nucleus; initially it is made the individual's characterization and the family with the application of instruments of family diagnosis: Family Card, Familiograma, Ecomap, and Apgar who identify factors of risk, protective factors, family disfunctions, relationships unfamilies and relationships of the family with the community. According to this diagnosis a plan of family health the one is made which begins with a day of family health, the development of the programs according to factors of risk and age groups. It will be made control and pursuit of the plan of family health by means of biannual and annual evaluations to verify the effectiveness of the interventions.

*Degree Project.

** Medicine School, Public Health Department, Specialization in Administration of Services of Health

GLOSARIO

ADAPTABILIDAD: capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas.

AFECTIVIDAD: relación de cariño y amor.

CAPACIDAD RESOLUTORIA: compromiso de dedicar tiempo a las necesidades físicas y emocionales. En función del índice final se clasifica a las familias como normofuncionales cuando presentan un índice final de 7-10, moderada disfuncionalidad de 4-6 y gravemente disfuncionales de 0-3.

COOPERACIÓN O PARTICIPACIÓN: implicación en la toma de decisiones y responsabilidades para el mantenimiento familiar.

DESARROLLO: maduración física y emocional y autorrealización por el apoyo y asesoramiento mutuo.

ADHESIÓN: unirse a los programas, permanecer en ellos.

AFILIADO: todas las personas que se encuentran inscritos legalmente, a una Administradora de Salud, de cualquiera de los regimenes, en calidad de cotizante o beneficiario.

APGAR: es un cuestionario auto administrado, desarrollado por Smilkstein y colaboradores, consta de cinco preguntas cerradas, las cuales se miden sobre una escala de Likert, de 0 a 2, con un índice final de 0 a 10. Evalúa las diferentes dimensiones en que los autores dividen el funcionamiento familiar.

BIOMÉDICO: se basa en una concepción patologista, es reduccionista, es curativo, es objetivo, mantiene la división mente/cuerpo, el diagnóstico es biológico, crea territorios estableciendo barreras disciplinarias y el paciente queda trozado en partes que pertenecen a cada especialidad, el tratamiento se considera generalmente externo al paciente y a la relación médico paciente.

BIOPSICOSOCIAL: es mirar a la persona como un todo, donde interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales.

CARACTERIZACIÓN FAMILIAR: consiste en la identificación de factores protectores, factores de riesgo, disfunciones familiares, relaciones intrafamiliares, relaciones del grupo familiar con el entorno, ciclo vital familiar.

CICLO VITAL FAMILIAR: es la secuencia de estados que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución. Este ciclo está constituido por etapas de complejidad creciente a las que siguen otras de simplificación familiar, variando, además, las características sociales y económicas desde su formación hasta su disolución.

DEMANDA INDUCIDA: hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

DEMANDA: utilización de un servicio

DETECCIÓN TEMPRANA: hace referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad. Facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte.

DUPLICIDAD EN LA ATENCIÓN: prestar dos o más veces el mismo servicio, en un mismo lapso de tiempo a un mismo paciente

ECOMAPA: representación gráfica de las relaciones del grupo familiar con su entorno.

FAMILIOGRAMA: familiograma es la representación gráfica de la familia que permite reflejar la información. Constituye un formato de símbolos para dibujar un árbol familiar. Es un método útil para el estudio de caso en el contexto familiar y para el diagnóstico que requiere la historia de salud de la familia

GRUPO ETÁREO: rango de edades de la población afiliada según riesgo.

GRUPO MULTIDISCIPLINARIO COMPUESTO: por un médico especialista en medicina familiar, un médico general, una enfermera profesional, una trabajadora social y una psicóloga, todos con entrenamiento específico en salud familiar;

INDIVIDUO: persona

INDUCIDA: son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población para la utilización de los servicios

MEDICINA FAMILIAR: medicina familiar, es una especialidad y una disciplina científica; la primera significa lo que hace el médico dentro del sistema de salud y la segunda, está constituida por los conocimientos, destrezas y actitudes en las que se forman los médicos de familia y que en conjunto dan origen a las competencias que despliega en su trato con el paciente. Tiene como principio, centrarse en la atención de la persona como un todo.

MÉDICO FAMILIAR: en relación con la naturaleza de las acciones médicas, ya hemos señalado que el médico de familia no es sólo un trabajador sanitario, es un profesional con elevado nivel científico, con reconocida capacidad en el diagnóstico clínico y en el manejo del arsenal terapéutico, capaz de resolver de forma independiente la mayoría de los problemas médicos que enfrenta en su consultorio. Pero cuando la situación requiere la intervención del especialista del nivel secundario, éste no se circunscribe a tratar puntualmente un problema o situación médica particular sino que, en íntima asociación o coordinación con el médico de familia, proyecta acciones preventivas de vigilancia, eliminación de factores de riesgo, mejoramiento del ambiente físico, etcétera.

MODELO INTEGRADOR: compila o agrupa todos los servicios de salud que se prestan a un individuo, con el fin de tratarlo como un todo.

MODELO: patrón de referencia, para la ejecución de un proceso.

OPORTUNIDAD: posibilidad de obtener los servicios que requiere sin retrasos que ponga en riesgo la vida.

PACIENTE: persona enferma o en tratamiento

PLAN ANUAL DE SALUD FAMILIAR: cronograma de intervenciones de salud que el grupo multidisciplinario realizará con cada miembro de la familia con el fin de mantener o recuperar su estado de salud.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA: hace referencia a la aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo.

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

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia. Las modalidades de solicitud de servicios son: remisión, interconsulta, orden de servicio y apoyo tecnológico.

TARJETA FAMILIAR: instrumento de recolección de datos.

USUARIO: persona que utiliza el servicio.

ZONIFICADO: persona incluida en la base de datos de la IPS, para que se le presten los servicios de salud.

INTRODUCCION

En Colombia siempre hemos visto el proceso de enfermedad como una situación temporal y aislada que le ocurre a una persona, y no se tiene en cuenta que éste, es un ser biológico, psíquico y social cuyas reacciones y comportamientos siempre están asociados o son consecuencia de la relación con su entorno. Tampoco se invierten muchos esfuerzos en mantener a la población sana mediante actividades de promoción y prevención.

Esta perspectiva aislada del tratamiento de las enfermedades trae consecuencias graves para el individuo y para la institución prestadora del servicio. Para el paciente trae como consecuencia padecimiento de enfermedades fácilmente prevenibles, insatisfacción por el servicio recibido, por ejemplo por la tramitología y papeleo que debe seguirse para tener acceso a la atención, falta de oportunidad en el servicio, falta de claridad e información en los procedimientos que debe seguir durante el proceso de su enfermedad, restricción de servicios en el caso de múltiples enfermedades, cambio frecuente de médico y demás personal asistencial, perdiéndose la continuidad en el tratamiento, complicaciones en las enfermedades por el bajo poder resolutivo del primer nivel y dificultad para la autorización de la atención a niveles superiores. Para las instituciones prestadoras y administradoras de servicios de salud las consecuencias son aumento de costos por duplicidad en la atención, tratamiento de complicaciones por atención inoportuna y falta de acciones preventivas debido a un sistema de referencia y contrarreferencia ineficaz, falta de información por parte del personal asistencial y administrativo en los procesos de atención al usuario, baja rentabilidad, poca capacidad de inversión en tecnología lo que lleva a baja competitividad, favoreciendo la aparición de monopolios, aumento en la frecuencia de consulta convirtiendo a los usuarios en consultadores crónicos.

Todo lo anterior nos indica que hay fallas en el abordaje de la atención porque no se sigue un modelo que ofrezca al usuario accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, y que integre los diferentes aspectos que componen su proceso de enfermedad como son su familia, estilo de vida, costumbres, creencias, etc. Así como el proceso de enfermedad integra muchos factores, el proceso de tratamiento y recuperación también lo hace. Por esto las diferentes formas de atención deben buscar un objetivo común donde todos los esfuerzos y recursos se utilicen de manera eficiente buscando la prevención de las enfermedades, detección temprana y recuperación del paciente en el menor tiempo y costo posible.

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo no pretende descubrir nada nuevo ni ser solución mágica y obligada. Sentimos y creemos que es posible cambiar la tendencia actual corrigiendo ciertos planteamientos e introduciendo modificaciones y desarrollos ajustados a la prestación de servicios de salud de primer nivel ambulatorio. Se hace necesario exponer los graves errores cometidos en nuestro ámbito, por acción u omisión, para promover un modelo con cambios que subsanen una situación que puede hacerse insostenible a corto plazo.

El presente nos enfrenta con un sistema de salud que se encuentra en crisis, no sólo desde el punto de vista de la situación económico financiera de las instituciones sino también en lo que se refiere a la calidad de la atención médica que se brinda.

La relación médico paciente, según el decir de muchos, ha pasado a ser una relación técnica, fría, despersonalizada, en la que no hay tiempo para una conversación amistosa, ni para escuchar atentamente la biografía del enfermo, ni conocer sus ansiedades y angustias y los problemas que percibe en su entorno psicosocial y cultural. En este tipo de relación, el médico descuida e ignora los aspectos psicológicos, culturales y sociales, y a menudo se limita a estudiar e interpretar los exámenes que le proporcionan los equipos o los laboratorios clínicos. Sin embargo la situación es totalmente opuesta en las consultas de medicinas alternativas.

La hiperespecialización ha llevado en las últimas décadas a que los pacientes se vean divididos en órganos, aparatos o sistemas, que los médicos muchas veces olvidan tratar a la persona como el ser biopsicosocial que es y se limitan a tratar al órgano enfermo; razón por la cual en la mayoría de las instituciones de baja complejidad no se integran adecuadamente las actividades de educación, protección específica y detección temprana de enfermedades, con las actividades de recuperación de la salud y las remisiones a la medicina especializada. Esta circunstancia afecta notoriamente la salud de los usuarios, nos muestra una atención al paciente, fragmentada por las diversas especialidades, lo que lleva a una pérdida incalculable de recursos, tiempo y dinero, no sólo del sistema de salud sino también de los propios pacientes; llevándonos a no atender el concepto de enfermedad que afecta sistemáticamente al organismo.

El impacto negativo en la calidad de los servicios y el aumento de los costos es una consecuencia obligada, que coloca en riesgo la salud de la comunidad y la viabilidad financiera del sistema de seguridad social en salud.

Progresivamente los usuarios han comenzado a manifestar su descontento por el tipo de atención médica que reciben, frecuentemente impersonal, fragmentada, discontinua y a la vez costosa.

La atención médica de nuestros días se enfrenta al reto de combinar el humanismo con el creciente caudal de conocimientos científicos, de tal manera que el empleo de métodos altamente tecnificados, diagnósticos y terapéuticos sean sólo parte del enfoque de la persona como un todo y no un fin en sí mismos que lejos de someter al quehacer médico, permitan brindar una atención integral que incida no sólo sobre la enfermedad, sino preponderantemente sobre la salud del individuo y su familia.

La salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multifactorial en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales. Cambia por lo tanto la función del médico, que ya no sería sólo curar enfermedades sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona que enferma en su contexto vital.

El acceso tradicional de la atención de salud ignora a menudo la importancia de integrar a los miembros de la familia. Sin embargo, es posible mejorar el impacto positivo de los médicos sobre la salud de un individuo incluyendo a otros miembros de la familia en el plan de atención. Se pasa de una relación diádica en la interacción médica, a la tríada que incluye los componentes paciente-familia-médico. Las EPS en cierto modo son culpables de esta situación ya que solo les interesa controlar el gasto inmediato sin importar la atención integral que se le pueda dar al paciente y las IPS no poseen un modelo de servicio que le asegure al paciente una atención integrada. Muy probablemente las EPS e IPS ya se han dado cuenta de este problema pero no han invertido el tiempo y los recursos necesarios para diseñar un modelo que garantice al usuario una atención como la que hemos descrito anteriormente.

¿Cómo debe diseñarse un programa de atención en salud que integre todas las actividades asistenciales con el aspecto psicosocial del individuo, en una institución de servicios ambulatorios de baja complejidad, para el mejoramiento de la calidad de la atención y a largo plazo un impacto positivo en la calidad de vida de los afiliados?

2. JUSTIFICACION

El modelo propuesto por la Ley Marco (L100 de 1993) es contar con un primer nivel de atención resolutivo, puerta de entrada al sistema, que con acciones de educación, prevención, detección temprana de enfermedades y con la instauración temprana de tratamientos, curen o mitiguen la enfermedad, evitando la referencia a niveles superiores que resultan mas complejos y costosos, por el uso de mayor tecnología y profesionales mas especializados.

Considerando las consecuencias en los usuarios, empresas prestadoras de servicios de salud y en el sistema de salud en general, es importante buscar un modelo de atención que responda a los objetivos del sistema y que mejore el estado de salud de la población. Una población sana es más productiva y se constituye en riqueza de los pueblos.

En un país, donde la seguridad social resulta la primera impactada cuando se tiene que disminuir los gastos de funcionamiento, es necesario ser demasiado eficientes y llevar el desperdicio a su mínima expresión.

Sobra decir que para las personas la salud se constituye en un derecho fundamental, no exactamente por que así lo defina la constitución política, sino porque atenta contra la supervivencia de los individuos, las comunidades, los países y porque no, de la especie.

Existe la necesidad sentida de integrar la atención en salud, disipada por las especializaciones y por un sistema de referencia incompleto, en la medida que no hay contrarreferencia y un muy bajo interés del remitente por la evolución de la salud del usuario, además de simplificar la tramitología y papeleo que el usuario debe hacer para que se le autoricen servicios de los niveles de complejidad mediano y alto y que lo convierten en un mensajero del sistema. Para esto se diseña un modelo que rescate la dignidad de las personas y sea eficiente.

Si tenemos un modelo de atención de primer nivel resolutivo donde nuestra prioridad sea la de mantener al individuo y su familia sana, donde la atención se centre en la instauración de hábitos sanos, donde se aborde al individuo desde que se encuentra in útero y se le asigne un permanente control y seguimiento, con el objetivo de evitar que aparezcan las enfermedades o si estas se diagnostican

tempranamente, se podrá incidir en la historia natural de la enfermedad controlando sus consecuencias.

Ley 100 de Seguridad Social, con ello la Medicina Familiar ha sido la estrategia primordial para la cobertura del primer nivel de servicios de salud, con un cuidado altamente científico y técnico, que integre la calidad humana para hacer un buen balance costo-beneficio.

La Medicina Familiar, contrasta con aquel modelo de la práctica médica tradicional lineal y reduccionista y se apega al modelo biopsicosocial que parte de una visión integral del hombre y que incluye la interacción de éste, a través del tiempo y del espacio, con el ambiente. Esta atención integral orientada hacia la familia requiere de la participación de un equipo multi e interdisciplinario de profesionales de la salud que aporten perspectivas complementarias de conocimientos, actitudes y habilidades, en un ambiente de trabajo que les permita centrar la atención en las necesidades totales del paciente y su familia a través de una adecuada comunicación, interacción y cooperación recíproca.

El Médico Familiar es el único profesional de la salud que atiende pacientes y familias en una estrecha relación, que generalmente se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, y no sólo le incumbe la familia como unidad, sino la relación entre las personas que la integran.

La esencia de la medicina familiar es la continuidad de la atención. Esto significa mucho más que el atender al mismo paciente durante un período prolongado. También implica organizar la provisión de la atención, y por tanto, incluye las relaciones del médico familiar con otros profesionales de la salud a quienes se recurre para una interconsulta.

El Médico Familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, tanto en lo individual como en lo colectivo. El médico debe conocer las interacciones que existen entre el individuo y su familia y el modo en que estas interacciones afectan al proceso salud-enfermedad.

En todos aquellos factores de riesgo y/o problemas con muy alta magnitud y trascendencia, y la factibilidad de su manejo en el primer nivel de atención sea baja, se deberá considerar la posibilidad de la referencia oportuna a otro nivel de

atención; no obstante lo cual, el médico familiar deberá continuar con el manejo del resto de los factores de riesgo de toda la familia.

El Médico Familiar es aquel que lejos de convertirse en una pieza de un complicado engranaje, perdiendo el sentido del conjunto y del todo, se interesa más en el enfermo que en la enfermedad y se esmera en brindar una atención más personalizada y humanista capaz de promover el desarrollo permanente del individuo y la sociedad.

Hoy en día la gente busca y requiere de un cuidado médico integral más centrado en las personas que en los problemas, de alta calidad y más comprensivo, que sustituya aquella atención fragmentada e impersonal que hace del ser humano un "objeto" de estudio y no un "sujeto" de análisis y que es producto, en múltiples ocasiones de conductas y actitudes reduccionistas.

Uno de los objetivos de la Reforma en Salud propuesta por la Ley 100 de 1993, fue el de aumentar la cobertura a través de los regímenes contributivo y subsidiado, lo cual significa un mayor esfuerzo financiero, por lo que es necesario ser muy eficientes en la prestación de los servicios y de esta forma asegurar su viabilidad. Esto ha creado la necesidad de hacer contención en los costos de la prestación del servicio y pensar que una de las formas de llegar a cumplir con estas premisas es la de mantener la población sana, mediante enseñanza de estilos de vida saludable y la implementación de los programas de Promoción y Prevención de acuerdo a la normatividad vigente, 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.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un modelo de atención que integre todos los servicios de salud que reciben los usuarios mediante procesos administrativos y asistenciales; con un equipo multidisciplinario liderado por médicos familiares, con espíritu de servicio, que muestre impacto en la salud de los afiliados por la prestación de servicios humanizados y de alta calidad.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Diseñar un proceso de caracterización familiar de la población objeto.
- Elaborar un sistema de control y evaluación de la prestación de los servicios con el fin de poder detectar tempranamente desviaciones y proponer ajustes.
- Diseñar un proceso de sistema de referencia y contrarreferencia eficiente.
- Elaborar el proceso de monitoreo de las familias asignadas a cada grupo multidisciplinario.
- Diseñar la composición, perfil y funciones del grupo multidisciplinario que se encargará de la atención y seguimiento de los grupos familiares.
- Listar los procesos administrativos del modelo de atención.
- Diseñar estrategias para aumento de cobertura de atención.
- Diseñar el proceso para la autorización de órdenes de servicios de mediana y alta complejidad sin involucrar al usuario en éste.

3.3 ALCANCE

El estudio limitará su alcance al diseño de un modelo de atención de primer nivel aplicable a cualquier IPS ambulatoria, donde se define el marco conceptual, se describen la estructura y los componentes del modelo, se diseñan los procesos a nivel asistencial y administrativo y su monitorización, se da una orientación sobre el proceso de contratación, para que las organizaciones lo adapten a sus propias necesidades.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 GENERALIDADES DE MEDICINA FAMILIAR

La familia es la unidad básica de la comunidad. Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional (1). Su vida y su forma están condicionadas por el régimen económico social imperante y por el carácter de las relaciones sociales en su conjunto; es una categoría que se mantiene en constante desarrollo y transformación, tal es así que la forma e intensidad en que la familia experimenta cambios en su estructura, funciones y roles, sirve de medida para graduar la profundidad y magnitud de los cambios que se operan en el conjunto de la sociedad.

Estas etapas conforman el denominado ciclo vital de la familia (CVF), que se ha concebido como la secuencia de estados que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución. Este ciclo está constituido por etapas de complejidad creciente a las que siguen otras de simplificación familiar, variando, además, las características sociales y económicas desde su formación hasta su disolución.

La forma actual de organización familiar que conocemos en nuestra cultura no es la misma que la del pasado o la de otros pueblos del mundo, lo cual nos da una idea de cómo influye la sociedad en las características de las familias que la forman y al mismo tiempo cómo esas características familiares influyen y tipifican a la propia sociedad.

Las crisis familiares transitorias son propias del paso de un ciclo a otro, y por tanto, de la adquisición de nuevos roles y funciones propias del ciclo vital. Su incidencia va a depender de la rapidez con que una familia pasa de una etapa a otra, por lo que son llamadas crisis propias del desarrollo, lo cual permite al médico predecir su aparición y trabajar con la familia para que tengan una repercusión positiva. Las crisis no transitorias son el resultado de eventos o sucesos que no dependen de las fases del ciclo vital, sino que están dadas por condiciones objetivas y subjetivas que pueden aparecer en cualquier momento.

La estructura familiar puede influir en alguna medida en la aparición de las crisis, pero no es determinante, pues existen otros elementos como son el funcionamiento familiar, la comunicación, los lazos de afecto, el cariño y el amor mutuo entre los miembros de la familia. Hay autores que plantean que la magnitud, frecuencia y repercusión de las crisis familiares, depende en gran medida del poder resolutivo de la familia para enfrentarlas y superarlas. Para que los médicos y enfermeras realicen acciones de atención integral a las familias de su comunidad deben conocer sus características fundamentales.

En la década de los 60 la Medicina Familiar surgió como respuesta a la necesidad social de un "nuevo médico", que pudiera contrarrestar la fragmentación que se produjo en las décadas del proceso de especialización; quizás una de las diferencias más importantes sea que la Medicina Familiar no surge como consecuencia del descubrimiento de nuevos conocimientos clínicos o tecnológicos, sino de la necesidad de la gente de una atención médica diferente.

La hiperespecialización ha llevado en las últimas décadas, a que los pacientes se vean divididos en órganos, aparatos o sistemas, que los médicos muchas veces olviden a la persona para tratar al órgano enfermo. Conceptos como prevención y promoción de la salud eran palabras sin significado hasta poco tiempo atrás. Todo esto involucra un cambio radical en la atención médica, que brinda tanto el sector público como el sector privado. Si bien esta transformación, en nuestro país, se generó desde el ámbito privado, hace ya algunos años que el hospital público está cambiando (2).

Desde las primeras residencias de medicina familiar a principio de la década del '80 hasta la actualidad con sociedades científicas, congresos, etc. han pasado muchas horas de convicción y trabajo silencioso.

Durante las últimas cuatro décadas se produjo un creciente interés y énfasis en los intentos de prevenir la ocurrencia de enfermedades importantes o detectarlas tempranamente en su estado asintomático con la esperanza de prevenir la morbilidad y la mortalidad subsecuente. Este gran interés es el resultado de diversos factores. Aunque se encontró cura para un número de enfermedades se reconoció también que hay todavía muchas condiciones cuyo manejo en estado sintomático está lejos de ser adecuado. Además, los avances en la tecnología médica produjeron un número de pruebas e investigaciones que pueden detectar situaciones clínicas en su estado más temprano.

Más recientemente, cuando se reconoció la influencia de los hábitos de vida sobre un número de problemas de salud, hubo un creciente deseo de reducir el riesgo y mejorar la calidad de vida modificando actividades esenciales en el estilo de vida. Finalmente, el cuidado preventivo tiene el atractivo potencial de alcanzar un número de metas que incluyen: reforzar la calidad de vida, disminuir la morbilidad, acrecentar el período de vida y, posiblemente, reducir los costos.

4.1.1 El papel de los Médicos de Familia. Los Médicos de Familia actúan como coordinadores de todos los problemas de salud de nuestro paciente o el grupo familiar, desde un punto de vista bio-psico-social, la experiencia diaria muestra a un paciente fragmentado por las diversas especialidades lo que lleva a una pérdida incalculable de recursos, tiempo y dinero, no sólo del sistema de salud sino también de los propios pacientes.

Una Perspectiva desde la Medicina Familiar: promover la salud que involucra esfuerzos a nivel de la población así como acciones preventivas clínicas específicas dirigidas a los individuos. Desde la perspectiva del médico de familia, es el enfoque individual, cara a cara con su paciente donde se pueden hacer las mayores contribuciones. Desde esta perspectiva, hay tres componentes importantes de los cuidados clínicos preventivos que proveen médicos de familia (3).

Prevención de la enfermedad. Es quizás la más antigua de las actividades clínicas preventivas e intenta impedir la enfermedad antes que comience. Están representadas típicamente por la amplia gama de inmunizaciones disponibles. Aunque el número de áreas donde los médicos de familia pueden ser efectivos en la prevención primaria directa de la enfermedad son limitadas, las que existen son muy efectivas e incluyen la inmunización en la infancia, la profilaxis del tétanos y la vacunación contra la influenza.

Detección temprana de la enfermedad antes de que se vuelva sintomática. Esta es un área donde los médicos de familia pueden hacer una contribución especial que es difícil de alcanzar a través de otros sectores del sistema de servicios de salud. La detección temprana de la presión sanguínea elevada y la detección de las etapas tempranas del cáncer cervical usando los extendidos de Papanicolau son solamente dos ejemplos importantes.

Consejería sobre el estilo de vida. Los médicos de familia pueden desempeñar claramente un papel clave en la provisión de consejos a sus pacientes. Aconsejar a pacientes para cesar de fumar es un ejemplo importante

donde los médicos de familia pueden ser efectivos. Se ha argumentado que los médicos de familia deben reconocer que su papel en el área de cambiar los estilos de vida es por una parte muy específico pero de algún modo limitado. Sin embargo, esto no disminuye la importancia considerable de la consejería por médicos de familia y el rol complementario que puede desempeñar en conjunto con los enfoques comunitarios para cambiar estilos de vida.

4.1.2 Evolución de la prevención clínica. Aunque el énfasis en prevención es de décadas recientes, hay evidencias que se remontan a 1920 cuando, por ejemplo, propaganda en los subterráneos de Nueva York, urgía a los individuos a pensar en términos de prevención mas que esperar que se desarrollaran los síntomas.

Otros han argumentado que los conceptos modernos de prevención pueden remontarse tan atrás como mediados del siglo XXVIII.

Sin tener en cuenta su "natalicio" la prevención ha jugado un papel cada vez más importante en los cuidados de salud. Su evolución ha sido un matrimonio feliz entre el marcado entusiasmo y el reconocimiento de la necesidad de buena evidencia para apoyar las acciones clínicas preventivas (2).

Hay muchas razones por las cuales los médicos de familia están bien colocados para ser líderes en la provisión de cuidados preventivos. Tienen la confianza de sus pacientes y son una fuente creíble de información y asesoría.

De una acción reactiva a una pro-activa Manejar pacientes que traen sus problemas al consultorio comprende un enfoque reactivo para proveer atención de la salud. El paciente "dispara" la consulta y el médico responde con acciones enfocadas al problema. Proveer servicios preventivos es diferente. Requiere la habilidad de saber quien necesita atención preventiva, quien no ha recibido recientemente intervenciones efectivas específicas y ser capaz de monitorear el éxito general de proveer atención médica al grupo de sus pacientes. Esto es un cambio significativo para muchos médicos de familia y tiene implicaciones debido a que la prevención clínica es promovida y usualmente iniciada por el médico de familia, el imperativo ético de asegurar que estas acciones producen más beneficio que daño, es aun más fuerte que en el caso del cuidado de un paciente sintomático. El contrato implícito con el paciente sintomático es evitar el daño pero más que eso, proveerle la mejor atención disponible aunque no esté completamente probado que la acción requerida sea efectiva. A la inversa, ofrecer y estimular la atención preventiva a pacientes sanos demanda que lo que se

ofrece haya sido claramente establecido como efectivo. De otra manera uno simplemente ofrece falsas esperanzas de beneficio para el problema de "tener una enfermedad" para la cual no hay tratamiento. Debe proporcionarse también información clara sobre cualquier efecto colateral potencialmente asociado.

4.1.3 Medicina familiar. Es una disciplina académica, que surge como una corriente renovadora de los servicios de salud con una oferta de atención integral al hombre sano y enfermo, inmerso en su familia y la comunidad en que habita. La esencia de la medicina familiar es que se trata de atención médica centrada en la gente. Los intereses del paciente están por encima de los del médico y los del sistema.

La esencialidad que atribuyo a los principios, fundamentos y características de la Medicina Familiar hace que se apliquen cualquiera sea el paciente que nos toque atender. No importa si éste es un hipertenso o aquél un asmático, el médico de familia deberá considerar a la persona total en su dimensión biopsicosocial, en su contexto familiar y comunitario, reconocer las emociones incluyendo las propias y comprender las relaciones del paciente con su familia y con el médico. Esto da una idea de la complejidad de la enfermedad como es abordada en la consulta de Medicina Familiar, lo que transforma en natural, en quienes practican, esa manera de pensar.

La práctica de la Medicina Familiar es una empresa construida alrededor de las relaciones de las personas con su médico, dice Hennen, y esas relaciones se edifican a lo largo del tiempo alrededor de la continuidad de la atención.

Medicina Familiar, es una especialidad y una disciplina científica; la primera significa lo que hace el médico dentro del sistema de salud y la segunda, está constituida por los conocimientos, destrezas y actitudes en las que se forman los médicos de familia y que en conjunto dan origen a las competencias que despliega en su trato con el paciente.

Uno de los hechos notables, muchas veces olvidado, es que la Medicina Familiar no surge por generación espontánea sino que tiene una historia. Tiene sus precursores, pensadores de fuste, que con su análisis y razonamiento profundos han sentado, en el terreno científico y en el social, las bases de lo que es hoy la Medicina Familiar.

Nacida de la vieja práctica general del pasado siglo, de la experiencia recogida durante largos años por médicos, pacientes y comunidades, el movimiento de médicos generales debió acoplarse para poder sobrevivir en un mundo médico poblado cada vez más por especialistas y subespecialistas. Algunos médicos visionarios percibieron con claridad este reclamo social y haciéndose eco del mismo lideraron los esfuerzos de cambio. Podemos afirmar con certeza que la Medicina Familiar surgió como respuesta a una necesidad social.

Según lo describió el sociólogo Naisbitt, su aparición expresa una megatendencia de la sociedad, la necesidad de más contacto humano como reacción al mundo tecnológico que la envuelve. Pero coincide, también con un cambio de paradigma de la ciencia que pasa de un enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial.

Después de varios decenios cuando lo que existía como “sistema de servicios de salud” estaba formado por un número de médicos más o menos dispersos y algunos hospitales, se organizan después de la segunda postguerra los sistemas de atención de la salud, comenzando en el Reino Unido con la creación del Servicio Nacional de Salud y el derecho para todo ciudadano de acceder a esos servicios. En los Estados Unidos se desarrollan con gran fuerza los grandes centros médicos basados en la concentración de especialistas y subespecialistas, dotados de una tecnología cada vez más compleja.

En los países subdesarrollados la influencia cambia del patrón médico europeo que era el predominante, al modelo americano, lo que hace que aún en los países más pobres los sistemas de servicios de salud se organicen con a hospitales, especialistas y tecnología. Son sistemas de servicios de salud hospitalocéntricos. Sin embargo, la experiencia va dejando cada vez más claro que más médicos y más hospitales no significa más salud y que complejidad no es igual a calidad. En las postrimerías del siglo estamos de nuevo enfrentados a un profundo cambio en la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud que consiste en poner el acento en la organización de servicios de atención primaria de alta calidad en los cuales juega un papel preponderante un nuevo tipo de recurso humano: el médico de familia. Es la transformación que nos llevará de la mano a la atención de la salud del siglo XXI (4).

4.1.4 La política y La Medicina Familiar. Medicina Familiar tiene que ver con la política. Incorporar servicios de Medicina Familiar en un sistema de servicios de salud es una decisión política. Agregar un servicio de terapia intensiva o de neurocirugía es una decisión más bien técnica. Para un servicio de neurocirugía, terapia intensiva o tomografía computada hacen falta recursos financieros, de

equipamiento y humanos, especialistas neurocirujanos, intensivistas o imagenólogos.

Para insertar servicios de Medicina Familiar en un sistema cualquiera se necesita junto con los recursos una definición política de la dirección del sistema y la disposición a afrontar los cambios profundos que conlleva esta decisión. Estos cambios significan la transformación del sistema centrípeto, cuyo eje son los hospitales, en un sistema centrífugo que privilegia a las unidades de servicios descentralizadas, los centros de salud, de atención primaria e, idealmente, los de medicina familiar. El cambio significa no solo la reingeniería del sistema sino también la reestructuración del recurso humano médico, cuantitativa y cualitativamente. La experiencia de los países con mejores sistemas de salud indica que debe haber una proporción equilibrada de médicos de familia, generalistas o de atención primaria, y especialistas del tipo tradicional. Esto implica un reacomodamiento de los grupos de especialistas dentro del sistema y también el ajuste en su perfil profesional, en especial, algunas ramas como pediatría y ginecología. Se genera como es natural una resistencia al cambio y se producen quejas de tipo corporativo en el esfuerzo por defender el status anterior y oponerse al nuevo modelo. El fenomenal resultado de la experiencia española muestra el éxito de una estrategia de desarrollo de la Medicina Familiar ligada a la reforma del sistema de servicios de salud. El desarrollo de la Atención Primaria asentada firmemente sobre la formación y utilización de un nuevo recurso humano, el médico de familia, muestra que es hoy por hoy el mejor modo de obtener servicios de Atención Primaria y, por lo tanto, un sistema total de la más alta calidad. El proceso desarrollado en España, no finalizado aún, se anticipó en una década a la tendencia promovida en los 90 por las organizaciones internacionales, la reforma del sector salud.

En la década de los 60 la Medicina Familiar surgió como un esfuerzo por ofrecer una atención médica humanizada e integral. En la década de los 90 la crisis mundial de los sistemas de servicios de salud obliga a pensar en calidad relacionada con costo efectividad y eficiencia del sistema. Los estudios comparativos demostraron la importancia de los esquemas de utilización de los recursos médicos, que los sistemas que tenían una fuerte base de atención primaria de alta calidad, medicina familiar, además de proveer mejor atención médica son más costo - efectivos. Este hallazgo llevó a considerar como uno de los elementos fundamentales de la reforma la reestructuración cuali y cuantitativa del recurso médico. Se produce así un importante fenómeno, la convergencia de los dos grandes procesos de cambio: el de la medicina familiar iniciado en los años 60 y el de la reforma de los servicios de salud impulsado en los 90. Los cambios que están en marcha son de tres órdenes:

- Cambios en la organización de los servicios

- Cambios en la educación médica
- Cambios en la práctica profesional

Los cambios en la organización de los servicios se darán en la estructura, en el recurso médico, en el funcionamiento y filosofía de la tarea médica.

Estructura: La principal transformación estructural es que el hospital no será más el centro del sistema; a este proceso lo denominamos des - hospitalocentrismo porque, paralelamente, va el fortalecimiento de redes de centros de atención primaria basados en médicos de familia.

Recurso médico: Se tiende a establecer una combinación más racional de la proporción de médicos de familia (generalistas) y especialistas, aceptándose que 50% de cada uno es lo adecuado. Funcionamiento y filosofía. Los médicos se regirán cada vez más por normas administrativas que a veces podrán colisionar con los puntos de vista científicos y los intereses de sus pacientes; deberán tener en cuenta los costos y ser parte activa de su contención. Sin embargo, se acentúa el rol del medico de familia como representante de los intereses del paciente. Las guías de practica clínica serán su herramienta científica y los principios éticos, su guía de conducta profesional.

Los cambios en la educación médica se darán principalmente en el curriculum de grado y en las escuelas de medicina, pero estarán muy ligados a los cambios estructurales de los servicios de salud. El curriculum de grado deberá proporcionar experiencias educativas con enfoque generalista para equilibrar la formación actual preponderantemente especializada. Deberá incluir experiencias educativas con enfoque integrador, biopsicosocial, del individuo y su contexto, para equilibrar la formación actual dirigida solo al individuo en su dimensión biológica. Para el desarrollo de las actividades curriculares mencionadas deberán crear dentro de la estructura académica departamentos o cátedras de Medicina Familiar cuyas funciones serán la formación de profesores, la enseñanza de estudiantes y la investigación. Los cambios en el perfil de la práctica se darán en el manejo de conocimientos y destrezas, el trabajo grupal, las relaciones con la población, y la tarea preventiva.

Los médicos de familia deberán manejar un amplio espectro de conocimientos y destrezas para resolver la mayor proporción de problemas que les presenten los

pacientes y sus familias. Aun en países de bajo desarrollo, el médico de familia deberá atender, cada vez más, pacientes crónicos con afecciones polisistémicas, donde le cabe el importante rol de coordinar la atención especializada y supervisar los efectos de la polimedición contribuyendo a racionalizarla. El médico de familia realizará cuando sea necesario, tareas de consejería sobre los riesgos o problemas cuya solución dependa en parte o en todo, de cambios de conducta o del estilo de vida del paciente.

Trabajo grupal. Los médicos de familia tenderán a trabajar más en grupo que solos habilitando a sus colegas como el primer nivel de interconsulta. Los médicos de familia manejarán las interconsultas con los especialistas y las internaciones; serán pagados por salario u honorario global por su responsabilidad de atender a un grupo de población definido.

Prevención. El médico de familia proveerá servicios clínicos preventivos incluidos en la visita habitual de los pacientes cualquiera sea el motivo de la consulta y será un experto en la detección de los factores de riesgo de sus pacientes y familias.

Algunos eventos recientes contribuyeron a desencadenar o impulsar el desarrollo de la Medicina Familiar ligado a la reforma de los servicios de salud. En noviembre de 1994 se realizó en London, Ontario, Canadá, un Foro internacional, multisectorial, convocado por la Organización Mundial de la Salud - OMS - y la Organización Mundial de Médicos de Familia - WONCA - cuyo título "Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente", la contribución del médico de familia, expresa con claridad los propósitos del mismo.

El producto fue un documento donde se señalan los desafíos que afrontan la práctica médica, la educación médica y los servicios de salud, y se presenta un grupo de recomendaciones que constituye una verdadera guía para la acción en todo el mundo. Las conclusiones más importantes se resumen a continuación:

En la mayoría de los países la población reclama cambios profundos en los servicios de salud dirigidos a producir servicios de salud más equitativos, costo-efectivos y acordes a las necesidades de la gente. El médico de familia debe desempeñar un papel central en el logro de este cambio.

Los recursos financieros destinados a lograr una atención primaria altamente eficiente y de calidad científica y humana deben ser incrementados. Es necesario

asegurar correctos sistemas de remuneración que estimulen prácticas médicas óptimas, costo - efectivas. Los grupos que obtengan mejores resultados y sean costo - efectivos deben recibir incentivos económicos.

Para que los servicios sean de la mejor calidad y costo efectivos la mayoría de los médicos del sistema deberían ser médicos de familia bien entrenados. Lograr este objetivo hace necesario reformar las políticas de recursos humanos para salud. El sistema de gerenciación de los servicios debe contribuir también a lograr el equilibrio en las proporciones respectivas de generalistas y especialistas.

Cada persona debería tener un médico que le provea servicios de atención primaria y este tipo de servicios debería ser accesible a toda la población. Todo paciente se debería identificar individualmente con un médico de familia. El uso de servicios especializados debe realizarse después del contacto inicial con el médico de atención primaria, médico de familia, para lo cual se deben introducir sistemas de derivación por consenso interprofesional y acuerdos contractuales.

El papel de los colegios, academias, asociaciones de médicos de familia, es asegurar al público que los médicos de familia responden a las necesidades de sus comunidades y que sus miembros mantienen altos niveles de competencia. La educación médica continua debe estar enfocada hacia el perfeccionamiento del desempeño y los niveles de competencia deben ser demostrados permanentemente a través de mecanismos evaluativos como la certificación y la recertificación.

La educación médica debe responder a las necesidades de la gente mediante la formación de médicos que contribuyan a modelar un sistema de servicios de salud socialmente responsable. El curriculum de las escuelas de medicina debe proveer los fundamentos específicos para el entrenamiento especializado posterior. La educación médica básica es insuficiente para preparar médicos de familia.

La Medicina Familiar debe ser enseñada como disciplina en todas las escuelas de medicina para proporcionar a los estudiantes una educación equilibrada generalista/especialista. Todos los estudiantes deben tener experiencias educativas en las que se muestre la continuidad de los cuidados de salud y enfermedad individual en un contexto comunitario.

El reconocimiento formal de la Medicina Familiar como una disciplina especial debe convertirse en algo universal y todos los países deben proveer entrenamiento de postgrado específico en esta disciplina.

Como una actividad inspirada por la reunión de Ontario, se realizó en septiembre de 1996 la Conferencia Regional de Expertos y Líderes de Salud de las Américas sobre el tema Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud. Allí se aprobó un documento titulado Declaración de Buenos Aires.

4.1.5 Los principios de Mc Whinney. Existen nueve principios. Ninguno es único ni particular de la Medicina Familiar y no todos los médicos de familia ejemplifican los nueve completos. Sin embargo, cuando se toman en conjunto, esos principios representan una visión distinta del mundo -un sistema de valores y un enfoque hacia los problemas - que se identifica como diferente de los de otras disciplinas.

- El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial. El compromiso es abierto en dos sentidos. Primero, no está limitado por el tipo de problemas de salud. El médico de familia está disponible para cualquier problema de salud en una persona de cualquier sexo y edad. Su práctica no está limitada siquiera a lo estrictamente definido como problema de salud: el paciente define el problema. Esto significa que un médico de familia nunca puede decir: "Lo siento, pero su malestar o su enfermedad no está en mi campo." Cualquier problema de salud en uno de los pacientes está en su campo, aunque puede derivar al paciente para tratamiento especializado, el médico es aún responsable de la evaluación inicial y de la coordinación de la atención. Segundo, el compromiso no tiene un punto final definido. No se termina con la curación de una enfermedad, la terminación de un curso de tratamiento, o la incurabilidad de un padecimiento. En muchos casos el compromiso se hace mientras la persona está sana, antes de que se haya desarrollado cualquier problema. En otras palabras la Medicina Familiar se define ella misma en términos de relaciones, lo que la hace única en los principales campos de la medicina clínica.
- El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad. Escribió William James: "Para comprender una cosa correctamente, necesitamos verla tanto fuera de su ambiente como dentro de él y conocer la gama completa de sus variaciones." Muchos padecimientos no pueden ser comprendidos completamente a menos que se vean en el contexto personal, familiar y social. Cuando un paciente es admitido al hospital, mucho de ese

contexto de la enfermedad es removido u oscurecido. La atención parece ser enfocada sobre el frente más que sobre el fondo, de lo que resulta a menudo una imagen limitada de la enfermedad.

- El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud. Puesto que el médico de familia ve a cada uno de sus pacientes, en promedio, alrededor de cuatro veces por año, ello constituye una fuente muy rica de oportunidades para practicar la medicina preventiva.
- El médico de familia ve a su práctica como una "población en riesgo". Los clínicos piensan normalmente en término de pacientes individuales más que en grupos de población. Los médicos de familia tienen que pensar en término de ambos. Esto significa que uno de sus pacientes que no ha sido inmunizado u otro al que no se ha controlado la presión sanguínea, deberían preocuparle tanto como aquel que se atendió para control del niño sano o el tratado por hipertensión. Esto implica un compromiso de mantener la salud en los miembros de su grupo de práctica, se atiendan o no en el consultorio.
- El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud. Todas las comunidades tienen una red de apoyo social, oficial o no oficial, formal o informal. La palabra red sugiere un sistema coordinado, lo que no siempre es así... Un médico de familia puede ser mucho más efectivo si puede desplegar todos los recursos de la comunidad en beneficio de sus pacientes. Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes lo que le da un conocimiento de primera mano de las condiciones de vida y trabajo de sus pacientes. En años recientes esto se ha vuelto menos común excepto en áreas rurales.
- El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital. Hasta los tiempos actuales, la atención de los médicos en los hogares era una de las experiencias más profundas de la práctica de la Medicina Familiar. Era en el hogar donde sucedían muchos de los grandes eventos de la vida: el nacer, el morir, el enfermarse o recobrase de enfermedades serias. Estar presente con la familia en estos eventos daba a los médicos de familia mucho de sus conocimientos acerca de los pacientes y sus familias. Conocer el hogar le daba una comprensión tácita de la ecología de la enfermedad (agente-huésped-ambiente). Ecología deriva de las raíces griegas *oikos*, casa y *logos*, afición o estudio lo que significa literalmente el estudio de las casas. El surgimiento de los hospitales modernos removió

muchas de estas experiencias del hogar. Había ventajas técnicas y ganancias en eficiencia, pero el precio fue de algún modo el empobrecimiento de la experiencia de Medicina Familiar. La actual redefinición del rol del hospital está cambiando el equilibrio de nuevo y tenemos ahora la oportunidad de restaurar los cuidados en el hogar como una de las experiencias definidas y destrezas esenciales de la Medicina Familiar.

- El médico de familia agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. En la mayor parte de este siglo, la medicina ha sido dominada por un enfoque estrictamente objetivo y positivista de los problemas de salud. Para los médicos de familia, esto ha tenido siempre que ser reconciliado con la atención a los sentimientos y una comprensión profunda de las relaciones. La comprensión profunda de las relaciones requiere un conocimiento de las emociones, incluyendo nuestras propias emociones. De allí que la Medicina Familiar debe ser una práctica auto-reflexiva.
- El médico de familia es un gerente de los recursos. Como generalista y médico de primer contacto, el médico de familia tiene el manejo de amplios recursos y es capaz, dentro de ciertos límites, de controlar la admisión al hospital, el uso de investigaciones, las prescripciones de tratamiento y la derivación hacia los especialistas. En todas partes del mundo, los recursos son limitados -a veces, severamente limitados. Es por lo tanto la responsabilidad de los médicos de familia manejar estos recursos para beneficio de sus pacientes y para la comunidad toda. Desde el momento en que los intereses de un paciente individual pueden entrar en conflicto con los de la comunidad en su conjunto, esto puede originar problemas éticos.

4.1.6 Bases biológicas de la medicina familiar. La medicina moderna está basada en una metáfora mecanicista de la biología. Su meta ideal como fue expresada por el genetista Arthur Zucker (1981) es "alcanzar diagnósticos mediante un estudio bioquímico-biofísico del organismo. Idealmente, los problemas psicológicos pueden ser capturados por esta técnica.

Es parte de la presunción de la medicina reduccionista que, en lo más pequeño, los estados mentales tienen correlatos físicos clínicamente útiles." Aunque el organismo tiene algunas características parecidas a las máquinas, cualquier cosa que hagamos para la salud del cuerpo depende de los poderes de curación de la naturaleza. Los organismos vivos tienen propiedades que no poseen las máquinas: crecimiento, regeneración, curación, aprendizaje, auto-organización y auto-trascendencia. En su mayor éxito, la medicina trabaja apoyando estos

procesos naturales. Los cirujanos drenan abscesos, ensamblan fracturas, reparan heridas, alivian obstrucciones. La inmunización fortalece las defensas del organismo. Las drogas más efectivas son aquellas que apoyan las defensas naturales y mantienen el equilibrio en el medio interno. Los regímenes tradicionales de nutrición balanceada, reposo, sueño profundo, ejercicio, alivio del dolor y la ansiedad, y apoyo personal, son todas medidas que favorecen los poderes curativos del organismo.

La Medicina Familiar está basada en una metáfora orgánica de la biología. Es natural para los médicos de familia pensar organicamente. "En contraste con la física, la biología presenta diversidad y especialidad de formas y funciones, y, algunas veces, un chocante localismo de la distribución de sus objetos. Los sistemas biológicos son complejos cualquiera sea la definición del término" (Yates, 1993).

4.1.7 Sistemas auto-organizados. La teoría general de los sistemas es una respuesta a las limitaciones de la ciencia del siglo XIX. La visión de un mundo mecanicista y los métodos reductivos de la ciencia del siglo XIX no eran capaces de tratar adecuadamente los fenómenos orgánicos como la organización y el crecimiento. El método reduccionista trataba los problemas partiéndolos en tamaños más pequeños: separándolos de sus entornos y reduciéndolos tanto como era posible a cadenas causales lineales, simples. La teoría sistémica intenta hacer lo opuesto: enfocar los problemas incluyendo todas las relaciones significativas. Un sistema está definido por Von Bertalanfy (1968) como "un orden dinámico de partes y procesos que están en mutua interacción uno con otro." Algunos de los conceptos básicos de la teoría de los sistemas son los siguientes:

La naturaleza está ordenada como una jerarquía de sistemas, tanto vivientes como no-vivientes. Los sistemas vivos van desde la molécula a la célula, al tejido, al órgano, al organismo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad. Cada nivel en la jerarquía es un todo en si mismo así como parte de un todo mayor: en las palabras de Koestler (1979) es como Jano, con dos caras, una mirando a un sistema de orden superior y la otra mirando hacia un subsistema de orden menor. Los sistemas están relacionados entre ellos no solo jerárquicamente y verticalmente sino horizontalmente. El sistema inmunológico "habla" al sistema nervioso en el mismo nivel de la jerarquía vertical. Los sistemas sociales -familia, comunidad, cultura - se relacionan uno con otro en el mismo nivel; una persona puede ser un componente de los tres.

Si pensamos en término de sistemas humanos, una persona está en el más alto nivel de la jerarquía orgánica y en el más bajo nivel de la jerarquía social.

Cada sistema tiene características que son únicas para ese nivel y solamente pueden ser explicadas por criterios apropiados para ese nivel. Un sistema social como la familia, por ejemplo, no puede ser explicado en términos biológicos y un sistema vivo no puede ser explicado en términos de física y química. Un sistema tampoco puede ser comprendido estudiando cada parte individualmente. Comprender el todo requiere conocer el propósito del sistema y cómo interactúan sus partes para alcanzar ese propósito. Esta característica de los sistemas es conocida como emergencia. Un sistema tiene propiedades que no están presentes en las partes individuales: ellas emergen de las relaciones entre las partes, la organización. Cuando un sistema se rompe en sus partes componentes las propiedades emergentes se pierden.

Todos los sistemas vivos son sistemas abiertos, en los cuales se intercambia tanto energía como información entre las interfaces o límites del sistema. Cada sistema existe en un estado de equilibrio interno dinámico entre sus partes y en un estado de equilibrio externo con los sistemas que forman su medio. Si el equilibrio es perturbado por cambios dentro o fuera del sistema comienzan a actuar fuerzas correctivas que pueden restaurar el equilibrio o volver al sistema a un nuevo estado de equilibrio. La interdependencia mutua de las partes del sistema es un concepto básico para la teoría de los sistemas.

Cualquier cambio en una parte produce cambios en el todo y desde que la naturaleza es un continuo, los cambios reverberan hacia arriba y abajo en los niveles jerárquicos del sistema. Estos cambios no pueden ser partidos en simples cadenas causales sin sobresimplificar groseramente el proceso. Hacer esto es pensar en el "sistema cerrado" típica forma de la ciencia del siglo diecinueve. Las limitaciones de este modo de pensamiento han sido ilustradas por los efectos sobre todo el ecosistema de las innovaciones tecnológicas como los pesticidas. En un sistema complejo las causas no operan de un modo lineal. Las enfermedades crónicas pueden causar depresión, la cual puede llevar a su vez al abandono del tratamiento, lo que resulta en un empeoramiento de la enfermedad lo que entonces exacerbará la depresión y así sucesivamente.

La teoría de los sistemas, forma la base del modelo biopsicosocial de la enfermedad (Engel, 1980). De acuerdo con lo orgánico, la visión sistémica, todas las enfermedades serias afectan al paciente en múltiples niveles, desde el molecular al social. El propósito de la Medicina Familiar es evaluar y tratar la enfermedad en todos los niveles apropiados. El modelo biopsicosocial ha sido operacionalizado en el método clínico centrado en el paciente (Stewart, et al., 1994) que tiene los siguientes componentes:

- Explorar la enfermedad (la patología) y el padecimiento (la experiencia del paciente).
- Comprender al paciente como una persona total con una historia de vida única.
- Encontrar una base común con el paciente para explicar y tratar la enfermedad.
- Incorporar la prevención y la educación de la salud.
- Reforzar la relación médico-paciente.
- Ser realista acerca del tiempo y los recursos.

4.1.8 Relación medico-paciente. La Medicina Familiar se define a si misma en términos de relaciones, especialmente la relación médico paciente. Un gran cuerpo de evidencia apoya el poder terapéutico de las relaciones de apoyo y las dañinas consecuencias de la falta de apoyo social (McWhinney, 1994). Estudios recientes ponen en evidencia que el apoyo grupal aumenta la sobrevivencia de los pacientes con cáncer de mama metastático y el melanoma maligno (Spiegel et al., 1989; Fawzy et al., 1994). Las relaciones de apoyo parecen actuar en el sistema inmune de los pacientes, por eso, reforzando la resistencia de los pacientes y los poderes de curación de los mismos. Las relaciones de largo término entre paciente y médico en la Medicina Familiar provee una base fértil para este efecto terapéutico. Desde que las relaciones se producen o se deterioran por las emociones es importante para los médicos de familia no solo atender los sentimientos de sus pacientes sino también ser conscientes de los suyos propios.

Continuidad o Longitudinalidad. La práctica de la Medicina Familiar es una empresa personal construida sobre las relaciones de las personas con su médico. Se basa en un entendimiento mutuo, confianza y planes conjuntos, para mantener su salud y tratar sus enfermedades. El entendimiento recíproco entre paciente y médico, de uno y otro, crece con las oportunidades de interacción personal y el desarrollo por el médico de un conocimiento del medio ambiente en el cual vive el paciente y trabaja el médico.

Las oportunidades para la interacción personal son una función de las necesidades de los pacientes, de la sensibilidad del médico y de un continuo aprendizaje. El médico aprende sobre la salud, los malestares, las conductas, la familia y la comunidad de los pacientes mientras que éstos aprenden sobre su médico como persona, la organización de su servicio, y como los ayuda a obtener la atención profesional que requieren.

Dos aspectos ampliamente difundidos sobre los servicios de los médicos de familia son: la continuidad y la extensión. En la práctica estos son inseparables pero para su análisis vamos a considerarlos en forma separada.

Continuidad de la atención. Proveer continuidad a la atención, como responsabilidad del médico de familia con los individuos de una población asignada para su práctica, atraviesa todos los aspectos importantes de la Medicina Familiar: primer contacto, responsabilidad longitudinal, integración de los cuidados y conocimiento de la familia como una unidad de atención.

Ser el médico de primer contacto significa tanto, ser el médico más cercano al paciente como ser el primer médico que éste ve. Ello comprende la responsabilidad de ser el abogado personal, protector, intérprete e integrador de los cuidados para el paciente, no importa donde esté ni en que etapa de su enfermedad se pueda encontrar. La continuidad de la atención tiene cuatro dimensiones fundamentales: cronológica, geográfica, interdisciplinaria e interpersonal.

- La dimensión cronológica se aplica a la historia natural de la enfermedad y es el modo en el cual los médicos de familia usan visitas repetidas a través del tiempo como un instrumento de diagnóstico y tratamiento así como una oportunidad para desarrollar una relación personal más profunda de confianza y de comprensión(3). Esta dimensión también incorpora aspectos de atención relacionada al crecimiento humano y el desarrollo del individuo y de la familia.
- La dimensión geográfica se refiere al lugar donde tiene lugar la atención; el consultorio del médico, la casa del paciente, en el hospital por un cuadro agudo, la institución para atención de pacientes crónicos, un hogar de ancianos o un centro comunitario. El médico de familia debe ser el médico más cercano al paciente a través del sistema de servicios de salud. En 52 países, la mayor parte de los médicos de familia tienen práctica en sus consultorios, proveen atención de emergencia y realizan atención domiciliaria. Mientras que un 45

por ciento proporcionan servicios en hogares de ancianos, menos del treinta por ciento realizan atención hospitalaria directa (5).

- La dimensión interdisciplinaria se refiere a la atención que atraviesa los sistemas orgánicos tradicionales o las disciplinas clínicas determinadas por las especialidades. El médico de familia, como generalista, maneja la artritis, la infección urinaria y la depresión en un paciente y después atiende al hijo de ese paciente por un dolor de oídos o una diarrea. El médico de familia puede tener que manejar diferentes enfermedades al mismo tiempo y apoyar al paciente con otros problemas de su vida (por Ej.: desempleo, pobreza).
- La dimensión interpersonal: incluye relación médico-paciente, relaciones familiares, y relaciones interprofesionales. La relación médico-paciente comprende el establecimiento de una comunicación simpática y de confianza mutua que Carmichael llamó una "relación de pertenencia"; refiriéndose a una relación asegurada que puede hacer despertar (al médico) en la mitad de la noche para ver un niño enfermo. Trabajos recientes sobre cuidados centrados en el paciente muestran inequívocamente que una relación efectiva entre el paciente y el médico puede afectar los resultados de salud. Como ejemplo de la importancia de las relaciones familiares, considerese el caso de una mujer que teme al licor debido a que su padre es alcohólico, mientras su hijo toma alcohol en respuesta a su actitud prohibitiva. Las relaciones interprofesionales se desarrollan a lo largo del tiempo con colegas de los cuales uno depende cada día. Un cirujano responde a nuestro llamado porque sabe que no se lo llama sin motivo, una trabajadora social arregla visitar rápidamente a su paciente debido a que usted le ha demostrado que es cuidadoso en determinar las necesidades prioritarias de sus pacientes, los colegas que trabajan en su consultorio o clínica desarrollan una comprensión y una familiaridad crecientes de las fortalezas y debilidades de cada uno.

Algunos autores agregarían una quinta dimensión de la continuidad, la "continuidad informativa. Preferimos considerar al manejo de la información como un instrumento tecnológico de la práctica, necesario para reunir las cuatro dimensiones anteriores.

Muchos estudios han evaluado la importancia de la continuidad de la atención. Las ventajas anotadas incluyen: mejor cumplimiento con la medicación, menor probabilidad de retardo del paciente en solicitar la atención necesaria, mayor satisfacción del paciente y del médico, más fácil observación de los problemas del comportamiento, y costos más bajos como resultado de realizar menor número de pruebas de laboratorio.

Stewart estudió en detalle, durante un año, todas las visitas de siete pacientes y sus familias en la ciudad de London, Ontario. Usando transcripciones de visitas grabadas y evaluó la relación médico-paciente a lo largo del tiempo. Surgieron dos aspectos: el contexto de la visita y la continuidad de la atención. Cinco factores contextuales influyeron sobre las relaciones en los siete pacientes estudiados: el embarazo, un problema clínico angustiante, dolor, si el paciente era un profesional de la salud, y el examen físico.

Con respecto a la continuidad de la atención informó que ninguno de los pacientes mostró evidencia de una adhesión insalubre o dependencia. Para determinar que significado agregan los pacientes a la continuidad de la atención, Gabel, Lucas y Westbury estudiaron sesenta pacientes en Columbus, Ohio, cada uno de los cuales se había atendido con uno de cuatro médicos de familia por más de 15 años.

Usando la metodología de encuesta etnográfica preguntaron "¿Qué características de los médicos y las prácticas promueven relaciones de largo plazo con los pacientes?". Encontraron que mientras el comienzo de una relación médico-paciente se relaciona con la ubicación conveniente del consultorio, una vez establecida con un médico, los pacientes no se desaniman de continuarla por el cambio de locación sea del médico o del paciente. La disponibilidad del médico (el médico tiene tiempo para ellos o les respondería fuera de las horas de consulta) fue también importante. También se observó como factor importante la evidencia de que el médico se mantiene actualizado.

Como base de "una relación médico-paciente de largo plazo", mencionaron la facilidad de comunicarse con el médico y el desarrollo de una amistad ("un sentimiento de cercanía como resultado del conocimiento mutuo por un largo período de tiempo"), y los atributos personales del médico ("preocupado, agradable y dedicado"). En el mantenimiento de la relación de continuidad, fueron lo más importante, "la confianza en el médico, satisfacción con la atención proporcionada y conocimiento mutuo y familiaridad del médico y el paciente".

Amplitud de la atención. La amplitud o alcance de la atención está descrita en forma simple por McWhinney. Los médicos de familia nunca dirá "lo siento, pero su problema no está en mi campo, usted tendrá que ver algún otro médico". La reunión internacional de médicos de familia de más de treinta países, en la cual la Organización Mundial de la Salud -OMS- y la Organización Mundial de Médicos de Familia -WONCA conjugaron sus ideas advirtió que los médicos de familia deberán ser "altamente competentes en proveer cuidados individuales esenciales

de alta calidad" al mismo tiempo que "integran la atención de la salud individual y comunitaria".

Aunque los servicios clínicos esenciales pueden diferir de un país a otro se requiere en forma universal: tratamiento de las enfermedades comunes agudas fácilmente tratables, servicios preventivos tales como inmunizaciones, planificación familiar, control de la infección y educación para la salud. Se distinguen las iniciativas de salud pública altamente costo-efectivas y los servicios clínicos esenciales. Estos últimos apuntan a las causas mayores de morbilidad y mortalidad prematura: servicios de atención prenatal, parto y postparto, enfermedades agudas de la infancia exacerbadas por malnutrición, incluyendo la diarrea, infección respiratoria, sarampión y malaria; servicios de planificación familiar; control de la tuberculosis; lesiones e infecciones comunes. De esta manera el alcance de los servicios provistos por los médicos de familia incluye la disposición a encarar inicialmente cualquier problema que se presente, demostrar alta competencia en la provisión de servicios clínicos esenciales y capacidad de integrar la atención de la salud individual y comunitaria. Las intervenciones preventivas son aplicables tanto en el ámbito de la atención clínica como en el comunitario.

Como sucede con las intervenciones terapéuticas, las actividades preventivas están sujetas a la evaluación rigurosa de su eficacia.

4.1.9 Conceptos centrales en medicina familiar. El Profesor Robert B. Taylor, de la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregon, escribió el siguiente concepto: "la Medicina Familiar está basada en una serie de conceptos centrales desarrollados por los médicos de familia, médicos generales y educadores generalistas de todo el mundo, durante los últimos 25 años" lo que transformó a nuestra especialidad en una obra colectiva y que los conceptos descritos en estas páginas son dinámicos y se continúan refinando en la teoría y en la práctica. Lo más importante es que ellos constituyen las bases del enfoque clínico del médico de familia hacia el paciente y su enfermedad., lo que puede ser mejor comprendido cuando se definen algunos de los términos. La especialidad, la disciplina, y el médico que la practica.

Práctica Familiar. Lo que el médico de familia proporciona al paciente, se llama Medicina Familiar. En muchos países se utiliza la expresión práctica general o medicina general y quienes la ejercen siguen los principios básicos de la Medicina Familiar. En otros lugares hay una clara distinción entre la práctica general, que implica la falta de un entrenamiento especializado, y la práctica de la Medicina Familiar.

En los Estados Unidos, la práctica de la Medicina Familiar se desarrolló claramente a partir de la práctica de la medicina general y en 1971 la Academia Americana de Medicina General cambió su nombre transformándose en la Academia Americana de Médicos de Familia.

La práctica de la Medicina Familiar fue definida por el Consejo Americano de Medicina Familiar (ABFP) como sigue: "... es la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento. El alcance de la Medicina Familiar no está limitado por la edad, sexo, órgano o sistema o entidad mórbida."

Medicina Familiar. Es la medicina científica que sirve como fundamento de la especialidad Medicina Familiar. Representa el cuerpo de conocimientos acumulados relacionados con la salud, enfermedad y cuidados de la salud del individuo en el contexto de la familia.

En principio -solamente dos o tres décadas atrás- el contenido clínico de la Medicina Familiar consistía mayormente del conocimiento derivado de otras especialidades. Las primeras investigaciones en Medicina Familiar tuvieron la importancia de integrar los problemas familiares en los cuidados de la salud e insistir en los nuevos conceptos tales como sistemas familiares, dinámica familiar, APGAR familiar y cuidados de la salud a través del ciclo de vida de la familia. Estudios posteriores vinieron a incluir más problemas biomédicos, especialmente los que involucraban temas comunes en la atención ambulatoria tales como el screening para cáncer colonrectal, manejo del embarazo y parto normal, el tratamiento de la faringitis o sinusitis. La investigación actual está respondiendo a preguntas importantes para proveer cuidados de salud de calidad con recursos limitados: ¿Cuál es el método apropiado de tamizaje para cáncer de próstata? y ¿Cuál es el tratamiento inicial más apropiado para el paciente hipertenso añoso?

La Medicina Familiar también comprende el desarrollo de nuevas áreas de competencia especial -también llamadas calificaciones agregadas. Los médicos de familia son los principales proveedores de atención a adolescentes, deportistas y ancianos; algunos médicos de familia eligieron reforzar estas áreas de trabajo en sus prácticas.

Áreas de competencia especial en Medicina Familiar:

- Atención de la salud en adolescentes.
- Atención de la salud geriátrica.
- Promoción de la salud y bienestar
- Medicina ocupacional
- Atención de la salud basado en la población.
- Medicina del deporte.
- Medicina del viajero

Médico de familia. Es el que practica la especialidad y utiliza los principios de la Medicina Familiar. Es el médico que provee cuidados de salud continuos e integrales en el contexto de la familia sin limitaciones por edad o sexo del paciente o por el tipo de problemas que presenta sean éstos biológicos, psicosociales o del comportamiento, o cualquier combinación de los mismos.

Los médicos de familia de hoy tienen una verdadera mentalidad generalista; valoran manejar los problemas de la gente más que el diagnóstico y el manejo de la enfermedad. Ellos se ven a sí mismos como "humanistas, orientados a las personas, y comprensivos.

4.1.10 Salud y malestar. Los médicos de familia generalmente tienen una aproximación pro-activa a la salud, que se define como un estado positivo de bienestar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad. La definición muestra una búsqueda activa del mejor estado físico y mental posible, y comprende elementos de prevención primaria y promoción de la salud.

El estado de malestar tiene diferentes componentes: La enfermedad se refiere a un desorden biológico o psicofisiológico que tiene síntomas y signos específicos.

El malestar describe la experiencia de enfermedad del paciente e incluye problemas socioculturales así como las creencias familiares sobre salud y enfermedad.

La atención de la salud es el proceso de mejorar la salud volviendo a la persona al estado ideal de óptimo bienestar. Cuando la enfermedad está presente el médico de familia trabaja para controlar los síntomas, eliminar la causa de la enfermedad y prevenir o minimizar la incapacidad; el cuidado es provisto en el contexto del sistema de creencias del paciente, de la dinámica familiar y de la cultura de la comunidad. Para el paciente con dolor de espalda o dolor epigástrico, el médico de familia hace un diagnóstico, prescribe tratamiento, asesora al paciente sobre los ajustes apropiados en la actividad o la dieta, y recomienda modos de prevenir las recurrencias -todo ello considerando la capacidad del paciente para comprender y actuar según las recomendaciones. Cuando no hay enfermedad, se pone el acento en el aumento de la salud -incluyendo dieta y ejercicio apropiado, y el evitar conductas y sustancias dañinas.

4.1.11 El modelo biopsicosocial: un cambio de paradigma. La medicina familiar hizo suyo el modelo biopsicosocial propuesto por G. Engel en 1977. En realidad es la medicina familiar la única especialidad médica que por sus características de continuidad temporal y multigeneracional de la atención puede llegar a desarrollar un modelo como el propuesto por Engel. Por su función como integrador de acciones diversas de salud el médico de familia está en condiciones privilegiadas para implementar una conceptualización sistémica de la salud-enfermedad, al mantener contacto profesional a lo largo del tiempo con diferentes miembros de la familia, en sus diferentes fases del ciclo vital.

Características del Modelo Biomédico. Se basa en una concepción patologista. Las enfermedades se estudian como entidades existentes, con vida propia, se les puede establecer una causa, predecir una determinada evolución y resultados. En el consultorio de un médico es la enfermedad la que suele estar en el centro de la escena, y es la razón del encuentro entre médico y paciente.

Es reduccionista. Fenómenos extremadamente complejos, (como por ejemplo padecer una diabetes), se reducen a sus componentes mas elementales en otro nivel, (por ejemplo las alteraciones bioquímicas de la diabetes) y se va delimitando una entidad independiente del sujeto que la padece y del contexto socio-cultural en el cual vive y se enferma.

Es curativo. La competencia o éxito profesional de un médico se define en función de curar enfermedades y salvar vidas. Lucha contra la muerte. De ahí la sensación de estar en falta cuando no se pueden curar determinadas enfermedades, la frustración frente a la enfermedad crónica y la muerte. Muchas veces esta expectativa del médico determina el abandono del paciente incurable o del que va a morir.

Es objetivo. La relación médico paciente para ser científica debe ser objetiva, tomando el modelo de las ciencias que se ocupan de fenómenos físicos o de objetos inertes. Esto supone que el médico puede dejar por fuera de la interacción con los pacientes su propia subjetividad y el bagaje cultural y social en el cual está inmerso al igual que su paciente, con graves daños para la salud del médico. Así mismo, los pacientes que también tienen incorporado este modelo, demandan del médico respuestas precisas, certezas, y suponen que el médico solo participa como observador.

Mente/cuerpo. La idea cartesiana de la división mente cuerpo determina que la tarea curativa se divida, los médicos se ocupan del cuerpo, de lo somático y los Psi se ocupan de lo psicológico. Esta división arbitraria es desafiada permanentemente por las enfermedades psicosomáticas y por los trastornos de somatización que reclaman a la medicina una concepción unicista u holística.

Diagnóstico biológico. El diagnóstico se hace en base a procedimientos de tipo biológico que pueden incluir una gama amplia de instrumentos de tecnología sofisticada. Si se descarta una patología orgánica se piensa en lo psicológico, pero generalmente al paciente se le dice que "no tiene nada". Incluso se ha desarrollado una jerga especial para referirse a los pacientes que no encajan en el lecho de Procusto de la biomedicina. Lo que representa al sufrimiento humano, se desconoce como si no existiera o deja de estar dentro del campo de la medicina "científica".

Los territorios. Se establecen además barreras disciplinarias (especialidades) que adquieren valor normativo acerca de su territorialidad y el paciente humano queda destrozado en partes que pertenecen a cada especialidad.

El tratamiento. Los recursos para el tratamiento se consideran generalmente externos al paciente y a la relación médico paciente. El paciente (de ahí su nombre) idealmente es pasivo en este tipo de relación y la familia, mejor que no interfiera. El médico es la autoridad, el experto en enfermedades y los pacientes son o deberían ser pasivos. Las enfermedades se estudian descontextualizando

los aspectos del vivir de los pacientes. Se supone que éstos no son responsables ni de sus problemas ni de sus soluciones.

Este modelo, aun dominante en la práctica de la medicina, se reproduce y mantiene a través de:

- La enseñanza en las escuelas de medicina donde el proceso de aprendizaje es totalmente fraccionado.
- Los textos de medicina que son tratados de enfermedades.
- La transmisión de modelos internalizados del quehacer y status profesional.
- La organización de los sistemas de salud.
- La demanda de los usuarios quienes necesitan manejarse con certezas.

El ser humano por la gran intolerancia a la incertidumbre siempre ha tratado de construir creencias o teorías que le permitan ordenar el mundo de lo amenazante de una manera tranquilizadora. Particularmente, en el dominio de la enfermedad y de la muerte la biomedicina se propuso como la posibilidad de erradicar la enfermedad y, por qué no, la muerte.

Es necesario dejar en claro que el modelo biomédico ha permitido grandes avances en el conocimiento y desarrollos tecnológicos vinculados a la gran industria de la salud. Pero este modelo deja de ser científico cuando su aplicación estricta o sus fundamentos metodológicos dejan por fuera las variables humanas, sociales o culturales del enfermar o estas se tratan de reducir a variables estrictamente biológicas.

Engel señala como la concentración en lo biológico y la exclusión de lo psicosocial distorsiona la perspectiva e interfiere con la atención del paciente. Erróneamente, se cree que los aspectos psicosociales del enfermar y del curarse quedan a merced de la bondad del médico, y porqué no a merced de sus prejuicios religiosos, étnicos, culturales. La integración de un modelo complejo para pensar

la salud se puede basar en la enseñanza y aprendizaje de conocimientos y habilidades que normalmente están fuera del marco de referencia del modelo biomédico (2).

El modelo Biopsicosocial. Alrededor de la mitad del siglo empiezan las críticas a la medicina y la insatisfacción de los usuarios manifestándose lo que será llamado la crisis de la medicina; por la super especialización, la tecnologización y deshumanización de su práctica. Se apela a la humanidad o bondad del médico, pero no se revisan los supuestos científicos que dan lugar a esta forma de ejercer la medicina, sin tener en cuenta que la medicina está adherida a un modelo conceptual de enfermedad que ya no es completamente adecuado para las tareas que se demandan al médico tanto en lo social como en lo que hace a prevención, cambios de estilo de vida, cuidado de la calidad de vida, etc. Los mismos desarrollos de la medicina han ampliado los límites de responsabilidad profesional de los médicos, particularmente en lo que hace a la enfermedad crónica, a la calidad de vida y a la muerte.

En 1977 Engel propone un paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad. El modelo biopsicosocial derivado de la teoría general de los sistemas, parte de la biología y corresponde a los cambios que la ciencia contemporánea ha hecho en su cuerpo teórico, como por ejemplo, la introducción del principio de incertidumbre de Heisemberg en la física cuántica.

Los puntos esenciales de esta nueva epistemología son:

- No existe el observador objetivo y prescindente. El operador es siempre parcial y comprometido.
- La presencia del observador y sus instrumentos perturban al fenómeno de una manera no determinable.
- No hay nada que pueda considerarse un fenómeno en sí mismo, la conjunción entre el operador y el fenómeno produce una nueva condición en la que aparecen fenómenos que son producto de ambos y en los cuales es imposible separar lo que pertenece al operador o al fenómeno.

- La causalidad de todo fenómeno es múltiple. Las relaciones de causalidad son complejas y no lineales. Las variables que intervienen en un fenómeno son infinitas. Es posible conocer solo algunas. La reducción del número de variables con el fin de conocer, altera el fenómeno y conduce a conclusiones erróneas.
- Es imposible conocer el momento en el que comienza un fenómeno. El concepto de incertidumbre se extiende hasta el instante inicial. Es imposible determinar con exactitud las secuencias causales.
- No es posible fragmentar un fenómeno para su estudio. Los fenómenos deben ser tomados siempre como totalidades.
- Siempre debe tenerse en cuenta el contexto. Las afirmaciones parciales no deben generalizarse sólo validarse para dicha parcialidad.
- La subjetividad del observador es parte del proceso. Las construcciones e hipótesis deben estar sometidas a sistemas de verificación coherentes con el proceso que se estudia (6).

Características del Modelo Biopsicosocial. La salud y la enfermedad son un continuum. Las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras, la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales. Cambia por lo tanto la función del médico, ya no sería solo curar enfermedades sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona que enferma en su contexto vital.

Se pueden observar varias opciones como, tener una enfermedad y no sentirse enfermo (por ejemplo, hipertensión), tener una enfermedad y no ser reconocido como enfermo porque no se pueda demostrar una lesión o un dato biológico alterado (procesos iniciales de una esclerosis múltiple), sentirse enfermo y no tener una enfermedad demostrable (ej. crisis de pánico) etc. Sin embargo todos estos pueden ser pacientes.

La demostración de una desviación bioquímica como criterio específico para diagnosticar una enfermedad podría solo indicar enfermedad potencial, pero no enfermedad actual. El defecto bioquímico constituye un factor entre muchos otros

de la compleja interacción que finalmente puede culminar en una enfermedad activa o manifiesta.

Es necesario considerar los aspectos psicológicos, sociales y culturales para reconocer como la enfermedad es experimentada, como se relata, como se expresa, y como afecta al individuo y su familia. Estos factores también son cruciales para determinar cuando una persona se ve o es vista por otros como enferma. Cuando ingresa al sistema de salud y cuando se convierte en paciente.

Se pasaría de una medicina centrada en la enfermedad a una medicina centrada en el paciente y su particular forma de vida, el contexto familiar y social.

Diagnóstico. El diagnóstico incluye tanto aspectos biológicos, como aspectos emocionales, culturales y más ampliamente psicosociales. Al reconocer los diferentes factores que contribuyen a la enfermedad o al sentirse enfermo, se puede llegar a entender por qué algunas personas experimentan como enfermedad lo que otras consideran problemas del vivir.

De ninguna manera se propone dejar de lado la consideración de los aspectos biológicos de la enfermedad; ni se pretende cambiar un modelo de causalidad biológica por uno de causalidad psicosocial. Esto sería mantenerse dentro del mismo paradigma que se critica. Lo que se espera es el desarrollo de modelos de pensar la salud, que incluyan la complejidad.

Para lograr un diagnóstico acertado es necesario que el médico cuente no solo con tecnología sofisticada sino con conocimientos científicos sobre comunicación humana y el lenguaje, instrumento con el cual se construye la realidad entre médico y paciente. Es bien conocido como los pacientes hablan según quien los escuche, por lo cual es necesario que el médico se forme como un experto entrevistador para lo cual tendrá que descentrarse de la enfermedad y centrarse en la persona enferma. El mismo paciente aporta sus propios sistemas explicativos que en ocasiones ayudan a esclarecer el por qué de una consulta, y siempre sirven para pautar las indicaciones que se darán al paciente con el objeto de lograr mayor adherencia.

Este diagnóstico se hace contextualizado; el contexto primario de la salud del paciente es la familia, puede ser la red social en la cual está insertada la persona enferma o que consulta, puede ser la relación médico - paciente o la relación con el sistema de salud.

La relación médico paciente influye poderosamente la evolución y resultados de una enfermedad, para bien o para mal. En virtud de ella se establecen efectos psicológicos que pueden modificar la experiencia de la enfermedad, o aún afectar los procesos bioquímicos subyacentes por efecto de las interacciones psico - fisiológicas y procesos bioquímicos implicados en la enfermedad.

El médico en el modelo biopsicosocial, participa junto con el paciente en la definición del problema, aporta sus propios elementos culturales en la manera en que interroga, como habla con el paciente, o como lo escucha, como construye un síntoma. Siempre modifica el campo de observación, al darle un sentido a lo que el paciente trae, sea un síntoma o una molestia, y juntos organizan una determinada entidad o patología. El médico participa con sus conocimientos, con sus ideas, con sus creencias y sus expectativas acerca de la salud - enfermedad y por lo tanto al ser participe de ese trabajo relacional modifica lo que está observando.

El médico tiene en cuenta a la familia. Al hacerlo se modifica el modelo clásico de la relación médico paciente. Doherty y Baird han llamado a esta relación uno a uno "la ilusión de la diada" y proponen pensar la relación en términos triangulares: Médico - Paciente - Familia y sus interacciones recíprocas.

Generalmente es dentro de la familia donde primero se toman las decisiones acerca de, si un síntoma o molestia merece una consulta médica, se decide a quién consultar o cuando algún miembro es considerado enfermo.

Resumiendo, vemos que el médico forma parte del proceso de salud - enfermedad en el cual esta inserto, con sus conocimientos, con sus intereses, con sus prejuicios, la forma de relacionarse y, por supuesto, con el contexto tanto profesional como social del cual participa.

Diagnóstico contextualizado. Para esto, el médico de familia toma en cuenta:

- Las relaciones dinámicas de la familia.
- Los patrones de salud - enfermedad de esa familia.

- La interconexión generacional.
- Las transiciones del ciclo vital familiar.

El médico como facilitador. Como el concepto de salud abarca mucho más que la ausencia de enfermedades, el rol del médico se amplía cuando su tarea también implica la promoción activa de la salud a lo largo de la vida de las familias.

El médico se convierte también en educador facilitando que las personas asuman la responsabilidad que les corresponde en el cuidado y preservación de su salud. En el modelo biopsicosocial para el tratamiento se utilizan en forma racional los recursos tradicionales biológicos y tecnológicos, pero además, los recursos que el paciente, la familia y la comunidad poseen para el manejo de los problemas de salud.

En general se considera que el médico cura lo que es una falacia. Los médicos pueden ser facilitadores de los mecanismos autocurativos de los pacientes. El paciente debe ser visto como un participante en la construcción de su salud, no como un ser pasivo, dependiente de los conocimientos y el poder del médico.

La transición de un modelo biomédico a uno psicosocial no es una cuestión legislativa, no es solo el resultado lógico e inevitable de descubrir nuevos hechos y nuevos resultados. Es un proceso gradual de cambio que debe ocurrir no solo en quienes ejercen la práctica de la Medicina Familiar sino también en los sistemas prestadores de servicios de salud, en cuyo contexto se realiza dicha práctica, y también en la enseñanza, en la investigación, en los modelos que proponemos a nuestros estudiantes.

Se pueden realizar cambios y avances tecnológicos sin cambiar el paradigma. Una vez establecido, el modelo científico de la medicina no se ha modificado si bien se han logrado grandes avances tecnológicos. Si se enseña psiquiatría o psicología a los médicos de familia, van a seguir operando con el mismo paradigma, la estructura no se modifica, simplemente se agrega una habilidad y podrán diagnosticar y recetar para la depresión, pero eso no cambia la estructura de pensamiento, basada en una particular forma de conceptualizar la enfermedad, así la experiencia humana del sufrimiento nuevamente se reduce a una alteración (en este caso neuroquímica) sobre la cual se interviene. La alternativa es el cambio a una manera diferente de pensar, contextual, no lineal, recursiva, que

sistemáticamente incluya al observador y lo que es observado. Este desafío implica múltiples niveles de cambio en la educación médica.

4.1.12 Ciclo vital familiar. El ciclo vital familiar, es un concepto ordenador, para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesa en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

No es nuevo para el médico pensar en etapas evolutivas; el conocimiento y la práctica de la medicina se han organizado como especialidades en función de las edades del individuo, desde el nacimiento hasta la muerte. Sin embargo, no es fácil pasar de pensar acerca del individuo pensar en la familia como unidad emocional. Mientras más pueda pensar el médico en términos de familia, más amplia y comprensiva será su visión de los problemas de salud de sus pacientes. Los conceptos del ciclo vital familiar son una manera práctica y efectiva de ayudar a los médicos a implementar un enfoque biopsicosocial.

La familia es el contexto principal y determinante del desarrollo físico, emocional e intelectual de cada uno de sus miembros y como un organismo vivo pasa por fases evolutivas, de curso predecible, regulado por factores internos: biológicos y psicológicos, como por factores externos: expectativas culturales y posibilidades sociales. Así en cada sociedad, en cada cultura, aún en cada etnia se tienen modelos esperados de conducta, con roles y responsabilidades para cada edad. Los momentos de transición en la vida familiar producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros. Los límites se relajan o se hacen rígidos, las reglas y los roles se confunden, se replantean jerarquías, se reviven conflictos irresueltos.

Estos momentos serán más o menos estresantes según sea la historia de resolución de las crisis vitales, la cohesión familiar, la adaptabilidad. Es importante aprender a reconocer estos momentos de crisis evolutivas para no patologizar la vida.

Para los chinos la palabra crisis está formada por dos caracteres que significan peligro y oportunidad. Se padece una crisis cuando una tensión afecta un sistema y requiere cambios que permitan la adaptación del sistema. En la familia las llamadas crisis evolutivas, que marcan la transición de una etapa a otra, son oportunidades de crecimiento para cada uno de sus miembros al posibilitar la adquisición de nuevas responsabilidades, roles, relaciones, compromisos intra o extra familiares, según el momento, lo que va dando forma a la identidad de cada uno y del grupo.

Diferentes disciplinas convergieron para estudiar el desarrollo de la familia. Desde la sociología Reuben Hill y Evelyn Duvall en 1948 observaron que cada miembro de las generaciones joven, media y mayor en la familia, tienen sus propias tareas evolutivas y que el logro de éstas por uno de sus miembros depende de, y contribuye a, el logro exitoso de las tareas por los demás. En su trabajo clásico de 1957 Duvall dividió el ciclo vital en ocho etapas, todas ellas relacionadas con entradas y salidas de miembros de la familia y con eventos nodales de la crianza. Una generación se apoya sobre la otra en una "espiral generacional" en mutua interdependencia.

En medicina familiar se ha incorporado el modelo de Duvall que se basa en las vicisitudes de la crianza, tomando como modelo la familia nuclear norteamericana de clase media. Así mismo ha incluido muchos aportes de la terapia familiar sistémica.

Para el médico de familia, que piensa en términos biopsicosociales acerca del desarrollo del individuo, la familia y la salud, el conocimiento de las etapas de desarrollo familiar y la comprensión de los acontecimientos emocionales y estructurales que las familias enfrentan, le brinda múltiples perspectivas:

En prevención, a través de la guía anticipatoria y de intervenciones normalizadoras en las transiciones del ciclo vital. Hay problemas de salud que surgen más frecuentemente en relación a los periodos de cambio en la familia, lo cual permite prever, anticipar crisis y prevenir riesgos. Al mismo tiempo permite al médico saber qué esperan de él las familias.

En el diagnóstico temprano de riesgos psicosociales. Neugarten y Haley señalan como los acontecimientos vitales posiblemente sean más traumáticos si están desfasados en el ciclo vital. Las mayores tensiones son aquellas causadas por acontecimientos que trastornan la secuencia y ritmo del ciclo vital, por ejemplo: la muerte de uno de los padres en la infancia, el matrimonio en un momento no deseado o apropiado, cuando el nacimiento de un niño es demasiado temprano o demasiado tarde, cuando tardan logros ocupacionales, etc.

En el diseño de programas de atención de salud integrales que tengan en cuenta las necesidades y tareas evolutivas de las familias.

4.1.13 Prevención en Medicina Familiar. Durante las últimas cuatro décadas se ha producido un creciente interés en los intentos de prevenir la ocurrencia de

enfermedades importantes o detectarlas tempranamente en su estado asintomático con la esperanza de prevenir la morbilidad y la mortalidad subsecuente. Este gran interés es el resultado de diversos factores. Aunque se encontró cura para un número de enfermedades se reconoció también que hay todavía muchas condiciones cuyo manejo en estado sintomático está lejos de ser adecuado. Además, los avances en la tecnología médica produjeron un número de pruebas e investigaciones que pueden detectar situaciones clínicas en su estado más temprano. Más recientemente, cuando se reconoció la influencia de los hábitos de vida sobre un número de problemas de salud, hubo un creciente deseo de reducir el riesgo y mejorar la calidad de vida modificando actividades esenciales en el estilo de vida.

Finalmente, el cuidado preventivo tiene el atractivo potencial de alcanzar un número de metas que incluyen: reforzar la calidad de vida, disminuir la morbilidad, acrecentar el período de vida y, posiblemente, reducir los costos. Papel clave del médico de familia en prevención. Hay muchas razones por las cuales los médicos de familia están bien colocados para ser líderes en la provisión de cuidados preventivos. La prevención es parte del enfoque comprensivo que los médicos de familia usan para observar a sus pacientes en el ámbito de la atención primaria. Cada año los médicos de familia están en contacto con una proporción significativa de su grupo de pacientes y esto les provee la oportunidad de tener, colectivamente, un mayor impacto a nivel de la población. Finalmente, los médicos de familia tienen la confianza de sus pacientes y son una fuente creíble de información y asesoría.

4.2 MODELO ESPAÑOL

La Constitución española (1978) representó un hecho sin precedentes en la historia de España respecto al reconocimiento de los derechos fundamentales de los ciudadanos.

Posterior a la constitución y con la Ley General de Sanidad formaron un marco legal de los sistemas de salud hasta la actualidad. La Ley General de Sanidad, del 25 de abril de 1986, instaura el Sistema Nacional de Salud mediante la integración de diversos subsistemas sanitarios públicos.

Su finalidad es, según el artículo 1, "la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución".

Servicio Nacional de Salud. El Servicio Nacional de salud se basa en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. El Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando, a través de los presupuestos generales, un servicio sanitario que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias, lo cual debe permitir el paso de una concepción presidida por la enfermedad a una práctica sanitaria basada en la salud igual para todos.

Las principales características de este modelo son:

1. Universalización de la atención. Cubre al 100% de la población, independientemente de su situación económica y de su afiliación a la seguridad social.

2. Accesibilidad y desconcentración. Para garantizar la equidad en el acceso a los servicios se ha instrumentalizado la regionalización sanitaria, basada en situar los diferentes servicios sanitarios lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población. Se trata así de reducir la concentración de centros sanitarios en los núcleos urbanos.

3. Descentralización. En la actualidad se tiende a descentralizar la gestión de los recursos sanitarios; para ello se han emprendido unas reformas en la organización del sistema sanitario, con el fin de asegurar una mayor capacidad de respuesta por parte de los servicios y de los profesionales a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos. Se tiende a implicar a la comunidad en la toma de decisiones sobre la gestión del gasto y en el modo de utilización de los servicios.

4. Atención Primaria. En el servicio nacional de salud, la base de la atención sanitaria es la atención primaria de salud.

La Atención Primaria de Salud, según la definición aceptada universalmente, es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan aportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Participación de la comunidad. Los ciudadanos participan en la orientación y el control del funcionamiento del sistema nacional de salud, a través de los órganos de gestión locales y regionales.

Organización de los Servicios de Salud . En el sistema sanitario español, en la actualidad, pueden identificarse tres niveles organizativos: central, autonómico y áreas de salud.

Organización de la administración central. El órgano fundamental de la administración central del Estado es el Ministerio de Sanidad y Consumo, encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo, así como de la coordinación de las actividades dirigidas a la reducción del uso de drogas y de sus consecuencias.

Organización autonómica. La ordenación territorial de los servicios sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas y debe basarse en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.

En cada Comunidad Autónoma debe constituirse un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y otras organizaciones territoriales intracomunitarias, respetando las distintas titularidades que existan, aunque a nivel funcional dichos servicios estén adscritos al servicio de salud de cada Comunidad Autónoma.

Áreas de salud. Las áreas de salud, según las define la Ley de Sanidad, son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios por ellos desarrollados.

Las áreas de salud se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, demográficos (población entre 200.000 o 250.000 habitantes, excepto en algunas Comunidades, pero en cualquier caso, con un mínimo de un área por provincia), socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, vías de comunicación e instalaciones sanitarias.

Con el fin de lograr la máxima operatividad y la mayor eficacia en la atención de salud, las áreas de salud se dividen en *zonas básicas de salud*, que constituirán el marco territorial de la Atención Primaria de Salud. (7)

4.3 MODELO CANADIENSE

Sistema de cuidado médico en Canadá. Generalidades. Canadá tiene un sistema predominante público financiado del cuidado médico. El programa nacional del seguro médico se basa en los planes provinciales y territoriales del seguro médico, ligados con adherencia a los principios nacionales fijados en el nivel federal.

El acto de la salud de Canadá establece los criterios y las condiciones relacionados con los servicios del cuidado médico de los asegurados y los servicios ampliados del cuidado médico que las provincias y los territorios deben resolver para recibir la contribución de efectivo federal completa bajo la salud y transferencia social (CHST) de Canadá. La clave de la salud de Canadá es asegurarse, que todos los residentes elegibles de Canadá tengan acceso razonable a los servicios médicos necesarios de los asegurados, sobre una base pagada por adelantado, sin cargas directas actualmente servicio.

El papel del gobierno federal en el cuidado médico incluye lo siguiente:

- Fijar y administrar los principios o los estándares nacionales para los servicios de cuidado médico de los asegurados según las acciones de salud canadiense.
- Abastecimiento con ayuda financiera a los servicios de cuidado médico de las provincias/territorios con transferencias fiscales; entregando servicios médicos directos a grupos específicos de canadienses incluyendo veteranos, indígenas de las reservas , al personal militar y a los internos de las prisiones federales.
- Satisfacer otras funciones relativas a la salud tales como protección sanitaria, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La administración y la entrega de los servicios del cuidado médico es la responsabilidad de cada provincia o territorio individual. Las provincias y los territorios planean, financian (asistido por el financiamiento federal), y evalúan la disposición del cuidado del hospital, servicios médicos, la salud pública y algunos aspectos de los cuidados en las prescripciones.

Principios del sistema de salud de Canadá. Administración Pública: La administración y la operación del régimen de seguros del cuidado médico de una provincia o de un territorio deben ser realizadas sobre una base no lucrativa por una autoridad pública, responsable del gobierno de provincias/territorios y conforme a intervenciones de sus cuentas y transacciones financieras.

Comprensión: Los planes del seguro médico de las provincias y de los territorios deben asegurar todos los servicios médicos necesarios.

Universalidad: Todas las personas aseguradas en la provincia o el territorio deben tener derecho a la cobertura pública del seguro médico en términos y condiciones uniformes. Las provincias y los territorios requieren generalmente que los residentes se afilien a los planes para establecer el derecho.

Portabilidad: Los residentes que se mueven a partir de un provincia o territorio a otro deben continuar siendo cubierto para los servicios médicos de los asegurados por la provincia durante un período de espera mínimo, sin exceder tres meses, impuestos por el provincia o territorio nuevo de residencia. Los residentes temporalmente ausentes de sus provincias o territorios propios, o del país, deben continuar siendo cubiertos por los servicios de cuidado médico.

Accesibilidad: El acceso razonable de las personas aseguradas a los servicios médicos necesarios hospitalarios o de consulta, no deben tener obstáculo por barreras financieras u otras, tales como discriminación étnica, por estado de salud o por circunstancias financieras.

Como trabaja el sistema. El sistema del cuidado médico de Canadá confía plenamente en los médicos de cuidado primario, que son cerca del 51% de todos los médicos practicantes en Canadá. Son generalmente el contacto inicial con el sistema formal del cuidado médico y deciden el acceso a la mayoría de los especialistas, de las admisiones a hospitalización, pruebas de diagnóstico y la terapia de medicamentos.

La mayoría de los médicos son los médicos privados, que trabajan de manera independiente o en grupos de práctica. Algunos médicos trabajan en centros de salud comunitarios, en prácticas hospitalarias de grupo o trabajan en sitios para pacientes no hospitalizados. Los médicos privados son generalmente pagados sobre una base de honorario por servicio y someten las demandas del servicio directamente al plan del seguro médico de la provincia o territorio, para el pago.

Mientras algunas enfermeras son empleadas generalmente en el sector hospitalario, también proporcionan cuidado médico de la comunidad incluyendo el cuidado casero y los servicios médicos públicos. Los Odontólogos trabajan independientemente del sistema de cuidado médico, excepto donde se requiere la cirugía dental en el hospital.

El 95% de los hospitales canadienses funcionan mientras que las entidades no lucrativas privadas funcionan por los listados de administradores para la comunidad de administradores, de organizaciones voluntarias o de autoridades sanitarias provinciales.

Acceso al sistema. Cuando los canadienses necesitan asistencia médica, en la mayoría de los casos van a su médico de cabecera o a la clínica local y presentan la tarjeta del seguro médico publicada a todos los residentes elegibles de su provincia o territorio. Los canadienses no pagan directamente los servicios de los asegurados, ni son requisito para completar las formas para estos servicios. No hay deductibles, co-pagos o límites del dinero en la cobertura para los servicios de los asegurados.

Además de servicios del hospital y del médico de los asegurados, las provincias y los territorios también proporcionan la cobertura pública para otros servicios médicos que estén fuera del marco nacional del seguro médico. Estos subsidios por enfermedad suplementarias incluyen a menudo medicamentos, a cuidado de la visión, equipos y aplicaciones médicas tales como sillas de ruedas para ciertos grupos, como a los ancianos, a los lisiados y del bienestar.

En general, aunque, los servicios suplementarios tales como cirugía cosmética privada se financian en gran parte los y canadienses debe pagar estas ventajas de los no asegurados. Bajo la mayoría de leyes provinciales, los aseguradores privados son restrictos de la cobertura de ofrecimiento que duplica el de los programas gubernamentales, pero ella puede competir en el mercado de las ventajas suplementarias.

Evolución. Pre-1940s: Cuidado médico dominado por la medicina privada, dando como resultado que el acceso se base en la capacidad de pago.

1947: Saskatchewan introdujo un régimen de seguros público para los servicios hospitalarios.

1956: El gobierno federal fomenta el desarrollo del seguro hospitalario en todas las provincias.

Antes de 1961: las diez provincias y dos territorios habían firmado los acuerdos para el costo compartido con el gobierno federal para por lo menos el cuidado del hospital y el hospitalizado.

1961: Cita de la justicia Emmett Pasillo del Tribunal Supremo para dirigir a la Comisión real en servicios médicos.

1962: Extensión del seguro universal, público financiado a los servicios del médico, seguidos por una huelga de los médicos que duró 23 días.

1964: El informe de Emmet Pasillo de la justicia recomienda el seguro público financiado, universal no solamente para los servicios de los médicos sino también para las medicaciones de la prescripción y el cuidado casero, así como los servicios dentales y ópticos para algunos grupos.

1968: El gobierno liberal de Lester Pearson del primer ministro introduce el acto de la asistencia médica - "Seguro de enfermedad rápidamente doblado".

1968-1972: Las diez provincias y dos territorios acuerdan proporcionar la cobertura pública universal para el cuidado del hospital y del médico, en el intercambio para el acceso al financiamiento federal.

1979: En una revisión de los servicios médicos, la Comisión de Pasillo divulgó que el cuidado médico en Canadá se alineó entre el mejor del mundo pero advirtió que la facturación adicional de los médicos y los honorarios de usuarios impuestos por los hospitales creara un sistema de dos niveles que amenaza el mantenimiento de la accesibilidad.

1984: El gobierno federal reafirmó su comisión al sistema universal, accesible, comprensivo, portable, administrado públicamente del seguro médico cuando el parlamento pasó el acto de la salud de Canadá. Este acto también desalienta cargas y la facturación adicional provincial del usuario previendo una pena obligatoria del dólar-por-dólar que se deducirá de pagos de transferencia federales.

1994: Lanzamiento del foro nacional en salud; cuál sometió su informe final en 1997.

2000: Los primeros ministros de Canadá hicieron una comisión para consolidar y renovar los servicios público financiados del cuidado médico de Canadá con sociedad y la colaboración en prioridades específicas de la salud, en respecto completo de la jurisdicción de cada gobierno.

Abril de 2001: Establecimiento de la Comisión en el futuro del cuidado médico en Canadá, y cita de Roy Romanow como su cabeza.

Noviembre de 2002: Informe final de la Comisión en el futuro del cuidado médico en Canadá tabulado en la Cámara de los Comunes.

Ventajas del seguro médico canadiense. Estado De Salud. Uno de los indicadores más importantes del éxito del sistema es el estado de salud favorable de los canadienses. La esperanza de vida para los canadienses en 1999 era de 79,0 (81,7 años para las mujeres, y 76,3 años para los hombres), como uno de los más altos de los países industrializados. El índice de mortalidad infantil 1996 de 5,6 por 1.000 nacimientos vivos es uno de los más bajos del mundo. El sistema del cuidado médico de Canadá se mira como contribuyente importante a la alta graduación de Canadá en el índice humano del desarrollo de Naciones Unidas. (8)

Ventajas Económicas. El seguro médico proporciona una variedad de ventajas económicas, que se presentan de la eficacia y de los ahorros de costos asociados al financiamiento público y a ventajas competitivas que proporciona al negocio canadiense. El financiamiento público separa el costo de proporcionar servicios médicos equitativos a través de la sociedad. Además de las ventajas derivó de las cualidades del solo-pagador del sistema canadiense de la salud, financiando seguro médico a través del sistema de impuestos es eficiente puesto que no requiere la creación de un proceso separado de la colección. Un estudio de 1999, comparando el costo del negocio en Norteamérica, Europa y Japón encontró que Canadá tiene los costos más bajos del negocio.

Financiamiento. El cuidado médico en Canadá se financia sobre todo con impuestos, en la forma de impuestos sobre las rentas personales y corporativas provinciales y federales. Algunas provincias utilizan los métodos ancilares del financiamiento que se apuntan nominalmente para el cuidado médico, tal como impuestos de ventas, recaudaciones de la nómina de pago e ingresos de la lotería.

Históricamente, los seguros médicos canadienses han gozado de uno de los grados más altos de la satisfacción del usuario de cualquier nación. Una de las razones principales de este éxito canadiense ha sido el trabajo de los profesionales en la línea de frente del cuidado médico, incluyendo médicos de cabecera o familiares. Los servicios médicos primarios proporcionado por los médicos de cabecera y las enfermeras contribuyen substancialmente a la calidad y a la rentabilidad del sistema. Canadá ha reconocido esta relación, y la población se ha beneficiado porque la medicina familiar se ha consolidado y se ha promovido como componente vital del cuidado médico. Hoy, casi cada país con un sistema acertado de la salud pública tiene un componente primario fuerte del cuidado conducido por los médicos de cabecera. Esto es verdad en el Reino Unido, de Francia, de los Países Bajos, de Finlandia, de Australia, de Nueva Zelanda, y de otras naciones. Actualmente se están gestando reformas que favorezcan aún más a la población, liderada por el CFPC's, (universidad de médicos de cabecera de Canadá), Las estrategias y las recomendaciones para la renovación hacen recomendaciones en dos frentes: (a) Crear un modelo para la entrega futura del cuidado primario: La Red De la Práctica De la Familia (FPN); y (b) sosteniendo el modelo: Los Recursos Necesarios.

En cuanto a crear el modelo, la mayoría de los médicos de cabecera todavía favorecen una cierta forma de ejercicio privado independiente y deben ser apoyados para continuar de esta manera. En su reunión en septiembre de 2000, los primeros ministros indicaron que una de sus metas para el sistema de la salud debe asegurarse de que los canadienses tienen acceso oportuno a un apropiado, integrado, y alcance efectivo de los servicios médicos. Un objetivo particular que destacaron es disminuir el sobreuso de los departamentos de la emergencia del hospital para evitar el atestamiento y para evitar el uso costoso e inadecuado de este recurso limitado. El CFPC está proponiendo un modelo de la entrega primaria del cuidado que resolvería las metas y los objetivos descritos por los ministros. Está llamando para el establecimiento de las redes de la práctica de la familia (FPNs) a través de Canadá.

Los médicos de cabecera que trabajan en FPN son el punto de entrada al sistema de la asistencia médica, asegurando a pacientes el acceso y la coordinación de todos los servicios médicos requeridos, incluyendo cuidado en consultorio, hospital, hogar, y otros ajustes de la comunidad. El papel y las responsabilidades de enfermeras en FPN son substanciales y se reconoce su conocimiento y habilidades según lo definido por el alcance de la práctica del oficio de enfermera. Es importante que haya un registro centralizado para cada paciente. Este expediente se debe poseer por el paciente y mantener por su médico de cabecera y FPN. Debe seguir al paciente a través del sistema del cuidado médico. FPNs no se debe asignar por mandato, sino se debe introducir y permitir para ampliarse y para crecer como resultado de la opción del paciente y del médico. El trabajo en

equipo que implica un amplio espectro de los profesionales del cuidado médico, con los pacientes en el centro, es esencial para la disposición del cuidado de alta calidad. El espectro del cuidado requerido por los pacientes será proporcionado para ellos, por sus médicos de cabecera que trabajan junto con enfermeras y otros miembros profesionales del cuidado médico de los equipos de FPN. El número de los médicos de cabecera, de las enfermeras y de otros, requeridos para participar como parte de un FPN, varía en la práctica, dependiendo de las características demográficas, de la localización geográfica y del paciente. Además de los médicos, enfermeras y parteras, otras profesiones, que podrían también ser parte de los equipos integrados, incluyen nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y farmacéuticos. Mientras que el papel específico de cada abastecedor puede variar a partir de un FPN al siguiente, generalmente, los médicos de cabecera serían responsables de tomar el papel del plomo en el abastecimiento y coordinar de asistencia médica, y las enfermeras proporcionarían y coordinarían una gama de los servicios del oficio de enfermera. Un acercamiento de colaboración de la práctica, basados en el apoyo mutuo, de médicos y de enfermeras facilitaría la entrega de un alcance comprensivo de los servicios primarios del cuidado para los pacientes dentro de FPNs.

La información de la salud y la tecnología de comunicaciones del sistema canadiense del cuidado médico ha sido lenta para aprovechar las ventajas y la energía potenciales de las nuevas tecnologías de información y de comunicaciones. Para estimular el uso de la tecnología de información en práctica médica, el CFPC, la universidad real de médicos y cirujanos, Scotiabank, y WebMD Canadá han lanzado recientemente a doctores canadienses Network (CDN). Esta iniciativa proveerá de médicos de cabecera, los especialistas médicos y quirúrgicos, y los pacientes el acceso seguro a la información médica y de la salud en línea, incluyendo las herramientas electrónicas necesitadas para comunicarse, para transferir datos, para realizar la formación permanente, y la maestría el uno con el otro de la parte.

En última instancia, contamos con que CDN facilite la creación y la gerencia de los expedientes electrónicos de la salud para todos los canadienses. CDN ofrecerá Uno de los portales tele-basados más avanzados del campo del cuidado médico, dando la oportunidad de acelerar la formación y que apoya el funcionamiento de FPNs y que abriría la puerta para el otro paciente y ventajas del sistema del cuidado médico en el futuro, incluyendo: Comunicaciones y consultas realizadas del médico-a-médico incluyendo consultas de la distancia. Acoplamiento entre los médicos y otros abastecedores del cuidado médico, farmacias, hospitales, laboratorios y otros servicios de diagnóstico; acceso seguro inmediato a los pacientes expedientes de la salud (información incluyendo con respecto a medicaciones) en ajustes clínicos tales como departamentos de la emergencia;

acceso paciente a la información con respecto a su FP/FPNs (es decir con Web site de la práctica) así como a otra información de la salud y materiales educativos; Tiempos de espera acortados para las citas. El CFPC todavía reconoce necesidades de mucho trabajo de ser hecho para alcanzar esta visión de la e-salud incluyendo el desarrollo de estándares para asegurar la compatibilidad de las redes de información de la salud y la resolución de las ediciones relacionadas con el consentimiento, el aislamiento, la seguridad, y el secreto de la información personal de la salud.

Entre las recomendaciones del CFPC se encuentran las siguientes:

De la red de la práctica de la familia (FPN) cada canadiense deben tener un médico de cabecera de su elección, preferiblemente uno que sea parte de un FPN.

Las enfermeras, y otros profesionales del cuidado médico en Canadá deben ensamblar las FPNs. Los equipos integrados interdisciplinarios del cuidado deben ser establecidos dentro de cada FPN.

Las FPNs deben servir a todos los canadienses como el punto de la entrada para los servicios primarios de la práctica del cuidado de la familia.

Las FPNs debe proporcionar el cuidado de continuación comprensivo para los pacientes a través de sus vidas.

Las FPNs se deben preparar para responder a las necesidades de pacientes con respecto a un alcance definido de los servicios primarios del cuidado 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año. Después de la jornada, los médicos y las enfermeras de cabecera que son parte del equipo de FPN deben compartir responsabilidades en call-center, allí no debe ser ninguna carga financiera para los pacientes, los médicos de cabecera, o FPNs si los pacientes tienen acceso al exterior del cuidado su propio FPNs.

El financiamiento directo del gobierno debe estar disponible como una opción para la remuneración de enfermeras los médicos y otros profesionales del cuidado médico que trabajan en FPNs.

El financiamiento del gobierno debe apoyar FPNs en la adquisición y el mantenimiento de la información y de los sistemas de comunicaciones automatizados.

Los pacientes deben poseer sus expedientes de la salud; los médicos de cabecera deben ser guardianes de los expedientes. Si los pacientes se mueven a partir de un médico de cabecera o FPN a otro, sus expedientes de la salud deben moverse con ellos. El registro del paciente no se debe asignar por mandato sino se debe ir algo como opción que se podría adoptar por cualquier práctica.

Sostener el modelo requerirá una comisión: Los recursos humanos necesitaran proporcionar los servicios; el entrenamiento de los abastecedores futuros; la investigación requerida evaluar resultados; la remuneración y las estrategias de financiamiento necesitaron apoyar todas las partes del sistema y, de la colaboración y de las comunicaciones entre todos los jugadores dominantes que serán requeridos. (8)

4.4 SISTEMAS LATINOAMERICANOS

Los países latinoamericanos afrontan diversos retos que amenazan la sostenibilidad de sus sistemas sanitarios. Para hacerles frente, en la pasada década la mayoría han lanzado con éxito variable programas de reforma, muchas veces enmarcados en una política más general de reforma del Estado. La OMS ha planteado un esquema de los retos que deben afrontar los sistemas de salud de los países latinoamericanos.

Dicho esquema establece que el sistema tiene cinco grandes objetivos en tres áreas:

- a. buena salud.
- b. buena distribución de la misma en la población.
- c. financiación equitativa.
- d. mejor respuesta.

- e. más equitativa a las expectativas de la población en cuanto al tratamiento no médico que recibe.

Aquí destacamos tres áreas de interés que configuran la columna vertebral de las reformas sanitarias europeas y que podrían ser útiles a los países latinoamericanos en sus esfuerzos de reforma:

1. Combinar solidaridad con sostenibilidad financiera. Más en concreto dos aspectos a destacar dentro de esta área son la competencia entre entidades de seguros y el papel de la fiscalidad. En primer lugar, la competencia entre entidades de seguros está resultando difícil de implementar debido a las complejidades administrativas y las dificultades de monitorización, incluso en países con infraestructura abundante y cualificada. Las ganancias de eficiencia que puedan resultar de la libre elección y la competencia deben ponderarse frente a los costes de transacción incurridos y la posible disminución en la equidad. Esta experiencia puede ser relevante sobre todo para Argentina, Colombia y, en otro grado, Chile. En segundo lugar, la mejor forma de garantizar la estabilidad del sistema sanitario es mejorar la fiscalidad, como forma global de asegurar la solidaridad entre generaciones y entre pobres y ricos. La experiencia de Europa el norte tras la segunda guerra mundial (Alemania, Inglaterra, etc.), fue confirmada en los ochenta en el sur (España, Grecia) y ahora en el este (Hungría, Eslovenia, etc.), y es aplicable con relativa independencia del tipo de sistema sanitario específico. Tanto los sistemas tipo Beveridge como los tipo Bismarck precisan de un pool de recursos fiscales que permitan establecer mecanismos (en cada caso distintos) para subsidiar cruzadamente las necesidades de los desamparados. Muchos países latinoamericanos tienen una experiencia similar.

2. Introducir mesuradamente incentivos de mercado pero manteniendo un claro papel rector del Estado. Especialmente, la función de rectoría y, en particular, construir una administración pública (bien sea el Ministerio de Salud o los gobiernos regionales y locales) profesionalizada y responsable, es clave para la buena marcha del sistema, independientemente de si es tipo Bismarck o Beveridge. La separación organizativa seguro/ministerio debe ser compatible con la integración funcional. Los países europeos occidentales primero y los orientales ahora han comprobado lo que muchos países latinoamericanos ya saben: la importancia de evitar la ideologización sectaria y el clientelismo en la construcción de sus instituciones públicas.

3. Adoptar innovaciones en la organización y producción de servicios. Áreas de particular importancia son: la evaluación de tecnologías; el control de calidad, las directrices y los protocolos clínicos; la descentralización de la gestión; la

integración funcional entre los distintos niveles de provisión; el reforzamiento de la atención primaria, y las estrategias de recursos humanos. (9)

4.4.1 Modelo Cubano. En al época de la Cuba colonial la medicina tenía carácter clasista, y esta situación continuó hasta algo más de la mitad del siglo XX. Esto favoreció el desarrollo del movimiento mutualista y la práctica de la medicina privada, con una gran concentración de las escasas camas hospitalarias en la capital del país, y la mala distribución geográfica de los recursos.

Con el triunfo de la Revolución, la sanidad cubana sufre una gran transformación. Se crea un sistema nacional único de salud pública, que llega a todos los ciudadanos, dándose especial importancia a las medidas de prevención de las enfermedades, así como a la educación para la salud. Se instaura el método de exámenes periódicos de la población, vacunación general y otras medidas preventivas.

Los cambios ocurridos en el estado de salud de los habitantes de la Isla, en las últimas tres décadas, son expresión de la alta prioridad que se ha dado al tema en la esfera social y de la transformación cualitativas del nivel de vida de la población.

En la década de los 60 se diseñan programas contra las enfermedades infecciosas, que entonces constituían importantes causas de enfermedad y muerte. En Cuba fallecían, en promedio, unos 560 niños por año, debido a enfermedades prevenibles por vacunación. El programa de vacunación contra las seis enfermedades más amenazadoras se inició en 1962.

En los 70 se creó un modelo de atención médica ambulatoria dirigido a la comunidad, otorgándose en él prioridad al programa materno infantil. Con los 80, el perfeccionamiento de los profesionales y técnicos de la salud, se unen al desarrollo de la industria médico farmacéutica, creándose centros de investigación de avanzada tecnología.

Un país con sólo once millones de personas ha llegado a ser una potencia en la investigación médica. Se ha desarrollado una vacuna contra la hepatitis B y actualmente Cuba es el único productor de la vacuna contra la meningitis B. Se usa la biología molecular en el tratamiento de enfermedades como la leucemia. La tecnología médica desarrollada por investigadores cubanos seguramente sobrepasa la existente en otros países del tercer mundo, en muchos casos es

pareja y a veces supera a la de algunos países desarrollados industrialmente. Otro instrumento dinamizador de esta década de los 80, es el plan del médico y enfermera de la familia. Este plan se ratifica como el eje del actual desarrollo estratégico en materia de atención a la salud.

Actualmente Cuba cuenta con más de 28.000 médicos de familia, atendiendo cada uno de ellos a unas 150 familias, lo que supone que más del 97% de la población está hoy atendido por un médico y una enfermera de familia. En los próximos años se espera alcanzar el 100%.

Los médicos de la familia se hallan en cada barrio y vereda a lo largo y ancho del país. Utilizando la infraestructura de las clínicas y los profesionales médicos, se ha vacunado al 98% de los niños contra doce enfermedades importantes, incluyendo la meningitis B y la hepatitis B.

En los últimos años, todos estos logros se han visto en peligro a causa de la caída de la URSS y de los países del Este, con los que Cuba mantenía la mayor parte de sus relaciones comerciales, cuyos efectos se han agravado como consecuencia del recrudecimiento del bloqueo impuesto por los EE.UU desde 1963.

La situación actual es la siguiente:

- Reducción en la disponibilidad de alimentos, medicinas y suministros médicos básicos.
- Imposibilidad de obtener materias primas para abastecerse su industria farmacéutica, que ha pasado de producir 464 medicamentos a sólo 119.

Restricciones financieras. Cuba debe pagar precios más altos en Europa y Asia, por productos que otros países adquieren a los precios de mercado.

- Demora de las entregas. Ante esta situación, el Ministerio de Salud Pública de Cuba ha elaborado un estudio exhaustivo sobre cómo afecta todo esto a la salud de la población, que va desde el análisis del estado de los edificios de los policlínicos, hasta las materias primas necesarias para la fabricación de

medicamentos o la electrificación de las consultas de la familia en las zonas rurales que aún quedan sin este servicio.

Plan Maestro de Inversiones en Salud. Este plan recoge un programa que abarca todas las áreas de salud, que van desde la atención primaria hasta la especializada, siempre manteniendo este importante logro de la Revolución Cubana, de sanidad gratuita para toda la población de la Isla, sin parangón en todo el continente americano.

Organización Administrativa. El Sistema Nacional de Salud es único, integral, regionalizado y descentralizado. Su estructura presenta tres niveles administrativos que se corresponden con la división político-administrativa del país: el nivel nacional, representado por el Ministerio de Salud Pública como órgano rector; el nivel provincial, representado por la Dirección Provincial de Salud Pública directamente subordinada administrativa y financieramente a las Asambleas Provinciales del Poder Popular; y el nivel municipal, constituido por la Dirección de Salud Pública, dependiendo en el orden administrativo y financiero de las Asambleas Municipales del Poder Popular.

En cuanto al nivel de atención médica, éste se clasifica en primario, secundario y terciario. En el nivel primario se realizan las actividades a partir del área de salud (médicos de la familia, policlínicos, hospital rural, puesto médico rural) de manera integral y comunitaria. Existen programas de atención integral a la familia dentro de los cuales se ubican los ancianos, amas de casa y jubilados, como grupos expuestos a riesgos. El nivel secundario se ejerce básicamente a partir del hospital, donde se brindan las especialidades y recursos más complejos de diagnóstico; y en el nivel terciario se incluyen especialidades que, por su especificidad, requieren estar ubicadas en áreas de mayor población, como los servicios de neurocirugía, cardiología y trasplante de órganos.

Carácter Humanista de la Medicina en Cuba. La concepción profundamente humanista de considerar la salud como uno de los derechos humanos fundamentales del hombre y un objetivo estratégico del desarrollo de toda la sociedad, ha hecho que en Cuba durante las 3 últimas décadas se le haya prestado una atención prioritaria a su cuidado, prevención y fortalecimiento, dedicando los esfuerzos y recursos requeridos para consolidar un avanzado Sistema Nacional de Salud y Participación comunitaria.

El más estrecho contacto entre la comunidad y el sector de salud se establece en el nivel primario de atención y se traduce en la contribución consciente, crítica,

continua y permanente de los miembros de la comunidad para alcanzar objetivos comunes que le benefician. O sea, que la comunidad tiene mucho que decir y decidir dado su carácter protagónico en la solución de sus problemas de salud y la evaluación de los servicios que se le brindan, a los fines de enfrentar dichos problemas.

Esta participación activa se expresa en la presencia de la comunidad en las decisiones y en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

No se trata de solicitar la colaboración pasiva de la comunidad en forma esporádica para la solución de un determinado problema, de lo que se trata es de romper con el enfoque unilateral de la salud, con el propósito de lograr que la comunidad sea objeto y sujeto del sistema de salud. (10)

El Plan del Médico de la Familia. A partir de 1984 se ha desarrollado una nueva forma de atención médica con el establecimiento del “Plan del Médico de la Familia” mediante el cual un médico y una enfermera que residen en la propia comunidad brindan atención a 600-700 personas residentes en un área determinada, así como a las instituciones infantiles, escuelas y centros de trabajo ubicados en esa área determinada, los cuales cuentan con el apoyo y control de acción del policlínico correspondiente. Esta actividad ha representado una etapa cualitativamente superior en la atención ambulatoria.

Sus objetivos concretos consisten en promover la salud, prevenir la aparición de enfermedades y daños a la salud de la población, garantizar el diagnóstico precoz y la atención médica integral ambulatoria y hospitalaria oportuna, así como desarrollar la rehabilitación con base comunitaria. Como parte de su labor, el médico de la familia forma parte de un grupo básico de trabajo, constituido por 15 ó 20 médicos y enfermeras de la familia del área de un policlínico u hospital rural, al cual también se integran los profesores de medicina interna, obstetricia y ginecología, junto a la supervisora de enfermería y la trabajadora social.

Ley 1100 de 1963 – ley marco. En febrero de 1961 se pasó al Ministerio del Trabajo la administración del Seguro Social del Sector Público, ya unificado por la Ley 881 de 27 septiembre de 1960. Posteriormente, la Ley 938 de 1961 estableció un procedimiento uniforme para el otorgamiento de prestaciones. La Ley 1010 de febrero de 1962 transfirió igualmente a la jurisdicción del Ministerio del Trabajo el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, asignado a la competencia del Ministerio de Salud Pública el otorgamiento de las prestaciones de esta índole en los casos de maternidad. La Ley de 1024 de 1962 estableció el

gobierno y administración de las 18 instituciones de seguros sociales del Sector Profesional por el Ministerio del Trabajo.

La Ley 1100 de 1963 representó, la culminación del proceso unificador y un momento singular en la aplicación de los principios de universalidad, comprensividad e integridad en el Sistema de Seguridad Social. La Ley aseguró a todos los trabajadores y a sus familias, el amparo social en las más importantes contingencias, abarcando las de enfermedad, maternidad, accidente del trabajo y enfermedad profesional, invalidez, vejez y muerte.

Características del modelo de atención. El principio fundamental es llevar el médico adonde mismo está la población acercar al médico; el médico vive junto con la población, la medicina familiar se basa en la existencia de un equipo, de un binomio que lo constituye el médico con la enfermera de la familia, que trabajan y viven en la comunidad; en una comunidad cada binomio atiende un promedio de 600 a 700 personas, unas 120 familias, ese es un principio. El otro principio es que el médico y la enfermera dispensarizan al ciento por ciento de la población, o sea, no se ocupan de atender exclusivamente a las personas enfermas, incluso a los niños que haya que vacunar, sino que le dispensan atención médica, le dispensan educación sanitaria, en primer lugar, a toda la población sana porque su misión fundamental como guardián, nosotros le llamamos como un guardián de la salud, que cuida la salud de la gente, es elevar la cultura sanitaria, la educación sanitaria de la población para, con ese arsenal de medidas, la población, dentro de las posibilidades, no se enferme, que cuide más su salud, esa es la misión fundamental que tiene el médico de la familia.

La medicina natural se ha incorporado como una alternativa, a cada persona que se enferma, de acuerdo a la patología, se le indica y se le trata con lo que se tenga que tratar. Si es un hipertenso, con todo el tratamiento higiénico dietético de hipertenso y con las drogas, los medicamentos que llevan la hipertensión arterial, pero se observó en la década del 80 que esta medicina, que es una medicina muy económica, muy al alcance de la población para el tratamiento de determinadas patologías, de determinadas sintomatologías es muy útil y se dio como tarea preparar a los médicos de familia con su enfermera, y ellos están capacitados para implementar, ejecutar algunas técnicas.

Aspectos fundamentales regulados por la Ley 1100 de 1963. Reafirmó la responsabilidad del Estado en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del sistema de seguridad social y el principio de exención de cotizaciones u otras contribuciones por el trabajador y el jubilado.

Amplió la protección al 100% de los trabajadores asalariados, incluyendo a los asalariados del campo y a sus familiares.

Estableció un régimen coherente de prestaciones, articulándose para asegurar su disfrute sin interrupción.

Comprendió entre las contingencias cubiertas el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, abandonando la antigua teoría del “riesgo profesional” y adoptando un criterio social en la prevención, asistencia y rehabilitación. Abarco la maternidad, incluyó en el cuadro de las prestaciones a la enfermedad común y el accidente de origen común, cuyo seguro social no existía antes en Cuba.

Reconoció a los fines de la seguridad social los tiempos de servicios prestados en cualquier actividad laboral en todo tiempo.

La Salud un Problema de Carácter Social y Ambiental. En la actualidad, la sociedad atraviesa por un proceso acelerado de transformaciones de tipos tecnológicas, económicas, sociales y ambientales y América Latina y el Caribe no escapan de esta realidad. Dichas transformaciones han generado un sinnúmero de preguntas, reflexiones y debates sobre la manera como éstas afectan la vida nacional y de como los países enfrentarán los problemas que estos cambios generan. Los resultados de estos avances en Ibero América contrastan con las enormes inequidades sociales, que generan desequilibrios al medio ambiente y que comprometen a los recursos naturales existentes y la sustentabilidad del hombre en interacción con éste.

En la actualidad los problemas son cada vez más complejos y guardan estrecha relación, con las formas históricas de organización social, sus relaciones internas y la manera en que interactuamos con nuestro entorno natural; es decir, al relacionarnos con el mundo natural, se generan impactos ambientales que repercuten en los medios físico-biológicos y socio-económicos afectando positiva o negativamente el entorno y la salud humana.

De este modo, el concepto de salud incorpora elementos de carácter social y ambiental, por lo cual ya no es únicamente un problema de carácter sanitario y patológico; de hecho, se entiende como aquella situación deseable de pleno bienestar físico, mental y social a que se refiere la conocida definición de la OMS.

La salud se constituye de este modo en una premisa del desarrollo social; es decir, la salud es esencialmente el resultado de las interacciones de la sociedad con su medio.

Como se ha mencionado la salud poblacional y ambiental depende en gran medida de procesos económicos y sociales externos al sector salud. En este sentido, es necesario superar el concepto reduccionista, que entiende la producción de salud como la organización de servicios para el tratamiento de individuos enfermos como responsabilidad exclusiva del Estado, por uno integrador que involucre factores genéticos, medioambientales, socioeconómicos, de comportamiento y de atención médica.

La otra creencia que es necesario superar tiene que ver con la excesiva importancia que ocupan los servicios sanitarios en la producción de salud, no existe evidencia de que mayores recursos sanitarios se traduzcan en mejores niveles de salud.

Sobre lo anteriormente expresado es importante tener en cuenta que, la concepción que se tenga de la salud, define la naturaleza del modelo de atención de la salud y sus alcances en la calidad de vida de las personas en un momento histórico. Hasta ahora en muchos países la hegemonía del paradigma biológico individualista, ha dictado la pauta para la formulación de políticas de salud, definición de estrategias de intervención, organización y oferta de los servicios de salud, definición de indicadores y la asignación de recursos desde el sector público.

La necesidad de innovar el modelo de salud, se sustenta en la búsqueda de nuevas alternativas para abordar los problemas de salud holísticamente, y en principios éticos que recogen las nuevas aspiraciones de los pueblos que intentan alcanzar un desarrollo humano sostenible con equidad, así como superar las condiciones de pobreza que marginan del desarrollo socioeconómico a importantes segmentos de la población en el mundo de hoy.

La importancia de un nuevo modelo que conciba a la producción de salud en su dimensión integral, caracterizada como un proceso social dinámico y variable de bienestar físico, psíquico y socioeconómico. Reconoce la determinación social del proceso salud-enfermedad en su relación con las condiciones de vida y el derecho a la satisfacción integral de las necesidades humanas, incluyendo éticas y culturales que surgen como resultado de las relaciones entre los individuos.

La utilidad del modelo de salud en su capacidad de representación abstracta de la inserción del proceso salud - enfermedad en el entramado de las relaciones sociales, es decir, un modelo de salud nos da una idea de cómo se desarrolla el proceso de salud - enfermedad (función descriptiva) y qué debemos hacer para mejorar los niveles de bienestar (función normativa). Ello implica que el modelo de salud comprenda y aprecie el profundo enraizamiento de los valores humanos en las diferentes culturas de una sociedad que sirven necesariamente de base a las políticas sanitarias.

El principio básico de un modelo de salud consiste en promover y alcanzar mejores niveles de organización y relación entre los grupos sociales que conforman una sociedad, de modo que mejore la relación con su medio natural. Es por ello que Cuba muestra con su modelo de salud de que es posible desarrollar propuestas que impliquen la reorganización de los servicios de salud con: equidad y justicia social, orientación a la promoción de la salud y a la medicina preventiva, adhesión a valores humanos potenciando la solidaridad y elevada calidad y eficacia en la prestación de atención sanitaria.

El Sistema de Salud. La garantía de atención médica gratuita a toda la población cubana se convirtió desde los primeros momentos del triunfo de la Revolución en uno de los paradigmas sociales fundamentales. Esto se corresponde con la esencia humanista y de justicia social que caracteriza a nuestro proceso revolucionario. Desde el propio triunfo revolucionario se comenzó a trabajar por la creación del Sistema Nacional de Salud que llevó la acción del trabajador de la salud a los lugares más apartados. El sistema creado comenzó a realizar importantes reformas a partir de los años 60, como parte fundamental de las transformaciones del período revolucionario y en respuesta al respeto más absoluto de uno de los derechos humanos fundamentales de todo ciudadano.

En la etapa prerrevolucionaria, la atención médica y hospitalaria se caracterizaba por el predominio de servicios de carácter privado y mutualista. Esta modalidad en los servicios de salud impedía el acceso a las personas de más bajos ingresos, las que contaban como única opción con las Casas de Socorro, que atendían principalmente los casos de urgencia. Las instalaciones y el personal médico radicaban fundamentalmente en la capital del país, donde se concentraba el 65% de los médicos y el 62% de las camas existentes. En las zonas rurales, prácticamente no existía atención médica y se contaba con un solo hospital rural.

Las acciones emprendidas en el desarrollo de la red asistencial, permitieron la rápida transformación de la situación existente. Hoy Cuba cuenta con 381 áreas de salud con cobertura completa con el programa del médico de la familia, los que

superan la cifra de 28,000 médicos, distribuidos en todo el país. Más del 99,1 % de la población cubana está cubierta con un médico y enfermera de la familia y se espera alcanzar el 100% en los próximos años.

Principales Estrategias y Programas Priorizados.

- Reorientación del Sistema de Salud hacia la atención primaria y su pilar fundamental, el médico y la enfermera de la familia.

La atención primaria de salud, comprende un conjunto de procedimientos y servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como la protección de grupos poblacionales específicos y el abordaje de problemas de salud con tecnologías apropiadas de este nivel de atención, dirigido al individuo, la familia, la comunidad y el medio.

La atención primaria de salud en Cuba ha sentado precedentes en la salud pública internacional, por su carácter novedoso y futurista, especialmente con la implantación y desarrollo del modelo de atención de medicina familiar a partir de 1984.

El programa del médico y la enfermera de la familia, se ratifica como el eje del actual desarrollo estratégico, orientándose el resto de las estrategias a partir y en función de ella.

- Revitalización de la atención hospitalaria.

Durante la década de los años 80, el país realizó un gran esfuerzo por ampliar y modernizar la red de servicios hospitalarios, lo que implicaba mejorar coberturas, accesibilidad, capacidad, confort e incorporar las más novedosas tecnologías. Así alcanzan un total de 270 hospitales y 58713 camas de asistencia médica en el 2000.

Tabla 1. Comparación de la capacidad de prestación de servicios en Cuba en 1958 y 2000.

Capacidad para la prestación de servicios	1958	2000
Cantidad de hospitales	94	270
Hospitales Clínico-Quirúrgicos	0	36
Hospitales Pediátricos	3	25
Hospitales Generales	67	82
Hospitales Gineco-Obstétricos	10	31
Cantidad de camas de asistencia médica	28500	58713
Cantidad de camas de asistencia social	3965	14444

Como expresión del impacto logrado por el desarrollo de la medicina familiar descendieron en los servicios hospitalarios los ingresos, las consultas de urgencias, las intervenciones quirúrgicas y los medios auxiliares de manera importante.

- Programas de tecnología de punta e Institutos de investigaciones. Cuba ha desarrollado un grupo de programas de atención de primer nivel para garantizar la salud de la población. Entre ellos vale destacar los programas para prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, atención a las personas con insuficiencia renal, los cardiocentros, el diagnóstico precoz de las afecciones congénitas, prenatales, de sangre y hemoderivados y otros.

Programas de Salud.

- Programa materno infantil.

La obra de la revolución en la salud pública ha priorizado a los grupos poblacionales de riesgo, entre ellos y en particular a la mujer y los niños. Por este motivo, los principales logros obtenidos en los indicadores que reflejan el estado de salud materno infantil en Cuba están implícitos en la mayoría de las acciones sociales, culturales y de desarrollo económico. En este sentido, cabe destacar el índice de mortalidad infantil, que al cierre del año 2001 era de 6.2 por 1000 nacidos vivos.

- Enfermedades crónicas no transmisibles. El perfil epidemiológico nacional se caracteriza por el predominio de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades del corazón, los

tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes, representan casi las dos terceras partes de todas las defunciones que se producen en el país. Además merecen mencionarse por su morbilidad la diabetes mellitus, la cirrosis hepáticas, el asma y la hipertensión arterial.

Estas enfermedades se encuentran relacionadas con los hábitos y estilos de vida, donde se resaltan riesgos como: obesidad, sedentarismo, hábito de fumar, dieta inadecuada y otros componentes por lo cual la estrategia para el abordaje de estos problemas de salud particulariza el incremento de las acciones intersectoriales, en las que participan los principales grupos de especialistas e instituciones.

- Enfermedades transmisibles.

Las enfermedades infecciosas constituyen la principal causa de muerte en el mundo, muchas de esas enfermedades son prevenibles por vacunas. En Cuba se ha eliminado la poliomielitis, la difteria, el sarampión, la meningitis tuberculosa, el tétanos neonatal, el síndrome de la rubéola congénita y la meningoencefalitis pos parotiditis. Hoy aplican vacunas contra 13 enfermedades.

Este programa persigue como principal objetivo mantener el control de las enfermedades transmisibles para continuar disminuyendo la morbimortalidad y controlar los factores de riesgo para evitar brotes y epidemias.

- Atención al adulto mayor.

Los cambios demográficos que se vienen operando en Cuba como resultado de la disminución del índice de natalidad y el incremento de las expectativas de vida han conducido a un envejecimiento acelerado de la población con un 14.3% de la población mayor de 60 años.

El enfoque humanista de la sociedad socialista y la atención diferenciada que hay que brindarle a los grupos poblacionales que más lo necesitan ha sido una prioridad de la revolución cubana.

Esta población requiere de un plan de acción y atención diferenciada que cubra sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, elevando la calidad de vida. En este sentido el Sistema Nacional de Salud conformó el programa integral al adulto mayor con un enfoque comunitario e institucional, el mismo se acompaña

del desarrollo de la Geriátría y Gerontología y así estudiar mejor los aspectos de envejecimiento de las personas y sus requerimientos en nuestro medio social.

El programa prioriza el perfeccionamiento del trabajo en la atención primaria, fundamentalmente del médico y enfermera de la familia, utilizando los círculos de abuelos y otras alternativas no institucionales con la participación comunitaria.

Incidencia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Las Principales Causas de muerte.

Al Triunfo de la Revolución, el 14.2% de la mortalidad general correspondía a las enfermedades infecciosas. Hoy la proporción de defunciones por infecciones y parasitarias se ha reducido al 0.8% del total.

En el presente todas las enfermedades infecciosas se encuentran atendidas bajo programas actualizados de control con la excepción de la varicela.

El VIH/ SIDA, a pesar de constituir en el mundo de hoy una verdadera amenaza a la continuidad del género humano, en Cuba, como resultado de la adopción de estrategias tempranas y con un grupo de Gobierno para la coordinación de la respuesta nacional a la epidemia, se ha logrado mantener una lenta progresión de la enfermedad, con una prevalencia de 0,03 %, catalogada como la mas baja de América y una de las mas bajas del mundo.

En Cuba se garantiza el acceso a sangre segura certificando el 100 % de las mas de 600 mil donaciones voluntarias anuales y solo 13 casos han adquirido la infección por esta vía.

Se implementó la prevención de la transmisión perinatal (madre a hijo) garantizando pruebas voluntarias a las mas de 170 mil embarazadas por año y tratamiento antirretroviral y demás medidas recomendadas por ONUSIDA a las positivas, con solo 8 casos infectados por esta vía.

A través de un programa de atención integral para personas que viven con el VIH/ SIDA se logra la capacitación, seguridad social y laboral, asistencia médica especializada, que incluye el tratamiento antirretroviral y de enfermedades oportunistas, gratuito para el 100 % de los enfermos; un programa educativo cada vez mas fuerte que contempla la educación sexual en las escuelas, acciones educativas a grupos vulnerables, adolescentes y población general, entre otras

actividades. Se han detectado 3531 infectados de los que han enfermado 1290 y de estos han fallecido 890.

Tabla 2. Comparación de las principales causas de muerte en Cuba, 1958 y 2000.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE	1958	2000 *
Enfermedades del Corazón	1	1
Tumores Malignos	2	2
Enfermedad Cerebrovascular	5	3
Influenza y Neumonía	6	4
Accidentes	8	5
Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	-	6
Suicidio y lesiones autoinfligidas	-	7
Diabetes Mellitus	-	8
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	-	9
Homicidio	7	10
Enfermedades diarreicas	3	-
Enfermedades propias de la infancia	4	-

El Sistema de Salud de Cuba sufrió durante el periodo 1990-1996 los efectos restrictivos en la disponibilidad de recursos por la crisis económica mundial y la desaparición de la URSS y de los países de Europa socialista, las consecuencias de la aplicación de políticas neoliberales en América Latina y el recrudecimiento del bloqueo económico impuesto por el gobierno de los EE.UU.

En esas condiciones, mantener como prioridad la atención a la salud del pueblo, ha constituido un reto y objetivo estratégico para toda la sociedad y el estado. (11)

4.4.2 Modelo colombiano. Colombia inició un profundo reordenamiento del sector salud que afecta su organización, financiamiento y funcionamiento. Este proceso responde a los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad, consagrados en la Carta Magna de 1991 y posteriormente desarrollados por las leyes 60 y 100 de 1993; responde, además, a las grandes tendencias de globalización de la economía, privatización de los servicios, reconfiguración y modernización del Estado, que actualmente hacen parte de las estrategias centrales para mejorar la eficiencia del gasto público y la calidad de los servicios públicos en toda América Latina. Como resultado, el

antiguo sistema nacional de salud se está transformando en un sistema moderno de seguridad social en salud, concebido con el fin de mejorar las condiciones de salud en la población y contribuir al desarrollo social y económico del país, en general.

El antiguo Sistema Nacional de Salud de Colombia (SNS), vigente desde 1975, correspondía en realidad a un modelo fragmentado. En forma similar a la mayor parte de los países latinoamericanos, el SNS lo integraban tres subsistemas de prestación de servicios, cada uno dirigido a segmentos distintos de la población y con mecanismos de modulación, financiamiento y prestación de servicios diferentes. El primero de los tres subsistemas correspondía al de salud pública (SSP). Este subsistema, incorporaba todas las tres funciones, antes mencionadas, en forma vertical y centralizada alrededor del Ministerio de Salud y sus servicios seccionales de salud. Los organismos e instituciones que los conformaban se financiaban vía subsidios a la oferta procedentes de los ingresos corrientes de la nación y de otras fuentes públicas de destinación específica. Le correspondía cubrir al 75% de la población de más bajos ingresos; pero, en el mejor de los casos, alcanzaba sólo al 40%, con un paquete de servicios de baja calidad que le demandaba al país el 40% del gasto total en salud.

Los seguros sociales (SSS) administrados por el Instituto de los Seguros Sociales (ISS) y cerca de mil cajas de previsión, conformaban el segundo subsistema. Estas instituciones continúan siendo moduladas por el Ministerio del Protección Social, ya que además de los riesgos generales de salud también administran los riesgos profesionales, de invalidez y de vejez. Adicionalmente, se continúan financiando a través de impuestos parafiscales que pagan las empresas afiliadas y entregaba en forma directa un paquete amplio de servicios de mejor calidad a un grupo cautivo que representaba al 20% de la población correspondiente al segmento formal de la economía; no obstante, demandaba aproximadamente el 50% del gasto total del sector.

El subsistema privado de servicios (SPS) correspondía al tercero de los tres subsistemas. Este subsistema era el menos regulado de los tres por parte de los organismos estatales de inspección, vigilancia y control. Se financiaba a través de seguros privados y pagos de bolsillo y ofrecía los planes de servicios más amplios y de mejor calidad al 5% de la población de más altos ingresos, y le demandaba al país el 10% del gasto en salud.

Esta organización fragmentada del sistema de salud entró en crisis porque resultó insuficiente para responder a los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad y, además, por el poco impacto de sus acciones sobre el estado de salud de la población.

En el SNS se encontraban profundas discordancias entre la oferta hospitalaria y las necesidades y demandas de la población, determinadas especialmente por la baja capacidad resolutive, deficiencias en la calidad, accesibilidad y oportunidad de los servicios en el primer nivel. En cuanto a los procesos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de servicios, no prevalecía un concepto de red que permitiera hacer una eficiente, eficaz y oportuna utilización de la capacidad instalada. Los mecanismos existentes para las referencias a los hospitales de segundo y tercer nivel se basaban en las reparticiones político administrativas territoriales y tenían que ver muy poco con los espacios y la distribución de la población, es decir, la demanda, en detrimento de los objetivos del sistema de salud.

La red de servicios conformada por hospitales públicos locales, regionales y de referencia prestaba sus servicios a las poblaciones pobres bajo el esquema de asistencia pública. Sin embargo “dicha red obtuvo su máximo desarrollo en las regiones con menor porcentaje de población pobre mientras en las regiones menos desarrolladas y con mayores NBI apenas se tenía acceso a los servicios”. Por lo anterior y a pesar de que el sector en su conjunto poseía infraestructura y personal suficiente, en muchas oportunidades, por la inequitativa distribución regional, los municipios más apartados no contaban con la presencia del recurso humano mínimo para garantizar una apropiada atención.

De otra parte se presentó una inadecuada utilización de la infraestructura disponible. Por un lado las instituciones que debían prestar los servicios de primero y segundo nivel, no tenían la capacidad para hacerlo, lo cual llevó a que las instituciones especializadas que debían destinarse a prestar servicios de alta complejidad, debieran prestar estos servicios, pero con los costos de este nivel de atención. Esta distorsión hizo imposible el adecuado desarrollo de los centros de atención. Indicadores como el giro cama, el promedio estancia y especialmente el porcentaje ocupacional de camas hospitalarias reflejaban una utilización irracional de los recursos: el 80% de ocupación en los centros de gran complejidad, frente a 30 ó 50% de ocupación en los centros de menor complejidad. Paralelamente, los tiempos de espera para atención reflejaban la gran congestión en el nivel subespecializado debido principalmente a demandas que podrían haber sido resueltas en el nivel inferior.

Las enfermedades de fácil resolución en el primer nivel de atención, (con sencillas intervenciones de medicina general o con acciones de promoción y prevención), no fueron tenidas en cuenta en el diseño de las redes de servicios, llevando a que la atención básica y las acciones de prevención y promoción fueran descuidadas. Mientras tanto, procedimientos y tecnologías poco costo efectivas de segundo y tercer nivel de complejidad fueron ampliamente difundidas. La asignación de

recursos del sector público se realizaba de tal manera que a los hospitales de mayor complejidad y a las instituciones que generaban mayores gastos les correspondía mayor parte de los recursos. Esto, sin que el volumen de gastos coincidiera con la cantidad de servicios y su calidad. No existían criterios de manejo financiero eficientes, hallándose casos en los cuales los hospitales que presentaban superávit en una vigencia sufrían recortes de presupuesto similares a la cuantía de tal excedente, mientras que las instituciones deficitarias eran premiadas con incrementos presupuestales en las vigencias futuras.

La promulgación de políticas estaba enfocada a la asignación de recursos para curar enfermedades y no para generar salud en la población. Como lo afirma Yepes, “el sistema de salud Colombiano ha sido y continua siendo reparativo, centrado en la atención de quienes ya perdieron la salud, ignora la promoción de la salud y minimiza la prevención de la enfermedad”.

Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud fue creado por la Ley 100 de 1993. "Ley de Seguridad Social", el cual está compuesto por los Sistemas Generales de Pensiones, de Riesgos Profesionales, Servicios Sociales Complementarios y de Salud. Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida, mediante el cumplimiento de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias que menoscaban la salud.

En la búsqueda de un modelo de salud más universal, solidario y eficiente, así como de mejor calidad, tal como lo establece la Carta Magna, el nuevo SGSSS estableció relaciones competitivas, pero reguladas, entre agentes públicos y privados. Adicionalmente, separó la función de financiación del sistema de la prestación de los servicios, la reemplazó por un esquema de aseguramiento y, además, creó un aparato estatal que modula y regula la organización y funcionamiento de todo el Sistema.

En contraste con el antiguo SNS, el nuevo sistema de seguridad social en salud corresponde a un modelo único de seguros públicos, articulado alrededor de tres subsistemas concebidos y organizados horizontalmente. (12)

Subsistema de Modulación y Regulación. La organización y funcionamiento de todo el SGSSS, está fuertemente modulada y regulada por el Estado en Colombia, con el fin de corregir las imperfecciones inherentes a la prestación de los servicios de salud.

De esta forma, los principios generales de solidaridad, eficiencia, calidad y universalidad, están contenidos en la Constitución de 1991. Los objetivos y la organización general de todo el Sistema están definidos en las leyes 100 y 715 de 2001.

Los detalles sobre la operación de las instituciones aseguradoras, prestadoras de servicios y reguladoras, están contenidos en más de 500 regulaciones expedidas por el nivel central, conformado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), el Ministerio de Protección Social (MPS) y la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD). En los niveles territoriales, las competencias de modulación y regulación le corresponden a los Consejos Territoriales de Salud y Seguridad Social (CTSSS) y a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS). Estos organismos reguladores del nivel central y territorial comparten la responsabilidad de: 1) normar la organización y funcionamiento de los regímenes contributivo (RC) y subsidiado (RS) del SGSSS; 2) definir los contenidos de los planes de beneficios a los cuales tendrán acceso todos los colombianos, incluidos los servicios asistenciales contemplados dentro de los planes obligatorios de salud (POS) y de atención complementaria en salud (PACS) que administran las EPS, así como las acciones de salud pública a cargo del Estado contempladas dentro del plan de atención básica (PAB); 3) definir la financiación del POS a través de la Unidad de Pago Capitado (UPC); y, 4) vigilar y controlar la operación de todo el SGSSS de acuerdo con las normas establecidas por el CNSSS.

La calidad de los servicios, es uno de los aspectos que más atención han recibido en materia de regulación. Por tanto, en tanto en desarrollo del principio de calidad, y también de eficiencia, tanto los aseguradores como los prestadores de servicios de salud deben competir entre sí, frente a un mercado con capacidad de elegir libremente, vigilado y controlado por el Estado, especialmente la SUPERSALUD. Adicionalmente, el Sistema contempla varias estrategias de participación social a través de una serie de organismos de diversa índole, incluidos: el CNSSS, los CTSSS, las juntas directivas de las EPS y las Empresas Sociales del Estado (ESE), las Alianzas de Usuarios y los Comités de Participación Comunitaria, entre otros. Esto le permite a la comunidad organizada abogar ante las autoridades e instituciones por sus derechos y ejercer una veeduría y control sobre el funcionamiento de todas las organizaciones que integran el SGSSS.

Existen múltiples mecanismos de articulación que definen las relaciones operativas entre los diferentes subsistemas y actores. Este Sistema corresponde a un modelo mixto y singular de seguros públicos de salud (con muy pocos precedentes dentro del contexto mundial), en el cual existe un ambiente de competencia regulada por el Estado.

Subsistema de Financiamiento y Aseguramiento. Los servicios cubiertos por el SGSSS, se financian a través de un sistema de aseguramiento público (subsidios a la demanda), que le permite al Sistema asumir, disminuir y diluir las contingencias derivadas de los riesgos de salud especificadas en un plan único de beneficios el plan obligatorio de salud (POS).

El aseguramiento es administrado por Empresas Promotoras de Salud (EPS), de naturaleza pública o privada. Estas empresas asumen las contingencias especificadas en el POS, bajo dos regímenes de aseguramiento: contributivo (RC) y subsidiado (RS). En términos generales el POS se financia con recursos, que son de naturaleza pública, a través de una suma fija de dinero que el SGSSS le paga a las EPS a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA): la Unidad de Pago Capitado (UPC); ésta suma oscila entre aproximadamente U.S. \$100 a 150 por persona año y su monto está definido por el CNSSS. Los mecanismos de pago de la UPC a las EPS por parte del SGSSS son diferentes dependiendo del tipo de régimen de aseguramiento.

Con respecto al RC, cabe aclarar que antes de la Reforma se contaba con un subsistema de aseguramiento social, que cubría únicamente a los sectores formales de la economía y excluía a sus dependientes. En contraste, hoy día, todos los trabajadores (formales e informales), así como sus dependientes pueden acceder al POS; para hacerlo, aquellos trabajadores con ingresos suficientes hacen parte del Régimen Contributivo (RC) y, por tanto, deben cotizar obligatoriamente el 12% de su salario básico al SGSSS. Estas cotizaciones son inicialmente recaudadas por las EPS por delegación expresa del FOSYGA; posteriormente, las EPS se quedan con el valor de la UPC correspondiente a cada persona afiliada, mediante un mecanismo de compensación con el FOSYGA, que puede ser positivo o negativo.

El Régimen Subsidiado (RS) es uno de los componentes más novedosos del nuevo SGSSS. Este régimen, como lo indica su nombre, permite subsidiar el aseguramiento de los individuos más pobres y vulnerables de la población. Para identificar a éstas personas, las administraciones territoriales utilizan el Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN). Esta herramienta es un sistema de información que permite focalizar, es decir, destinar con criterios objetivos, los recursos de los programas sociales para alivio de la pobreza, incluidos los de salud, educación y vivienda. Los recursos financieros correspondientes al RS, en particular, se originan en varias fuentes, incluidas el 1 de los 12 puntos porcentuales de las cotizaciones provenientes del RC y una porción de los ingresos corrientes de la Nación que es transferida a los entes territoriales, entre otras fuentes, en desarrollo del principio de solidaridad. Por último, a diferencia del RC, en el RS el SGSSS le paga directamente a las EPS el valor de la UPC por

cada persona afiliada, a través del FOSYGA y de las Direcciones Territoriales de Seguridad Social y Salud.

Dados los efectos conocidos de riesgo moral que el aseguramiento ejerce sobre el gasto en salud, el SGSSS contempla varios mecanismos de contención de costos, para racionar tanto la oferta como la demanda de servicios, en desarrollo del principio de eficiencia.

La oferta discrecional de servicios de salud esta racionada inicialmente a través de Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual ampara un grupo definido de patologías con los siguientes servicios:

- Hospitalización.
- Consulta ambulatoria.
- Cirugía.
- Medicamentos esenciales (genéricos).
- Ayudas diagnósticas y laboratorio.
- Odontología básica.

El POS debe ser homogéneo en beneficios, calidad y condiciones de acceso, independientemente de las características sociales y económicas de los usuarios, en desarrollo del principio de equidad.

Los planes de beneficios asistenciales que contempla el SGSSS colombiano están concebidos con la intención de maximizar el impacto de los recursos limitados del sector sobre el estado de salud de la población. Por consiguiente, el POS fue diseñado para restringir el acceso a aquellas tecnologías de más alta prioridad, porque son las más costo-efectivas frente a las principales causas responsables de la carga de enfermedad que soporta la población (ej., atención de las mujeres

gestantes). Para acceder a servicios igualmente costo-efectivos, pero dirigidos a otras patologías no amparadas por el POS, porque son menos frecuentes (ej., algunos cánceres), las EPS pueden ofrecer planes de atención complementaria en salud. En cambio, aquellas otras tecnologías en salud que son muy costosas y poco efectivas deben quedar excluidas de los planes de beneficios del SGSSS, por considerarse de baja prioridad (ej., trasplantes de órganos y algunos tratamientos de cáncer); sin embargo, aquellas dirigidas a problemas de salud que son causas importantes de carga de enfermedad, se consideran como prioritarias para la investigación y desarrollo de nuevas tecnologías en salud, que permitan una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

El Sistema contempla otros mecanismos para racionar la oferta, especialmente los pagos prospectivos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). No obstante, su implementación avanza muy lentamente, como se verá más adelante.

Para racionar la demanda de servicios, los usuarios del SGSSS pagan cuotas moderadoras (CM) y copagos (CP) a las EPS, en el momento de demandar y acceder a los servicios amparados por el POS. Conceptualmente, las CM consisten en un pago equivalente a una fracción del valor de los servicios de ingreso por primera vez a la red de IPS (ej., consulta externa y de urgencias), y tienen la finalidad de racionar la demanda discrecional, es decir, aquella que no es necesaria desde el punto de vista médico. Los CP, por el contrario, se deben aplicar a todos los demás servicios una vez el paciente ya ha ingresado a la red de IPS, con el fin de racionar su utilización. Para cobrar las CM y los CP, las EPS recurren habitualmente a la venta de bonos que los afiliados deben comprar antes de utilizar los servicios amparados por el POS y entregar en las IPS en el momento de utilizarlos. Adicionalmente, el Sistema contempla la movilización de recursos importantes destinados a financiar las actividades de salud pública incluidas dentro de los planes de atención básica (PAB) y de promoción y prevención (PyP), con el fin de disminuir la carga de enfermedades. (12)

Subsistema de Entrega de Servicios. Para garantizar el acceso de la población afiliada al POS, las EPS ofrecen los servicios de salud de dos formas: directa, a través de sus redes propias, ó indirecta, a través de contratos con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), públicas o privadas. Además de la capitación hacia las EPS, el SGSSS contempla también formas de capitación hacia las IPS.

Desafortunadamente, el desarrollo de sistemas modernos de pago prospectivo a prestadores de servicios, que tanto éxito ha tenido en los E.U., ha sido muy pobre en Colombia. Más grave aún, para la mayoría de las IPS colombianas la base de

su financiamiento, continúa siendo los pagos retrospectivos por facturación, que inducen la sobreutilización de servicios.

Como resultado, muchas EPS no han podido, aún, contener el gasto en salud y lograr un equilibrio frente a la UPC. El ISS es la Empresa Promotora de Salud (EPS) más grande del país, con cerca de 9 millones de afiliados, todos en el Régimen Contributivo (RC). Pero, a pesar de su tamaño, la EPS encara serias dificultades para lograr un equilibrio financiero, principalmente porque sus gastos exceden en 1.25 veces el valor de la UPC.

Para lograr un equilibrio en la capitación en el futuro inmediato, las EPS colombianas, especialmente el ISS, requieren rediseñar sus procesos de pago a la IPS y los sistemas de información correspondientes, con el propósito de introducir técnicas modernas de pago prospectivo, incluidos los pagos:

Por grupos diagnóstico relacionados.

- Capitados.

En contraste con los pagos retrospectivos tradicionales, los pagos prospectivos inducen a los prestadores de servicios a utilizar más eficientemente las tecnologías de salud para atender las demandas de salud de la población.

El Sistema contempla otros mecanismos para garantizar la calidad y la eficiencia, incluidos:

- La libre elección de aseguradores y prestadores de servicios por parte del usuario, así como su participación en los cuerpos de regulación y dirección del SGSSS, con lo cual se pretende contribuir tanto al mejoramiento de la eficiencia en la utilización de los recursos como a la calidad de los servicios prestados.
- La transformación de las IPS, tanto públicas como privadas, en empresas con autonomía jurídica, administrativa y financiera, con capacidad para competir en función de la calidad y precios de los servicios ofrecidos.

- El traslado de los recursos financieros de la oferta a la demanda de servicios. (12).

Logros Alcanzados por la Reforma. La Reforma del SGSS apenas esta comenzando, será un proceso de muy larga duración como lo indica la experiencia de otros países, compuesto por tres etapas. Durante la primera etapa de la Reforma, entre 1990 y 1993, se formularon las políticas e instrumentaron las bases legales correspondientes. Rápidamente, a partir de 1993, se inició la segunda etapa de desarrollo normativo, habiéndose producido más de 500 normas desde entonces como resultado de ese proceso.

La tercera etapa de desarrollo y consolidación institucional comenzó más recientemente, hace unos nueve años, y tomará varias décadas antes de lograr los efectos esperados. Sin embargo, los resultados iniciales obtenidos a la fecha son considerables, a pesar de las dificultades coyunturales por las cuales atraviesa el SGSSS. (12)

Para el año 2003 hay 40 EPS y 43 ARS, según la Supersalud y el Ministerio de Protección Social. La población afiliada al Régimen Subsidiado está asegurada en cuatro (4) tipos de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS); las Empresas Promotoras de Salud (E.P.S.), Empresas Solidarias de Salud (ESS), Cajas de Compensación Familiar (CCF) y EPS indígenas, estas últimas autorizadas por la Ley 691 de 2001. Se destaca la continuidad y ampliación de cobertura del 46.5% de la población total afiliada al Sistema General de Seguridad Social, los cuales representan una cobertura del 70% de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) . El CNSSS planteó un esquema de operación regional con el fin de garantizar una mayor estabilidad financiera y capacidad resolutoria de las Administradoras del Régimen Subsidiado, fortaleciendo su verdadera función, logrando hacer más eficiente los procesos administrativos y garantizando la prestación de los servicios de salud con calidad a los usuarios dentro de los lineamientos del POS-S. Es importante destacar que el Acuerdo 244 para el Régimen Subsidiado, establece la cobertura inmediata de todos los niños recién nacidos de familias pobres aunque éstas no estén afiliadas al régimen subsidiado (13).

Según información suministrada por FISCALUD con base en el proceso de compensación, en el año 2002, se encontraban afiliados al Régimen Contributivo un promedio mensual de 13.165.463 afiliados compensados, correspondientes al 53.5%, de la cobertura total que suma 24.609.466 de colombianos que a la vez representan 56.1% de la población total. Durante el año 2002, del total de afiliados compensados, se presenta la siguiente distribución por tipo de entidad, el

72.6% está en E.P.S. privadas, aumentando en relación con el año 2001 que correspondió al 66.9%. En contraste, los afiliados al ISS y a las demás E.P.S. públicas representan en el año 2002 el 26.3% del total de afiliados, frente al 31.8% de la participación que tenían en 2001. Estas circunstancias obedecen puntualmente a la movilidad sostenida de afiliados del sector público (ISS y demás) al sector privado, ocasionado en gran medida por las condiciones de prestación de servicios de salud de estas entidades y la libertad de elección.

Comparado con el 2001 el promedio del ingreso base de cotización de los afiliados al régimen contributivo se redujo de 2.07 a 2.03 lo cual contrasta con el aumento del SMMLV en el mismo período de 8.042%. Este hallazgo pone de presente las dificultades del sector público, que se esperan también en los próximos años.

Así mismo se logró establecer una política de atención integral de patologías de alto costo para los Regímenes Subsidiado y Contributivo con el fin de corregir la concentración de costos por tratamientos para las patologías de VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica teniendo en cuenta la desviación del perfil epidemiológico de las EPS y las ARS. Con esta medida a mediano y largo plazo se pretende un cambio en el modelo de atención que fortalezca las acciones de Promoción y Prevención, la detección temprana, el adecuado seguimiento y control de las enfermedades crónicas, así como su tratamiento oportuno.

Como parte de la Política Farmacéutica Nacional el CNSSS creó el nuevo Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnología como Organismo Asesor, el cual tiene el reto de recomendar ante el CNSSS, como mínimo una vez al año, el ajuste y actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS) aplicando metodologías de evaluación de tecnología y medicamentos como mecanismo para que el POS responda a los principales problemas de salud de la población colombiana. Para realizar los trabajos encomendados requerirá del apoyo permanente del Ministerio de la Protección Social brindando insumos que sirvan como soporte para determinar las inclusiones o exclusiones a que haya lugar.

Estos resultados son de suma importancia, dadas las restricciones fiscales, las tasas de crecimiento económico, las fluctuaciones en los niveles de empleo y su composición por posición poblacional (asalariado / cuenta propia) y la pérdida de capacidad de pago en los núcleos familiares, que han afectado la afiliación al Sistema y la relación cotizantes / beneficiarios, incrementándose estos últimos, presionando las Subcuentas de Compensación y Solidaridad del FOSYGA.

De otro lado, la mayor parte de las IPS públicas se han transformado en ESE y están facturando al Sistema, lo cual representa un paso adelante hacia la transformación de recursos de la oferta a la demanda; pero aún no han adoptado los esquemas modernos de capitación, como se mencionó.

Adicionalmente, muchas EPS e IPS no cuentan aún con sistemas procesos y sistemas modernos de información, que les permitan enfrentar con más eficiencia la enorme complejidad operativa propia de los sistemas modernos de aseguramiento.

Adicionalmente, el gasto total en salud pasó del 7% a por lo menos el 10% del PIB. Este nivel de gasto, es considerable y representa un esfuerzo con pocos precedentes dentro del contexto mundial.

Así mismo y con la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en el nuevo Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social conservó su estructura y funciones permaneciendo como Órgano de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud que tiene la responsabilidad de adoptar las medidas que permitan dirigir y orientar el Sistema dentro de los límites que le impone el cabal ejercicio de sus funciones. (12)

5. ANTECEDENTES HISTORICOS

5.1 SEGURIDAD SOCIAL: SU EVOLUCIÓN HISTÓRICA

De 1883 a 2000

A continuación se presenta la evolución de la Seguridad Social desde los inicios del ser humano como ser social, a través de la historia.

Las formas primitivas de la seguridad aparecen en Judea, Egipto, Cartago, Fenicia y otros pueblos de la antigüedad.

Se recuerda las anécdotas del tiempo de las vacas gordas y de las vacas flacas y la necesidad de tener una reserva de los granos recolectados para los tiempos de escasez.

Muchas de las cofradías religiosas operaron a lo largo de la historia como verdaderos mecanismos de seguridad social para las poblaciones desprotegidas. La revolución industrial cambia radicalmente los mecanismos de apoyo a las poblaciones necesitadas y sometidas a riesgo.

La lucha del movimiento obrero incorporó rápidamente como una de sus reivindicaciones claves la seguridad social contra las enfermedades, los accidentes de trabajo y el desempleo.

Las mutuales y las sociedades de beneficencia fueron surgiendo en varios países de Europa.

1819

En América Latina - Caribe, uno de los precursores de la Política de Seguridad Social como fundamento de la organización de la sociedad fue el Libertador Simón Bolívar, quien afirmó en su proclama:

"El sistema de gobierno más perfecto es el que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de Seguridad Social y mayor suma de estabilidad política".

1883

Ante la presión sindical y política, en la naciente Alemania, Bismarck, el Canciller de Hierro instituye el primer régimen de seguridad social.

1889

Se creó el seguro de invalidez y vejez. Se aplicó inicialmente a las enfermedades y luego a los accidentes de trabajo. Beneficiaba a los asalariados y era obligatoria la afiliación.

Se financiaba y administraba en forma tripartita: Estado, Trabajadores, Empleadores.

Desde su origen, la seguridad social nace con la impronta de la SOLIDARIDAD SOCIAL, beneficiando por igual al que aportaba más como a quien aportaba menos.

Esta experiencia se fue extendiendo progresiva y paulatinamente a los demás países europeos

1906

Los trabajadores franceses, en la Carta de Amiens, reivindican el derecho a la seguridad social.

1911

Inglaterra implanta el seguro de desempleo

1917

La Revolución Mexicana tendrá luego una gran influencia en el desarrollo de un sistema de Seguridad Social, ya que se consagra ese derecho en el artículo 123 de la Constitución de 1917 aprobada en la ciudad de Querétaro. El artículo 123 se convirtió en la Carta de los Derechos de los Trabajadores. La misma Revolución rusa tiene también un gran impacto en este campo, ya que el Estado Soviético fue implantando políticas de seguridad social.

1919

Al culminar la primera guerra mundial, el nacimiento de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) a través de la Declaración XIII del Tratado de Versalles, significó la consolidación de políticas sociales para proteger a los trabajadores ante todo tipo de riesgo.

La OIT es una gran autoridad internacional en materia de Seguridad Social. Desde su fundación ha destinado más de 20 Convenios y otras tantas recomendaciones sobre la materia. Cuenta con estudios, publicaciones y expertos que prestan asistencia técnica.

Tiene un juicio crítico sobre la experiencia chilena. Es una fuente de consulta permanente.

1927

Se constituye en Bélgica con los auspicios de la OIT la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS).

1935

Se implanta en los Estados Unidos el primer sistema de Seguridad Social para la vejez, la supervivencia y el paro forzoso. A través de esta ley, la Social Security Act, es que adquiere definitivamente esta denominación. Se aplica realmente a partir de 1938.

1938

En Nueva Zelanda se implanta un sistema de Seguridad Social. Durante el desarrollo de la segunda guerra mundial.

1941

La Carta del Atlántico establece entre sus objetivos "el progreso económico y la seguridad social".

1942

En la Declaración de Santiago de Chile se estableció que: "cada país debe crear, mantener y acrecentar el valor intelectual, moral y físico de sus generaciones activas, preparar el camino a las generaciones venideras y sostener a las generaciones eliminadas de la vida productiva. Este es el sentido de la Seguridad Social: una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos". Esta declaración es hoy en día pisoteada por los neoliberales y por el mismo modelo chileno implantado por Pinochet.

El inglés William Beveridge, desarrolla un plan integral de seguridad social que tiene fuerte repercusión en los demás países. Esto mismo determina que al término de la segunda guerra mundial comience a generalizarse la implantación de sistemas de Seguridad Social en todos los países.

1944

La Declaración de Filadelfia, que sustenta una Seguridad Social Integral, promueve inmediatamente la RECOMENDACIÓN número 67 de la OIT sobre "La Seguridad Social de los Medios de Vida" como componente esencial de la Seguridad Social Integral.

1948

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre, en su artículo 22 consagra como un derecho esencial a la Seguridad Social estableciendo:

"Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".

1951

Aparece la Carta Social Europea donde se consagra la Seguridad Social como política fundamental.

Se constituye la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social que trabaja sobre un proyecto de Código Iberoamericano sobre Seguridad Social.

1963

El 19 de marzo, se constituyó el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) como órgano de Docencia y Capacitación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).

Década de los 80

En la década del 80, coincidiendo con la implantación del pensamiento único neoliberal, se inició la OLA DE PRIVATIZACIÓN de la Seguridad Social, siendo su modelo latinoamericano la aplicada en Chile por Pinochet que solo beneficia a los aportantes de buenos ingresos.

La voracidad del capital ha convertido en actividad comercial lucrativa la salud y la pensión de la población.

El Movimiento de Trabajadores rechaza la mercantilización de la Seguridad Social y considera una confiscación de la propiedad privada el despojo de que son víctimas los trabajadores en sus ahorros para constituir los FONDOS DE ADMINISTRACIÓN DE PENSIONES.

1993

En diciembre se promulga en Colombia la Ley 100 recreando el sistema de Seguridad Social en sus componentes de Pensiones, Salud, Riesgos Profesionales y Servicios Sociales Complementarios.

1995

El 8 de diciembre se aprueba en México la Nueva Ley del Seguro Social (NLSS) que entró en vigencia el 1 de julio de 1997. En Argentina, Perú, El Salvador y otros países se ha puesto en marcha la privatización de los sistemas de Seguridad Social. Uruguay ha ensayado un modelo mixto.

Novedades Importantes:

A pesar del propósito del neoliberalismo de privatizar todos los sistemas de Seguridad Social en la región, se dan iniciativas importantes para preservar su carácter de SERVICIO PUBLICO y conservar la responsabilidad de toda la sociedad y del Estado en la articulación de POLITICAS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Así existen:

- La Carta Social Europea
- La Carta Social Andina y del MERCOSUR

Varios Acuerdos de carácter bilateral y multilateral:

1980

Los Convenios Argentino, Brasileño y Argentino-Uruguayo. Existe una Convención de Seguridad Social de los países Centroamericanos, pero no es

operante. Costa Rica es el país que más ha desarrollado un buen sistema de Seguridad Social.

1994

En diciembre, el Protocolo de Ouro Preto que redefine la organicidad del MERCOSUR, estableció que el Sub Grupo de Trabajo número 10 es el responsable de asumir los Asuntos Laborales, de Empleo y Seguridad Social.

1996

El Convenio de Seguridad Social Argentino-Chileno, actualizando el anterior de 1972.

1997

Una novedad importante son los acuerdos bilaterales y multilaterales que están surgiendo al calor del proceso de Integración.

La Central Latinoamericana de Trabajadores -CLAT-, luego de realizar varios Coloquios y Conferencias Internacionales sobre la materia lanza una propuesta de Seguridad Social Integral participada y solidaria.

El 14 de diciembre, se firma el Acuerdo Multilateral sobre Seguridad Social del MERCOSUR. El artículo 2 expresa: "Los derechos de Seguridad Social se reconocerán a los trabajadores que presten o hayan prestado servicios en cualquiera de los Estados Parte, reconociéndose, así como a sus familiares y asimilados los mismos derechos y estando sujetos a las mismas obligaciones que los nacionales de dichos Estados Partes con respecto a los específicamente mencionados en el presente Acuerdo".

1998

El XI Congreso de la Central Latinoamericana de Trabajadores -CLAT-, reunido del 08 al 14 de noviembre en la ciudad de México, acordó:

"Rechazar el modelo de Seguridad Social privatizador que sólo busca fortalecer los mercados de capitales a través de inversiones forzadas de los trabajadores, elimina o reduce sensiblemente la responsabilidad o rol regulador del Estado, los trabajadores no participan en la administración de sus propios recursos y los derechos adquiridos pierden su vigencia y validez legal..."

1999

Es interesante el artículo 86 de la Constitución Bolivariana de la República de Venezuela que establece: "La Seguridad Social como servicio público de carácter no lucrativo" motivando una decisión del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que transmitió al gobierno venezolano que no podía aportar su cooperación financiera y técnico si no privatizaba la Seguridad Social.

1999/2000

Se aprueba en el Sistema Andino de Integración el Protocolo Modificadorio del Convenio Simón Rodríguez que trata sobre Política Social y Seguridad Social.

Se establece el acuerdo de propender a la extensión de los beneficios fundamentales de la Seguridad Social a los trabajadores de los diferentes países miembros.

Se revisa las decisiones 113 y 148 sobre "Instrumento Andino de Seguridad Social" y Reglamento del "Instrumento Andino de Seguridad Social". Otra de las novedades importantes es la incorporación de los trabajadores de la economía informal a la Seguridad Social.

2000

El 15 de marzo, se firma un Convenio entre la Caja Costarricense de Seguridad Social y la Federación Costarricense de Trabajadores Autónomos, por el cual se acuerda extender la aplicación de los Seguros Sociales en forma de cotización colectiva para grupos organizados, rigiéndose para todos los efectos por los alcances del Reglamento del Seguro Voluntario. El lema de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) es: "No hay Paz Verdadera sin Justicia Social, No hay Justicia Social sin seguridad Social".

Aparición de la Seguridad Social en América latina. En la primera mitad del S. XX, América Latina es fuertemente influenciada por el modelo de seguridad social Bismarckiano. Muchas de estas influencias parten paralelamente con las enseñanzas del Código de Malinas, del Cardenal Mercier, desde la Universidad de Lovaina en Bélgica; que ya había llegado a constituirse en uno de los principales centros de difusión de Doctrina y Política Social del Mundo.

También es evidente y manifiesta la influencia de la OIT en la instauración de la Seguridad Social en la región. De la Memoria del director General de la OIT presentada a la Décimo tercera Conferencia de los Estados de América, miembros de la OIT, Caracas 1.992, extraemos: "Los regímenes que se originaron en esta etapa fueron marcadamente influenciados por las normas de la OIT (muchos de ellos contaron con el asesoramiento de la Oficina para realizar los estudios técnicos correspondientes)".

La V Conferencia Panamericana, reunida en Santiago de Chile en 1.923, mediante la aprobación de su IV resolución expresa: "La Conferencia Panamericana recomienda el establecimiento, en cada país, de los seguros sociales y especialmente en los ramos de accidentes, de enfermedades invalidez".

Chile es el País pionero en materia de Seguridad Social en la Región, al establecer el modelo bismarckiano en 1.924. El modelo se extiende rápidamente a lo largo y ancho de América Latina. Ecuador adopta el modelo en 1.935; Perú lo hace en 1.936; en 1.937 Brasil lo incorpora a la Constitución; Bolivia lo hace también con carácter constitucional en 1.938; Paraguay y Cuba lo hacen en 1.940; Costa Rica legisla en 1.943 y le da carácter constitucional en 1.949. Paulatinamente la Seguridad Social se expande a toda la Región. (14)

5.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE EUROPA

EL ENTORNO EUROPEO

Desde el crecimiento y fortalecimiento de la Unión Europea hasta el desmoronamiento del bloque *del Este*, no han sido sólo los cambios políticos y económicos los que han caracterizado a Europa; también han surgido cambios en áreas que tradicionalmente eran exclusivas de la Medicina y que en la actualidad son servicios sanitarios que implican no sólo a la atención médica y sanitaria, sino las decisiones de tipo político y económico.

En los servicios sanitarios han coincidido la necesidad de conjugar los recursos limitados con el aumento de las demandas sanitarias, el desarrollo de nuevas filosofías de asistencia o atención a los problemas de salud y el advenimiento de otras formas de financiación y/o prestación de servicios (15).

La Medicina General y de Familia ha seguido modelos diferentes en los países europeos, no sólo en su organización, sino en sus fórmulas de financiación, provisión y desarrollo. El estudio del Comité de Acción Concertada de investigación de servicios sanitarios para la Unión Europea nos muestra diferencias en número y en la proporcionalidad de médicos por Estados miembros, donde existía al principio de los años 90 una variabilidad desde los 388 médicos por cien mil habitantes (Italia) hasta los 130 del Reino Unido (16), correspondiendo el 22 y 42% respectivamente a los médicos generales. En España los últimos datos y previsiones son alarmantes y como veremos más adelante son causa de buena parte de los problemas de la profesión (17).

El modelo de convergencia europea está provocando una aproximación en sus modelos de provisión y financiación de los sistemas sanitarios de los países europeos, de tal modo que, como señalan Ham y cols (18), países con sistemas más orientados hacia el mercado han ido transformándose hacia una mayor regulación y control de costos, en contraposición a otros que con un mayor control sobre la planificación, financiación y gestión lo han hecho o están haciendo hacia estructuras orientadas al mercado.

MODELOS DE REFERENCIA

Para Mc Whinney (19), las disciplinas clínicas se basan en un conjunto de factores, algunos de ellos epistemológicos y otros prácticos y administrativos. La base de una disciplina epistemológica, es decir, que ofrece conocimiento que tiene origen o fundamento, su esencia o trascendencia, y su criterio de problemas importantes a los que se enfrenta su profesión y sobre los conocimientos necesarios para resolverlos. En una disciplina clínica, eso incluirá la experiencia compartida de problemas clínicos frecuentes.

Para que una disciplina sea realmente independiente, deben existir algunas cuestiones en investigación que sólo pueden contestarse desde el interior de tal disciplina, aun cuando los métodos puedan ser tomados de otras especialidades, pero sólo alguien desde dentro de esa disciplina puede conocer el contexto en que se aplicarán esos métodos, especialmente los posibles errores metodológicos. La base epistemológica implica también un acuerdo sobre los conocimientos de la

disciplina y la forma de adquirirlos (20). Para Kuhn (21), los miembros de una especialidad comparten una determinada visión del mundo, en gran parte inconsciente. En ese sentido, la Medicina General y de Familia puede ser considerada una disciplina clínica, aun cuando no exista un acuerdo completo sobre todas las cuestiones anteriores, o bien que los desacuerdos ocurran por cuestiones, que aunque de interés, sean ajenas a la disciplina. Es el mismo Kuhn quien decía que el desacuerdo es frecuente en determinados estadios durante el desarrollo de algunas disciplinas. El desacuerdo puede ser enriquecedor si adecuadamente gobernado obliga a tener presente al otro, y constituye un camino interesante de aproximación a lo cierto.

En muchas ocasiones, sobre todo en el ámbito norteamericano, se ponía en duda lo que allí es Medicina de Familia, como una entidad propia, ya que comparte muchas áreas de conocimiento con la Medicina Interna, sin embargo, la historia de la Medicina General y de Familia no surge a partir de la Medicina Interna; ni de ninguna otra. Como probablemente sea necesario repetir el MG/MF cuida y atiende a la persona, su familia y el entorno donde vive y sus condicionantes, y lo hace antes, durante y después de sentirse enferma sin otra connotación (22- 24). Si hay algo que unifica los modelos teóricos de la Medicina General y de Familia en el mundo es que todos aspiran con más o menos fortuna a constituirse en lo que podemos denominar Modelos de Gestión Integral de la Salud.

Aunque lo anterior identifica al denominado médico general europeo, presente reiteradamente en declaraciones de la Unión Europea de Médicos Generales (UEMO) y otros grupos y organismos (23), se identifican países donde la Medicina General y de Familia está bien estructurada, con un modelo de atención bio-psico-sociales o que han ido evolucionando hacia él (Países Nórdicos, Reino Unido, España...), o modelos que funcionan orientados a la enfermedad y a la resolución de los problemas que plantea (Alemania, Francia...). A estos datos hay que sumar un estudio de Bárbara Starfield, de la Universidad John Hopkins de Baltimore, Estados Unidos, quien plasmó en un libro recientemente presentado en Barcelona, la situación de la Atención Primaria en el mundo (25). En su opinión, la salud de la gente depende directamente del médico general, porque es el único que se centra en la persona y no en la enfermedad. Dice que en una sociedad con un sistema de Atención Primaria potente, los principales beneficiarios son los niños, más que los adultos. Pero quizá sea más relevante resaltar que entre las conclusiones de este estudio, la Atención Primaria española queda situada en el quinto lugar del mundo, junto a Dinamarca y por encima de potencias como Canadá, Australia y Suecia, y aún mejor situada que Alemania, Bélgica y Estados Unidos, considerados éstos por la autora como países con "malos" modelos de Atención Primaria.

LA GESTIÓN INTEGRAL DE SALUD EN ESPAÑA

Expresado de diferentes maneras (26) la gestión integral de la salud es lo que espera la sociedad de los médicos y que constituía el fundamento de la mal denominada "Reforma de la Atención Primaria", mal desarrollada, redefinida permanentemente, interminable y ahora agotada. Pero ese compromiso que es no sólo curativo, también preventivo y por supuesto social, sufre profundas contradicciones con la práctica diaria. Llama la atención la utilización de modelos de calidad hospitalarios que no responden ni a las cualidades y atributos de la Atención Primaria, menos aún a los resultados. Se utiliza el análisis comparativo transversal para establecer diferencias interesantes entre procedimientos diferentes, sometidos a factores distintos, por ejemplo entre el denominado modelo tradicional y el renovado. Por otra parte, al incremento progresivo del gasto sanitario no le acompaña los impactos proporcionales en términos de salud o de calidad de vida, entre otras cosas porque la totalidad de ese incremento se dedica a los aspectos curativos en detrimento de lo preventivo y lo social. Continúan expectantes los más débiles: pacientes crónicos y geriátricos, atención a los problemas de salud mental, drogodependencias y psicosociales.

El modelo gira en torno a una medicalización absoluta de los problemas de salud, donde se confunde a menudo y se impone siempre la razón administrativa sobre la razón sanitaria y en torno a una adicción y promoción exclusiva de terapias farmacológicas, de las que todo se espera (el milagro en forma de pastilla). Se olvida y parece ciencia ficción, la educación para la salud, la atención a la comunidad y a los problemas medioambientales, la promoción de estilos de vida saludable, los autocuidados (no como parece entenderlos cierto sector sanitario como una vía alternativa de promoción del consumo de medicamentos) y los sistemas de ayuda para que el ciudadano asuma sus decisiones en relación con su salud. Y no es que el modelo teórico que lo sustenta no sea bueno, sino que se hace irrealizable, incumplible, porque la realidad impone una dedicación absoluta a las tareas curativas. Incluso la situación de la medicina asistencial es alarmante por la masificación de consultas, con un incremento progresivo de la burocracia para los órganos intermedios y de control del Sistema Nacional de Salud, sin que se pueda dedicar el tiempo a cada paciente con el sosiego y tranquilidad necesaria, el médico trabaja más para servir al Sistema que para el Paciente. Y todo lo anterior dentro de unos espacios de actuación reducidos al centro de salud donde se practica una medicina y donde los resultados y el individuo parecen contar poco.

SITUACIÓN PROFESIONAL DE LA MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA EN ESPAÑA

La situación del médico en España a grueso modo, viene determinada por: estructuras de representación profesional muy débiles frente a un único empleador que es el Estado, inseguridad laboral, mecanización excesiva del trabajo asistencial, dilución de responsabilidades, lucha por la función y el puesto de trabajo y desmotivación.

5.3 ANTECEDENTES HISTORICOS LATINOAMÉRICA

La Medicina familiar ha si do ejercida desde hace muchos años en los diferentes continentes, y se constituyó como especialidad en las Américas en 1.969.

A través de la historia la educación como la práctica médica ha sufrido cambios de acuerdo a los contextos socioculturales del mundo y responden a los retos científicos, tecnológicos y sociales. En las Américas, la práctica médica general tuvo su auge y florecimiento en el siglo XIX, producto de la intervención de médicos entrenados en Francia, en Philadelphia, con aprendices y artesanos que “ejercían” la cirugía , sin “haber tenido escuela”.

En 1.889 se inicia la especialidad con la creación de la Escuela de Jhons Hopkins, buscando la fundamentación científica a la educación médica, principio que se ve reforzado en 1910, con el informe del pedagogo, Flexner, no médico, marcando el inicio de la edad de la especialización.

Henry E. Sigerist (1945) definió las 4 grandes tareas de la medicina como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento del enfermo y la rehabilitación.

La educación, la practica médica se orientan hacia el laboratorio, la tecnología, la investigación; se valoran las especialidades y la práctica general tiende al descenso. Después de la Segunda Guerra Mundial, las especialidades mayores como la Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstreticia, inician su fragmentación, lo cual disminuye el deseo de ejercer la medicina general.

Al inicio de la década de los 60, se caracteriza por el enfoque de la atención hacia el grupo médico y se considera necesario realizar la aproximación entre lo tecnológico y lo humano, para mejorar la comunicación, establecer la cooperación y disminuir la fricción para dar así respuesta a la necesidad sentida de las personas que reciben los servicios, quienes claman una atención humana además de ser cualificada. La Sociedad Médica Americana convocó la comisión Millis, conformada por 8 profesionales no Médicos y tres Médicos, con el propósito de investigar el conflicto existente dentro de la profesión en sí misma. Para ese entonces, en 1963, las escuelas de Medicina se consideraban fábricas académicas que producían practicantes de medicina especializada, las cuales no reemplazaban ni mantenían la población necesaria de médicos generales, la cual se va disminuyendo.

En 1966, en el reporte final de la comisión Millis surgieron dos recomendaciones:

Era necesario formar en las escuelas de medicina un médico llamado “primario”, que fuera educado para proveer cuidado continuo e integral con énfasis en acciones preventivas y curativas.

Siendo necesario proporcionar nuevo cuerpo e conocimientos, diferente a los ofrecidos en esas escuelas de medicina. Según cita Charles E. Odegaard, PhM, miembro de la comisión: “Los buenos médicos de cuidado primario actualmente en práctica, han adquirido mucho de su habilidad y sabiduría de la experiencia o de la intuición. Es necesario que las escuelas de medicina y los hospitales universitarios intenten desarrollar un cuerpo de información y principios generales que se preocupen por el hombre (ser humano, hombre y mujer) como un todo, para que a la vez este hombre en la sociedad provea prácticas dentro de un marco intelectual en el cual las lecciones de la experiencia puedan ser incorporadas. Aunque esto requiera desarrollar nuevas metodologías de enseñanza. Lo importante y prioritario es impartir este nuevo cuerpo de conocimiento.”

En 1967, un grupo pequeño de médicos que venían ejerciendo la práctica general, se auto denominaron “ grupo de médicos familiares” y establecieron un nuevo sistema para certificación. En 1969 se veía un fuerte liderazgo de los médicos familiares en Estados Unidos fundándose una asociación médica, conocida como la Sociedad de Profesores de Medicina Familiar (STFM).

En 1972 los Doctores Joel Alpert y Evan Charvey elaboraron para el Centro Nacional para el Desarrollo de Servicios de Salud, una monografía que se tituló “La educación de médicos para cuidado primario”. Se delinearon conceptos

fundamentales, incluidos posteriormente como los principios de la medicina familiar, postulados por el DR, McWhinney. Proponían que “El médico para el cuidado primario debía establecer el primer contacto, ofrecer continuidad, integración y coordinación del cuidado y centrar su enfoque en la familia.”

En Latinoamérica se gestaron encuentros que dieron paso al debate acerca de la educación y la práctica médica. Entre las que tenemos la reunión de Ministros de Salud en Punta del Este, Uruguay, así como la creación de una Asociación para el Desarrollo de la Medicina Familiar en Iberoamérica, conocida como el Centro Internacional de Medicina Familiar (CIMF). En Colombia, se dio la movilización de las Facultades de Medicina, los estudios de Recursos Humanos y la publicación de “El Médico General una respuesta para el futuro”. Se dieron transformaciones curriculares, que cambiaban la duración de la formación médica y sus contenidos, además de la integración Docente- Asistencial (IDA).

En 1978 a nivel Mundial, la reunión y la declaración de Alma-Ata, en Kazatskan, en la antigua Unión Soviética, orientada a establecer lineamientos y acciones para el logro de “salud para todos en el año 2000”, creó inquietudes y nuevos retos para la formación del recurso humano y la prestación de servicios e incorporó más directamente el elemento comunidad, como parte importante de la relación oferta-demanda en servicios de salud.

Ante la dificultad para poner en práctica lo planteado teóricamente en Alma-Ata y enfrentando en cada lugar las situaciones de pobreza, diversos niveles de desarrollo, intereses políticos, se realizan reuniones regionales y se buscan alternativas locales que permitan adoptar estrategias para cada situación. Se resaltan las declaraciones de Riga, Harare-zimbawe y los movimientos para establecer los sistemas locales de salud-SILOS.

En 1979 la Asamblea Mundial de la Salud reafirmó que la salud influye poderosamente en el desarrollo socioeconómico y en la paz y que la clave para alcanzar la salud para todos es el sistema que se basa en la atención primaria de salud.

A finales de la década de los 80 e inicio de los 90, se implementan estrategias para impulsar la promoción de la salud y se producen la “Carta de Ottawa” Se destacan las acciones para incorporar la promoción de la salud, y el desarrollo del potencial humano. Se caracterizó a la promoción de la salud como “El proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Enfatiza también la necesidad

de emprender acciones tendientes a reducir las diferencias en el estado actual de la salud, asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su potencial.

Asimismo, en desarrollo de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Santafé de Bogotá en 1992², se consideró como un desafío de la salud en América Latina "el transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como de trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo".

Además, aparecen en el Caribe y Sudamérica varios programas de formación de Post-Grado en medicina familiar.

En Noviembre de 1994, se lleva a cabo en Canadá la reunión que congrega a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Colegios y Asociaciones de Médicos Familiares (WONCA), en donde se dictan recomendaciones para implementar la formación en Medicina Familiar en el Mundo, tanto en Pre-Grado Post-Grado y en la educación continua. Como resultado, se espera obtener un médico que brinde atención Integral, cualificada, con balance apropiado de la relación costo-beneficio, según cada contexto, y que responda a la necesidad de la población. (27)

5.4 ANTECEDENTES HISTORICOS COLOMBIANOS

Los procesos de reforma del sector salud y sus lineamientos jurídicos son uno de los cambios más trascendentales que ha tenido Colombia en los últimos años. La multiplicidad de decretos, resoluciones, circulares y acuerdos que la han reglamentado, dan una idea de su complejidad y de los desafíos que se enfrentan con su ejecución; esto también refleja las implicaciones político sociales para el país como resultado del proceso.

Desde finales de la década de 1960, en Colombia, la salud empezó a considerarse como una inversión y no como un gasto; esto merecía que fuera objeto de una planeación rigurosa y su reflejo fue la orientación sanitaria del Estado en materia de inversión, visualizada en dos sentidos: ampliación de coberturas a costos mínimos y administración de la asistencia médica por parte del Estado. Esta orientación tuvo implicaciones profundas en la comprensión del proceso salud-enfermedad; imperaba una nueva concepción del proceso salud-enfermedad con

su multicausalidad, su estrecha relación con los programas de salud y el desarrollo; se consideraría como resultante de las condiciones de vida de la población.

En la década de 1960 entraron a operar en Colombia los servicios seccionales de salud, base de una nueva estructura organizacional, y entró en aplicación y desarrollo el Plan Nacional Hospitalario (1969) y la concepción organizacional del sistema de regionalización de los servicios, con cuatro niveles diferenciados de atención médica; subsistema de información, la administración de personal, el manejo de suministros y el desarrollo de la investigación.

En 1975 se organizó formalmente el Sistema Nacional de Salud. Se definió como "el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación." Su funcionalidad se basó en la dependencia entre niveles, la regionalización de servicios, la prestación de servicios según niveles de atención, relaciones intersectoriales y la inclusión, como componente importante, de la participación de la comunidad. El sector privado participaba en dos áreas, una en la financiación del sistema, aportando obligatoriamente, las cotizaciones de sus trabajadores, las cuales eran asumidas en un porcentaje por el trabajador y otro por el empleador y la otra área, la prestación de servicios por medio de instituciones con ánimo de lucro que eran contratadas con el estado y en las que el sistema nacional de salud era un ente regulador y acreditador. El sistema nacional de salud aparentemente asumía una concepción integral en la prestación de servicios de salud; sin embargo, el modelo biomédico seguía imperando y la preeminencia de la actividad curativa fue el común denominador.

Ley 10 de 1990. Precipitó cambios conceptuales e institucionales importantes con la introducción de un nuevo concepto de "sistema de salud más acorde con las ideas contemporáneas de los modelos de salud con características multisectoriales y de concertación. Como aspectos básicos se le anotan:

- En su Artículo 1º consagra la salud como servicio público: "La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio". La consecuencia lógica de este principio consiste en que el Estado debe intervenir y regular el servicio público, las condiciones de prestación de la salud en cuanto a su oportunidad, continuidad, calidad, cobertura, organización, gestión y políticas fundamentales, así se suministren pública o privadamente.

- El concepto de salud que propone la ley se dirige a enfatizar que la salud es un proceso resultante de factores biológicos-genéticos, del ambiente, comportamiento y de los servicios institucionales y que, por tanto, se hace necesario actuar en forma conjugada sobre todos ellos, con el propósito de alcanzar un bienestar integral.

- Aumentó la financiación y descentralización del sector salud: los departamentos y municipios a partir de ella deben presidir la administración de los hospitales a su cargo.

- Incorporó los planes básicos de salud a los procesos de desarrollo municipal y departamental, estableciendo mecanismos de financiación con aportes provenientes del impuesto al valor agregado (IVA) y el monopolio sobre todos los juegos de apuestas y azar.

Sin duda, el espíritu de la ley fue el de visualizar la salud con una concepción más integral y abrir un marco de referencia para las acciones de promoción de la salud, siendo importante el énfasis que le dio a la multisectorialidad. En este sentido propone un nuevo marco de prestación de servicios de salud complementarios, que favorece la participación activa de la comunidad (Artículo 3º: Principios básicos: participación comunitaria) para que ellos modifiquen su comportamiento y hagan conscientes los factores variables que inciden en el estado de salud.

Bajo la influencia de esta Ley es preciso destacar el "Plan de atención primaria 1991-1994: Familia sana en ambiente sano" cuyo propósito fue⁵ "Contribuir a elevar la calidad de vida de los colombianos, a través del desarrollo de un plan de fortalecimiento del primer nivel de atención, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, haciendo énfasis en el mejoramiento del estado nutricional y alimentario y en el saneamiento básico".

Como estrategias y líneas de acción para el cumplimiento de este plan se consigna en su parte final la estrategia de las estrategias⁶: "Una cultura de la salud con participación y cogestión" en la que expresa:

- "Las estrategias planteadas deben contribuir a desarrollar una cultura de la salud donde ésta, más que la enfermedad, constituya el fundamento esencial de la política. En tal sentido, si se estimula la preocupación de la sociedad por mantener las familias sanas, las ciudades sanas, el ambiente sano, se hará un aporte decisivo al desarrollo de una sociedad saludable. Además, deben

contribuir a que la población conozca y haga valer sus derechos con respecto a servicios de calidad y oportunos. Pero también, a que asuma las responsabilidades individuales y comunitarias que le corresponden, para lograr una vida sana..." Para llevar a cabo el plan se contemplaban acciones de fomento y prevención como promoción y educación sanitaria, educación para el autocuidado de la salud, modificación de hábitos nocivos para la salud y fomento de los positivos.

La Ley 10 de 1990, abre la brecha de cambios que tuvo Colombia, con la expedición de la nueva Constitución Política, la Ley 60 y la Ley 100 de 1993.

Un año después de la vigencia de la Ley 10 de 1990, se expide la nueva Constitución Política, que en su preámbulo reza:

"El pueblo de Colombia en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga la siguiente Constitución Política de Colombia."

Podría afirmarse que allí están señaladas las aspiraciones del pueblo colombiano en relación con la salud; asume como finalidad social del Estado el de procurar el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida de la población, la solución de las necesidades de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, alimentación, recreación, cultura, deporte y vivienda, es decir, de la seguridad social en general. La constitución política de Colombia de 1991 consagra en el artículo 48 la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del estado y el artículo 49 que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado.

Si se considera la definición de promoción de la salud, expresada en la Carta de Ottawa en 1986⁷ "como la estrategia para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma", la constitución colombiana plasma una visión integral del hombre, e incorpora en ella mucho más que simples mandatos específicos, preceptúa sobre los fines hacia los cuales debe tender todo ordenamiento jurídico, y señala principios y valores que luego incorpora en su articulado, así:

Protección al derecho a la vida: artículos 2 y 11.

La convivencia y la paz como principio y fin de todo el ordenamiento jurídico y de la acción del Estado: artículos 2 y 22.

El trabajo como derecho fundamental: artículos 2 y 25.

La justicia como substrato de todo el orden jurídico: artículos 4, 6 y 229.

Principio de la igualdad reconocido tácitamente en el Artículo 13 y explícitamente en otras normas constitucionales: artículos 5, 7, 17 y 43.

Los aportes de la carta constitucional de 1991 en materia de promoción de la salud son:

- Ampliación de las razones de la intervención estatal, ya no sólo con fundamento en el interés social, sino también en la provisión a la protección del ambiente y del patrimonio cultural de la nación, hecho que abre la puerta de un nuevo modelo de desarrollo económico a instancias de la constante preocupación constitucional por la conservación del ambiente, incorporando la noción ecológica al proceso económico, dentro del marco del llamado desarrollo sostenible.
- Consigna como una función del Estado la prestación de los servicios públicos básicos, en los que se incluye el derecho a la seguridad social y a la salud, asignándole para su prestación criterios de eficiencia, universalidad e integralidad. Facilita su prestación por el Estado o por el sector privado, manteniendo el primero las funciones de regulación, control y vigilancia (Artículo 365).
- Favorece la descentralización ya consignada en la Ley 10 de 1990, pues permite que mediante reglamentación legal se definan las competencias de cada nivel de gobierno en la financiación administración y prestación de los servicios públicos, facilitando así que las asambleas, en concertación con los municipios, regulen los servicios de educación, salud y deporte.

- Por otra parte, con el fin de garantizar que la población de menores ingresos tenga acceso a niveles mínimos adecuados de los servicios públicos básicos, el Estado, en cualquier nivel de la administración, tiene la posibilidad de apoyarlos mediante el otorgamiento de subsidios preceptuados por la constitución para las áreas de acceso a la salud y a la educación, donde el Estado garantizará un nivel mínimo de servicios básicos a la población, y atención en salud gratuita a los menores de un año que no tengan el servicio (artículos 49 y 67). Es este el fundamento del régimen subsidiado.

- En el proceso de financiación, se enfatiza en el gasto social; éste hace parte del presupuesto y tiene prioridad sobre los demás gastos. Se establecen parámetros para su regionalización de acuerdo con el número de personas con necesidades básicas insatisfechas y la eficiencia fiscal y administrativa de las entidades. En este tema merece destacar el aporte que reciben los municipios de los ingresos corrientes de la nación, mediante una participación que viene en aumento a partir de 14% en 1993 hasta 22% en el 2002, con su distribución de la siguiente manera: 60% en proporción al número de habitantes en situación de pobreza o con necesidades básicas insatisfechas. 40% en función de la población total, la eficiencia fiscal y administrativa y el progreso demostrado en la calidad de vida.

- Actualmente la ley 60 de 1993 fue derogada por la Ley 715 del 2001, la cual dicta las normas orgánicas en materia de recursos y competencias para el sector de la salud y la educación. La distribución sectorial de los recursos, es de 58.5% para educación, del 24,5% para salud y del 17% para propósito general.

- La estructuración de los planes de desarrollo de nivel nacional, departamental y local, como requisito para la inversión en los diferentes sectores, incluso el desarrollo de las acciones en el sector salud, es una importante herramienta que obliga a una planeación más racional, con base en las realidades de las poblaciones y que obedece a criterios epidemiológicos demográficos y en general de las condiciones de vida de las poblaciones.

Un énfasis especial se le otorga a la inversión en áreas sociales: salud y educación y en general en aquellas acciones que propugnen por el mejoramiento de las condiciones de vida de la población; para esto la constitución consagra la apropiación de recursos provenientes de los ingresos corrientes de la Nación que se deberán girar a los municipios, con el fin de invertirlos en salud y educación.
(28)

Desarrollo de la Medicina Familiar en Colombia. Fue en 1969 cuando en Colombia se estableció un Post-Grado de dos años de duración en el cual participaron cinco médicos generales, quienes tuvieron rotaciones clínicas en el área de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Cirugía General y al mismo tiempo recibían entrenamiento de Medicina Preventiva con orientación al cuidado de la familia.

Colombia no ha sido un país exento de polémica acerca de establecer una especialidad nueva como la Medicina Familiar, siempre la discusión estuvo centrada en que si la Medicina Familiar debe ir en el pre-grado o en el post-grado; esta discusión tuvo diferentes opiniones y automáticamente las opiniones en contra fueron eliminadas.

Diversas reuniones nacionales e internacionales tuvieron influencia sobre los niveles de educación médica y la forma de dar servicios de salud a la población, estas reuniones básicamente con Ministerio de Salud de países de Latinoamérica, sirvieron de avance para demostrar la necesidad de la formación de Médicos Familiares.

Se realizó un estudio nacional sobre recursos humanos y al mismo tiempo se publicó un trabajo titulado “El Médico General una respuesta al futuro”, estas dos experiencias establecieron una necesidad fundamental en que el médico debía ser entrenado en principios de medicina básica con énfasis mayor de interacción con la comunidad y con su componente de visión epidemiológica.

Se consideró esencial incluir grupos de estudiantes con una visión holística y humanística centrada en la persona, porque todos ellos involucraban, de alguna manera, contacto con las personas y la comunidad. Igualmente fue establecida la necesidad de entrenamiento en programas de post-grado para tener recursos que asumieran la enseñanza de estos nuevos profesionales. Es así como se inicia la Medicina Familiar en Colombia en 1984 con 10 residentes de post-grado, quienes egresaron en 1987 como Especialistas en Medicina Familiar.

Este proceso se inició en la Universidad del Valle en Cali, con el Dr. Diego Mejía Gómez (Internista), fundador del Departamento de Medicina Familiar. Previamente el Dr. Mejía en 1982 había viajado a los Estados Unidos a visitar programas de Medicina Familiar con el compromiso de regresar a establecer el programa en Colombia. El Dr. Mejía comentó alguna vez: “Yo observé y conocí el papel de los Médicos Familiares como un modelo de enseñanza y cuidado para

individuos y familias, específicamente entendí que este entrenamiento debería ser realizado por un médico graduado, no por un estudiante de medicina”.

Colombia ha tenido grandes cambios, como la creación e implementación de la Ley 100 de 1993, de Seguridad Social, con ello la Medicina Familiar ha sido la estrategia primordial para la cobertura del primer nivel de servicios de salud, con un cuidado altamente científico y técnico.

A través de una Comisión Nacional (Universidad del Valle, Ministerio de Salud, Instituto de Seguros Sociales y OPS), se plantearon las siguientes alternativas para la implementación y desarrollo de la Medicina Familiar en Colombia:

- Programas de Medicina Familiar en los pre-grados de las 27 Escuelas de Medicina del País.
- Continuar los post-grados y las especialidades vocacionales de tres años. Hoy tenemos varios programas de especializaciones de salud familiar. (Ver Anexo 1).
- Creación de Programas de post-grado con diferentes modalidades de enseñanza y entrenamientos.
- Diseño y ejecución de programas de extensión en los cuales hay muchos médicos generales en formación básica en Medicina Familiar, no conducente a título. (29)

Modelo actual colombiano. Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr la cobertura en salud de todos sus ciudadanos. En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretende transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos desposeídos.

En 1996 el gremio médico, se queja de haber sido empobrecido por el Sistema, debido a las bajas tarifas que pagan las EPS. Las Clínicas y hospitales se quejan

igualmente, pero los análisis muestran que su déficit se debe más a la ineficiencia de los mismos que a las tarifas limitadas que el Sistema permite.

Los Hospitales Públicos contratados por las administradoras no cumplen a cabalidad con sus obligaciones para con los afiliados y muchos pretenden cobrar a los mismos los servicios no incluidos en el seguro, que por norma debían asumir de su presupuesto. A su vez los Hospitales se quejan de que las Administradoras no pagan oportunamente, ni carnetizan a todos los afiliados, por lo que obtienen un enorme margen de utilidad y estas señalan que los Alcaldes no pagan a tiempo los contratos de aseguramiento.

En 1999 el Ministerio de Salud norma con detalle las actividades obligatorias de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que deben realizar las aseguradoras en los dos regímenes, puesto que los estudios demuestran la baja cobertura y cumplimiento de estos programas, así como el empeoramiento de los indicadores nacionales. Sin embargo insiste en pagarles y obligarles a cumplir en lugar de reforzar la acción del Estado en el campo de la salud pública.

El modelo de desarrollo social imperante en el país actualmente, no es viable, pues no logra superar las condiciones de inequidad y pobreza, ha propiciado un ordenamiento basado en la exclusión social y en un sistema que niega oportunidades. Se observa deficiencias en las acciones de promoción y prevención y falta de acciones concretas en Salud Pública, impactando notablemente en los indicadores de salud de la nación.

Problemas de Acceso y Equidad, principalmente para la población rural, en cuanto a la capacidad de pago de los vinculados, el desconocimiento de derechos con la afiliación, evasión y elusión de aportes, la doble afiliación o afiliados no pobres en el Régimen Subsidiado y la presencia de regímenes paralelos.

Problemas de Eficiencia en la gestión administrativa de las EPS públicas y su no adecuación al SGSSS, el bajo nivel de afiliación y monto de capital para respaldar los servicios en las ARS (ESS), la gran Inflexibilidad del régimen laboral y pasivos prestacionales en los hospitales públicos (ESE).

En la Gestión la falta de voluntad política, la falta de claridad en competencias de los actores y de reglamentación y el flujo centralizado de recursos.

En cuanto a los Recursos Humanos vemos la concentración geográfica y el déficit / superávit de oferta, la falta de planeación respecto al Desarrollo Científico y Tecnológico, el poco apoyo en cuanto a recursos económicos y el que hay se encuentra mal distribuida geográficamente.

En general vemos un modelo estratégicamente concebido, pero que por diversas situaciones e intereses ha tenido fallas en la ejecución, ya sea parte por los lineamientos organizacionales, administrativos y en particular por los asistenciales, basados en tendencias curativistas, de contención de costos y servicios, pocas actividades de promoción y prevención, además de la tendencia a la deshumanización de la atención prestada por el recurso humano de la salud a los usuarios del sistema. Si la EPS quiere maximizar sus utilidades deben desarrollar una estrategia de protección de la salud, de tal manera que los usuarios demanden el mínimo de los servicios de atención a la enfermedad.

Entonces, se darán las condiciones políticas y legales para avanzar hacia un nuevo modelo sanitario, un modelo donde se privilegien los aspectos de la vida y la salud, es pasar de una concepción que se centra en la enfermedad a una concepción de vida, a una comprensión de la salud en sus múltiples dimensiones: social, biológica, antropológica, económica, jurídica. Metas como el alcance de mejores condiciones de vida para la población, la preservación de los derechos fundamentales que aseguren al hombre un paso por la vida en condiciones de dignidad, el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, entre otros, deberán ser los propósitos del Estado y de todas sus instituciones.

Así los actuales lineamientos del Plan Estratégico de Salud 2002-2006 dejan clara la política del actual gobierno nacional desde el cual se manejarán las relaciones entre los diferentes actores públicos y privados del sistema, las finanzas de la salud, las empresas promotoras y prestadoras de servicios de salud públicas, los hospitales y clínicas, la provisión y el control de medicamentos y el énfasis en los programas de salud, entre los anteriormente mencionados.

Con el objetivo de que los principios y no los defectos primen en las relaciones de los actores del sistema, el gobierno adelantará 11 proyectos de ley en el Congreso durante este cuatrienio para depurar la parte normativa, mejorar el flujo de recursos en el sistema, ampliar la cobertura y elevar la calidad de los servicios de salud.

Precisa que el líder del proceso en salud pública será el propio Ministerio y el reto que tendrá será volver a elevar los indicadores de salud que tuvieron una seria

caída entre 1998-2002, especialmente en aquellos puntos relacionados con vacunación, la atención materno infantil, el control de las enfermedades transmitidas por vectores y la salud mental, sin por ello descuidar las medidas de prevención y el manejo de las enfermedades crónicas que afectan a la población. Entre las que tenemos:

- Organizar y poner en marcha el sistema de garantía de la calidad, con el decreto 2309 de oct 15/2002.
- Sanear y consolidar el ISS.
- Definir sobre necesidad de las demás EPS oficiales y acciones al respecto Suprimir la intermediación, no citada en el Plan.
- Poner en orden los pagos a EPS, ARS e IPS.
- Establecer bases de datos serias y confiables, y divulgarlas a quienes corresponda.
- Establecer un sistema de contratación basado en mutuos respeto, confianza y compromiso entre las partes contratantes.
- Definir manual de las "tarifas piso", con revisiones en períodos definidos.
- Auditoría en función de la calidad, más no en tarifas.
- Fortalecimiento y descentralización de la Supersalud, no especificado en el Plan.
- Reglamentar y obligar el pago de intereses por deudas morosas en el sector.
- Aislar el Sisben de la "politiquería".

- Controlar para evitar afiliaciones múltiples.
- Unificar las condiciones y beneficios del sistema de salud, porque todos somos seres humanos y todos somos colombianos. Las preferencias son odiosas.
- Suprimir la figura de "acuerdos de pago", para efectos de calificación de la cartera morosa.

Entendiendo las particularidades, responsabilidades y circunstancias de los diferentes actores del sistema se puede generar una reglamentación y normatividad que responda, no a los intereses de uno u otro sector, sino de los ciudadanos.

Es urgente definir las reglas de juego en el régimen subsidiado; establecer el sistema de información sobre perfil epidemiológico, morbilidad y mortalidad; y en salud pública, retomar el liderazgo desde el Ministerio, con la responsabilidad en el municipio.

La red pública debe acompañarse con organización de redes de servicios, fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria, reposición de tecnología y mejoramiento de condiciones gerenciales.

Con todo esto el gobierno del Señor Presidente Uribe Velez, ha restaurado la gobernabilidad en el país, se han trazado políticas y estrategias claras enfocadas al aumento de cobertura en el Régimen Contributivo como Subsidiado, Sistemas de control de la evasión y elusión de los cotizantes al sistema, la creación de un sistema de información unificado, la implementación del sistema de garantía de calidad en beneficio de los usuarios, trazando lineamientos claros para la recuperación de SGSS.(30)

6. MARCO LEGAL

REGLAMENTACIÓN ANTERIOR A LA LEY 100 DE 1993

Ley 14 de 1979. Normatiza el ejercicio de la Medicina y de la Cirugía

Ley 9 de 1979. Código Sanitario que indica lo referente a la prestación de los servicios de salud de una forma integral bajo los parámetros de calidad y considera la salud como un bien de interés público.

Ley 23 de 1981. Establece el Código de Médica Ética.

Ley 10 de 1990. A partir de ésta, se transformó la salud en el Sistema Nacional de Salud, en donde la prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional. Ella reorganiza el sistema nacional de salud, que propendían por el mejoramiento, la eficiencia y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

DECRETO NÚMERO 905 DE 1990

El cual aprueba la cobertura geográfica de los Seguros Sociales Obligatorios con el sistema de medicina familiar, y su adecuación operativa que incluye contratación de servicios, recursos humanos, físicos y financieros, a los trabajadores de los algunos Municipios especiales del territorio Nacional.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991

Para el Estado Colombiano, la familia es el núcleo fundamental de la sociedad que junto con la sociedad garantizan la protección integral de la misma. Y considera la honra, la dignidad y la intimidad de la familia como inviolables.

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de

eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Y se garantizará a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

La atención de salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud

DECRETO 2759 DE 1991

Sistema de referencia y contrarreferencia: Conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia. Las modalidades de solicitud de servicios son: remisión, interconsulta, orden de servicio y apoyo tecnológico.

La Ley 60 de 1993. La ley 60 de 1993 derogada por la Ley 715 de 2001.

La Ley 100 de 1993. Ley 100 de Seguridad Social para la Medicina Familiar ha sido la estrategia utilizada para alcanzar la cobertura del primer nivel de servicios de salud, con un cuidado altamente científico y técnico, integrando la alta calidad humanística para hacer un buen balance costo-beneficio.

Crea el sistema de seguridad social integral, integrado por los Sistemas Generales de Pensiones y Seguridad Social en Salud, Riesgos Profesionales y servicios complementarios, buscando bajo los principios de Universalidad que garantiza la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida y la integralidad para todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y las demás condiciones de vida.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia

Además establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral,

continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales.

El Plan de Salud Obligatorio de Salud tendrá cobertura familiar. Para estos efectos, serán beneficiarios del Sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste. Todo niño que nazca después de la vigencia de la presente Ley quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la Entidad Promotora de Salud la Unidad de Pago por Capitación correspondiente.

El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia. El Plan Obligatorio de Salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar. Además del Plan Obligatorio de Salud, las mujeres en estado de embarazo y las madres de los niños menores de un año, del régimen subsidiado, recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con cargo a éste.

El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria. Esta prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación

de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.

RESOLUCIÓN 5261 DE 1994

Por medio de la cual se establece el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (MAPIPOS), donde se debe prestar servicios de salud con oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costo-efectividad, eficiencia, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios.

DECRETO 1891 DE 1994

Precisa los conceptos de gasto de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como las reglas básicas de administración de los recursos del fondo de fomento de la salud y prevención de la enfermedad de que trata la Ley 60 de 1993. Se destacan en esta norma: 1) El concepto de fomento y prevención expresado "conjunto de acciones que buscan el óptimo desarrollo de las capacidades individuales y colectivas". 2) Las fuentes de financiación con destino específico para promocionar la salud. 3) Gestión de los recursos de promoción de la salud; en este sentido legisla¹⁷: "Artículo 7. Los departamentos, distritos y municipios asignarán un funcionario con dedicación exclusiva para coordinar los programas de promoción de la salud en su área de competencia. Quienes desempeñen esta función coordinarán la capacitación, seguimiento, asesoría, control y evaluación del programa de promoción de la salud de la respectiva entidad territorial".

DECRETO 1938 DE 1994

Reglamentario de ley 100, en el artículo 3 define que el plan de atención básica es obligatorio y de carácter gratuito y debe incluir entre otras, acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz para personas con patologías y riesgos de altas externalidades o sobre las comunidades en caso de enfermedades endémicas o epidémicas.

RESOLUCIÓN N° 5165 DE 1994

Por cuyo medio se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para elaborar y seguir los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos. Se destaca el concepto de integralidad prescrita en el Artículo 4º, que reza: "La integralidad tiene como objetivo dar respuesta consecuente a las necesidades de salud de la población de una jurisdicción. Se fundamenta en la relación de cuatro aspectos básicos: a) el modelo integral de salud sobre el que se basa la operación de los planes, y donde se concibe la salud como resultado de un proceso de factores múltiples determinado por la interacción del medio físico, el medio biológico, el comportamiento individual y colectivo y la oferta de servicios de salud; b) el desarrollo de acciones que comprendan el fomento de la salud, la prevención y asistencia de la enfermedad en sus dos esferas centrales: tratamiento y rehabilitación".

RESOLUCIÓN N° 04288 DE 1996

Por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En su Artículo 5º describe los componentes del PAB e incluye: a) Promoción de la salud: Busca la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades. Asimismo con respecto a la financiación, dispone en el Artículo 15, literal b) Garantizar la distribución del situado fiscal que se destina a promover la salud y prevenir la enfermedad en los municipios no descentralizados de su jurisdicción de acuerdo con los criterios establecidos en la presente resolución."

RESOLUCIÓN N° 03997 DE 1996

Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción en el SGSSS. El objeto es "Determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento¹⁸ por parte de las EPS. En el Artículo 6º relaciona una serie de programas que se deben cumplir como parte de las acciones contenidas en el POS, tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Se destacan entre otros los programas de prevención de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños menores de doce años; programas de prevención de las alteraciones

sensoriales mediante acciones de manejo de la salud visual y auditiva en niños menores de doce años; programas de prevención de infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de cinco años; programa de prevención de enfermedades inmunoprevenibles definidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); programas de prevención de las enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; programas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual; programas de prevención de tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia. Es de anotar que en cada uno de estos programas se relacionan actividades de promoción de la salud como información, educación, consejería, oferta de servicios, hábitos saludables de comportamiento, etc.

DECRETO 1283 DE 1996

En su Artículo 26^o establece que la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía se financiará con un porcentaje de la cotización, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización de los afiliados al régimen contributivo. Adicionalmente el CNSSS, podrá destinar a esta subcuenta, parte de los recursos que recauden las entidades promotoras de salud por concepto de pagos moderadores.

DECRETO 2174 DE 1996

Las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen y los Prestadores de Servicios de Salud, son responsables de la calidad de la atención en salud de su población afiliada y usuaria, en el marco de las obligaciones que les asigna la ley, sin perjuicio de las responsabilidades propias de los demás integrantes de las mismas.

DECRETO 2753 DE 1997

Se dictan las normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Acuerdo 83 de 1997 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SGSSS.

Los medicamentos señalados en este Acuerdo son un conjunto básico dentro de los Planes de Beneficios del SGSSS y deben ser suministrados por las entidades

de aseguramiento con cargo a la UPC, bajo los criterios de calidad y oportunidad que se establezcan por el Ministerio de Salud.

Se entiende por medicamento esencial aquel que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbilidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país.

Se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.

Para garantizar el derecho a la vida y a la salud a las personas, podrán formularse medicamentos no incluidos en el manual de que trata el presente Acuerdo.

CNSSS ACUERDO 117 DE 1998

Reglamenta las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que tienen por objeto la protección específica, la detección temprana y la atención de las enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control. En su Artículo 2º define como demanda inducida a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica, detección temprana y la adhesión a los programas de control, y como protección específica a la aplicación de acciones y/o tecnología que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo. Incluye este decreto un aspecto de trascendencia y es el denominado de "Acreditación"²⁰ entendido como el procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar ante la autoridad competente el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos esenciales establecidos para la prestación de servicios de salud. De imponerse este criterio, se sentaría un precedente en la calidad de los servicios de salud y su estrecha relación con el principio de la libre escogencia, pues no queda duda que en un proceso de acreditación tiene gran peso el conjunto de intervenciones que sobre promoción y prevención de la salud realicen las EPS/ARS, y que desde luego hagan parte del POS.

ACUERDO 117 DE 1998

Se debe hacer ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento. Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado son responsables

del obligatorio cumplimiento de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública.

Donde las Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento tienen como objetivo la Protección Específica, la Detección Temprana y la Atención de las Enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control.

- Actividades, procedimientos e intervenciones para Detección Temprana de:
- Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años).
- Alteraciones del desarrollo del joven (10 – 29 años).
- Alteraciones del embarazo.
- Alteraciones en el adulto (>45 años).
- Cáncer de cuello uterino.
- Cáncer seno.
- Alteraciones de la agudeza visual.

Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública: Las siguientes condiciones patológicas serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.

- Bajo peso al nacer.
- Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad).

- Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años).
- Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueitis.
- Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.
- Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera.
- Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar.
- Meningitis Meningocócica.
- Asma Bronquial.
- Síndrome convulsivo.
- Fiebre reumática.
- Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.
- Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH).
- Hipertensión arterial.
- Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo.
- Menor y Mujer Maltratados.
- Diabetes Juvenil y del Adulto.

- Lesiones preneoplásicas de cuello uterino.
- Lepra.
- Malaria.
- Dengue.
- Leishmaniasis cutánea y visceral.
- Fiebre Amarilla

DECRETO 806 DE 1998

Reglamenta la afiliación y la prestación de los servicios de salud contenidos en los planes de beneficios, para el Régimen Contributivo y Subsidiado, los PAS, Planes adicionales de salud y los PAC, Planes de Atención Complementarios.

CNSSS ACUERDO 120 DE 1999

Reglamenta el presupuesto del Fosyga para el año 1999, y en este aspecto cabe destacar que en lo referente a la subcuenta de promoción de salud, incluye como ingresos: 1) Superávit del 0.5 del régimen contributivo; 2) El impuesto social a las municiones y explosivos y rendimientos financieros y los gastos deben referirse a programas de promoción y prevención: prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica.

RESOLUCIÓN NÚMERO 412 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,

definidas mediante el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

RESOLUCIÓN 3384 DE 2000

La cual modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y deroga la Resolución 1078 de 2000.

Es necesario que las administradoras de los Regímenes Contributivo y Subsidiado cuenten con una red de prestadores que garanticen el acceso de la población afiliada. Para mantener el equilibrio económico en el sistema con los recursos de la UPC General y la UPC de Promoción y Prevención del Régimen Contributivo, así como la UPCS del Régimen Subsidiado, es necesario desarrollar un ajuste en las metas inicialmente definidas para las Normas Técnicas.

Para el seguimiento y evaluación de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento y de demanda inducida, reglamentadas mediante la Resolución 412 de 2000, es preciso tener un desarrollo adecuado del Sistema Integral de Información en Salud, que garantice la implementación y el registro de las actividades cumplidas por las administradoras tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado.

Para garantizar el derecho a la vida y a la salud de las personas, las ARS deberán garantizar el acceso a medicamentos no incluidos en el manual de medicamentos adoptado a través del Acuerdo 83, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 110 del CNSSS.

Las Guías de Atención de enfermedades de interés en salud pública, son documentos técnicos de referencia útiles para el manejo de algunas enfermedades en el contexto Nacional. Es obligación de todas las Administradoras garantizar la atención de las enfermedades y el seguimiento de las mismas, con sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud –POS y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -POSS. Las Guías de Atención para Tuberculosis, Lepra, leishmaniasis y malaria, contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento por las Administradoras de los regímenes contributivo y subsidiado, en lo que se relaciona con los contenidos del POS y el POSS respectivamente.

Las administradoras de los regímenes contributivo y subsidiado deberán diseñar estrategias de prestación de servicios que garanticen el acceso de la población

afiliada, con oportunidad y calidad, a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención.

Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud deberán suministrar a las Administradoras del Régimen Subsidiado un listado de la Red de instituciones Prestadoras de servicios disponible, para la realización de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento no incluidos en el POS-S de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 72 del CNSSS.

LEY 715 DE 2001 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

Dicta las normas orgánicas en materia de recursos y competencias para el sector de la salud y la educación. El Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos de la Nación.

La distribución sectorial que hace de los recursos, es de 58.5% para educación, del 24,5% para salud y del 17% para propósito general. Los escasos fondos para financiar los eventos de salud pública les distribuye así: 40% para la población por atender, la cual hace relación al total de la población de cada entidad territorial certificada por el DANE; el 50% por equidad, se refiere al nivel de pobreza y los riesgos en salud pública y el 10% por eficiencia administrativa, la cual se mide con las coberturas de vacunación.

Según el artículo 46 las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción. Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para los efectos del presente artículo se entiende como población pobre por atender, urbana y rural de cada distrito, municipio o corregimiento departamental, la población identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes, no afiliada al régimen contributivo o a un régimen excepcional, ni financiada con recursos de subsidios a la demanda.

En el título IV de la misma Ley, sobre participación de propósito general que se refiere a las competencias de otros sectores, se incluyen algunas acciones que apuntan a la promoción de la salud, como: el mantenimiento del medio ambiente; la práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre; el fomento de las artes; la seguridad y la convivencia ciudadana; el fomento del empleo y la protección de los desempleados y el servicio de restaurantes escolares, entre otros. (31)

6.1 CONCEPTO DE FAMILIA EN EL MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL DEL SGSSS DE COLOMBIA

La Constitución Nacional desde su artículo 5º empieza a hacer uso del término "familia" ,dice que la familia es la institución básica de la sociedad, lo cual es retomado en el artículo 42, al describirla como el núcleo fundamental de la sociedad, en el artículo 7º habla de la protección étnica y cultural de la nación colombiana y expresa que la familia "(...) se constituye por vínculos naturales o jurídicos, o por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla..."

Se puede colegir que se está encuadrando la definición de "constitución de familia" en la categoría de "familia nuclear", y se deja de lado otras categorías y variantes de la relación que a partir de uniones consanguíneas y/o de afinidad se puedan generar entre las personas, y que dentro del concepto que universal y nacionalmente de manera social se acepta como "familia" deberían tener cabida dentro del marco constitucional y legal como, por ejemplo, el madre o padre solterismo, la familia compuesta, la familia conjunta, etc.

La Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, en su preámbulo y en el artículo 1º utiliza una perspectiva individualista, y a partir del libro segundo, que trata del SGSSS, en el artículo 160, numeral 2º, hace referencia por primera vez a la familia, y afirma que los afiliados y beneficiarios tienen el deber de afiliarse con su familia. En el artículo 162, señala que el POS brindará atención integral a la familia. Todo esto sin antes definir qué se debe entender como "familia", lo cual aparece por primera vez en el artículo 163, cuando al hablar de "cobertura familiar" menciona como parte de ella a los miembros de lo que se llamaría una familia nuclear, con lo cual dejaría por fuera de la cobertura familiar a un número importante de personas, si se tiene en cuenta el concepto de "familia" revisado desde la perspectiva de las ciencias sociales.

El artículo 213 de la ley 100/93 en su segundo inciso expresa que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS) tendrá en cuenta el criterio del tamaño de la familia para fijar el pago por captación de los afiliados al Régimen Subsidiado, mas no define a quiénes se considerará como "miembros de la familia". Por tanto, en principio se ha entendido este criterio como referido exclusivamente al número de hijos.

El decreto 1919, del 5 de agosto de 1994, emanado de la Presidencia de la República y Reglamentario de la ley 100 de 1993, en su artículo 12, literal e)

señala como amparados por la cobertura familiar, además de los miembros descritos en el artículo 163 de la ley en comento, a los hijos del cónyuge, compañero o compañera permanente que tengan las mismas condiciones del hijo del afiliado, lo cual supera el concepto inicialmente propuesto, y se desborda aún más cuando en el artículo 14 de este decreto se plantea la posibilidad de afiliar a los padres que dependan económicamente de uno de los cónyuges.

Infortunadamente, esta última situación a partir de una condición inequitativa, ya que para ello se hace exigible que quienes conforman la familia nuclear ostenten la categoría de afiliados cotizantes y que sus aportes, al sumarlos y dividirlos entre el número de miembros con derecho a la cobertura familiar, de que trata inicialmente la ley, dé un promedio superior al 50% de la UPC que reconoce el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) por cada afiliado cotizante o beneficiarios al SGSSS.

Los intentos de compensar el concepto restrictivo de "familia", expresados en la Constitución Nacional y en Ley de Seguridad Social, mediante el Decreto 1919/94, no sólo han generado una situación de inequidad en cuanto al ingreso al SGSSS, sino que no han resuelto la posibilidad de ingreso de poblaciones como las señaladas en este ensayo. (32)

7. POBLACIÓN OBJETO

La población objeto del modelo integrador de atención en salud de primer nivel que vamos a diseñar será la población afiliada a régimen contributivo incluyendo sus beneficiarios y adicionales que en ocasión de este estudio será la población de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana.

La interacción de los factores biológicos, ambientales, de estilos de vida y servicios de salud determinan la calidad de vida y el estado de salud de una comunidad, así unas condiciones favorables conllevan a que se de una población altamente productiva, al darse la protección de las contingencias que afectan y menoscaban su capacidad de generación de recursos.

7.1 DATOS GENERALES DE BUCARAMANGA

Limites. Bucaramanga, capital del departamento de Santander limita por el Norte con el municipio de Rionegro; por el Oriente con los municipios de Matanza, Charta y Tona; por el Sur con el municipio de Floridablanca y; por el Occidente con el municipio de Girón.

Posición Geográfica. Bucaramanga se encuentra en una terraza inclinada de la Cordillera Oriental a los 7° 08' de latitud norte con respecto al Meridiano de Bogotá y 73° 08' de longitud al Oeste de Greenwich.

Características generales del territorio y suelos. El área metropolitana formada por Bucaramanga, Piedecuesta, Florida y Girón está ubicada sobre el Valle del Río de Oro. Se distingue en ella dos sectores de diferente conformación física: uno formado por la meseta y otro por el valle.

Sus suelos, desde el punto de vista agrológico, se pueden dividir en dos grupos: los primeros, al no tener peligro de erosión, son propicios para el cultivo de gran variedad de productos y el uso para la ganadería. La otra clase de suelos tiene una alta potencialidad erosiva; por esta razón, presenta baja fertilidad y una capa de fertilidad superficial, en algunas situaciones casi nula.

Climatología y Superficie. El área municipal es de 165 kilómetros cuadrados, su altura sobre el nivel del mar es de 959 m y sus pisos térmicos se distribuyen en: cálido 55 kilómetros cuadrados: medio 100 kilómetros cuadrados y frío 10 kilómetros cuadrados. Su temperatura media es 23°C y su precipitación media anual es de 1.041 mm.

Orografía. La topografía de Bucaramanga es en promedio un 15% plana, 30% ondulada y el restante 55% es quebrada. Tres grandes cerros se destacan a lo largo del territorio: Morro Rico, Alto de San José y El Cacique.

Hidrografía. Los ríos principales son: El Río de Oro y el Suratá y las quebradas: La flora, Tona, La Iglesia, Quebrada Seca, Cacique, El Horno, San Isidro, Las Navas, La Rosita, Bucaramanga.

División Político Urbana. Artículo 107°. De la División Urbana en Comunas. El suelo urbano se divide en 17 comunas. Dentro de cada comuna hacen parte: los barrios, asentamientos, urbanizaciones y otros (sectores con población flotante). Consultar plano UR1 denominado División Urbana, tomado del Sistema de información georeferenciado del Municipio de Bucaramanga el cual hace Parte integral del presente acuerdo.

Comuna 1 Norte

Comuna 2 Nororiental

Comuna 3 San Francisco

Comuna 4 Occidental

Comuna 5 García Rovira

Comuna 6 La Concordia

Comuna 7 La Ciudadela

Comuna 8 Sur Occidente

Comuna 9 La Pedregosa

Comuna 10 Provenza

Comuna 11 Sur

Comuna 12 Cabecera Del Llano

Comuna 13 Oriental

Comuna 14 Morrорico

Comuna 15 Centro

Comuna 16 Lagos Del Cacique

Comuna 17 Mutis

Economía de Bucaramanga. Bucaramanga es una ciudad netamente comercial; aunque existen otros renglones representativos tales como la industria del calzado, la confección, la prestación de servicios de salud, finanzas y educación.

Un sector significativo de la economía bumanguesa es el agropecuario, cuyas principales actividades son la agricultura, la ganadería y la avicultura, que se llevan a cabo en zonas aledañas de los departamentos de Santander y Cesar, pero su administración y comercialización se desarrollan en la ciudad.

Desarticulada sectorialmente, sin cadenas productivas, con productos maduros de escaso valor agregado, incrementado por el aumento de las importaciones. Sustentada en microempresas con altos rezagos tecnológicos, electrónica, informática, biotecnología y biomedicina entre otros. De muy baja especialización económica.

La Encuesta Nacional de Hogares, en 1,996 mostró una tasa de desempleo en Bucaramanga y el área metropolitana, del 10.8%. Diez años después del '93, no se ha visto protegida la población de los rezagos económicos del país, con parálisis de la construcción a gran escala, pérdida de cultivos, "estancamiento" turístico y deterioro ambiental. Entre los años 2,002 y 2,003 el desempleo descendió de 21% a 19%, observándose un aumento de subempleados especialmente en área metropolitana de Bucaramanga¹, pero en general se sigue perdiendo capacidad laboral en las actividades formales. Este es uno de los factores que mas afectan la dinámica del régimen contributivo, ya que si no se da la posibilidad de aumentar el numero de cotizantes al sistema, se disminuye la demanda de servicios de salud, y en nuestro caso, los usuarios que pudieran estar en el programa no lo están y los que están tienen que salir, por falta de capacidad

de pago para seguir cotizando al sistema, interrumpiendo la continuidad de los servicios que a largo plazo se reflejaría en el estado de salud de la población.

Varias encuestas poblacionales en salud que indagan el aspecto del desempleo, muestran una desocupación que alcanzaría 25.75% en Bucaramanga (Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades crónicas no trasmisibles, Proyecto CARMEN, 2,002).

El porcentaje de personas y hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y en condiciones de miseria, aumento de 27.29% a 31.01% entre 1,985 a 2,002; el NBI por hogar en 1,985 fue del 17.60 % y en 2,002 se observa una cobertura en salud subsidiada para el 88% de la población con necesidades básicas insatisfechas.

Aspectos socio-culturales. Santander ha visto incrementar el deterioro progresivo de la calidad de vida por los bajos promedios de ingreso de la población y el alto de desempleo; estos llevan a pobreza, inseguridad y violencia, incrementan la desnutrición infantil y la insatisfacción de las necesidades básicas, favorecen la marginalidad urbana, principalmente en la población rural, de mujeres, jóvenes y niños (33).

Aspectos sociodemográficos.

Población según edad y sexo.

Para 2,003 la población para el Departamento de Santander se estimó en 2'038,870 habitantes, con una razón de dependencia de 0.6, (60%) y una razón de población económicamente activa de 0.62 (62%), partiendo del rango de 15 años hasta los 69.

Las mujeres son 50.4% y la razón de masculinidad se establece en 0.98. Según procedencia, 71% de la población se ubicó desde 1,995 en las zonas urbanas;

La proyección demográfica dada por el DANE a partir del censo de 1,993 para el periodo 1,990 – 2,015, muestra un incremento de la población, disminución de las relaciones de dependencia, de niños por mujeres en edad fértil y aumento de la esperanza de vida.

Se observaría, con estas proyecciones, una disminución paulatina en las tasa media de crecimiento por natalidad y de tasa mortalidad para el mismo periodo. En cuanto a las tasas de reproducción y de las tasas globales de fecundidad también se espera su disminución; se espera aumentar un año y medio la edad promedio de fecundidad que fue de 26.8 años en el periodo 1,990 –1,995 hasta 27.01 años para el periodo del 2,001 al 2,015

Fecundidad.

La fecundidad de adolescentes escolarizados y des-escolarizados de Bucaramanga se documentó de los datos obtenidos para la zona oriental en la última encuesta nacional de demografía y salud (ENDS_95). La tasa de fecundidad en adolescentes de 15 - 19 años en la región oriental fue de 104 por mil mujeres, siendo la más alta, al compararla con el promedio nacional y con las otras regiones del país.

Tabla 3. Fecundidad específica grupo de mujeres de 15 a 19 años. Colombia, 1,995.

REGION	TASA DE FECUNDIDAD X1.000 MUJERES
NACIONAL	89
REGION ATLANTICA	95
REGION ORIENTAL	104
REGION CENTRAL	79
REGION PACIFICA	83
BOGOTA D.C.	83

Fuente ENDS-95

En cuanto a la tasa de fecundidad de la región oriental por zona urbana y rural, se encuentra una leve diferencia (96 y 119 x 1.000 mujeres entre 15 a 19 años). 17.8% de las adolescentes entre los 15 y 19 años ya han estado embarazadas y de éstas, 14% ya son madres y 3.2% están esperando su segundo hijo.

La tasa de reproducción bruta se situó para 2,000 en 2.8% y en 2,001 se observó en 2.6% por mujeres en edad fértil. En la investigación de ampliación de cobertura vacunal en 10 municipios que realizó la Secretaría de Salud de Santander en 2,003, se detectó una tasa de incidencia gestacional de 31.4 por mil mujeres fértiles (mujeres embarazadas actualmente) y una tasa de fecundidad esperada según nacimientos observados de 94.03 por mil mujeres fértiles para acercarnos a

esperar, en el lapso de un año, hasta 61,675 gestaciones. En 2,002, la Situación de Salud en Santander, Indicadores Básicos, reporta una tasa esperada general de fecundidad 89.2 por mil mujeres en edad fértil y según los nacidos vivos de 73.4, que demostraría un subregistro importante de la natalidad. La media anual de nacimientos registrados esta alrededor de los 36,200 niños en 2,002; este informe destaca que 0.51% de los embarazos se están observando en menores de 16 años y que 6% de los nacidos vivos están por debajo de los 2,500 gramos de peso al nacer.

La práctica sexual a temprana edad es un riesgo al que se esta sometiendo naturalmente la sociedad moderna. Esta actividad esta evidenciada en que 58% (dato no insesgado) de los jóvenes entre 15 a 22 años ya han tenido algún contacto sexual, según el estudio de Conocimientos, Actitudes y Practicas de Alto Riesgo para Adquirir Infección por VIH en Bucaramanga, 2,000; ya 73% de los adolescentes hombres tenían prácticas sexuales y 47% de las mujeres, situándose la edad promedio para ambos sexos de inicio de las relaciones sexuales en 15 años (33).

Tabla 4: Proporción de relaciones sexuales actuales según sexo, estudio de cap respecto al riesgo de VIH en jóvenes de 15 a 22 años, Bucaramanga 2,000.

SEXO	RELACIONES SEXUALES		TOTAL (n)
	%		
	SI	NO	
Femenino	52.57	47.43	272
masculino	26.88	73.12	186
Total	42.14	57.86	458

Fuente: CAP para la Infección de VIH, escolares de Bucaramanga 2,000.

La esperanza de vida al nacer se encuentra en 71.8 años para el periodo 2,000 – 2,005 para la población general, establecida para hombres en 68.46 años y para las mujeres 75.3 años en el mismo periodo. De las políticas de salud, esta esperanza de vida al nacer deberá aumentar en dos años y medio para el sexo masculino y en un año medio para la mujer y variar en 8 puntos en disminución la tasa mortalidad infantil.

Desplazamiento. Los cuatro municipios del área metropolitana de Bucaramanga son las ciudades receptoras permanentemente de población desplazada. La

concentración de población desplazada en el área metropolitana y especialmente en Bucaramanga, se explica por ser la capital Departamental, cierto posible “anonimato”, seguridad, oportunidades de empleo, ofertas de instituciones Nacionales y Departamentales y la cercanía a las zonas de conflicto.

En Bucaramanga y su área metropolitana existen nueve asentamientos de Población desplazada. La población desplazada se confunde con los residentes pobres de los barrios populares, que agudiza el problema de atención a población vulnerable. Los desplazamientos conllevan un impacto emocional, social y cultural en familias y personas, problemas psicológicos y psiquiátricos (desarraigo, introyección de patrones de violencia, depresión, paranoia y ansiedad, inseguridad, inestabilidad emocional y familiar, alcoholismo, drogadicción, etc) y de fallas para la adaptación e integración social a el nuevo contexto. Esta situación se observa en la misma población destechada debido a su condición de pobreza y marginalidad. (33)

Escolaridad. En 2,002 los niveles de educación, según la encuesta para el programa CARMEN, en Bucaramanga, 34.65% de las personas lograron una primaria, 50.27%, decían haber cursado algún grado de bachillerato, se encontró además que 4.17% de la personas eran técnicos y 8% de la población con formación profesional y de postgrado. En el informe de Desarrollo Humano de CORPLAN se presenta un analfabetismo en Santander que alcanzaría 10,2%, algo así como 214,000 personas iletradas, siendo Bucaramanga la ciudad más poblada de Colombia con mayor analfabetismo y un índice de logros educativo que desciende en los tres últimos año.

8. SITUACION DE SALUD

8.1 FACTORES DE RIESGO

Ambientales (Aire, Agua, Alimentos, Infraestructura Sanitaria).

Aire. Es uno de los factores de riesgo ambiental que en el Departamento se ha catalogado como “alto contaminante”, especialmente del área metropolitana y zonas en las cuales se asientan industrias areneras, ladrilleras, paneleras, canteras y de carbón (fuente fija); las fuente móviles que emiten Co, (monóxido de carbono) donde se cuenta el transporte automotor, colocan en condiciones vulnerables a la comunidad. La calidad del aire para diciembre de 2,002 la CDMB lo calificó entre moderado a regular.

Agua. Santander ha sido considerado como zona endémica para Malaria, Leishmaniasis, Enfermedad de Chagas y Dengue y ha presentado ocasionalmente casos de Fiebre Amarilla selvática. Todas estas enfermedades se transmiten por “Vectores” hematófagos entre los cuales el más destacado es el Aedes Aegypti, vector eficaz y muy comprometido en grandes epidemias mundiales.

Vectores de dengue y fiebre amarilla (urbana y selvática).

En el año 2,001, con una letalidad que alcanzó 5%, contabilizándose 56 defunciones asociadas a esta enfermedad y con 772 casos de dengue complicado, afectando predominante la zona metropolitana y concentraciones urbanas mayores. No hay que desconocer que esta epidemia no solo la soportó el departamento sino la región de las Américas.

Morbilidad transmitida por vectores.

DENGUE. La incidencia de Dengue en Santander se ha presentado en forma endémica creciente con presencia de Dengue Hemorrágico. Las Provincias más afectadas se encuentra la de Soto, que aporta alrededor del 80% de los casos, la mayoría de estos pertenecientes a los municipios de Bucaramanga, Floridablanca, Girón y Piedecuesta.

LEISHMANIASIS. En el Departamento de Santander entre 1,994 - 1,998 se presentaron un promedio de 400 casos de Leishmaniasis cutánea y para 1,996 se presentaron 25 casos de Leishmaniasis mucosa, que en 1,997 disminuyó a 5 casos; en 1,998 se presentaron 3 casos de Leishmaniasis mucosa y de Leishmaniasis visceral 2 casos.

CHAGAS. En un estudio de prevalencia de la infección en 1,995 en Bancos de Sangre en la ciudad de Bucaramanga, se encontró que de 33 de cada 1,000 donantes estaban infectados con chagas y la mayoría de estos provenían de áreas rurales del departamento. De 16,146 unidades de sangre, se analizaron el 88.96% para Chagas y se encontró que el 2.07% de la unidades fueron reactivas para el tripanosoma Cruzi. La prevalencia para Bucaramanga 1.9%

Amenazas naturales.

Los riesgos por erosión y deslizamiento los tenemos en diversas áreas, especialmente en el Área Metropolitana de Bucaramanga. La presencia de caudalosos ríos, el Magdalena, Chicamocha, Suárez, Opón y el Carare, hacen que se presenten riesgos de desbordamiento e inundaciones durante los periodos de lluvia.

Adicionalmente, Santander esta sometido a las amenazas por las características del territorio; en nuestro territorio se encuentra el denominado "Nido Sísmico de Bucaramanga", que genera la mayor sismisidad continua del país.

Relacionados con estilos de vida.

En el diagnóstico de "Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media Vocacional de Bucaramanga y Área Metropolitana" en 1,996, mostró que los muchachos estudiantes son un grupo con alto riesgo para alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas; el alcohol sigue siendo lo más consumido y que genera más adicción, según los mismos estudiados, con más embriaguez y riñas en la ciudad de Bucaramanga.

Consumían cigarrillo 16.8% de los estudiantes de enseñanza media y fuman actualmente al momento del estudio de Consumo de Psicoactivos descrito, 23.97% hombres y 9.7% las mujeres. En otros estudios más recientes, la gran mayoría están fumando menos de 10 cigarrillos día, 11 a 20 cigarrillos diarios consumen 35% de fumadores y 22% 20 cigarros o más, estudios adelantados por

la Secretaría de Salud, registro que se observa en la encuesta de prevalencia de factores de riesgo para ENT.

Otros Estilos de Vida encontrados en el departamento son los relacionados con las personas de tercera edad; que corresponden al 7.69% de la población total del departamento (156.962 personas); 130,000 personas ancianas son atendidas, 77% de estas en instituciones especiales para el anciano y 23% conforman grupos de tercera edad, grupos comunitarios que acuden a Centros Día, Institución que recibe al anciano durante el día (en la noche el anciano esta con su familia).

Hábitos y costumbres de la población.

La encuesta realizada por la Secretaría de Salud Departamental en 1,994 sobre Promoción y Educación para la Salud encontró que:

- Los hábitos inadecuados alimentarios e higiénicos ocasionan desnutrición marcada, sobre todo en la población infantil; 78.57% de la población no sabe qué es una buena alimentación.
- Se recurre a la medicina popular para atender infecciones respiratorias, pero 64.29% de las personas no sabe cuando llevar a un niño al médico por infección respiratoria. 42.86% de los encuestados afirma no saber identificar los signos de deshidratación en la diarrea.
- La cura de heridas, la comunidad las realiza con insumos naturales sin control antiséptico. No se aprecia inclinación marcada por el cuidado de los dientes donde 50% de la población no considera importante la visita al odontólogo.
- Mantiene gran parte de la población conceptos tradicionales enfocados en mitos e informaciones erradas de temas de sexualidad, reproducción humana, enfermedades (infecciones) de transmisión sexual, VIH / SIDA, que podrían entorpecer los impactos planeados con los planes de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.
- Se presenta alto consumo de bebidas alcohólicas artesanales, fabricadas en alambiques como el guarapo y la chicha, en la mayoría de los municipios de nuestro departamento.

- La recreación básica son los juegos de azar, siempre acompañado de bebidas alcohólicas. Las prácticas deportivas no son populares aunque se practica el microfútbol; la gran mayoría no generan ocio y buen uso del tiempo libre y se percibe una actitud pasiva de la población frente a los procesos de Participación Comunitaria2.

Los cambios en hábitos y costumbres para mejorar la salud, ameritan un proceso complejo de atención en diversas áreas, que contribuyan a facilitar el cambio hacia actitudes sanas, hacia el equilibrio de las relaciones entre individuo y su medio ambiente natural, político, social y cultural, para mejorar estilos y hábitos que propendan por una mejor calidad de vida.(33)

Aspectos nutricionales.

Seguimientos realizados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Alimentaría y Nutricional, SISVAN, sobre la seguridad alimentaría (disponibilidad de los alimentos necesarios para satisfacer, no solo la demanda efectiva, sino también la de aquella población con ingresos insuficientes) entre 1,995 – 1,996 en Bucaramanga, mostró que una familia de 5 personas, necesita de 1.14 salarios mínimos para suplir los alimentos que contenga calorías y nutrientes necesarios para estar bien alimentados. Según datos del SISVAN, la prevalencia de desnutrición se situó en 1,996 en 26.58% en la población infantil, definida esta desnutrición como global.

Salud oral.

El instituto PROINAPSA de la UIS, desarrolló un diagnóstico de salud oral en la población escolar en dos concentraciones oficiales del municipio de Bucaramanga y detectó que la caries es la molestia más frecuente con una prevalencia de 92 a 95%. Destacó este estudio que entre 22 y 28% de la población presentaba al menos un foco infeccioso y entre 25 y 40% presentaban exodoncias, lo que indica que el problema dental es mayor y que ocasiona alta morbilidad y mortalidad oral.

Enfermedades de transmisión sexual.

Actualmente se observa un aumento considerable de las infecciones (enfermedades) de transmisión sexual (ITS) en el departamento de Santander,

entre las cuales se encuentran la uretritis no gonocócica, herpes genital, condilomatosis, sin datos exactos de su frecuencia y tendencia y la Hepatitis B, C e infección por VIH / SIDA de mejor conocimiento.

En 1,999 se notificaron para VIH / SIDA 109 casos relación 3,36:1 (84 hombres y 25 mujeres), de los cuales 78% estaban asintomáticos y el 22% en fase SIDA, y tal como se había detectado en 1,997, los modos de transmisión en Santander es sexual, 80% de los personas lo han definido así. Respecto al comportamiento de las ITS / VIH SIDA en Santander, es similar al país, la infección por VIH /SIDA registra un leve descenso en su presencia en 2,000, pero sigue la infección sin control, cifras también que pueden indicar una baja notificación.

Su mecanismo de transmisión es por excelencia sexual, donde 82% de los casos así se les ha determinado y a 12% están aun sin definir este mecanismo de infección.

Violencia intrafamiliar.

Conductas mal tratantes de las cuales excluye el descuido, desinterés y abandono, e incluye solamente aquellas que dejan lesiones visibles y observables, el mal trato verbal, psicológico y la omisión. Se concibe el mal trato a aquel que se produce en el hogar y escuela, se desconoce el producido por el adulto contra el menor de edad. Se condiciona a la violencia y al mal trato a factores genéticos, físicos y racionales, al azar (de malas) en unos pocos y “extraños personajes” como enfermos y locos.

En 1.998 se trabajó en la implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Maltrato Infantil, el cual comenzó a funcionar en el municipio de Bucaramanga en enero de 1,999. En los 9 primeros meses de 1,998 se atendieron 247 personas víctimas de mal trato, en las cuales 61.3% fue por mal trato infantil, 10.5% mal trato conyugal y 28.3% mal trato por otros familiares. Santander es el segundo departamento violento del país y su segunda causa de muerte en los 6 años últimos fue el homicidio.

No solo la violencia, desde lo cuantitativo, se convierte en un problema, no solo de convivencia sino que afecta la salud pública. En el departamento existen graves implicaciones en términos de tensión, estrés psicosocial, miedo, inseguridad, fármaco-dependencia y alcoholismo que se convierten en factores predisponentes a la agresión. (33)

8.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

**Tabla 5. Morbilidad por consulta externa en Santander- 1995.
Veinte primeras causas.**

COD_DIA_999	NOM_DIA_999	NRO CASOS
	ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DENTARIOS	
521	DUROS	8401
009	INFECCION INTESTINAL MAL DEFINIDA	4153
401	HIPERTENSION ESENCIAL	2902
129	PARASITOSIS INTESTINAL; SIN OTRA ESPECIFICACION	2898
465	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES DE LOCALIZACION MULTIPLE O NO ESPECIFICADA	2866
599	OTROS TRASTORNOS DE LA URETRA Y DEL APARATO URINARIO	2654
487	INFLUENZA	2213
522	ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES	2129
382	OTITIS MEDIA SUPURATIVA Y LA NO ESPECIFICADA	2006
079	INFECCIONES VIRICAS EN AFECCIONES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE Y DE SITIO NO ESPECIFICADO	1658
616	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL CUELLO UTERINO; DE LA VAGINA Y DE LA VULVA	1527
463	AMIGDALITIS AGUDA	1516
493	ASMA	1325
682	OTRAS CELULITIS Y ABSCESOS	1252
525	OTRAS AFECCIONES DE LOS DIENTES Y DE SUS EXTRUCTURAS DE SOSTEN	1204
724	OTROS TRASTORNOS DEL DORSO Y EL NO ESPECIFICADO	1183
873	OTRA HERIDA DE LA CABEZA	1161
626	TRASTORNOS DE LA MENSTRUACION Y OTRAS HEMORRAGIAS ANORMALES DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS	1130
692	DERMATITIS POR CONTACTO Y OTRO ECZEMA	1082
519	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	1070

Fuente: Situación de Salud Bucaramanga 2003, Secretaria de Salud y Ambiente, Oficina de Epidemiología

Tabla 6. Primeras causas de consulta externa todas las edades Bucaramanga 2002.

<i>ORDEN</i>	<i>DESCRIPCION</i>	<i>TOTAL</i>
1	Enfermedades del Sistema Respiratorio	27434
2	Enfermedades del Sistema Circulatorio	20534
3	Enfermedades del Sistema Gastrointestinal	17759
4	Enfermedades del Tejido Dentario	18706
5	Enfermedades del Sistema Genitourinario	12143
6	Enfermedades de la piel y el tejido celular subcutáneo	8130
7	Enfermedades Endocrinas y Metabólicas	6912
8	Control de Embarazo Normal	4724
9	Enfermedades del Sistema Osteomuscular	3963
10	Control del Niño Sano y del Lactante	3255
	Resto de Causas	5249
	TOTAL	128809

Fuente: Situación de Salud Bucaramanga 2003, Secretaria de Salud y Ambiente, Oficina de Epidemiología

Las infecciones respiratorias y gastrointestinales agudas continúan siendo las principales causas de morbilidad general lo cual podría indicar que los programas preventivos necesitan reforzar la dinámica de educación. Como segundo gran grupo de causas de morbilidad en este servicio se encuentra la enfermedad cardiovascular dada básicamente por Hipertensión Arterial, que paso del tercer al segundo lugar, esto se explica porque la educación para le cambio de hábitos (alimenticios, sedentarismo entre otros) en personas mayores es difícil, a nivel de promoción y prevención el impacto en este grupo es muy bajo porque se trata de enfermedades de gran prevalencia.

Comparando los cuadros de 1995 y 2002 vemos el impacto positivo que han tenido los programas de promoción y prevención ya que se han incluido entre las principales causas de consulta el control de embarazo normal (8 lugar) y control del niño sano y del lactante (10 lugar).

Estos resultados muestran que los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tienen un impacto favorable en la población que se refleja en los indicadores de morbi mortalidad. En este punto han sido de vital importancia los lineamientos impartidos por el ministerio de salud mediante la exigencia del cumplimiento de las actividades de promoción y prevención.

Mortalidad.

Tabla 7. Mortalidad por ocurrencia en Santander-1997. Veinte primeras causas.

CAUSA	DESCRIPCION	No. CASOS
I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	984
X95	AGRES DISP OTR ARMAS FUEG Y NO ESPECIFIC	643
I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	295
I67	OTRAS ENFERM CEREBROVASCULARES	256
E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	226
I11	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	213
C16	TUMOR MALIG ESTOMAGO	207
J44	OTRAS ENFERM PULMONARES OBSTRUC CRONICAS	202
R99	OTR CAUS Y MAL DEFIN Y NO ESPECIF MORTAL	178
R98	MUERTE SIN ASISTENCIA	172
I25	ENFERM ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON	166
J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	162
I61	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA	154
K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DEL HIGADO	152
X59	EXPOSICION A FACTORES NO ESPECIFICADOS	146
R96	OTRAS MUERTES SUBITAS CAUSA DESCONOCIDA	133
V99	ACCIDENTE DE TRANSPORTE NO ESPECIFICADO	133
E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	114
Y34	EVENO NO ESPECIFIC INTENCION NO DETERM	111
I63	INFARTO CEREBRAL	107

Fuente: Situación de Salud Bucaramanga 2003, Secretaria de Salud y Ambiente, Oficina de Epidemiología

Tabla 8. Veinte primeras causas de Mortalidad según CIE-10. Santander 2002.

20 Primeras causas de Mortalidad según CIE-10 Santander 2002

No.	CAUSAS (Certificado de Defunción)	TOTAL
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	840
2	HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO	466
3	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	305
4	ATEROSCLEROSIS	278
5	INDETERMINADA	270
6	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA NO DETERMINADA	256
7	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA	256
8	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO DETERMINADA	245
9	NEUMONIA	168
10	CIRROSIS	149
11	DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE	146
12	CARCINOMA IN SITU DE LA CAVIDAD GASTRICA NO DETERMINADA	144
13	PREMATUREZ	92
14	CARCINOMA IN SITU DE LA PROSTATA	82
15	CARDIOPATIA DILATADA	78
16	CARCINOMA IN SITU DE LA MAMA	77
17	CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO UTERINO	75
18	SIDA	62
19	ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR TROMBOTICA	59
20	CARCINOMA IN SITU DEL HIGADO	56

Fuente: Oficina de Epidemiología, Secretaria de Salud Departamental, Certificados de Defunción DANE

Comparando las causas de mortalidad en Bucaramanga entre 1997 y 2002 vemos que las enfermedades cardiovasculares aumentaron en frecuencia en el año 2002, esto es consecuencia de la poca importancia que se le daba a la promoción y prevención y a que son enfermedades de larga data e incurables, pero es de esperarse que con las medidas que se están tomando actualmente de sensibilización de la población sobre la importancia de llevar estilos de vida saludable, esta causa de mortalidad disminuya considerablemente en frecuencia en el mediano plazo.

Es significativo el número de nuevas causas de mortalidad por enfermedades cancerígenas, que son consecuencia de los mismos factores anteriormente mencionados para las enfermedades cardiovasculares.

Analizando la evolución de los indicadores epidemiológicos podemos concluir que la efectividad de los servicios de salud ha sido deficiente en las actividades de detección precoz como para el cáncer, además de aumentar los casos de enfermedades cardiovasculares en lugar de disminuir en el 2002. Una de las principales causas de esta situación es la falta de conciencia en todos los actores del sistema de salud; el gobierno, las instituciones de salud, los profesionales de la salud, las familias y la comunidad respecto a la importancia de la promoción y prevención.

No podemos desconocer que se ha hecho avances en este campo en cuanto a la normatividad pero aun falta mucho en la parte de control y auditoria haciendo que esta no se cumpla a cabalidad. Por parte de las instituciones prestadoras y administradoras de salud, no invierten los recursos necesarios para prestar servicios adecuados por el afán de lucrarse, utilizando estrategias como la integración vertical o la mal llamada contención de costos basada en la negación de servicios. En cuanto a los profesionales de la salud aun la gran mayoría tiene formación biomédica aunque actualmente las universidades e instituciones de formación están tratando de dar un enfoque preventivo a los estudiantes.

Y el actor mas difícil de manejar en el sistema es la comunidad ya que los estilos de vida poco saludables se encuentran muy arraigados, además de las circunstancias sociales de desempleo, desplazamiento por violencia, baja calidad de vida, entre otros no favorece el desarrollo saludable de las personas.

Tabla 9. Primeras causas de morbilidad consulta externa grupos etareos Bucaramanga 2002.

CAUSA	<1 AÑO		1-4 AÑOS		5-14 AÑOS		15-44 AÑOS		45-59 AÑOS		60 Y MAS	
	No.	Orden	No.	Orden	No.	Orden	No.	Orden	No.	Orden	No.	Orden
Inf. Respiratorias Agudas	2.527	1	3.199	1	3.190	1	3.882	1	675	1	684	1
Bronquitis Aguda	724	3	708	5	417	5						
Enf. Piel y Tej. Cel. Subcu	699	4	628	6	779	4	737					
Enteritis y Enf. Diarreicas	190	5	1.972	2	3.415	3	2.064		999		478	
Enf. Tej. Duros Dientes			1.344	3	4.014	2	11.372		1.516		460	
Virosis	38	6	171	7	219	8						
Deficiencias Nutricionales	35	7	67	9								
Infección Urinaria	19	8	178	8	318	7	1336		365		427	
Enf. Órganos Genitales							3308		402			
Diabetes Mellitas									697		1078	
Hipertensión Arterial									3928		9545	
Otitis Media Aguda					175	9						
Parasitismo Intestinal					342	6						
Lumbago									309		559	
Enf. De Ojos y Anexos							646					
Gastritis Aguda									404			
Est. Climatérico Femenino									324			
Hiperlipidemia Mixta									272			
Hiperplasia Prostática											656	

Fuente: Situación de Salud Bucaramanga 2003, Secretaria de Salud y Ambiente, Oficina de Epidemiología

Durante el año 2002 el patrón de diagnósticos más frecuentes por el servicio de Consulta Externa muestra que las infecciones respiratorias y gastrointestinales

agudas continúan siendo las principales causas de morbilidad general especialmente en los menores de un año lo cual podría indicar que con estos programas preventivos no se está cubriendo a la población más susceptible o que necesita reforzarse la dinámica de educación a los padres. Como segundo gran grupo de causas de morbilidad en este servicio se encuentra la enfermedad cardiovascular dada básicamente por Hipertensión Arterial, más común en los mayores de 60 años y también se observan casos en los adultos de 45 a 59 años; este dato se observa también para Diabetes mellitas. Las enfermedades de los órganos genitales y las infecciones urinarias, son muy frecuentes en los grupos de 15 a 44 años reflejando la necesidad del fomento de las consultas preventivas en este grupo de edad.

8.3 EFECTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Capacidad institucional y administrativa en salud. En Santander se cuenta con 316 IPSes públicas departamentales y 127 IPSes privadas, las cuales, según los niveles de complejidad de atención se distribuyen así: 69.3% son de nivel I, 1,58% son del nivel II, en el nivel III están 0.23% y 28.67% se clasifican del sector privado.

Tabla 10. Poblacion de Bucaramanga y su area metropolitana con afiliacion al sistema de seguridad social en salud. 2003

Municipio	Población DANE 2002	Población Afiliada al Régimen Subsidiado		Población Afiliada Régimen Contributivo		Total Población con Seguridad Social	Cobertura Total en Seguridad Social (%)
			%		%		
BUCARAMANGA	549.263	74.423	14	392.465	71	466.888	85
FLORIDABLANCA	243.568	27.336	11	76.283	31	103.619	42,5
GIRON	111.406	19.210	17	33.049	30	52.259	46,9
PIEDECUESTA	98.366	13.212	13	30.247	31	43.459	44,2
TOTAL	1.002.603	134.181	13	532.044	53	666.225	67

Fuente: Sistemas de Información en Salud - Secretaría de Salud de Santander, Agosto 2002.

Con respecto a la cobertura de los servicios de salud, observamos que existe un 53% de la población de Bucaramanga y área Metropolitana afiliada al régimen contributivo y 13% al Régimen Subsidiado, lo que nos indica que el 34% de la población no está afiliada a ningún régimen y acceden a los servicios de salud

mediante recursos de subsidio a la oferta a través de la red pública y privada con contratos con las secretarías de salud departamental y municipales.

En Bucaramanga y el área metropolitana, existen 18 EPS y 212 IPS, donde las dos IPS más grandes son FOSCAL y SERVIR, las cuales tienen asignado el 46.30 % del total de la población del régimen contributivo; el 17.92% están en la FOSCAL con 92.000 usuarios y el 28.38 % en SERVIR, con 150.000 usuarios y el 53.70% lo tienen el resto de las 210 IPS.

La IPS SERVIR fue creada con el fin de unificar los criterios de contratación para con las EPS, pero con el tiempo se modificó su misión convirtiéndose en un intermediario, es decir no agrega valor, sino que por el contrario, quita valor, pues demanda gastos de funcionamiento y busca generar utilidades disminuyendo aun más el dinero que se dedica a prestar servicios de salud, además de convertirse en un oligopolio que limita las posibilidades de ejercer el derecho a la libertad de escogencia de IPS.

La FOSCAL, es una fundación, que nació inicialmente para prestar servicios de salud de tipo oftalmológico (FOS), pero que en el transcurso del tiempo hace cerca de 15 años vio la necesidad de incursionar en todas las disciplinas de la salud (CAL). Su crecimiento fue vertiginoso y por lo tanto un poco desordenado, pero se ha convertido en un polo de desarrollo de la salud en el oriente colombiano, gracias a su naturaleza jurídica que le permite captar recursos provenientes de donaciones, pues los resultados operacionales solamente le permiten funcionar, ante los escasísimos márgenes de utilidad del sector.

9. DESCRIPCIÓN DEL MODELO

La búsqueda permanente de caminos conducentes a tener una población saludable, que sea el motor de una economía y por lo tanto una sociedad desarrollada, se ha tratado de alcanzar con diferentes estrategias, sin lograrlo, razón por la cual proponemos la adopción de un modelo de atención en salud con un enfoque biopsicosocial, que integre todas las actividades de promoción, recuperación y mantenimiento de la salud que se le realicen al individuo y a su núcleo familiar. Este modelo integrador de atención en salud, será diseñado para instituciones ambulatorias de baja complejidad, se basará en la medicina familiar.

Cada familia será atendida por un grupo multidisciplinario, compuesto por un médico especialista en medicina familiar, un médico general, una enfermera profesional, una trabajadora social y una psicóloga, todos con entrenamiento específico en salud familiar; el cual será liderado por el médico coordinador, grupo que será encargado de velar y mantener la salud de esa familia. Este Grupo será reconocido tanto por el individuo como por la familia, como un apoyo, una guía, un solucionador de cualquier clase de problema de salud que afecte su estado biopsicosocial. La salud familiar se construirá diariamente como un proceso dinámico y continuo, dado entre la familia y su grupo multidisciplinario, basados en la ética y confianza mutua.

El médico de familia y su equipo tendrán a cargo un número determinado de familias que atenderá de manera integral, es decir con un enfoque biopsicosocial, donde interviene el individuo, la familia y la comunidad. En el momento que el individuo ingrese en la base de datos de la institución, iniciará todo el proceso de incorporación al modelo de atención, este será asignado junto con su familia, a un grupo multidisciplinario, el cual se encargará de programar una serie de actividades.

La primera incluye la visita domiciliaria, hecha por una trabajadora social, la cual diligenciará la Tarjeta Familiar, instrumento que recopila información del usuario y su familia, identificando factores de riesgo y factores protectores; datos que serán utilizados en la segunda intervención, que será realizada por la psicóloga, la cual junto con la información obtenida, y la aplicación de otros instrumentos, como el familiograma, el ecomapa y el apgar familiar, a cada uno de los miembros de la familia, podrá diagnosticar las disfunciones familiares, describir las relaciones intrafamiliares y las relaciones del grupo familiar con la comunidad. En el momento que el usuario necesite la atención de urgencias o de consulta externa,

antes de la primera visita domiciliar, será atendido con la apertura de la historia clínica y se le brindarán los servicios que requiera, sin afectar el proceso de caracterización familiar.

La información obtenida será utilizada por el grupo multidisciplinario, quien elaborara un plan de intervención a cada individuo y su familia, según grupo étnico y factores de riesgo, asignándolos a los diferentes programas de salud, entre los que tenemos de promoción y prevención y los programas para problemas psicosociales. Toda esta información será reportada en la historia clínica del usuario en la sección de salud familiar.

El inicio de la parte asistencial de la familia dentro del programa, se hará con una jornada de salud familiar, en la cual se invita a todos los miembros de la familia, con el ánimo de prestarles la mayor cantidad de servicios durante esta jornada, entre los que tenemos la consulta médica, consulta de odontología, tamizaje de agudeza visual, citología, crecimiento y desarrollo y talleres de hábitos sanos.

El paciente continuara con el desarrollo de las actividades de su plan de salud, las cuales serán monitorizadas por su grupo multidisciplinario y estarán en continua evaluación.

El grupo acompañara al paciente en todo el proceso de atención en salud, a través de los diferentes niveles de complejidad, mediante un sistema de información de referencia y contrarreferencia, que permitirá al grupo multidisciplinario, mantenerse informado sobre las novedades que se presenten cuando el individuo sea atendido por especialistas, en urgencias, sea hospitalizado o se le haya practicado una cirugía, con el fin de darle continuidad a la atención, ayudando a que su recuperación sea pronta, reforzando hábitos sanos y cuidados que debe tener, para evitar complicaciones. Actividades donde debe intervenir la familia, tanto en la planeación como en la ejecución.

Se tendrán unos servicios de apoyo, lo cual incluye un odontólogo, nutricionista, auxiliar de enfermería, servicio de farmacia, laboratorio clínico e imágenes diagnósticas, y las especialidades de Pediatría, Ginecología y Medicina Internista, quienes recibirán capacitación en el modelo.

Cuando un paciente sea remitido y por lo tanto se genere contrarreferencia, esta debe ser enviada al coordinador del grupo multidisciplinario, durante las siguientes veinticuatro horas de haberse prestado el servicio, con el objetivo de conocer las

actividades que han realizado en niveles superiores facilitando la continuidad de la atención integral del paciente.

9.1 FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

La puesta en marcha del modelo de atención integrador, tiene un apoyo en la concepción de la ley 100 en cuanto a cobertura de todo el núcleo familiar, esto se concreta con las actividades de promoción y prevención ordenadas en la resolución 412 y 3384; también se apoya en el decreto 2759 de 1991, que reglamenta el régimen de referencia y contrarreferencia. Estas medidas, junto con la necesidad de la población, que por el conocimiento que ha adquirido sobre sus derechos, exige tener un modelo que se responsabilice de su salud y la acompañe en todos los niveles del sistema; dan acogida a nuevas formas de prestación de servicios que ofrezcan una atención en salud integrada y maneje un concepto biopsicosocial del individuo.

Otro punto a favor en la implementación del modelo integrador es la orientación que se está dando en la formación académica de los profesionales de la salud, donde se trata de ver al ser humano integrado con su entorno.

El enfoque biopsicosocial del sistema producirá a largo plazo un mejoramiento en los indicadores de salud y por consiguiente en la calidad de vida de los usuarios afiliados.

Barreras para la implementación del modelo

1. El modelo administrativo incluye la existencia de varios administradores (EPS), lo cual es ineficiente, diluyendo los recursos entre muchos administradores, sin afectar los márgenes de rentabilidad que las EPS privadas exigen, después de fuertes inversiones en infraestructura, recurso humano, lo cual sugiere que se invierte menos dineros en el mantenimiento de la salud de los afiliados y en detrimento de las IPS, quienes también invierten en infraestructura. Ahora bien las EPS ejercen posición dominante en el momento de la contratación, presentándose fuertes atropellos en esta materia, ante un Estado impávido o tal vez con conflictos de intereses por lo gobernantes de turno. Actualmente la mayoría de las IPS que han logrado mantenerse activas, lo han hecho porque hacen parte de una red de integración vertical que les asegura un mercado de usuarios. Las que se encuentran por fuera de estas organizaciones no tienen

poder de negociación en cuanto a tarifas, formas de contratación, etc. Ya que estas condiciones son impuestas por las aseguradoras.

2. Falta de continuidad en la prestación del servicio por una misma IPS, no permitiendo medir el impacto del programa en los indicadores de salud y afectando negativamente la situación financiera de las IPS, ya que la inversión en promoción y prevención al inicio del programa es alta, recuperable a largo plazo.
3. Visión a corto plazo de las EPS en cuanto a que un primer nivel eficiente disminuye costos en los niveles de atención de mayor complejidad.
4. Integración vertical, concebida de manera distorsionada ya que las EPS crean IPS propias con el ánimo de disminuir costos utilizando mecanismos como negociación de servicios, manipulación de tarifas, imposición de políticas de prestación de los servicios. La permanencia de los usuarios en el sistema depende de su situación laboral y económica, que actualmente es muy inestable. La información vertical también afecta la objetividad del proceso de auditoría permitiendo, en ocasiones la prestación de servicios de mala calidad.
5. La formación académica de los profesionales de la salud en Colombia tiene un enfoque biomédico, aunque ya se vislumbran cambios a nivel de pregrado y posgrado, especialmente en el área de la medicina.
6. Falta de cultura de prevención de la enfermedad entre los usuarios.
7. Implementación costosa debido al alto nivel del recurso humano que se requiere.
8. Aparente aumento de costos por incremento en la detección temprana de casos de enfermedades de alto costo.

9.2 COMO DISMINUIR EL IMPACTO DE BARRERAS

1. Promocionar la reforma de la ley 100 en cuanto al aspecto administrativo y limitar la existencia de las entidades administradoras a máximo 3, que tengan

circunscripción territorial con presupuesto definido. Esto con el fin de disminuir los costos de la intermediación que se tiene actualmente.

2. Clasificar a las familias según la estabilidad en las EPS, según factores de empleabilidad de acuerdo a criterios como: número de cotizantes, tipo de contrato, nivel escolar, tipo de empleo, antigüedad en el sistema y/o su comportamiento de continuidad, antigüedad de residencia, propiedad de vivienda.
 - Familias estables: son las familias que tiene más de un cotizante, con contratos a término definido o indefinido, nivel escolar profesional, mano de obra calificada, continuidad en el sistema de más de 100 semanas de cotización, antigüedad de residencia de más de un año, vivienda propia.
 - Familias con riesgo: un cotizante en la familia, tipo de contrato a término definido menor de un año o prestación de servicios, nivel escolar hasta secundaria, mano de obra no calificada, continuidad en el sistema entre 26 y 100 semanas de cotización, antigüedad de residencia entre seis meses y un año, vivienda arrendada.
 - Familias inestables: un cotizante en la familia, tipo de contrato temporal, nivel escolar hasta primaria, mano de obra no calificada, continuidad en el sistema menos de 26 semanas de cotización, antigüedad de residencia menos de seis meses, vivienda arrendada.

De acuerdo a esta clasificación podemos identificar a las familias que probablemente permanecerán mayor tiempo en los programas, afectando directamente en el impacto de salud que se lograría en la población.

Otra estrategia para subsanar la falta de continuidad en la prestación de los servicios sería asegurar la contratación con servicios de calidad que mantengan satisfecho al usuario y a la EPS.

3. Concientizar a las EPS de los beneficios del modelo y demostrar estadísticamente la disminución de costos a través de un primer nivel resolutorio.

4. Comprar acciones en las EPS para asegurar la participación en el negocio o convertirse en una IPS que preste servicios a una EPS exclusivamente.
5. Capacitar al grupo en medicina familiar.
6. Iniciar sensibilización en hábitos saludables al 100% de las maternas y niños, sin descuidar los otros grupos.
7. Reubicación de los profesionales y redistribución de funciones. Con respecto al Recurso Humano, se iniciara verificando la ubicación y los roles profesionales que están desempeñando en el sistema los médicos especializados en medicina familiar, y los que están trabajando como médicos generales se les invitará a que participen en el programa remunerándolos como especialistas que son.
8. Mediante la elaboración de indicadores de efectividad, para demostrar a las aseguradores que el costo de las actividades que se realizan por detección temprana, mediante la demanda inducida, es mucho menor que el de encontrar a la población con enfermedades complicadas que generan excesivo gasto al tratarlas en los niveles de mayor complejidad. Otra estrategia sería realizar un análisis comparativo entre el costo de la atención por detección precoz y el costo de la atención de la enfermedad.

9.3 IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

La identificación de necesidades se realizara en dos niveles, inicialmente a nivel general se utilizara el perfil epidemiológico de la población del municipio proporcionado por el ente de salud local, donde se identificara la morbi mortalidad de dicha población.

A nivel particular, se identificarán las necesidades de la población objeto del programa, mediante la aplicación de diferentes instrumentos como la tarjeta familiar, familiograma, ecomapa, APGAR familiar, los cuales nos evidencian los factores de riesgo, factores protectores, disfunciones y relaciones intrafamiliares que tenga el grupo familiar.

Luego de la tabulación y análisis de la información se define el plan de acción a seguir con cada grupo familiar según los factores de riesgo que logren identificarse, sin embargo se realizará seguimiento con el fin de mantener actualizada la información para que las actividades desarrolladas sean pertinentes y optimizar el uso de los recursos.

9.4 ALCANCE DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR

La búsqueda de un modelo de salud más universal, solidario y eficiente hizo que se estableciera una relación competitiva entre agentes públicos y privados.

El modelo propuesto de atención integral del nivel básico para el régimen contributivo debe ser eficiente y oportuno a fin de que sirva de puerta de entrada al Sistema de Salud, a través de un equipo operativo coordinado por el Médico Familiar, relacionado y ejecutado a través del plan Obligatorio de Salud (POS) el cual ampara un grupo definido de patologías con los siguientes servicios:

Servicios ambulatorios:

- Consulta externa.
- Medicina General.
- Medicina Especializada: Pediatría, Ginecología y Medicina Interna.
- Psicología.
- Nutrición.
- Apoyo Diagnostico de primero completo y segundo nivel parcial.
- Suministro de medicamentos esenciales.

- Promoción y prevención.

La ley 100 de 1993, en su artículo 152 regula el servicio público de salud y crea condiciones de acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Para lo cual se apoya en la salud familiar, ya que busca identificar problemas de salud e intervenir las causas.

Es el especialista médico familiar o médico general entrenado en medicina familiar, quien realiza Atención Primaria de alta calidad prestando cuidados integrales de salud desde una perspectiva biopsicosocial al individuo, familia y comunidad. El médico actuará como el interlocutor válido del sistema sanitario ante el individuo y la comunidad, capaz de traducir las necesidades de salud al lenguaje cotidiano facilitando el autocuidado y mantenimiento.

Este modelo está diseñado para el nivel de baja complejidad, el cual se relaciona con los niveles superiores por medio de un sistema de referencia y contrarreferencia, que sigue y apoya al paciente durante la prestación de los servicios en los niveles de mayor complejidad, dando continuidad en la atención de la salud. Por otra parte, el modelo con un enfoque biopsicosocial, busca integrar a la familia y su entorno en todo el proceso de recuperación y mantenimiento de la salud del paciente

Metas a mediano y largo plazo:

- Aumento de estándares de productividad de la población, reflejado en bajos índices de incapacidad laboral.
- A largo plazo disminución de costos en niveles superiores de atención y racionalización de recursos al lograr alta resolución de patologías en el primer nivel de complejidad.
- Alto grado de satisfacción del usuario con la EPS e IPS.
- Disminución de costos asistenciales por concepto de ayudas diagnósticas y de apoyo terapéutico, debido al seguimiento continuo de la familia a través de los diferentes niveles de atención, disminuyendo la repetición de exámenes.

- Se involucra al usuario en el cuidado de su propia salud. El paciente adquiere conocimientos y habilidades para controlar su enfermedad y volverse autosuficiente en el manejo diario de esta.
- Los pacientes mejoran su estilo de vida previniendo el efecto de los factores de riesgo.
- Mantener una población sana, que implica costos de mantenimiento de salud bajos a largo plazo.
- Detección de enfermedades en estados incipientes o subclínicos, que siempre significan menores costos de sus tratamientos, debido a que no hay complicaciones o mayores zonas afectadas que implican mayores gastos.
- Imagen positiva de la institución frente a la población, el sistema y la sociedad.

9.5 DESARROLLO DEL MODELO

El modelo de atención se ha desarrollado en diferentes etapas con el fin de facilitar la descripción y organización de las actividades.

Etapa 1: Ingreso del paciente al modelo integrador de atención.

El paciente estará inscrito en el modelo, desde el momento que ingrese a la base de datos junto con su grupo familiar. Los miembros de la familia que no pertenezcan a la EPS, recibirán del modelo únicamente las sesiones educativas y con respecto a las actividades asistenciales, se le direccionará hacia su entidad aseguradora.

Si el usuario solicita atención médica u odontológica antes de que inicie con las actividades del modelo, se atenderá el paciente, abriendo la historia clínica y prestándole los servicios que necesite. La historia se complementará con la caracterización familiar cuando le corresponda dicho proceso.

Etapa 2: asignación del grupo familiar.

Las familias estarán a cargo del grupo multidisciplinario liderado por el médico familiar y a su vez contará con el apoyo directo de una auxiliar de enfermería, de un ginecólogo, un pediatra, un internista, una nutricionista, un farmacéutico y un odontólogo, en razón a que con este equipo se resuelve cerca del 90% de las necesidades de salud de la comunidad

La asignación de las familias a los diferentes grupos interdisciplinarios se hará de manera equitativa teniendo en cuenta el número de personas que permita atender la capacidad operativa del grupo de salud, por lo que el número de familias asignadas, puede variar dependiendo del tamaño de las mismas.

Si la familia en un momento dado, no hace empatía con los miembros del grupo multidisciplinario, tendrá el derecho de solicitar cambio, siempre y cuando sea justificado por escrito, en el formato elaborado para tal fin. (Ver anexo 2. Formato De Cambio De Grupo Multidisciplinario)

Etapa 3: Caracterización de la familia.

El primer contacto de la familia con el programa será a través de una visita domiciliaria, hecha por la trabajadora social capacitada en el modelo, que diligenciará la TARJETA FAMILIAR y asignara citas concertadas, con cada uno de los miembros de la familia mayores de 5 años, con la psicóloga.

La psicóloga, utilizara la información que se colecto en la Tarjeta Familiar y la complementara aplicando los instrumentos del familiograma, el ecomapa y el APGAR del grupo familiar, cuyos resultados permiten identificar la composición familiar, recursos, relaciones intrafamiliares, disfunciones y su entorno familiar, ubicándolos dentro del ciclo vital familiar correspondiente e identificando los factores de riesgo propios.

La información obtenida será ingresada por un digitador a un software, que permita caracterizar al núcleo familiar completo, el análisis de esta información lo realizara el grupo multidisciplinario correspondiente, en reuniones semanales, donde se tomaran decisiones a cerca de las intervenciones a realizar. Según los factores de riesgo y factores protectores identificados, el grupo multidisciplinario elaborará el plan anual de salud para la familia con tiempos definidos para la

ejecución. Luego de definido el plan se contactará la familia para concertar una cita para que asistan a una jornada de salud familiar en la IPS. En la historia clínica de cada uno de los miembros de la familia se anexará la caracterización y el plan de salud familiar.

Etapa 4: Jornada de salud familiar.

En la cita asignada para la jornada de salud familiar, el grupo multidisciplinario se presentará siguiendo las instrucciones del manual de inducción del programa, ante la familia con el objetivo de sensibilizarlos, conocerlos y explicarles en que consiste éste, cuales son las políticas, los beneficios a los que tendrán derecho y los compromisos que adquirirán con el programa. Se carnetizarán y se llevaran a cabo consultas a cada miembro de la familia, donde se hará la apertura de historia clínica y se hará un diagnóstico inicial y definir tratamiento para recuperación o mantenimiento de la salud.

Las consultas que se realizaran en la jornada de salud familiar serán:

- Consulta de Medicina General de Primera Vez.
- Consulta de Odontología.
- Tamizaje de Agudeza Visual.
- Toma de Citología.

Todo el grupo familiar estará simultáneamente en diferentes consultas y en el transcurso de una a otra se encontraran en la sala de espera observando un video informativo sobre el desarrollo del programa de salud familiar. De acuerdo a la capacidad de la institución se asignaran la cantidad de familias para la jornada familiar. (Ver anexo 3 Cronograma de Jornada Familiar).

En la consulta de primera vez se le explicará a cada miembro en qué consiste el o los programas de promoción y prevención en los que queden inscritos. Se llevara un formato donde cada uno de los miembros de la familia haga un compromiso de

cumplimiento con el programa, con el fin de motivar la adhesión a los mismos. (Ver anexo 4 Formato de Compromiso).

Etapa 5: Desarrollo de los programas.

Los diferentes programas de promoción y prevención están distribuidos por grupo etáreo debido a que tienen factores de riesgo específicos, los cuales tienen actividades de protección específica y detección temprana.

Tabla 11. Programas de Promoción y prevención según resoluciones 412 de Febrero de 2000 y 3384 de Diciembre de 2000.

Programa	Acciones	Actividades, Procedimientos e Intervenciones
Salud Integral del Infante y Escolar	* Protección específica	* Atención del recién nacido *Vacunación,(PAI) * Atención preventiva en salud bucal
	* Detección temprana	* Alteración del crecimiento y desarrollo * Alteraciones de la agudeza visual
0 - 10 años	* Protección específica	* Atención de Planificación mujeres - hombres * Atención preventiva en salud bucal
Adolescente y Adulto joven	* Detección temprana	*Alteraciones del desarrollo del joven *Cáncer de cuello uterino *Cáncer de seno * Alteración de la agudeza visual
10 - 29 años	* Protección específica	* Planificación Mujeres - hombres * Atención preventiva en salud bucal
Adulto mayor de 45 años	* Detección temprana	* Alteración del adulto * Cáncer del cuello uterino * Cáncer de seno * Alteración de la agudeza visual

Continuación Tabla 11. Programas de Promoción y prevención según resoluciones 412 de Febrero de 2000 y 3384 de Diciembre de 2000.

Programa	Acciones	Actividades, Procedimientos e Intervenciones
Materno Perinatal	* Protección específica	* Atención del parto * Atención preventiva bucal
	* Detección temprana	* Alteraciones del embarazo * Cáncer de cuello uterino * Cáncer de seno

Fuente: Resolución 412 de febrero de 2000

Adicionalmente, para intervenciones en problemas psicosociales se ofrecerán programas que trabajen aspectos como: violencia intrafamiliar, fármaco dependencia, nutrición, tercera edad, utilización del tiempo libre, disfunciones familiares, capacitación en saneamiento básico, enfermedades de transmisión sexual, procesos de duelo.

Todos los servicios prestados por el programa serán los incluidos en el POS y los que realmente sean pertinentes a criterio del medico de familia y los que estén excluidos, tendrán todo el proceso de autorización definido por la EPS a la que el grupo familiar se encuentre afiliada.

Es necesaria la educación y capacitación a los miembros de la familia en primeros auxilios para tratar las emergencias y posibles casos de catástrofes. Se entregaran cartillas en atención primaria que indiquen como tratar los eventos más frecuentes de salud, evitando así las automedicaciones entre la familia. Igualmente, como posible solución a los problemas nutricionales, se capacitara a las madres en la utilización y preparación de alimentos, por medio de talleres y demostraciones.

Tratando de cumplir con el objetivo integrador del modelo, el sistema de referencia y contrarreferencia garantizará el registro y seguimiento de todas las actividades de salud que se le realicen al paciente para permitir una visión global de la atención que se le ha prestado. Este proceso permitirá al grupo multidisciplinario mantenerse informado sobre las novedades que se presenten con cada uno de los miembros de la familia, mediante comunicación diaria del reporte de estas, con el fin de hacer seguimiento e interrelación con el desarrollo del programa correspondiente al grupo familiar.

Otro aspecto es la referencia a médicos especialistas, que siempre será autorizada por el médico coordinador del grupo multidisciplinario de manera que la interconsulta sea pertinente. Cuando la referencia sea remitida a la red externa de prestadores de servicio, estos serán responsables de hacer llegar a la IPS el resultado de la interconsulta, es decir la contrarreferencia, por alguno de estos medios, mensajería, fax o correo electrónico, pero nunca utilizar el paciente para esta labor.

Este proceso es de vital importancia para el funcionamiento del modelo y es necesario garantizar su eficacia, razón por la cual se realizará un instructivo que se socialice en la red de prestadores de servicios y se haga el compromiso de cumplimiento del proceso allí descrito. Todos los prestadores que conforman la red de atención, hospitalaria, de urgencias, consulta externa, cirugía y odontología tendrán capacitación sobre el manejo que deben tener para diligenciar el formato de la contrarreferencia.

Para controlar el proceso, el software reportará diariamente la relación de contrarreferencias pendientes, es decir las que han cumplido 24 horas después de haberse realizado la atención, excepto los procedimientos especiales que requieran plazos más grandes para ser reportados, por ejemplo algunos resultados de exámenes de laboratorio, sesiones de fisioterapia, cirugías programadas, entre otros. En la evaluación trimestral se reportará un indicador que mida el correcto funcionamiento del proceso.

Etapa 6 Control y seguimiento de plan de salud familiar.

- Se harán controles periódicos (semestrales) al grupo familiar para medir la eficacia de las intervenciones, adhesión a los programas y hacer los correctivos pertinentes. Estos controles se llevaran a cabo mediante la actualización y análisis de la evolución que haya tenido el grupo familiar usando los mismos instrumentos de información utilizados inicialmente. (Ver anexo 5 Formato Evaluación Familiar).

Etapa 7 Evaluación anual de efectividad y plan de mejoramiento del programa de salud familiar

- Evaluar la eficiencia por medio del análisis del impacto del programa en el costo de la atención médica en niveles superiores lo cual se hará en conjunto con la aseguradora, ya que ellos poseen datos históricos de costos.

- Evaluación del impacto del programa en el estado de salud de la población objeto a través de la comparación de indicadores. Los indicadores que se utilizarán serán:
 - Cobertura: haciendo referencia al porcentaje de personas incluidas en los diferentes programas de promoción y prevención respecto al total de la población zonificada en la IPS.
 - Índice de ausentismo laboral por enfermedad.
 - Comparación de los perfiles de morbi mortalidad por periodos anuales.
 - Índice de hospitalizaciones y/o complicaciones por enfermedades prevenibles.
- Evaluación de la calidad del servicio mediante la matriz que contiene las metas exigidas por el ministerio de protección social (Ver anexo 6 Matriz de Promoción y Prevención).
- Evaluación de cumplimiento de metas del programa de salud familiar.
- Planteamiento de estrategias de mejoramiento y nuevas metas del programa de salud familiar.

9.6 POLÍTICAS

De Prestación de servicios.

- Todas las actividades realizadas en el programa estarán enmarcadas en la ley 100 de 1993.
- Todas las actividades desarrolladas por el grupo multidisciplinario estarán protocolizadas dentro del marco de la salud familiar.

- A todos los grupos familiares inscritos en el programa se les diligenciará la Tarjeta Familiar, el familiograma, el APGAR y el ecomapa.
- A los miembros del grupo familiar que no se encuentren afiliados a la EPS o zonificados en la IPS se les incluirá en las actividades educativas pero no se les prestarán servicios asistenciales.
- Todos los miembros de la familia deben estar inscritos en los programas de promoción y prevención según el grupo etéreo al que pertenezcan o los factores de riesgo a los que estén expuestos.
- La red de servicios de urgencias, hospitalización y cirugía deberá reportar en un horario establecido a la IPS de lunes a sábado las novedades que se hayan presentado el día inmediatamente anterior para actualizar los registros de los usuarios en la base de datos. Esta información será actualizada en las historias de los pacientes por el coordinador médico.
- Cuando el grupo familiar ingrese al programa se le hará una valoración inicial y un plan de intervención, a los 6 y a los 12 meses se evaluarán los logros alcanzados e implementarán estrategias de mejoramiento y se continuará la evaluación anualmente. (Ver anexo 5 Formato Evaluación Familiar).
- Todo grupo familiar tendrá asignado un grupo multidisciplinario, para hacer cambio de grupo de salud la familia deberá hacer una solicitud escrita expresando sus motivos, esta será estudiada en el comité Aseguramiento de la Calidad y se dará respuesta escrita en un plazo máximo de 30 días.
- Los trámites que se requieran para autorizar las actividades de II y III nivel ante las aseguradoras serán realizadas por funcionarios de la IPS y no por los usuarios.
- En la historia clínica se consignará la caracterización de la familia, es decir, la conclusión del análisis de los instrumentos de información (Tarjeta Familiar, familiograma, APGAR y ecomapa) y el respectivo plan de salud familiar.
- Se debe incentivar la asistencia, a través de mensajes recordatorios, folletos y en general en todos los momentos de verdad.

Grupo multidisciplinario.

- Cada grupo multidisciplinario estará coordinado por un médico con especialización en medicina familiar.
- Se hará capacitación trimestral de los grupos multidisciplinarios en temas de salud y medicina familiar, de acuerdo a las necesidades detectadas en los grupos multidisciplinarios.
- Se harán evaluaciones trimestrales de las actividades realizadas por el grupo multidisciplinario con las familias asignadas, midiendo el cumplimiento del desarrollo del programa.
- A cada coordinador de grupo interdisciplinario se le asignara una partida presupuestal mensual para el desarrollo del programa.
- El médico familiar coordinador del grupo, será el responsable de hacer seguimiento a la referencia y contrarreferencia.
- Se elaboraran matrices trimestrales por grupo interdisciplinario que nos permitan medir la morbi mortalidad de la población y obtener indicadores de gestión en salud.

9.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El modelo integrador propuesto se concreta a través de la implementación de un programa de prestación de servicios orientado hacia la salud familiar. La estructura organizacional de este programa se esquematiza en el organigrama (Ver anexo 7 Estructura Organizacional).

En su componente administrativo se requiere un director del programa que será responsable del mismo ante las directivas de la institución.

Grupo de Apoyo Administrativo:

- Auxiliar administrativa.
- Recepcionista.
- Técnico en sistemas que administra la base de datos.
- Digitadores.
- Auxiliar asignadora de citas.
- Auxiliar de Servicio al Cliente.

El área asistencial del programa esta dividida en dos partes, una esta conformada por el o los grupos multidisciplinarios que se encargan de la atención primaria de los grupos familiares y el grupo de apoyo asistencial con el que se maneja la referencia de pacientes en las especialidades básicas y dan soporte técnico a los grupos multidisciplinarios

Grupo Multidisciplinario:

- Médico especialista en Medicina Familiar.
- Médico General.
- Trabajadora social.
- Enfermera.
- Psicóloga.

Grupo de apoyo asistencial:

- Internista.
- Pediatra.
- Gineco obstetra.
- Nutricionista.
- Farmacéutico.
- Odontólogo.

Al grupo de apoyo asistencial se le debe capacitar en el modelo de manera que sus intervenciones estén enmarcadas dentro del enfoque de la salud familiar.

Comités de apoyo:

- Comité de Historias Clínicas.
- Comité de Vigilancia Epidemiológica.
- Comité de Aseguramiento de la Calidad.

Los comités de apoyo serán estructurados según la normatividad vigente.

9.7.1 Perfil y Funciones de los Miembros del Programa de Salud Familiar.

Los integrantes del grupo multidisciplinario deben cumplir con un perfil general que incluye el título profesional en el área, capacitación en salud familiar, excepto el coordinador del grupo, quien debe tener especialización en medicina familiar.

Actividades del grupo multidisciplinario.

- Reunirse diariamente a primer hora hábil para reporte de novedades y asignación de tareas según novedades.
- Programar actividades al grupo familiar sobre hábitos sanos para que a nivel individual y colectivo se asuma la salud como una responsabilidad de todos.
- Desarrollar los programas mediante actividades de mantenimiento de la salud con base grupos etéreos y factores de riesgo.
- Hacer seguimiento a las familias incluidas en los programas especiales.
- Realizar visitas domiciliarias cuando sea pertinente, por ejemplo post parto, post quirúrgico, entre otros.
- Realizar actividades asistenciales.
- Definir intervenciones en los grupos familiares después de la caracterización.
- Hacer seguimiento a la referencia y contrarreferencia.
- Presentar los informes periódicos solicitados por la dirección del programa de salud familiar.
- Ejecutar los programas de promoción y prevención.
- Articular los programas asistenciales con los programas y actividades de Promoción y Prevención.
- Obtener la participación de la Comunidad en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para fortalecer mecanismos que conlleven a un mejoramiento de la calidad de vida.

- Realizar la evaluación de seguimiento (anual o semestral) a los grupos familiares para verificar la efectividad de las intervenciones y toma de correctivos.
- Realizar actividades de motivación y seguimiento a pacientes inasistentes a programas de p y p.

9.7.2 Director del Programa de Medicina Familiar. El perfil requerido para este cargo es el de un médico, especialista en medicina familiar y en administración de servicios de salud.

Funciones:

- Planeación: definición de objetivos, metas.
- Organización: participar en el proceso de selección de talento humano, análisis de costos, asignación presupuestos, proporcionar directrices para el desarrollo de las guías de manejo del programa.
- Actuar como consultor del personal técnico y profesional del programa
- Vigilar y supervisar el cumplimiento el trabajo y obtención de resultados de los grupos multidisciplinarios.
- Participar en los diferentes comités del programa.
- Diseñar sistemas de incentivos y sanciones para todos los actores del programa.
- Resolver conflictos.
- Vigilar que se cumplan los programas de capacitación y de docencia de acuerdo con los lineamientos de la institución.

- Emplear el método científico para realizar investigación que incremente el cuerpo de conocimiento de su especialidad, aplicables a la práctica médica en el programa.
- Consolidar la información generada por los grupos multidisciplinarios para diseñar nuevas estrategias de servicio.
- Determinar los estándares de eficiencia y determinar el grado de desviación de las metas prefijadas y definir los correctivos.
- Mantener el vínculo con el Ministerio de Salud, para actualizar y seguir los lineamientos dispuestos por él.

9.7.3 Coordinador de Grupo Multidisciplinario.

Funciones:

- Coordinar la atención médica de los pacientes apoyándose en el equipo multidisciplinario.
- Coordina las actividades del grupo multidisciplinario intra y extramurales.
- Analiza el reporte diario de novedades entregado por la red externa y define las actividades pertinentes.
- Supervisa el cumplimiento oportuno de la contrarreferencia.
- Remite interconsultas que requieran aprobación de la EPS a la dirección del programa.
- Consolida la información generada por el grupo multidisciplinario y presenta el informe trimestral de las actividades realizadas a la población asignada ante la dirección del programa.

- Participar en los diferentes comités del programa.
- Realizar actividades docentes dirigidas al grupo multidisciplinario de salud y a la población inscrita en el programa.
- Evalúa el desempeño del personal del grupo multidisciplinario.

Actitudes.

- Tener actitud de liderazgo.
- Actuar responsablemente como coordinador de las acciones del equipo de salud en la atención del paciente.
- Poseer actitud de servicio y establece una adecuada relación médico-paciente y médico familia.
- Tener una actitud analítica, racional, interpretativa e integradora de los problemas que le plantea el paciente y su repercusión familiar.
- Asumir la responsabilidad del manejo integral de los problemas del paciente y su familia.
- Actuar responsablemente y con oportunidad en la solicitud de íter consulta para asesoría en la atención del paciente y su familia en los otros niveles.

9.7.4 Médico de Atención Familiar.

- Vigilancia, control y tratamiento de la mujer embarazada y el puerperio.
- Control y vigilancia del niño sano.

- Atención del niño enfermo.
- Seguimiento, vigilancia y atención del adolescente.
- Control, supervisión y atención de pacientes adultos y ancianos.
- Realiza algunos procedimientos de cirugía menor, y en los casos de cirugía mayor, ejerce las acciones necesarias en el estudio preoperatorio del paciente.
- Brinda atención, orientación, educación y seguimiento de las familias bajo su responsabilidad, favoreciendo su adecuado desarrollo y contribuyendo a mejorar sus procesos dinámicos y de comunicación.
- Acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, aplicación del enfoque de riesgo en la evaluación del estado de salud de la población.
- Acciones en las esferas: biológica, psicológica, social del individuo y su familia en forma continua, utilizando los recursos intra y extra institucionales.
- Es el responsable directo de la atención integral y continua de todos los miembros de la familia, tanto en estado de salud como de enfermedad.

9.7.5 Enfermera.

- Coordinar las actividades a realizar en los programas de promoción y prevención para responder a las demandas del individuo y su familia. La enfermera coordinará el trabajo para concordar objetivos y poder optimizar el tiempo de la familia, de esta forma, el cuidado interdisciplinario orientado a la atención del individuo y su familia puede ser más eficiente y más efectivamente planeado, implementado y evaluado. Debe contemplar además, la coordinación que se debe establecer con el consultorio en el que se atiende la familia, a objeto de no duplicar actividades, apoyarse mutuamente para optimizar el trabajo realizado y mantener comunicación fluida y actualizada.

- Valorar la situación socio ambiental de la familia, en trabajo coordinado con asistentes sociales. El conocimiento de las fortalezas y debilidades así como las influencias y apoyos situacionales sirven de marco de referencia a la enfermera y al equipo de salud para trabajar con la familia y encontrar apoyos positivos para la crianza de los niños. La familia, en general, se siente apoyada cuando:
 - La atención de enfermería responde a lo que son las prioridades de la familia.
 - Se les proporciona información regular con relación a la evolución del crecimiento y desarrollo y sobre algún problema de salud si es que existe.
 - Se establece una relación significativa, esto implica aceptar a cada uno de sus miembros, dedicarles tiempo, escucharlos y estimularlos a expresar sus sentimientos cualquiera sean estos.
 - Se les prepara y educa para asumir un rol activo y participativo a partir de un reconocimiento de sus propias capacidades y recursos.
- Supervisión del cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones y de administración de medicamentos. revisar los exámenes de rutina (solicitudes y resultados) revisar cumplimiento de programa de vacunas, revisar cumplimiento de indicaciones médicas en general.
- Prevenir y/o recuperar déficit nutricional especialmente durante los primeros años de vida.
- Prevención de riesgos y accidentes en el hogar. La enfermera debe procurar desarrollar en la familia habilidades y conductas que apoyen el desarrollo pleno del prematuro, en un ambiente seguro y libre de riesgos. Para ello se deben desarrollar programas educativos individuales y grupales, que contemplen los principales factores que promueven conductas protectoras, sin caer en la sobreprotección.

- Realizar visita domiciliaria. Esta actividad permite cumplir con los siguientes objetivos:
 - Acción terapéutica: permite fortalecer lazos de confianza con la familia, lo que facilita que se expresen las dudas e inquietudes.
 - Acción diagnóstica: Ayuda a la detección precoz de los problemas que pudiera presentar el individuo, conocer mejor a la familia y especialmente su dinámica e interacciones, lo que facilita las futuras intervenciones.
 - Acción educativa: revisar contenidos para reforzar y/o incorporar otros nuevos, de acuerdo a necesidades detectadas. Verificar cumplimiento de calendario de vacunas y condiciones medioambientales libres de riesgo.
 - Acción evaluativa: en relación al cumplimiento de indicaciones entregadas por miembros del equipo de salud.
 - Acción de retroalimentación: la enfermera también aprende de lo realizado por la familia.

9.7.6 Psicóloga.

- La psicóloga es la persona que tiene como principal responsabilidad velar por el estado emocional de los individuos, familia y comunidad
- Caracterizar las relaciones intrafamiliares y las relaciones del grupo familiar con la comunidad.
- Intervenir directamente con familias en conflicto y prevenir la aparición de conflictos mayores a través del trabajo grupal.
- Intervenir directamente con las familias, y personas que están pasando por situaciones conflictivas.

- Intervenir en parejas con conflicto.
- Intervenir en personas que acuden de manera individual.
- Prevenir la aparición de conflictos mayores a través de la educación participativa – vivencial en grupos de personas.

9.7.7 Trabajadora Social.

- Realizar visita domiciliaria para diligenciar la tarjeta familiar y asignar cita con la psicóloga a todo el grupo familiar mayor de cinco años.
- Función asistencial: Comprende la atención a las personas que como consecuencia de su enfermedad acuden a los servicios de salud, y presentan una demanda de atención social o psicosocial y el asesoramiento a los miembros del equipo de salud que precisan completar el diagnóstico clínico con el diagnóstico social, para aplicar mejor el tratamiento.
- Función educativa: mejorar la disposición ante la modificación de hábitos de vida y comportamientos, para asumir cada vez mas, prácticas saludables. Se realiza en las siguientes vertientes: individualmente con los usuarios, dentro de programas preventivos / promocionales y con la comunidad en general.
- Función rehabilitadora y de reinserción social: Consiste en promover la integración de aquellas personas que se encuentren en especiales condiciones de desventaja social, marginación, etc., o que han pasado por un proceso crítico en su vida, tendiendo a su incorporación al medio del modo más normalizado posible. Para ello es necesario conocer todos los recursos de la comunidad y establecer una correcta coordinación socio-sanitaria con todas las instituciones de la zona.

9.7.8 Selección, Inducción, Capacitación, Evaluación y Remuneración Del Recurso Humano.

Selección.

El director del programa identifica la necesidad de personal en un área determinada. Se hará el proceso de reclutamiento según las características y perfiles de los cargos propios del programa.

La selección del personal se realizará de acuerdo a las políticas de la institución. Teniendo en cuenta los perfiles exigidos para desempeñar funciones enfocadas hacia la salud familiar.

Inducción.

Se realizará el proceso de inducción durante una semana, para orientar al empleado en la estructura y funcionamiento del programa y acelerar el proceso de adaptación a la entidad.

Los temas comunes que se tratarán en el proceso de inducción son los siguientes:

- Historia de la empresa.
- Misión, visión, valores corporativos.
- Objetivos, políticas y normas.
- Condiciones laborales.
- Estructura jerárquica.
- Presentación del grupo de trabajo.
- Instalaciones y ubicación.
- Motivación y actitudes.

- Funciones del cargo.
- Descripción del modelo de medicina familiar.

Capacitación.

Entre las políticas del programa se encuentra la capacitación periódica del personal, en consecuencia trimestralmente la dirección del programa plan de capacitación según necesidad mediante seminarios de actualización en temas de salud familiar.

Remuneración e incentivos.

Teniendo en cuenta la situación financiera actual de la mayoría de las IPS en el país, se hace necesario implementar un sistema de remuneración en el que los profesionales compartan el riesgo económico con la institución; donde el profesional se vea en la necesidad de adquirir un compromiso personal con la empresa porque el se vera beneficiado o perjudicado por los resultados de la operación, esto lo llevará a hacer uso racional de los recursos y a mantener satisfecho al usuario con el servicio que recibe.

La manera de compartir el riesgo y las utilidades sería partir de un salario base que puede estar por debajo del promedio del mercado y diseñar una tabla de compensaciones, donde se establezcan puntajes de acuerdo a los logros obtenidos por el grupo multidisciplinario y estos signifiquen bonificaciones en dinero para los miembros del grupo en su asignación mensual.

Otro tipo de incentivo sería con días de descanso o capacitaciones adicionales, reconocimiento público.

Evaluación de desempeño.

La evaluación de desempeño en el área técnica estará determinada por los resultados arrojados por la gestión del grupo en dos niveles:

- Nivel asistencial según la evolución que tenga el perfil epidemiológico y los indicadores de salud de la población asignada y según el cumplimiento de las metas propuestas por el programa
- Nivel administrativo según el análisis de costos que se haga a su operación, cumplimiento del techo presupuestal asignado, indicadores de gestión, grado de satisfacción del usuario

La calificación total de la evaluación estará compuesta en partes iguales por los dos niveles.

9.8 ESTRUCTURA FÍSICA

La planta física básica por grupo multidisciplinario requiere:

- Consultorio médico.
- Consultorio de enfermería.
- Consultorio de psicología, nutrición.
- Salón dotado para conferencias, talleres, capacitaciones, etc. de promoción y prevención.
- Consultorio odontológico.
- Consultorio para especialidades médicas.
- Puesto de trabajo para grupo multidisciplinario.

Como áreas de apoyo para todo el programa.

- Consultorio de vacunación.
- Farmacia.
- Laboratorio Clínico.
- Consultorio para procedimientos.

Área administrativa.

- Oficina de Dirección d el programa.
- Recepción y asignación de citas.
- Área de atención al cliente.
- Área de sistemas.
- Sala de espera.

9.9 GUÍAS Y PROTOCOLOS

Inicialmente se realizarán de acuerdo al perfil epidemiológico de la ciudad y cuando se cuenten con datos históricos propios de la IPS se realizara su actualización dependiendo de los cambios presentados:

- Infección Respiratoria Aguda.
- Enteritis y Enf. Gastrointestinales.

- Enf. Tej. Duros Dientes.
- Enf. Órganos Genito urinarios.
- Diabetes Mellitas.
- Hipertensión Arterial.
- Otitis Media Aguda.
- Parasitismo Intestinal.
- Lumbago.
- Enf. De Ojos y Anexos.
- Hiperlipidemia Mixta.
- Hiperplasia Prostática.

10. SISTEMAS DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

Todas las organizaciones necesitan información actualizada, confiable y completa sobre todos los aspectos de la empresa, para tomar decisiones acertadas sobre el desempeño y la ejecución de ésta.

Se trabajará con los informes administrativos y estadísticos resultado de las actividades del programa de atención. Estos informes se producirán trimestralmente y serán analizados, consolidados y presentados por el director del programa ante el nivel directivo y operativo. Contendrán la siguiente información:

- Matrices de morbi mortalidad.

- Matrices de promoción y prevención y recuperación de la salud.

- Matrices de enfermedades de notificación obligatoria.

- Indicadores de: Programas de promoción y prevención.
Satisfacción global de los usuarios.
Índice de quejas y reclamos.

Se usarán redes sistematizadas con un software diseñado especialmente para el modelo de atención, que permita la organización de la información de los grupos interdisciplinarios y de los núcleos familiares para la obtención, análisis y evaluación de los datos en forma eficiente, oportuna y exacta.

El software debe estar parametrizado de manera que los instrumentos utilizados por el grupo multidisciplinario, tales como la tarjeta familiar, la historia clínica por grupo etéreo, el Familiograma, el APGAR, el Ecomapa sean la fuente de información que le permita dar indicaciones sobre la conducta a seguir con un grupo familiar.

10.1 REGISTROS E INSTRUMENTOS

Es necesario que el Médico y su equipo estén atentos ante aspectos reveladores de la situación de salud del usuario. Muchos de éstos hablan del contexto personal y/o psicosocial, que deben alertar al Médico y a su equipo de salud a trabajar más en este contexto, que en el clínico patológico. A continuación se nombran algunos de ellos:

Indicios:

- Consultas frecuentes por problemas menores.
- Consultas frecuentes por múltiples dolencias.
- Consulta por un síntoma que existe desde hace mucho tiempo.
- Incongruencia entre el sufrimiento del paciente y la naturaleza menor del síntoma.
- Consulta de los padres por problemas menores en sus hijos.
- Consulta de un adulto acompañado de otro familiar consistentemente.
- Enuresis y/o Encopresis.
- Madre soltera
- Ausencia de padres durante períodos prolongados.
- Primera consulta prenatal al final del embarazo.
- Embarazo no deseado

- Bajo rendimiento y/o repitencia escolar
- Enfermo crónico en la familia
- Duelo no resuelto

Los instrumentos que utilizaremos para realizar la evaluación psicosocial de las familias son los siguientes:

10.1.1 Tarjeta familiar. Por este instrumento se identificarán los factores de riesgo y los factores protectores de cada grupo familiar. El diseño de tarjeta familiar que utilizaremos, emplea señas de colores para identificar estos factores. (ver anexo 8 Tarjeta Familiar)

Señas de colores.

Factores protectores y de riesgo.

Son doce (12) señas que están colocadas en la parte superior de cada TARJETA FAMILIAR. En el SICAPS 2000 se propone que las primeras once señas (1 a 11) representen problemas de salud o signos de alerta para la familia. La seña número doce (12), de color verde claro, representará factores protectores en el nivel familiar. Usted habrá podido observar que este mismo color se encuentra en muchas de las casillas de la tarjeta, más adelante se explicará cómo la presencia o ausencia del color verde claro en alguno de los módulos da una puntuación que permite identificar cuándo la familia está protegida.

Las señas de colores permiten hacer un diagnóstico rápido de la situación de salud de la comunidad. También le permite conocer los problemas específicos de salud de cada familia. De esta manera podrá trabajar con base en las necesidades reales de la comunidad y de cada familia y así sus acciones serán más efectivas.

¿Qué significa las señas de colores?

Factores de riesgo.

- Señal Café: una señal café levantada en la tarjeta, indica que en esa familia no se le hace tratamiento al agua de consumo humano.
- Señal Blanca: una señal blanca levantada en la tarjeta, indica que la familia vive en hacinamiento crítico, es decir duermen tres o más personas en cualquiera de los dormitorios.
- Señal Verde Oscuro: una señal verde oscuro levantada en la tarjeta, indica que esa vivienda no tiene un medio adecuado de disposición de excretas y la(s) familia(s) que la habita(n) hace(n) sus necesidades a campo abierto.
- Señal Violeta: una señal violeta (morada) levantada en la tarjeta, indica que en esa familia una o más mujeres embarazadas que no han recibido o no recibieron el control prenatal en el primer trimestre de embarazo.
- Señal Rosada: una señal rosada levantada en la tarjeta, indica que en esa familia hay uno(a) o más niños(as) menores de un año que no están inscritos o que no asisten regularmente al Programa de Crecimiento y Desarrollo.
- Señal Azul Oscuro: una señal Azul Oscuro levantada en la tarjeta, indica que en esa familia hay uno(a) o más niños(as) menores de cinco años a quienes no se les ha completado el esquema de vacunación.
- Señal roja: una señal roja levantada en la tarjeta, indica que en esa familia hay uno(a) o más niños(as) menores de cinco años que han sido clasificados en riesgo de desnutrición, según la evaluación con la cinta de tres colores.
- Señal gris: una señal gris levantada en la tarjeta, indica que en esa familia hay por lo menos una persona con enfermedad crónica sin control médico.
- Señal anaranjada: una señal anaranjada levantada en la tarjeta, indica que en esa familia hay uno(a) o más niños(as) menor de cinco años con infección respiratoria aguda.

- Señal Amarilla: una señal amarilla levantada en la tarjeta, indica que en esa familia hay uno(a) o más niños(as) menor de cinco años con enfermedad diarreica aguda.
- Señal Azul Claro: una señal Azul Claro levantada en la tarjeta, indica que en esa familia hay uno(a) o más niños(as) menores de 14 años que son víctimas de una o más formas de maltrato.
- Señal Verde Claro: una señal verde claro levantada en la tarjeta, indica que en esa familia existe un nivel Alto o Medio de factores protectores, según el procedimiento propuesto por CIMDER.

¿Cuándo se deben levantar las señales de colores?

Una vez se ha registrado la información de la primera visita del año, se debe levantar las señales de colores que correspondan, según lo que se haya encontrado en esa familia. Se repite este procedimiento con todas las familias que se visitan en la comunidad.

En el transcurso del año, cuando se vuelve a visitar a una familia, se verifica si las señales de colores están levantadas según los cambios ocurridos en esa familia y se hacen los cambios necesarios en la tarjeta. De esta manera se tendrá las señales de colores al día, y así se podrá hacer un diagnóstico de la comunidad en el momento que se requiera.

- Las señales de colores pueden variar su significado según acuerdo mutuo entre los coordinadores, monitores y el personal operativo del equipo de salud; dichas variaciones se deben tener en cuenta en la elaboración e interpretación de la Bandera de Salud.

Factores protectores (señal verde claro).

Los factores protectores son aquellos que disminuyen o eliminan la posibilidad de desarrollar una enfermedad, una lesión o un evento y que por ello inciden en la salud y en la calidad de vida.

En el SICAPS 2000, la seña de color verde claro se ha reservado para identificar la situación de la familia frente a un conjunto de factores protectores inicialmente propuestos por CIMDER. El manejo de esta seña estará asociado con las variables puntaje y calificación que se encuentran en una casilla del mismo color, ubicada bajo la misma seña. A diferencia de las otras señas de colores, el diligenciamiento de esta parte de la Tarjeta Familiar no se hará en el momento de la visita domiciliaria.

- A partir del registro de los factores protectores realizado en la tarjeta, el programa de computador arrojará el resultado de la evaluación. El digitador registrará este resultado en la casilla correspondiente. Luego la promotora verificará éste registro levantará o no la seña. A continuación se propone un procedimiento para identificar los factores protectores en el nivel familiar:
- Verifique que la Tarjeta Familiar se encuentre totalmente diligenciada. De manera especial, verifique el correcto y completo diligenciamiento en aquellos módulos o preguntas que presentan el mismo color de la seña de color verde claro.
- La lista de los factores protectores que se propone inicialmente aparece a partir de la siguiente página.
- Existen situaciones especiales en las que el conjunto de factores protectores asociados a un módulo de la Tarjeta Familiar no pueden aplicarse. Por ejemplo, en la familia no hay niños de 1 a 4 años, entonces los factores protectores del respectivo módulo no podrán evaluarse. En aquellos casos en que la condición – Columna de Factores Protectores – aplique, marque una equis (x) bajo la columna Si, si esta se cumple. En caso contrario, marque una equis (x) bajo la columna No. en cualquiera de los dos casos anteriores marque una equis (X) bajo la columna APLICA de la respectiva fila. Si no existen las condiciones requeridas para aplicar los factores protectores a un módulo, simplemente deje todas las casillas en blanco para dicho módulo.
- Se suma el total de números uno marcados bajo la columna SI de la lista anterior y se coloca el resultado en la fila correspondiente a totales. Luego se hace lo mismo con los números uno marcados bajo la columna APLICA. Posteriormente, se pasa estos dos resultados a la casilla Puntaje en la esquina superior derecha de la cara A de la TARJETA FAMILIAR. Se escribe el total de la columna SI en el numerador de puntaje y el total de la columna APLICA en el denominador.

- Se realiza la división de los dos números anteriores y se multiplica el cociente de esa división por 100., de acuerdo con el producto obtenido, se aplica la siguiente tabla:

RESULTADO (Si / APLICA * 100)	CALIFICACIÓN
Mayor a igual que 80	A: Alto
Entre 50 y 79	M: Medio
Menor que 50:	B: Bajo

- Se escribe A, M o B en la casilla calificación de los Factores Protectores, de acuerdo con el resultado obtenido en el punto anterior.
- Si el resultado fue A ó M se levanta la seña Verde de la Tarjeta Familiar. En caso contrario, se mantiene la seña verde abajo.
- El uso de este procedimiento para clasificar las familias en función de un conjunto de factores protectores, implica que cada uno de ellos contribuye de igual forma – tiene igual peso- en la obtención de la calificación final. Sin embargo, esta situación deberá ser ajustada tras aplicaciones sucesivas del sistema. Y deberá precisar la participación atribuible de los factores como protectores en la evaluación final de la familia.

Tabla 12. Tarjeta familiar.

MODULO DE LA TARJETA	FACTORES PROTECTORES	APLICA	CUMPLIMIENTO DEL FACTOR	
			SI	NO
Personas de la familia	1. Todos los niños(as) entre 7 y 17 años estudian y no existen analfabetas (0) en la familia.	1	1	1
	2. Tipo de vivienda: Casa o apartamento (1).	1	1	1
	3. Tenencia: propia (1).	1	1	1

Continuación Tabla 12. Tarjeta Familiar

MODULO DE LA TARJETA	FACTORES PROTECTORES	APLICA	CUMPLIMIENTO CONDICION	DEL FACTOR
Vivienda	4. El servicio sanitario que utilizan es: Inodoro conectado a pozo séptico (4), o inodoro conectado a alcantarillado (5).	1	1	1
	5. En ninguno de los domicilios duermen tres o más personas (No).	1	1	1
	6. La fuente para agua de consumo es el acueducto (1).	1	1	1
	7. Se hace tratamiento casero al agua: clorada(2), filtrada (3) o hervida (4).	1	1	1
Niños(as) menores de un año.	8. Todos los niños(as) menores de un año están inscritos en el programa de Crecimiento y Desarrollo.	1	1	1
	9. Todos los niños(as) menores de un año reciben o recibieron lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.	1	1	1
	10. Todos los niños(as) mayores de seis meses y menores de un año tiene en verde la cinta de tres colores.	1	1	1
	11. Ningún(a) niño(a) menor de un año tiene problemas en el área del lenguaje, motora, conducta, agudeza visual y auditiva.	1	1	1
	12. Todos los niños(as) menores de un año tienen carné de vacunación.	1	1	1
	13. Todos los niños(as) menores de una año tienen el esquema completo de vacunación.	1	1	1
	14. No hay señales de maltrato en ninguna de los niños y niñas menores de un año.	1	1	1
Niños(as) de 1 a 4 años.	15. Todos los niños(as) de uno a cuatro años están inscritos en el programa de Crecimiento y Desarrollo.	1	1	1

Continuación Tabla 12. Tarjeta Familiar

MODULO DE LA TARJETA	FACTORES PROTECTORES	APLICA	CUMPLIMIENTO CONDICION	DEL FACTOR
	16. Todos los niños(as) de uno a cuatro años tiene en verde la cinta de tres colores.			
	17. Ninguno niño (a) de uno a cuatro años tiene problemas al evaluar las áreas visual, auditiva, conducta motora y del lenguaje.	1	1	1
	18. Todos los niños(as) de uno a cuatro años se cepillan los dientes tres o más veces al día.	1	1	1
	19. Todos los niños(as) de uno a cuatro años asistieron a consulta odontológica en los últimos seis meses.	1	1	1
	20. Todos los niños(as) de uno a cuatro años tiene carné de vacunación.	1	1	1
	21. Todos los niños(as) de uno a cuatro años tienen el esquema completo de vacunación.	1	1	1
	22. Todos los niños(as) de uno a cuatro años han sido desparasitados(as) al menos una vez en el último año.	1	1	1
	23. No hay señales de maltrato en ninguno de los niños(as) de uno a cuatro años.	1	1	1
Planificación Familiar	33. Todas las mujeres y hombres de 10 a 52 años de edad con vida sexual activa se encuentran planificando.	1	1	1
Mujeres de 10 a 59 años.	34. Todas la mujeres de 10 a 59 años de edad con vida sexual activa se tomaron citología en el ultimo año.	1	1	1
	35. Todas la mujeres de 10 a 59 años de edad se han practicado el examen físico de seno en el último año.	1	1	1

Continuación Tabla 12. Tarjeta Familiar

MODULO DE LA TARJETA	FACTORES PROTECTORES	APLICA	CUMPLIMIENTO CONDICION	DEL FACTOR
	36. Todas la mujeres de 10 a 59 años de edad han recibido inmunización con TT/TD (5 dosis).	1	1	1
	37. Todas la mujeres de 10 a 59 años de edad han recibido inmunización contra la rubéola.	1	1	1
Hombre entre 40 y 59 años.	38. Todos los hombres entre 40 y 60 años de edad se han realizado examen de próstata en los últimos cinco años.	1	1	1
gestación, parto y posparto.	39. Todas las gestantes aceptan su embarazo.	1	1	1
	40. Las embarazadas en la familia tiene riesgo Bajo, tanto para el control prenatal como para la atención del parto.	1	1	1
	41. Las embarazadas en la familia asistieron desde el primer trimestre del embarazo el control prenatal y se encuentran vacunadas con TD o TT (2 dosis).	1	1	1
	42. Las embarazadas en la familia no fuman, no consumen bebidas alcohólicas, ni tienen vida sedentaria.	1	1	1
Adulto Mayor (hombres y mujeres de 60 años y más)	43. Todas las adultas mayores se han tomado la citología cervico vaginal y se han hecho el examen físico de seno en el último año.	1	1	1
	44. Todos los adultos mayores se han realizado examen de próstata en los últimos dos años.	1	1	1
	45. Todos los adultos(as) mayores realizan algún tipo de actividad recreativa periódica.	1	1	1

Continuación Tabla 12. Tarjeta Familiar

MODULO DE LA TARJETA	FACTORES PROTECTORES	APLICA	CUMPLIMIENTO CONDICION	DEL FACTOR
	46. Ninguno(a) de los Adultos(as) presenta enfermedades crónicas o, en el caso de que la presente, estas reciben atención médica.	1	1	1
Morbilidad	47. No hay personas enfermas en la familia si las hay no son enfermedades hereditarias.	1	1	1
Factores protectores de la familia	48. El tipo de familia es nuclear o extensa/compuesta.	1	1	1
	49. Los niños y niñas menores de 12 años son corregidos a través del diálogo.	1	1	1
	50. Nadie en la familia fuma.	1	1	1
	51. Nadie en la familia tiene problemas cuando consume bebidas alcohólicas.	1	1	1
	52. Nadie en la familia consume tranquilizantes.	1	1	1
	53. Nadie en la familia consume otro tipo de sustancias psicoactivas.	1	1	1
	54. La persona informante califica como buenas las relaciones familiares. Además refiere la práctica de actividades favorables para la unión familiar.	1	1	1
Mortalidad	55. En el último año no se han muerto personas de la familia o, de haber sucedido, la causa no ha sido alguna enfermedad hereditaria.	1	1	1
TOTALES				
Anexo 8 Tarjeta Familiar.				

La tarjeta familiar esta compuesta por doce secciones:

- Identificación y ubicación

- Persona de la familia

- Vivienda

- Niños (as) menores de un año (0 – 12 meses)

- Niños (as) de 1 a 4 años (12 – 59 meses)

- Niños (as) de 5 a 14 años

- Salud sexual y reproductiva

- Gestación, parto y post parto

- Adulto (a) mayor (hombres y mujeres de 60 años y mas)

- Morbilidad

- Factores protectores de la familia

- Mortalidad

- Observaciones (34)

10.1.2 El Familiograma. Es una representación “estática”, da una imagen del sistema familiar en un determinado momento. Aporta datos sobre la estructura familiar, acontecimientos vitales, recursos de la familia, y sobre todo de las relaciones familiares (Revilla, 1994). Además de la tipología, se evalúan el subsistema fraternal, el ciclo vital familiar, repetición de pautas de funcionamiento a lo largo de generaciones, acontecimientos vitales, recursos familiares y las relaciones intrafamiliares, es decir, las triangulaciones, las alianzas y las coaliciones.

Para construir el familiograma se utilizaran los símbolos establecidos internacionalmente (Ver anexo 9 El Familiograma) (35)

10.1.3 El APGAR familiar. Es un instrumento que da una idea general de la funcionalidad familiar. Consiste en 5 ítems, A (Apoyo), P (Participación), G(Crecimiento), A (Afecto) y R (Recursos).

Tiene cinco (5) preguntas con un rango de respuesta así: Siempre (4), Casi siempre (3), Algunas veces (2), Casi nunca (1), Nunca (0). Se puede obtener un máximo de 20 puntos y la interpretación del resultado es: Buena función familiar (8-20p.), Disfunción familiar leve (14-17p.), Disfunción familiar moderada (10-13p.), Disfunción familiar severa (9 puntos o menos). (36) (Ver anexo 10 Apgar Familiar)

10.1.4 Ecomapa. Es un instrumento que permite al equipo de salud, la identificación de forma rápida de los recursos extrafamiliares que pueden ser utilizados en casos de una crisis familiar, detectar las necesidades más importantes para trabajar en su fortalecimiento y sospechar la presencia de problema intrafamiliares que puedan ser corroborados con la ayuda de otros instrumentos. El ecomapa consta de un círculo central que es el familiograma, rodeado de otros círculos más pequeños que representan los recursos pudiendo ser de diferentes tamaños y se representan a través de símbolos convencionales, las relaciones de cada uno de ellos con la familia.

Para completar en este aspecto la evaluación de la dinámica familiar, al equipo de salud, le resulta importante saber cuáles son los orígenes del estrés de una familia. Por lo general, el estrés ocurre cuando eventos o situaciones perjudican los recursos de la familia. Minuchin divide los orígenes del estrés familiar (o estresores) en “internos” y “externos”.

Entre los estresores internos están principalmente los cambios en el ciclo de vida familiar y la enfermedad o discapacidad o muerte de algún miembro de la familia, es decir, son los derivados del mundo relacional de la familia.

Los estresores externos incluyen el contacto de un miembro con fuerzas extrafamiliares como la escuela y el trabajo, y el contacto estresante de toda la familia con el sistema de salud y bienestar o con una economía deprimida. Algunas veces las familias sufren de ambos estresores al mismo tiempo. (37)

10.1.5 Ciclo vital familiar. En nuestro modelo utilizaremos la clasificación de Emily Duvall para caracterizar los grupos familiares y clasificarlos en alguna de las etapas; según esta clasificación se determinan factores de riesgo y por consiguientes las conductas a seguir.

Modelo del CVF (Duvall)

I. Comienzo de la familia (nido sin usar)

II. Familias con hijos (el hijo mayor hasta 30 meses)

III. Familias con hijos preescolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años)

IV. Familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)

V. Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)

VI. Familias como plataforma de colocación (desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último)

VII Familias maduras (desde el nido vacío hasta la jubilación)

VIII Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos.

Patologías prevalentes en relación con las etapas del CVF

Etapa I: embarazo no deseado, problemas de convivencia, problemas sexuales.

Etapa II: enfermedades genéticas, patología del embarazo, depresión puerperal, procesos agudos infantiles, abuso en la infancia, problemas del lenguaje, violencia intrafamiliar.

Etapa III:, niños desadaptados, problemas de aprendizaje, violencia intrafamiliar.

Etapa IV: sobreprotección, violencia intrafamiliar, atraso escolar, rechazo de valores paternos, rechazo a la disciplina establecida.

Etapa V: embarazo en adolescentes, farmacodependencia, problemas de identidad sexual, bulimia y anorexia, violencia intrafamiliar, influencia de pares, rendimiento escolar, interés vocacional.

Etapa VI:, dependencia económica, violencia intrafamiliar, desadaptación social.

Etapa VII: violencia intrafamiliar, incertidumbre económica para la vejez.

Etapa VIII: aceptación de la vejez, senilidad, dependencia física. (38)

10.1.6 Historia clínica. El programa de medicina familiar utilizará una historia clínica única, tanto para la recuperación de la salud como para promoción y prevención, quiere decir que captura toda la información de paciente enfermo y sano. La historia clínica se dividirá en secciones, una de las cuales será la de Promoción y Prevención, donde se especifica la información de cada uno de los programas a los cuales pertenece el paciente; para los menores de 10 años, crecimiento y desarrollo, agudeza visual, vacunación, salud oral; y para los mayores de 10 años planificación familiar, control prenatal, riesgo cardiovascular, agudeza visual, salud oral, cáncer de seno, de Cérvix, control prenatal y adolescentes, la historia clínica además contendrá una sección de salud familiar donde se especifica la caracterización del grupo familiar del usuario y el plan de salud que le diseñó su grupo multidisciplinario.

La historia clínica contiene campos no modificables, comunes en todas las secciones, por ejemplo, el peso al nacer, dato que aparece en todas las diferentes secciones que tiene la historia clínica del menor de 10 años.

Esta historia clínica debe ser sistematizada por la gran cantidad de información que va a contener, por la necesidad de garantizar la disponibilidad permanente de la historia clínica completa y única del usuario, por la facilidad de actualización que se requiere y facilita la disposición de datos para el análisis estadístico que exige el modelo. Otra ventaja de la historia clínica sistematizada es que se evita la repetición de diligenciamiento de datos, liberando tiempo del médico en la consulta para dedicarle al paciente.

11. FUENTES DE FINANCIACIÓN Y MODELOS DE CONTRATACIÓN

El actual modelo de prestación de servicios del régimen contributivo, se encuentra financiado por la redistribución de aportes de trabajadores y empleadores que hace el FOSYGA cuando gira la unidad de capitación a la EPS por cada afiliado de acuerdo a edad, sexo y lugar de residencia. Es este un sistema de aseguramiento, pues el dinero se gira sin tener en cuenta el uso y los costes de los servicios; es el riesgo de la EPS.

Por su parte le corresponde a la EPS contratar los servicios de salud con las IPS (Artículo 179, L 100/93) y estas podrán adoptar distintas modalidades y formas de pago. Entre estas, está la misma capitación que maneja el FOSYGA con las EPS, presupuestos globales fijos, por actividad prestada o paquetes, etc.

El modelo propuesto requiere de una fuerte inversión de promoción de los servicios de salud, protección específica como elementos fundamentales de prevención y detección precoz de enfermedades, lo que presupone tratamientos tempranos y por lo tanto gasto; esto como parte inicial por cada familia afiliada. El asegurador es el directamente interesado en que su población esté sana, pues esto conlleva menores gastos.

Por las anteriores consideraciones, muy prudente proponer una contratación por actividad para P y P, con presupuestos definidos por la EPS, de acuerdo a metas propuestas por el Ministerio de la Protección Social y carga de enfermedad. El paquete es una variable de contratos por actividad, el cual también se podría adoptar.

Los modelos propuestos para contratación son como siguen:

- Contratación mixta, donde las actividades de demanda inducida se contratan por pago por actividad, ya que cuando se capita un servicio, este está sometido al riesgo de ser utilizado o no y en el caso de la promoción y prevención el servicio será utilizado con seguridad, por lo tanto no existe un riesgo. Las actividades asistenciales se contratarían por capitación. Este modelo mixto asegura la preocupación de la IPS de hacer bien las actividades de Demanda Inducida.

- Contratación por paquetes, donde los servicios prestados se agruparan para el cobro de la siguiente manera:

Paquete 1: Caracterización familiar, incluye la visita domiciliaria, consulta con psicología, análisis del grupo multidisciplinario (diagnóstico y plan anual de salud familiar) y jornada de salud familiar.

Paquete 2: programa ampliado de inmunizaciones, que incluye la aplicación de biológicos y actividades educativas, para usuarios hasta los 10 años.

Paquete 3: Crecimiento y desarrollo, incluye consulta médica especializada, aplicación de la escala de desarrollo, actividades educativas para niños y padres, talleres lúdicos. Para niños menores de 10 años.

Paquete 4: Control prenatal, incluye 3 citas con médico general, 1 cita con médico especialista, 3 citas con enfermera profesional, curso psicoprofiláctico que consta de 8 talleres educativos y 5 sesiones de gimnasia psicofísica, 2 ecografías, laboratorios clínicos, suministro de medicamentos, vacunación.

Paquete 5: Educación sexual y reproductiva, incluye talleres de educación sobre planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, SIDA.

Paquete 6: Detección precoz de cáncer de cuello uterino, incluye toma de citología, lectura de citología, consulta con médico general, 4 talleres educativos.

Paquete 7: Riesgo cardiovascular, incluye valoración médica general, laboratorios clínicos, consulta con nutrición, 5 talleres educativos.

Paquete 8: Menopausia, incluye consulta médica general, consulta medica especializada, toma de laboratorio (hormonas), toma de mamografía, citología, densitometría, 5 talleres educativos.

Paquete 9: Detección precoz de cáncer de mama, incluye mamografía, 4 talleres educativos, consulta de enfermería.

Paquete 10: Detección precoz de cáncer de próstata, incluye consulta médica especializada, toma de laboratorio (PCA), tacto rectal, 4 talleres educativos.

Paquete 11: Higiene oral, incluye cita odontológica general, control de placa bacteriana, detartraje, profilaxis, sellantes, fluorización, tres (3) talleres educativos.

Todos los paquetes de programas de promoción y prevención serán estructurados por grupo etáreo y frecuencia según la Resoluciones 412 y 3384. Los precios para este tipo de contrato se deben concertar y fundamentar en estudios de costos y no en precios impuestos por la EPS estatal ISS.

Las actividades de recuperación de la salud se contratarían por capitación, cuando existan las condiciones de número de usuarios para aplicar este modelo.

Ahora bien, si el número de afiliados y los valores per cápita son adecuados, se podría contratar por capitación todos los servicios con el compromiso de renovación continua del contrato por un termino no inferior a cinco (5) años, esta vigencia es necesaria para que la IPS pueda “ver” las utilidades de la inversión realizada en el proceso de educación en hábitos saludables de la población.

En los modelos capitados, es fundamental que en la negociación se consigan anticipos del contrato, por lo expresado anteriormente; aunque las tendencias van en sentido contrario, lo que aumenta el riesgo para las IPS y mayor capital de trabajo para estas, quienes no se encuentran preparadas estructuralmente ni financieramente para asumir papeles de asegurador, pues la Ley no lo exige, sin embargo lo sugiere explícitamente en el artículo 179 de la Ley 100 de 1993.

Una forma de aliviar los costos de la mano de obra directa es mediante la realización de convenios docencia – servicio con universidades, especialmente con aquellas que tengan programas de formación de médicos familiares.

Los presupuestos para “invertir” en salud, siempre serán insuficientes, por lo complejo que resulta intervenir los factores determinantes de salud, especialmente en los ambientales y de comportamiento; los primeros duramente afectados por el sistema capitalista ahora globalizado ante el fracaso estruendoso de la URSS, que le dejó el camino libre a los EU y los segundos por la falta de educación y cultura del autocuidado de una población cada vez mas empobrecida situación que la

sumerge en la miseria y desesperanza. Por estas consideraciones, una alternativa viable para la factibilidad del modelo, es inyectarles recursos de donaciones nacionales e internacionales a las IPS, situación que se facilita cuando la naturaleza su jurídica (de las IPS), es Fundacional.

11.1 COSTOS Y GASTOS

Aunque el alcance de la propuesta para este modelo no incluye el estudio de costos, y en salud no se ha dado la última palabra en este aspecto, pues la carencia de datos y la subjetividad con que estos se obtienen, debilitan cualquier estudio en este sentido, haciendo cada vez mas precario este asunto.

Ahora, el tema resulta infructuoso abordarlo con toda entereza, cuando la fijación de precios no es asunto de los llamados mercados de oferta y demanda, sino de la posición “dominante” de las aseguradoras, ante el silencio cómplice del gobierno de turno.

Así las cosas, las estructuras de costos de las IPS están construidas en sentido contrario de las teorías para fijar los precios de venta; pues se parte de los precios de venta establecidos por las aseguradoras, para llegar a contraer los costos de mano de obra y disminuir las pírricas utilidades.

A pesar de que el modelo no incluye ninguna actividad que no está contemplada en la ley 100 de 1993. Cada institución debe realizar su propio estudio de costos, porque algunas cuentan con infraestructura y con el personal profesional necesario que realiza actividades aisladas y solo necesitarían reestructurarse para implementar el modelo; otras contarán con una parte de los requisitos del modelo y tendrán una inversión inicial más grande que las primeras y otras instituciones deberán partir de ceros.

11.2 CONTABILIZACIÓN

Para el sistema de salud se ha convertido en un verdadero rompecabezas el principio de causación con registro real de gastos y costos y los de venta en el mes siguiente cuanto se factura dentro de los primeros 10 días, periodo en que las EPS reciben la facturación, creando un resultado irreal en el momento de elabora los indicadores financieros una vez se elabora el “Estado de Resultados”. Por esta razón, hay necesidad de realizar un ajuste en la información de venta desligándola

de los procesos contables y a fe que se pueden tomar decisiones mas sensatas cuando partimos de información descontaminada.

12. OFERTA DE SERVICIOS

Los servicios a los que los usuarios del modelo tendrán derecho son:

- Programas de promoción y prevención basados en las actividades que se especifican en la resolución 412 y 3384. (Ver anexo 11 Macroproceso de Promoción y Prevención).

- Actividades de recuperación de la salud, como:
 - Consulta de Medicina General
 - Programada

 - Prioritaria

 - Domiciliaria

 - Consulta de Odontología

 - Consulta de Medicina especializada en: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría.

 - Consulta de Nutrición y Dietética

 - Consulta de Psicología

 - Consulta de Enfermería

 - Otros programas como menopausia, Osteoporosis, Ca de Próstata y de Patologías Crónicas.

- Laboratorio Clínico

- Rayos X odontológicos

- Rayos X de primer nivel

Adicionalmente, para intervenciones en problemas psicosociales se ofrecerán programas que trabajen aspectos como: violencia intrafamiliar, fármaco dependencia, nutrición, tercera edad, utilización del tiempo libre, disfunciones familiares, capacitación en saneamiento básico, enfermedades de transmisión sexual, procesos de duelo. (Ver anexo 12 Macroproceso de Atención Asistencial).

13. ESTRATEGIA DE PRESTACIÓN SERVICIOS

Algunos servicios serán subcontratados porque estratégicamente deben ir en un solo paquete de servicios, por la logística que implica para prestar el primer nivel de complejidad del POS: En el caso de laboratorio clínico, porque en el manejo del primer nivel, se requiere como apoyo exámenes del segundo y tercer nivel que pueden ser manejados por medico general y no resulta adecuado tomar muestras de sangre para cada nivel por separado.

Una estrategia para la prestación de servicios será la demanda inducida de manera que aumente la cobertura de los programas de promoción y prevención y se cumplan las metas propuestas por las EPS.

También se usará como estrategia para control y seguimiento de casos serán las evaluaciones semestrales que se harán a los grupos familiares durante el primer año de permanencia en el programa y luego anualmente, con el fin de hacer seguimiento al mejoramiento de los factores de riesgo.

Otra estrategia es que el software de administración de historias clínicas tenga diseñada un tipo de alerta que le permita al médico tratante señalar la historia de los pacientes que requieren seguimiento especial y las tenga en un grupo .aparte de manera que puedan ser identificadas y revisadas fácilmente.

13.1 SISTEMA DE INCENTIVOS

Como una manera de motivar la adhesión a los programas se diseña un sistema de incentivos para los usuarios que cumplan con un alto porcentaje de asistencia a las actividades y buenos resultados obtenidos en los programas de promoción y prevención en los que se encuentren inscritos.

Algunos de estos incentivos podrían ser:

- Detalle para el recién nacido acompañado del manual del cuidado del recién nacido donde se expliquen los cuidados del niño y que contenga la

programación de vacunación y el cronograma de actividades del programa de crecimiento y desarrollo.

- A los usuarios que asisten a todas las actividades de promoción y prevención que se les programen durante un trimestre, se le hará exención de cuota moderadora durante un mes.
- Menciones de reconocimiento al finalizar el programa de promoción y prevención.
- Los niños que cumplen completamente con el programa establecido de salud oral, se les obsequiará un kit de salud oral.
- A las familias que al finalizar el año hayan cumplido con el plan de salud familiar que les diseñó su grupo multidisciplinario se les dará un premio.

14. PROCESOS

14.1 DEMANDA INDUCIDA

Se utilizaran las siguientes estrategias:

- Se realizará al 100 % de la población inscrita en el programa.
- Se inscribirá a toda la población en los programas de P YP que le correspondan según grupo etáreo y factores de riesgo.
Esta inscripción se hará gradualmente así, el 30% el primer año, el 70% y el tercer año el 90% de la población.

Propósito del proceso.

Crear cultura de promoción y prevención en los usuarios.

Cumplir con las metas de Promoción y Prevención señaladas por las EPSs.

Lograr asistencia en los programas de Promoción y Prevención, como se han diseñado.

Aumentar la cobertura de los programas repromoción y prevención.

Responsables.

Auxiliar de enfermería y/o recepcionista: Contacta al usuario y comunica fecha y hora de las actividades.

Medico: Realiza la sensibilización a los programas de P y P .
Enfermera jefe: organiza los programas teniendo en cuenta edad y sexo.

Recepcionista: asigna cita.

Todo el personal administrativo y asistencial que pertenece al programa de salud familiar debe hacer sensibilización a los pacientes para motivar la adhesión a los programas de promoción y prevención.

Formatos y documentos utilizados.

Base de datos de todos los usuarios de cada EPS con información mínima, por ejemplo, fecha de nacimiento, edad, Dirección, teléfono

Agenda de asignación de citas.

Historia clínica

Salidas o resultados y clientes

Asistencia a los programas de Promoción y Prevención.

Detección temprana de alteraciones.

Mejoramiento en la calidad de vida de nuestros usuarios.

Descripción del proceso

Tabla 13. Proceso de demanda inducida

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
Contactar usuarios nuevos para ingreso al programa	Auxiliar de enfermería y/o recepcionista	Consulta la base de datos e identifica los usuarios nuevos que han ingresado, hace o responde llamada telefónica o atiende personalmente, da la bienvenida a nuestra empresa, explica la importancia de la valoración y apertura de la historia Clínica y asigna cita.
Consulta de primera vez	Medico	Realiza consulta y apertura de historia Clínica, explica los diferentes programas de P y P y remite a programa de acuerdo a grupo etéreo.
Inicio de los usuarios en el programa	Enfermera	Clasifica los usuarios de acuerdo a los programas a los que los remitió el médico y coordina el inicio de estos pacientes en los diferentes programas

14.2 ASIGNACIÓN DE POBLACIÓN A GRUPO MULTIDISCIPLINARIO

Cuando una familia ingresa al programa de salud familiar serán asignadas a los diferentes grupos multidisciplinarios, los cuales estarán enumerados y se hará de forma secuencial hasta que cada grupo complete la cantidad máxima de usuarios.

Cuando la capacidad operativa del grupo se colme será necesario crear grupos adicionales.

14.3 CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS

- Se asigna el grupo familiar a un grupo multidisciplinario. Estos se encontrarán numerados y se les asignarán familias consecutivamente en el orden en que estas ingresen al programa.
- Se realiza una visita domiciliaría a la familia con el fin de recolectar información para caracterizarla. La visita la realiza una auxiliar de enfermería y una psicóloga, que obtendrán información con instrumentos especialmente diseñados, como la tarjeta familiar, que es diligenciado por la auxiliar de enfermería capacitada para ello, y formularios que permitan construir el

familiograma, ecomapa, APGAR y definir la etapa del ciclo vital familiar en que el grupo se encuentre; esto diligenciado por la psicóloga del grupo multidisciplinario al que fue asignada la familia.

- La información obtenida de la tarjeta familiar es digitada en la base de datos y tabulada para obtener los factores de riesgo y los factores protectores de cada grupo familiar. El diagnóstico obtenido por la psicóloga respecto a las relaciones intrafamiliares, de la familia con la comunidad, funcionalidad, etapa de ciclo vital familiar y sus respectivos factores de riesgo, también son incluidos en la base de datos con el fin de obtener un diagnóstico inicial del grupo familiar, los cuales serán analizados por el grupo multidisciplinario.
- El grupo multidisciplinario hace una reunión semanal donde analiza los diagnósticos iniciales de las familias que ingresan al programa en la semana anterior y que le han sido asignadas. De esta información se obtiene un diagnóstico inicial que planifican las actividades de intervención que se van a realizar durante los siguientes seis meses, los programas de promoción y prevención y los programas especiales en los que se incluirán los miembros de la familia y comunidad si es pertinentes.

14.4 ASIGNACIÓN DE CITAS

Políticas.

- La solicitud de citas se podrá realizar en forma telefónica, correo electrónico o presencial.
- Se asignaran mediante agendas de acuerdo a los profesionales y programas en desarrollo.
- La cita de medicina de primera vez de promoción y prevención y control prenatal tendrán una duración de 30 minutos.
- Cada cita de medicina general y especializada tendrá un tiempo de 20 minutos.

- La oportunidad adecuada para asignación de citas, debe ser menor a 48 horas para Medicina General y de máximo cinco (5) días para Medicina Especializada.
- La oportunidad de cancelación de citas debe hacerse como mínimo con cuatro (4) horas de anticipación de la hora asignada.
- A cada cancelación se le asigna un código de autorización para dicha cancelación, el cual debe ser notificado al usuario y explicar que debe tenerlo presente para casos de reclamo.
- El valor de la sanción es el equivalente a 0,68 SMLDV.
- En el momento en que se superen los parámetros de oportunidad, debe notificarse inmediatamente a la dirección del programa.
- La asignación de citas se podrá hacer hasta para máximo 72 horas hábiles, por solicitud del usuario, excepto las citas de P y P.
- Por cada 8 horas de agenda médica general, se deja el 12% de citas libres seis por ciento (6%) después de las 9:30 a.m. y seis por ciento (6%) después de las cuatro (4) p.m. con intervalos uniformes, para asignación de consultas prioritarias. Estas serán realizadas por el coordinador del grupo multidisciplinario al que pertenezca el usuario.
- A cada usuario, se le debe repetir, la fecha y hora de la cita; recomendar que escriba estos datos en el carnet de citas, cuando la cita se asigna telefónicamente; igualmente, que en caso de no poder asistir, debe cancelarla con cuatro (4) horas de anticipación; informar también, si hay necesidad de pagar cuota moderadora, el monto de esta y el valor de la sanción si no cumple con horarios de citas.
- La auditoria del proceso está a cargo del comité de Aseguramiento de la Calidad, quien hará las recomendaciones pertinentes.

14.5 JORNADA DE SALUD FAMILIAR

- Se parte de una familia caracterizada y con un plan de intervenciones determinado. Se cita a todo el grupo familiar a la IPS a una charla de sensibilización donde el grupo multidisciplinario se presenta, les explica en qué consiste el programa, cuales son los beneficios que van a obtener, cuales son los compromisos que adquieren, se les explican los procedimientos para el uso de los servicios, se les resuelven dudas, se entrega el carné de citas para cada miembro de la familia, en el cual se registrarán todas las citas que se le asignen al paciente, etc. Se programa la reunión en un horario donde pueda asistir la mayor parte del grupo familiar, incluso puede en horas no hábiles.
- Luego de la charla cada uno de los miembros de la familia asiste a las citas programadas, para apertura de historia clínica y determinar estado de salud. Y se remite a los programas que les correspondan; Si se diagnostica alguna patología se hace tratamiento y/o remisión pertinente.

14.6 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- El médico general solicita interconsulta o ayuda diagnóstica.
- Esta es enviada al coordinador del grupo multidisciplinario para estudio. Si la interconsulta o ayuda diagnóstica es de primer nivel, el coordinador la autoriza o no según pertinencia. Si es de nivel superior y es No Pos y necesaria para la supervivencia del paciente, se remite al director del programa y este al Comité Técnico Científico (CTC) de la EPS para estudio, de lo contrario la rechaza. La respuesta del CTC la recibe el coordinador del grupo multidisciplinario en el reporte diario de novedades.
- Si el CTC de la EPS niega la solicitud de interconsulta o ayuda diagnóstica. Se informa al paciente y al médico tratante.
- Si el CTC de la EPS aprueba la interconsulta o ayuda diagnóstica, se informa al paciente que su solicitud fue autorizada y que debe acercarse a la IPS a reclamar la orden de servicios, además se le da la opción de solicitarle la cita con el prestador correspondiente o que el mismo lo haga según su conveniencia.

- El paciente acude a la cita solicitada.
- El prestador diligenciará la contrarreferencia según instructivo y se encarga de hacerla llegar a la IPS vía fax, correo electrónico o mensajería, a más tardar 24 horas después de la atención.
- Se actualiza la historia clínica del paciente con el resultado de la contrarreferencia, quedando disponible para la revisión del médico tratante, quien ordenará el control correspondiente o si no es necesaria una cita de control le informa al paciente sobre el resultado.

14.7 ACTUALIZACIÓN DE REGISTROS DE LA RED EXTERNA DE PRESTADORES EN HISTORIA CLÍNICA

- Se produce una atención en la red externa de prestadores, por ejemplo una atención de urgencias, parto, hospitalización, entre otros.
- El prestador reporta todos los días en un horario establecido, las novedades que se hayan presentado en las 24 horas anteriores, vía fax, correo electrónico o mensajería.
- La IPS actualiza la historia clínica del paciente.
- El coordinador del grupo multidisciplinario es notificado en el reporte diario de novedades y este informa al respecto al médico tratante de cada paciente con novedad y asigna la conducta a seguir, por ejemplo visita domiciliaria, visita en lugar de hospitalización, u otra que considere pertinente.

14.8 ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS

- El usuario manifiesta su queja o reclamo vía correo electrónico, fax, buzón de sugerencias, telefónica o presencial.
- Diariamente auditoria revisará las quejas recibidas por los distintos medios y contactará al usuario quejoso para informarle que su queja se encuentra en

trámite y que será llevada al comité de Aseguramiento de la Calidad, el cual el dará solución en el transcurso de las 72 horas siguientes a la reunión.

- Si se detecta una anomalía mayor, se procede a abrir una investigación que dará una conclusión al comité de Aseguramiento de la Calidad, quién recomendará a la dirección del programa de salud familiar las acciones a seguir, disciplinarias, sancionatorias, éticas y/o de necesario transferir la investigación a los organismos pertinentes: Auditoría Médica de la EPS, Organismo de Control del Estado, Ministerio de Salud y Superintendencia de Salud.

- Las quejas se clasificarán y codificarán elaborándose un informe mensual del Comité de Aseguramiento de la Calidad a la dirección del programa.

15.INDICADORES

Los indicadores son instrumentos de evaluación, que miden los resultados de un proceso, que frente a valores esperados (patrones o estándares) nos muestran las desviaciones o aciertos del proceso

- Se especifica que es importante alcanzar a los niveles que se desean lograr
- Se aplica para cualquier actividad o servicio
- Se puede aplicar a un grupo de actividades o a un grupo de aspectos necesarios en cada actividad

Algunas de las razones que justifican la utilización de indicadores son:

- Medir resultados y optimizar recursos
- Es una obligación moral de cada proveedor, prestar servicios de calidad a todos los usuarios
- Para evaluar la calidad de las actividades que se están realizando
- Para medir el cumplimiento de metas fijadas a los grupos multidisciplinarios
- Para valorar y comparar los impactos de los programas del modelo con históricos de otras formas de atención.

Los indicadores pueden ser clasificados como:

Estructura.

Especifica la provisión de recursos necesarios para alcanzar el estándar. Pueden referirse al personal, disponibilidad, accesibilidad, equipos, suministros, edificios, políticas y procedimientos, sistemas de información y sistemas de financiamiento.

Proceso.

Especifica las actividades que deben ser tomadas en consideración para alcanzar el estándar y la manera en la que se ofrece un servicio. Se estudia la intensidad de uso, concentración, productividad, rendimiento, calidad. Ellas son la parte "dinámica" del estándar y muestran la manera como debe ofrecerse el servicio. Enuncian quién debe hacer que cosas, para quién, cuándo y cómo. Algunos criterios de proceso son: la precisión, la oportunidad, los procesos de comunicación, la aplicación de procedimientos e intervenciones.

Resultado.

Especifica los resultados finales de la atención. Se analiza la efectividad, la cobertura, la eficacia y la eficiencia. Algunos criterios usados comúnmente son: satisfacción y conocimiento de los clientes, mejoramiento en los niveles de salud.

15.1 DE ESTRUCTURA

PORCENTAJE DE GRUPOS MULTIDISCIPLINARIOS CON TAMAÑO DE POBLACIÓN ASIGNADA ADECUADO.

Definición. A través de este indicador de estructura se quiere identificar el porcentaje de grupos multidisciplinarios con un tamaño de población adecuado.

Justificación. Encuentra su justificación en que se puede monitorizar que no se sobrepase la capacidad operativa de cada grupo multidisciplinario por exceso de población asignada, ya que se disminuiría la calidad de la atención a los usuarios.

Objetivo del indicador.

- Proveer a los diferentes usuarios y clientes del sector salud servicios de calidad.
- Medir porcentaje de grupos multidisciplinarios con un tamaño de población adecuado.

Criterio de Calidad. Cada grupo multidisciplinario debe tener asignada un tamaño de población que no exceda el estándar establecido por la IPS.

Patrón de calidad. El 98% de los grupos multidisciplinarios deben tener un tamaño de población asignada de acuerdo al estándar establecido por la IPS

Formulación del Indicador.

$$\frac{\text{Número de grupos multidisciplinarios con tamaño de población asignada adecuado}}{\text{Numero de total de grupos multidisciplinarios}} \times 100$$

Unidad de medida. El resultado del indicador se expresa como el porcentaje de grupos multidisciplinarios que tienen un tamaño de población asignada de acuerdo al estándar establecido por la IPS.

Fuente de los datos. La información se obtendrá de la base de datos de usuarios y del número de grupos multidisciplinarios que tiene el programa.

Periodicidad del indicador. Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que puedan hacerse redistribuciones de la población o identificar la necesidad de aumentar el número de grupos.

Usuario del indicador. El Director del programa de salud familiar y los Coordinadores de los Grupos Multidisciplinarios.

Interpretación del Indicador. El mejor resultado es el más cercano al cien por ciento.

OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS EN CONSULTA DE PRIMERA VEZ

Definición. A través de este indicador se monitoriza el componente asistencial de promoción y prevención, en el proceso y sus dimensiones más relevantes de calidad, son la oportunidad con que el paciente recibe el servicio requerido y la garantía de acceso.

Justificación. Encuentra su justificación en el hecho de que la atención por el medico familiar, es una de las actividades más importantes que determinan la capacidad resolutive de la demanda del usuario y adicionalmente orienta en una proporción de casos la demanda a servicios de promoción y prevención, servicios a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él, disminuye la congestión y mal uso de servicios especializados y de urgencias.

El tiempo de respuesta puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento.

Objetivo del indicador.

- Entregar a los usuarios información sobre la oportunidad de la atención como elemento útil en la selección de prestadores de servicios.
- Proveer a los diferentes usuarios y clientes del sector salud, información que permita una comparación entre los diferentes prestadores de servicios de salud.
- Medir el porcentaje de atenciones oportunas de consultas de promoción y prevención en un periodo de tiempo

Criterio de Calidad. Cada consulta de primera vez por medico familiar, debe ser atendida dentro de un tiempo estándar de no más de treinta días calendario,

tiempo transcurrido entre la caracterización familiar del usuario y la ejecución de la consulta.

Patrón de calidad. El 98% de las consultas de primera vez por medico familiar, deben ser atendidas dentro de un tiempo estándar no más de treinta días calendario, tiempo transcurrido entre la caracterización familiar del usuario y la ejecución de la consulta.

Formulación del Indicador.

Porcentaje de consultas de primera vez atendidas oportunamente

$$\frac{\text{Número de consultas de primera vez atendidas por el médico familiar dentro de los treinta días calendario, siguientes a la caracterización familiar del usuario en el periodo}}{\text{Número de consultas de primera vez en el periodo}} * 100$$

Unidad de medida. El resultado del indicador se expresa como el porcentaje de consultas de primera vez atendidas oportunamente según el tiempo estándar.

El numerador se obtiene del promedio de consultas de primera vez, atendidas por el médico de familiar en el tiempo estándar transcurrido entre la caracterización familiar del usuario y la ejecución de la consulta.

El denominador se obtiene del número total de consultas de primera vez atendidas por el medico familiar hechas en un periodo determinado.

Fuente de los datos. La información se obtendrá de la fecha del acta expedida del proceso de caracterización familiar del usuario y la fecha registrada por el sistema de la ejecución de la consulta de primera vez por médico familiar.

Periodicidad del indicador. Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que puedan corregirse sesgos por situaciones coyunturales, realizando consolidados semestrales y anuales.

Usuario del indicador. El Director del programa de salud familiar y los Coordinadores de los Grupos Multidisciplinarios.

Interpretación del Indicador. El mejor resultado es el más cercano al cien por ciento, cuanto menor sea el valor es más deficiente la oportunidad de la atención.

OPORTUNIDAD DE LA RECEPCION DE CONTRARREFERENCIAS

Definición. A través de este indicador se monitoriza el componente estructural en el proceso de recepción oportuna de las contrarreferencias de los usuarios según periodos de tiempos predeterminados.

Justificación. El proceso de recepción oportuna de las contrarreferencias de los usuarios que se atienden en la red externa de prestadores, es decisiva para dar continuidad y complementariedad a las actividades que el usuario recibe en el nivel básico de atención, así es necesario que la recepción y procesamiento de las contrarreferencias sean registradas oportunamente en las historias clínicas de los usuarios.

Objetivo del indicador.

- Proveer a los diferentes usuarios y clientes del sector salud, información que permita una comparación entre los diferentes prestadores de servicios de salud.
- Lograr que el proceso de contrarreferencia sea eficiente y oportuno, para dar continuidad a la prestación de los servicios obtenidos en la red externa.

Criterio de Calidad. La recepción oportuna de las contrarreferencias en la IPS de primer nivel de atención, de los usuarios que fueron atendidos en la red externa se debe dar en un tiempo no mayor de 24 horas después de prestado el servicio.

Patrón de calidad. El 100 por ciento de la recepción de las contrarreferencias, en el primer nivel de atención, de los usuarios que fueron atendidos en la red externa se debe dar en un tiempo no mayor de 24 horas después de prestado el servicio.

Formulación del Indicador.

Porcentaje de contrarreferencias recibidas oportunamente

$$\frac{\text{Número de contrarreferencias recibidas en un tiempo no mayor de 24 horas después de prestado el servicio en el periodo}}{\text{Número de contrarreferencias recibidas en el periodo}} * 100$$

Unidad de medida. El resultado del indicador se expresa como el porcentaje de contrarreferencias recibidas oportunamente el periodo de estudio.

El numerador se obtiene del número de contrarreferencias recibidas en un tiempo no mayor de 24 horas después de prestado el servicio en los niveles superiores de complejidad en el periodo de estudio.

El denominador se obtiene del número de contrarreferencias recibidas en el periodo de estudio.

Fuente de los datos. La información se obtendrá de la fecha y hora de recibido de las contrarreferencias que llegaron a la IPS en el periodo de estudio.

Periodicidad del indicador. Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que puedan detectarse prestadores que no estén cumpliendo con el estándar establecido y tomar los correctivos necesarios. Se realizarán consolidados semestrales y anuales.

Usuario del indicador. El Director del programa de salud familiar y los Coordinadores de los Grupos Multidisciplinarios.

Interpretación del Indicador. El mejor resultado es el más cercano al cien por ciento, cuanto menor sea el valor es más deficiente la oportunidad de la recepción de las contrarreferencias en el primer nivel de atención.

15.2 DE PROCESO

CALIDAD DE LOS REGISTROS EN LOS INSTRUMENTOS DE INFORMACION

Definición. A través de este indicador se monitoriza el componente asistencial en su proceso y sus dimensiones más relevantes de calidad son la competencia, la idoneidad, la eficiencia, la continuidad y la seguridad.

Justificación. Los registros clínicos de los prestadores de servicios de salud, dentro de las condiciones científicas, técnicas, éticas, legales y financieras del sistema general de seguridad social reviste la mayor importancia como ilustración de la calidad con la que fue prestado el servicio. Es el elemento a través del cual se puede hacer una evaluación retrospectiva del servicio relacionando el actuar multidisciplinario del equipo de salud y la interacción administrativa requerida para hacer los registros clínicos.

Objetivo del indicador.

- Determinar la calidad de los registros clínicos del programa como uno de los factores críticos del proceso de atención.
- Contar con los elementos necesarios para realizar el seguimiento de la evolución clínica de los pacientes y contar con los registros cronológicos de la actividad de atención, a fin de evaluar la calidad de la atención en forma retrospectiva cuando esto se requiera.

Criterio de Calidad. Cada instrumento debe estar completamente diligenciado según el instructivo, por parte del personal responsable.

Patrón de calidad. EL 98% de los instrumentos deben estar completamente diligenciados según el instructivo, por parte del personal responsable.

Formulación del Indicador.

Porcentaje de instrumentos diligenciados de acuerdo al instructivo en el periodo.

Número de instrumentos diligenciados completamente de acuerdo al instructivo durante el periodo

X 100

Total de instrumentos revisados en el periodo

Para la operacionalización de este indicador, puede tomarse una muestra estadísticamente representativa de los instrumentos considerando como universo la muestra del total de pacientes que fueron atendidos durante el periodo de tiempo a estudiar.

Como estrategia para establecer planes de mejoramiento institucional en este aspecto, se puede establecer el porcentaje de cumplimiento de acuerdo al diligenciamiento según el instructivo de cada uno de los instrumentos. Este indicador se construirá para cada uno de los instrumentos.

Unidad de medida. Los datos deben expresarse en porcentaje de instrumentos diligenciados de acuerdo al instructivo.

Fuente de los datos. Registro de los datos del paciente y actividades realizadas en la historia clínica. Para este fin se establece que se considera una historia clínica completa aquella que en forma ordenada sistemática y cronológicamente cuenta con los registros especificados en los anexos 4,5,6,9,10,11.

Periodicidad del indicador. El indicador debe ser producido mensualmente. Para efectos de presentación y divulgación a los usuarios y al sistema en general, se manejará a través de consolidados trimestrales y anuales.

Usuario del indicador. El Director del programa de salud familiar y los Coordinadores de los Grupos Multidisciplinarios.

Interpretación del indicador. El mejor resultado será el más cercano al cien por ciento de diligenciamiento completo de los instrumentos según el instructivo.

15.3 DE RESULTADO

COBERTURA DE FAMILIAS CARACTERIZADAS

Definición. A través de este indicador se monitoriza la cantidad de familias caracterizadas dentro del programa de salud familiar, para alcanzar la cobertura propuesta en el periodo.

Justificación. El pilar fundamental de la salud familiar es la promoción y prevención, por lo tanto es de vital importancia que la mayor cantidad de la población, este identificada y caracterizada para poder canalizarlos a los diferentes programas de salud del modelo, e iniciar las actividades propias de cada uno de ellos

Objetivo del indicador.

- Monitorizar la cantidad de familias caracterizadas con respecto a la población que esta dentro del la IPS en un periodo de tiempo determinado.
- Lograr que la mayor cantidad de familias estén dentro del programa de salud familiar.

Criterio de Calidad. Las familias zonificadas en la IPS, deben estar caracterizadas en el programa de salud familiar.

Patrón de Calidad. El 90 por ciento de las familias zonificadas en la IPS, deben estar caracterizadas en el programa de salud familiar en un periodo de tres años.

Formulación del Indicador.

Porcentaje de familias caracterizadas en el programa de salud familiar.

Número de familias caracterizadas en el periodo X 100

Número total de familias zonificadas en la IPS en el periodo

Tabla 14. Plan de cobertura de caracterización de familias según periodo de ejecución del modelo.

PERIODO	COBERTURA DE CARACTERIZACION
Primer año	40 por ciento
Segundo año	70 por ciento
Tercer año	90 por ciento

Unidad de medida. Los datos se expresan en porcentaje. El numerador se obtiene del número de familias caracterizadas en el periodo analizando. El denominador se obtiene del número total de familias zonificadas en la IPS en el periodo que se esta analizando.

Fuente de los datos. El numerador se obtiene del número de familias que están en la base de datos y que en sus historias clínicas tiene la caracterización en la sección de salud familiar. Y el denominador se obtiene del número de familias que están en la base de datos como zonificadas en la IPS en el periodo de estudio.

Periodicidad del indicador. Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que se puedan reorientar las estrategias de cobertura de caracterización, realizando consolidados semestrales y anuales.

Usuario del indicador. El Director del programa de salud familiar y los Coordinadores de los Grupos Multidisciplinarios.

Interpretación del indicador. El mejor resultado es el más cercano al noventa por ciento, cuanto mayor sea el valor es mejor la cobertura de la caracterización de las familias.

COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION

Definición. A través de este indicador se monitoriza el componente asistencial preventivo en el proceso y sus dimensiones más relevantes de calidad, como la cobertura de cada uno de los programas de promoción y prevención.

Justificación. El pilar fundamental de la salud familiar es la promoción y prevención, por lo tanto es de vital importancia que toda la población pertenezca a estos programas, según le corresponda por sus factores de riesgo. Una amplia cobertura de estos programas contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión y mal uso de servicios especializados y de urgencias. El tiempo de respuesta puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento.

Objetivo del indicador.

- Proveer a los diferentes usuarios y clientes del sector salud, información que permita una comparación entre los diferentes prestadores de servicios de salud.
- Entregar a los entes gubernamentales información sobre cobertura de cada uno de los programas de promoción y prevención exigidos por el ministerio de protección social

Criterio de Calidad. Toda la población debe estar incluida en los programas de promoción y prevención de acuerdo a sus factores de riesgo o grupo étnico.

Patrón de Calidad. El 95% de la población debe estar incluida en los programas de promoción y prevención de acuerdo a sus factores de riesgo o grupo étnico.

Formulación del Indicador.

Porcentaje de pacientes incluidos en los programas de promoción y prevención

$$\frac{\text{Número de usuarios incluidos en el programa... (por ejemplo crecimiento y desarrollo) en el periodo}}{\text{Número de usuarios a riesgo de ese programa en el periodo}} \times 100$$

Unidad de medida. Los datos se expresan en porcentaje. El numerador se obtiene del número de usuarios incluidos en el programa de promoción y

prevención que se está analizando. El denominador se obtiene del número de usuarios a riesgo que deberían estar incluidos en ese programa

Fuente de los datos. El numerador se obtiene del número de usuarios que están en las bases de datos y que están incluidos en el programa de promoción y prevención que se está analizando. Y el denominador se obtiene del número de usuarios como población a riesgo, identificados como resultado de las conclusiones de los procesos de caracterización familiar.

Periodicidad del indicador. Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que puedan corregirse sesgos por situaciones coyunturales, realizando consolidados semestrales y anuales.

Usuario del indicador. El Director del programa de salud familiar y los Coordinadores de los Grupos Multidisciplinarios.

Interpretación del indicador. El mejor resultado es el más cercano al cien por ciento, cuanto mayor sea el valor es mejor la cobertura de los programas.

ADHESION A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION

Definición. A través de este indicador se monitoriza el componente asistencial preventivo en el proceso y sus dimensiones más relevantes de calidad, como la adhesión de los usuarios a cada uno de los programas.

Justificación. El pilar fundamental de la salud familiar es la promoción y prevención, por lo tanto es de vital importancia que toda la población permanezca en estos programas, según le corresponda por sus factores de riesgo. Un alto grado de adhesión contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él, haciendo más efectivas las intervenciones, además disminuye la congestión y mal uso de servicios especializados y de urgencias.

Objetivo del indicador.

- Proveer a los diferentes usuarios y clientes del sector salud, información que permita una comparación entre los diferentes prestadores de servicios de salud.

- Entregar a los entes gubernamentales información sobre la adhesión de los usuarios en cada uno de los programas de promoción y prevención exigidos por el ministerio de protección social.
- Medir el grado de motivación de permanencia que logra el programa en los usuarios inscritos.

Criterio de Calidad. Toda la población debe tener adhesión a los programas de promoción y prevención en los que se encuentren inscritos.

Patrón de calidad. El 95% de la población debe tener adhesión a los programas de promoción y prevención en los que se encuentre inscrito.

Formulación del Indicador.

Porcentaje de pacientes incluidos en cada uno de los programas de promoción y prevención que asisten al 80% de las actividades programadas

Número de usuarios que asisten mínimo al 80% de las actividades realizadas por cada programa ... (por ejemplo crecimiento y desarrollo) en el periodo.

X 100

Número de usuarios por cada programa en el periodo.

Unidad de medida. Los datos se expresan en porcentaje. El numerador se obtiene del número de usuarios que asisten mínimo al 80% de las actividades realizadas por cada programa de promoción y prevención. El denominador se obtiene del número de usuarios por cada programa.

Fuente de los datos. El numerador se obtiene del número de actividades a las que han asistido los usuarios, indicadas en las bases de datos de cada programa de promoción y prevención. Y el denominador se obtiene del número de usuarios que están en las bases de datos por cada programa.

Periodicidad del indicador. Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que puedan corregirse sesgos por situaciones coyunturales, realizando consolidados anuales.

Usuario del indicador. El Director del programa de salud familiar y los Coordinadores de los Grupos Multidisciplinarios.

Interpretación del indicador. El mejor resultado es el más cercano al ciento por ciento, cuanto mayor sea el valor es mejor la adhesión por cada programa.

Comportamiento Epidemiológico.

Cada grupo multidisciplinario va a seguir la evolución del perfil epidemiológico de su población asignada de manera que enfoquen sus actividades para lograr que entre las diez primeras causas de morbi mortalidad no se encuentren enfermedades prevenibles por promoción y prevención.

Cumplimiento de Metas Gubernamentales.

Esto corresponde a los indicadores que representan el cumplimiento de las metas definidas por el Ministerio de Protección Social. (Ver anexo 6 Matriz De Promoción y Prevención).

SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS RECIBIDOS DEL PROGRAMA

Definición. A través de este indicador se monitoriza el componente asistencial en su resultado y sus dimensiones más relevantes de calidad son la aceptabilidad y la idoneidad.

Justificación. La percepción de satisfacción de los usuarios ha demostrado en diferentes estudios que es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud. Por esta razón es importante que el modelo estructure el indicador con los factores más preponderantes del mismo – tratando de corregir en algún grado la subjetividad- para ser entregado a la población general como elemento orientador de la selección.

Objetivo del indicador.

Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte del programa de salud familiar, determinado a través de diferentes niveles o ámbitos, como son:

- Atención al usuario o representante del mismo para la realización de trámites administrativos pertinentes para su acceso al servicio en trato y relaciones interpersonales del personal asistencial y administrativo que atiende al paciente en el programa de salud familiar

- Calidad técnica de los servicios de salud, percibida por el usuario.

Dada la alta influencia de la satisfacción de los usuarios en la toma de decisiones, este indicador reviste especial importancia.

Criterio de calidad. Los servicios recibidos por los usuarios del programa deben ser catalogados en el buen nivel de satisfacción (9).

Patrón de calidad. Los servicios recibidos por los usuarios del programa serán aceptados por la IPS, al ser catalogados en un buen nivel de satisfacción (7-8).

Formulación del Indicador. Promedio de calificación de satisfacción a través de encuestas de percepción que presenten escalas continuas de calificación para cada uno de los ámbitos establecidos. Deberá aplicarse a los usuarios que hayan requerido servicios de salud en el programa de salud familiar durante el período a medir y el resultado deberá expresarse en forma separada por cada uno de los ámbitos establecidos.

Para obtener calificación de satisfacción global, deberá tomarse únicamente aquellas encuestas en que los usuarios hayan calificado todos los ámbitos requeridos, tomando como dato el promedio de los cuatro factores.

Sumatoria de la calificación sobre atención al usuario o su representante para la realización de trámites administrativos pertinentes para su acceso al servicio en el programa de salud familiar en el periodo

Número total de encuestas que respondieron el ámbito, en el periodo

Sumatoria de la calificación sobre trato y relaciones interpersonales del personal asistencial y administrativo que atiende al paciente en el programa en el periodo

Número total de encuestas que respondieron el ámbito en el periodo

Sumatoria de la calificación sobre calidad técnica de los servicios de salud, percibida por el usuario en el periodo

Número total de encuestas que respondieron el ámbito en el periodo

Satisfacción Global:

Sumatoria de los promedios de la calificación de los tres ámbitos durante el periodo

Número total de encuestas que respondieron los tres ámbitos durante el periodo

Unidad de medida. La escala de calificación de 0 a 10, establece un continuo en el nivel de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en la institución prestadora de servicios de salud, donde 0 es igual a la insatisfacción total y 10 el máximo nivel de satisfacción. Las escalas no deben permitir la utilización de decimales o fracciones en la calificación a fin de facilitar el manejo de los resultados.

Con fines de la organización de los resultados se establecen las siguientes categorías:

0 = No satisfacción

1 - 2 - 3 = Mal nivel de satisfacción

4 - 5 - 6 = Regular nivel de satisfacción

7 - 8 - 9 = Buen nivel de satisfacción

10 = Excelente nivel de satisfacción

Los resultados de las mediciones deben expresarse por los promedios obtenidos, expresado en términos de participación porcentual en cada categoría.

Fuente de los datos. Los datos se obtendrán de los resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas a los usuarios por los servicios recibidos del programa.

Periodicidad del indicador. Estas mediciones deben realizarse inmediatamente después de un momento de verdad, de una muestra representativa del promedio de pacientes atendidos mensualmente en el programa de salud familiar, y se consolida en forma trimestral, y anual.

Este tipo de mediciones presenta el riesgo de la objetividad de los resultados dado que la percepción responde a características personales y expectativas propias e individuales de los usuarios frente a los servicios. De igual manera, es importante tener en cuenta que una percepción preponderante (positiva o negativa) en uno de los ámbitos puede influenciar de manera significativa los demás ámbitos. Por lo anterior, los resultados siempre deberán ser presentados haciendo énfasis en que se trata de pruebas de percepción de los usuarios, sujetas por esto a factores subjetivos de evaluación.

Usuario del Indicador. El Director del programa de salud familiar y los Coordinadores de los Grupos Multidisciplinarios.

Interpretación del indicador. El mejor resultado será aquel de mayor valor o más cercano al cien por ciento, ya que muestra un nivel excelente de satisfacción.

ÍNDICE DE QUEJAS Y RECLAMOS

Definición. A través de este indicador se monitoriza el componente asistencial en su resultado y sus dimensiones más relevantes de calidad son la aceptabilidad y la idoneidad.

Justificación. La percepción de satisfacción de los usuarios ha demostrado en diferentes estudios que es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud. Por esta razón es importante que el modelo estructure el indicador con los factores más preponderantes del mismo – tratando de corregir en algún grado la subjetividad- para ser entregado a la población general como elemento orientador de la selección.

Objetivo del indicador.

- Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte del programa de salud familiar, teniendo en cuenta los momentos de verdad a los que se ha enfrentado el usuario
- Dada la alta influencia de la satisfacción de los usuarios en la toma de decisiones, este indicador reviste especial importancia.

Criterio de calidad. Se debe lograr la totalidad de aceptabilidad de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte del programa de salud familiar.

Patrón de calidad. 5% es el porcentaje máximo de quejas y reclamos de los usuarios que se deben recibir durante el periodo.

Formulación del Indicador.

Porcentaje de quejas y reclamos recibidos en el periodo

$$\frac{\text{Número de quejas y reclamos recibidos de los usuarios en el periodo}}{\text{Número total de usuarios atendidos en el periodo}} \times 100$$

Unidad de medida. La escala de calificación se expresa en el porcentaje de quejas y reclamos recibidos por los usuarios durante el mes.

Fuente de los datos. Los datos se obtendrán de los instrumentos de quejas y reclamos diligenciados por los usuarios, recibidos en la IPS.

Periodicidad del indicador. Para la construcción del indicador se recolecta la información diariamente y se consolida trimestralmente.

Usuario del Indicador. El Director del programa de salud familiar y los Coordinadores de los Grupos Multidisciplinarios.

Interpretación del indicador. El mejor resultado es cuando el porcentaje de quejas y reclamos por parte de los usuarios por los servicios y trato recibido del programa de salud familiar se acerca a cero.

16. CONCLUSIONES

- La infraestructura que se requiere para la implementación de este modelo es de baja complejidad, siendo esto un aspecto que favorece su viabilidad.
- El diseño de este modelo crea la necesidad de contar con médicos con formación académica en medicina familiar y de profesionales de la salud con capacitación en salud familiar.
- El modelo integrador ofrece una mejor calidad de servicio al usuario ya que procura garantizar oportunidad, eficiencia, continuidad y pertinencia en el manejo de las acciones en salud.
- Racionaliza los costos porque busca mejorar eficacia y eficiencia de las acciones en salud. Diminuye el desperdicio por duplicidad de servicios y por buscar oportunidad en los diagnósticos y tratamientos disminuyendo el alto costo del manejo enfermedades en estado avanzado o evitando complicaciones de las mismas.
- El modelo es una opción atractiva para el usuario que hoy en día manifiesta ser atendido en forma fragmentada.
- El sistema de referencia y contrarreferencia, es el pilar del modelo que asegura que el servicio prestado cumpla con su objetivo integrador, facilitando el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica.
- El modelo de atención que se diseñó integra los servicios de salud mediante procesos administrativos y asistenciales con un enfoque biopsicosocial, ejecutados por un grupo multidisciplinario, que busca impactar positivamente en la salud de los afiliados mediante acciones humanizadas y de alta calidad.
- El modelo diseñado está conformado por una serie de etapas sistemáticas mediante las cuales se identifican las necesidades en salud de los grupos familiares, se les elabora un plan de acción que permitan suplir estas

necesidades y que se ejecuta por medio de programas y actividades monitorizadas para verificar su cumplimiento.

- El proceso de referencia y contrarreferencia se diseñó de manera que la participación del usuario en el trámite administrativo sea mínima.

RECOMENDACIONES

- La contratación por capitación no es conveniente para este modelo porque la implementación del programa en su inicio es costosa. Salvo que las EPS incluyan anticipo dentro de las condiciones contractuales.
- Para un correcto funcionamiento del modelo es necesario socializar sus procesos y procedimientos con todos los involucrados en los mismos.
- El estudio de costos debe ser realizado en forma imperativa, mediante un trabajo de tesis, ya que este modelo es ideal para adaptarlos a nuestro sistema para que sea eficiente.
- Realizar una prueba piloto con la población de Coomeva EPS quienes ya han adelantado el proceso de caracterización familiar.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ AMÉZQUITA, Andrés José. Diagnóstico Epidemiológico de Santander, Secretaria De Salud De Santander, Gobernación De Santander. 2,002 – 2,003.

ARIAS, Liliana. Apgar Familiar. Bogotá: Ministerio de Salud, 1995. p. 3-7.

ARIAS, Liliana. Ecomapa. Bogotá: Ministerio de Salud, 1995. p. 3-7.

BASCÒ FUENTES, Eduardo L.. Integración comunitaria en el sistema de salud: contribución de la universidad medica mediante un programa de investigación en neurociencias. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. (en línea). Cuba. URL: [http:// www. scielo.sld.cu/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411995000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411995000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=e). (Consulta: 18 enero, 2004).

BILBAO, Jorge; CRESPO, Elvira. Seguridad Social. El principio de universalidad y el concepto de familia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. (en línea) Santiago de Cali URL: [http://: www.uninorte.edu.co/publicaciones/salud/articulos/art5.htm](http://www.uninorte.edu.co/publicaciones/salud/articulos/art5.htm) (Consulta: 17 octubre, 2003).

CABRERA TRIMIÑO Gilberto Javier. PONENCIA PRESENTADA EN EL XXII INTERNATIONAL CONGRESS OF THE LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION. (en línea). Cuba: LASA, 2000. URL: <http://www.cubaminrex.cu> (Consulta: 5 septiembre, 2003).

CANADA, Health. Canada's Health Care System at a Glance. (en línea) URL:http://www.hc-c.gc.ca/english/media/releases/2002/health_act/glance.html. (Consulta: 13 enero, 2004).

CANTALE, Carlos R. Bases Conceptuales, Principios E Instrumentos De La Medicina Familiar. (en línea) URL: [http://:www.fmv-uba.org.ar/proaps/014%20resumen.htm](http://www.fmv-uba.org.ar/proaps/014%20resumen.htm) (Consulta, 14 febrero de 2004).

CASTILLO, Liliana Arias, HERRERA M., Julián .Desarrollo de la Medicina Familiar en Colombia. (en línea) Bogotá. URL: <http://www.infomedonline.com.ve/medifami/edit7299.htm>. (Consulta: 13 febrero, 2004).

CESPEDES, Juan Eduardo. Reforma de Salud y Seguridad Social en Colombia (2da parte). (en línea) URL: <http://www.monografias.com/trabajos14/laleycien/laleycien.shtml> (Consulta: 23 noviembre, 2003).

CIMDER. Tarjeta Familiar. (en línea) Santiago de Cali URL: <http://www.cimder.org.co> (Consulta, 12 diciembre de 2003).

ENGEL, George. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 1975.

Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Moscú: Editorial Progreso; 1976:29-96.

Evans PR. . The changing scene in general practice in Europe. BMJ 1994; 308:645-648.

FIGUERASA J. y col. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?. Gaceta Sanitaria: Volumen 16 - Número 01, 2003. p. 5 – 17.

FORCADA, E. El factor humano en la salud. Buenos Aires: Editorial Proa XXI, 1998:71-83.

Fundación CESM. El número de médicos en España. Análisis de una situación crítica. Madrid, 1999.

Fundamentos y Principios de Medicina Familiar, Principios y Conceptos Básicos. Bogotá: Ministerio de Salud, 1995. p. 3-7.

GÓMEZ Asorey C, PALACIOS Castaño J.A. Situación y desarrollo de la medicina general y la especialidad de medicina familiar y comunitaria en España. UD1 Curso de formación y actualización a distancia en medicina general y de familia. 1ª parte. OMC-FSE Madrid 2000.

Ham C, Robinson , Beneval M. Health check, Health care reforms in an international context. London: King's Fund Institute, 1990. p. 104-5.

Horwitz, N. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Vol OPS 98(2):1985.

Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de cultura económica. Madrid: 1992.

La Reforma. El Sistema de Seguridad Social en Colombia. (en línea) URL: <http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm> (Consulta: 22 agosto, 2003).

Mc Whinney I. Medicina Familia. Barcelona: Mosby/Doyma, 1995. p. 6-11.

Proyecto de ejercicio profesional en Atención Primaria. Organización Médica Colegial. Madrid: 1991.

Rodríguez Sendín JJ, Solla Camino J M, Burgos Pérez I. "Futuro del ejercicio profesional en Atención Primaria". Libro de ponencias, IV Congreso Nacional de Médicos Titulares. Alicante, 1991.

ROMAN, Fabián. Coordinador de Medicina Familiar - Area Programática - Hospital Cosme Argerich de Buenos Aires.

ROMERO, Rodolfo. Seguridad Social: Su Evolución Histórica. (en línea) URL: <http://www.atal.org/segsocial/5.htm> (Consulta: 15 diciembre, 2003)

Rowe A. "La identidad del médico general". Revista de la Organización Médica Colegial: Enero de 1990. pág. 28.

Royal Colige of General Practitioners. European study of referrals from primary to secondary care. RCGP 1992. (Occasional paper 56).

SARLET GERKEM, Anne Marie . Sistemas de Salud en España. (en línea) URL: www.um.es/socrates/sistema_salud_espana.htm . (Consulta: 21 enero, 2004).

SOCIEDAD FORÁNEA DE MEDICOS CUBANOS (SOFOME).El Sistema de Salud. (en línea). Cuba. URL: www.cubaliberal.org/archivo2002-old/sofo.htm. (Consulta: 20 enero, 2004).

Starfield B. "Atención primaria, equilibrio entre necesidades, servicios y tecnología de salud".

TRINDADE, Luis Paulo. Diagnóstico y Terapia Biopsicosocial. Bogotá: Orion Editores Ltda., 2000. p. 120-123.

ULTIMAS NORMAS EXPEDIDAS POR EL GOBIERNO. (en línea) URL: <http://www.saludcolombia.com/actual/ultimas.htm> (Consulta: 29 agosto, 2003).

URIBE VELEZ, Álvaro. V INFORME ANUAL DEL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A LAS COMISIONES SEPTIMAS DE SENADO DE LA REPUBLICA Y CAMARA DE REPRESENTANTES 2002 – 2003. Bogotá , 2003.

VELEZ ARANGO, Alba Lucía. Marco político y legal de la promoción de la salud. Programa de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud. (en línea) URL: [http:// colombiamedica.univalle.edu.co/Vol31No2/promocion.html](http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol31No2/promocion.html) (Consulta: 05 febrero, 2004).

Vuori H. Atención Primaria de Salud en Europa. Problemas y soluciones. Aten Primaria 1987. p. 4.

ANEXOS

Anexo A. Programas de medicina y salud familiar

Universidad con Programa de Medicina	Especialización dirigida para médicos	Especialización dirigida para grupos multidisciplinarios
Unversidad del Valle	Especialización de Medicina Familiar	Especialización en Enfermería Familiar
		Especilización en Terapia Familiar
Universidad de Antioquia		Maestría en Salud Colectiva
Universidad del Bosque	Especialización de Medicina Familiar	Especilización en familia Comunitaria
Universidad de Cartagena		
Universidad de Caldas		Especialización en Promoción y Prevención
Universidad del Cauca	Especialización en Medicina Social y Salud Familiar	
Universidad Industrial de Santander		
U. Libre Seccional Atlántico		
U. Libre seccional Cali		
Universidad Metropolitana		
Universidad Militar Nueva Granada		
Universidad del Norte		
Universidad Javeria	Especilización en Medicina Familiar	
Universidad Pontificia Bolivariana		
Universidad del Quindío		
Universidad del Rosario		
Universidad de la Sabana		Especialización en Desarrollo Personal y Familiar
Universidad Surcolombiana		
Universidad Tecnológica de Pereira		
Instituto de Ciencias de la Salud		Especialización en Promoción y Comunicación en Salud

U.D.C.A.		
Universidad San Martín		
Universidad Autónoma de Bucaramanga		
Fundación Universitaria de Boyacá		
Escuela de Medicina Juan N Corpas		Especialización en Salud Familiar
Universidad de Pamplona		
Universidad Nacional de Colombia		

Fuente: www.icontec.org.co, abril 2004.

Anexo B. Formato de cambio de grupo multidisciplinario

Nº _____

FECHA: _____
EPS _____

TIPO DE AFILIACION: COTIZANTE _____ BENEFICIARIO

NOMBRE _____ DE
USUARIO _____

DOCUMENTO _____
TELEFONO _____

DIRECCION _____

NOMBRE DEL COORDINADOR DEL GRUPO MULTIDISCIPLINARIO QUE LO
ATIENDE
ACTUALMENTE _____

JUSTIFICACION:

Descortesía o maltrato durante la atención _____
Incumplimiento en horario de atención _____
No ha solucionado su necesidad de salud _____
Otras _____ Cuales _____

OBSERVACIONES O SUGERENCIAS:

FIRMA DEL USUARIO

FUNCIONARIO

Anexo C. Cronograma de jornada familiar.

SABADO FAMILIAR

					ACTIVIDAD					
Apellido	Nombre	CC	Edad	Charla de Inducción al Programa	Medico	Odontología	A-V	Citología	Crecimiento y Desarrollo	Nutrición
Lopez	Wilson		48	07:00	08:00	08:20	08:40			09:00
Quiroga	Carolina		43	07:00	08:20	08:40	09:00	08:00		
Lopez	Ciro A		5	07:00	08:40	09:20	08:20		08:00	09:00
Lopez	Laura		11	07:00	09:40	08:00	09:20		08:20	09:00
Mantilla	Andrea L		35	09:00	10:00	10:20	11:20	10:40		11:00
Gomez M	Blanca A		18	09:00	10:20	10:40	11:40	11:20	10:00	11:00
Gomez	Edgar		40	09:00	10:40	10:00	10:20			11:00

Anexo D. Formato de compromiso

Yo _____ en este día _____ para ingresar al programa de salud familiar de la IPS X, me comprometo a cumplir todas las actividades que me sean asignadas y asistir a los talleres educativos que me correspondan. Igualmente, llamare a mi grupo de salud para informarle de mis logros y /o dificultades cuantas veces sea necesario.

USUARIO

Anexo E. Formato de evaluación familiar en factores de riesgo

NOMBRE COTIZANTE:
IDENTIFICACION
COTIZANTE
IDENTIFICACION GRUPO
FAMILIAR

	VALORACION INICIAL	VALORACION 1 SEMESTRE	VALORACION 2 SEMESTRE	OBSERVACIONES
FECHA DE EVALUACION				
FACTORES DE RIESGO				
Agua para consumo humano no tratada				
Hacinamiento critico				
Inadecuada disposicion de excretas				
Mujeres embarazadas que no asisten a C. P.				
Niños menores de 1 año que no asisten a C y D				
Niños menores de 5 años con esquema de vacunacion incompleto				
Niños menores de 5 años con riesgo o con desnutrición				
Personas con enfermedad cronica sin control medico				
Niño menor de 5 años con IRA				
Niño menor de 5 años con EDA				
Habitos Higienicos				
Habitos Alimenticios				
Maltrato infantil				
Existen factores protectores en grado Alto o Medio				
Identificación de Conductas Adictivas (cigarrillo, alcohol, sustancias psicoactivas, juego)				
Presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual o factores de Riesgo				
Violencia Intrafamiliar				

Anexo F. Matriz de Promoción y Prevención Res 412/2000

METAS DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PyP 2004						
NORMA TECNICA	PROCEDIMIENTO	META (%) minima a lograr MinSalud	Programación mes Prog I sem)	Enero	Cumpimiento %	Calificación
VACUNACIÓN	ADMINISTRACION VACUNA CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	90				
	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	90				
	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA - DPT	90				
	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS VOP o SRP	90				
	VACUNACION CONTRA HEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B – HiB	90				
	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS, RUBEOLA - TRIPLE VIRAL (MMR)	90				
	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA – Td	90				
	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	90				
SALUD BUCAL	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	20				
	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD CONTROL MECANICO	20				
	TOPICACION CON FLUOR EN GEL	20				
	APLICACIÓN SELLANTES AUTOCURADO	20				
	APLICACIÓN SELLANTES FOTOCURADO	20				

METAS DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PyP 2004						
NORMA TECNICA	PROCEDIMIENTO	META (%) minima a lograr MinSalud	Programación mes Prog I sem)	Enero	Cumpimiento %	Calificación
ATENCION DEL PARTO	ASISTENCIA DEL PARTO: ESPONTANEO NORMAL (EXPULSIVO) (G7)	90				
	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL NCOC (G8)	(*)				
	SEROLOGIA (PRUEBA NO TREPONÉMICA) VDRL EN SUERO O LCR	90				
	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS, RUBEOLA - TRIPLE VIRAL (MMR)	90				
	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR MEDICINA GENERAL	90				
ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES - TSH NEONATAL	90				
	HEMOCLASIFICACIÓN	90				
	APLICACIÓN DE VITAMINA K	90				
	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR MEDICINA GENERAL	90				
PLANIFICACION FAMILIAR MUJERES	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	80				
	CONSULTA DE CONTROL DE SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR MEDICO GENERAL	50				

METAS DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PyP 2004						
NORMA TECNICA	PROCEDIMIENTO	META (%) minima a lograr MinSalud	Programación mes Prog I sem)	Enero	Cumpimiento %	Calificación
PLANIFICACION FAMILIAR MUJERES	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO – DIU	80				
	SECCION Y/O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO (CIRUGIA POMEROY) /ESTERILIZACIÓN FEMENINA (G6)	80				
PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRES	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	80				
	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR MEDICO GENERAL	50				
	VASECTOMÍA SOD (G5)	80 (**)				
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE 10 AÑOS	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	80				
	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR ENFERMERA	50				
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	20				
	HEMOGLOBINA	20				
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	85				
	SEROLOGIA (PRUEBA NO TREPONEMICA) VDRL EN SUERO O LCR	85				

METAS DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PyP 2004						
NORMA TECNICA	PROCEDIMIENTO	META (%) minima a lograr MinSalud	Programación mes (Prog I sem)	Enero	Cumplimiento %	Calificación
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR MEDICINA GENERAL	85				
	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR ENFERMERA	85				
	HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	85				
	HEMOCLASIFICACIÓN	85				
	UROANALISIS	85				
	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS	85				
	ULTRASONOGRAFIA PELVICA OBSTETRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	85				
	SUMINISTRO DE MULTIVITAMINICOS	85				
	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	85				
	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA - Td	85				
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	40				
	UROANALISIS	40				
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	40				
	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS	40				

METAS DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PyP 2004						
NORMA TECNICA	PROCEDIMIENTO	META (%) minima a lograr MinSalud	Programación mes Prog I sem)	Enero	Cumpimiento %	Calificación
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD - HDL	40				
	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD ENZIMATICO – LDL	40				
	COLESTEROL TOTAL	40				
	TRIGLICERIDOS	40				
DETECCIÓN DEL CANCER DE CUELLO UTERINO	CITOLOGIA CERVICOUTERINA	80				
	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA DE CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL	80				
	COLPOSCOPIA CON BIOPSIA (G3)	80				
	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA	80				
DETECCIÓN DEL CANCER DE SENO	XEROMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIA BILATERAL	20				
	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA - BACAF (G3)	20				
	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANNO	20				
DETECCION DE ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	TOMA DE AGUDEZA VISUAL	50				
	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA – OFTALMOLOGIA	20				
INDICADORES CENTINELAS DE CALIDAD	NUMERO DE NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER < 2.500 Grmos	0				
	NUMERO DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON Dx DE OTITIS MEDIA SUPURATIVA	0				

METAS DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PyP 2004						
NORMA TECNICA	PROCEDIMIENTO	META (%) mínima a lograr MinSalud	Programación mes Prog I sem)	Enero	Cumplimiento %	Calificación
INDICADORES CENTINELAS DE CALIDAD	NUMERO DE NIÑOS ENTRE 3 Y 5 AÑOS HOSPITALIZADOS CON Dx DE NEUMONIA	0				
	NUMERO DE NIÑOS ENTRE 3 Y 5 AÑOS HOSPITALIZADOS CON Dx DE E.D.A.	0				
	NUMERO DE MUJERES MUERTAS RELACIONADAS CON LA GESTACION, EL PARTO O ELPUERPERIO	0				
	NUMERO DE MUERTES CON Dx DE MALARIA	0				
	NUMERO DE MUERTES CON Dx DE DENGUE	0				
INDICADORES PARA EVALUAR IMPACTO EN FORMA INDIRECTA	Numero de Inscritos Totales					
	Numero de Asistentes					
	Numero de Inscritos Nuevos en el Mes					
	% de Cumplimiento					
	Número de Inscritos al programa que han sido Hospitalizados por complicaciones de la enfermedad.					
	Número de Hospitalizados, no - inscritos al programa de HTA, por complicaciones crónicas de la enfermedad.					
	Número de Casos cerrados					
	Numero de Inscritos Totales					
	Numero de Asistentes					
	Numero de Inscritos Nuevos en el Mes					
	% de Cumplimiento					
	Número de Inscritos al programa que han sido Hospitalizados por complicaciones crónicas de la enfermedad.					
	Número de Hospitalizados, no - inscritos al programa de Deabetes, por complicaciones de la enfermedad.					
Número de Casos cerrados						

INCIDENCIA DE ALGUNAS ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PUBLICA					
	No. De casos nuevos de TBC				
	No. Consulta mayores 15 años				
	No. SR examinados con BK de esputo				
	No. De BK realizados para diagnóstico				

Convención para las estrategias de demanda inducida:

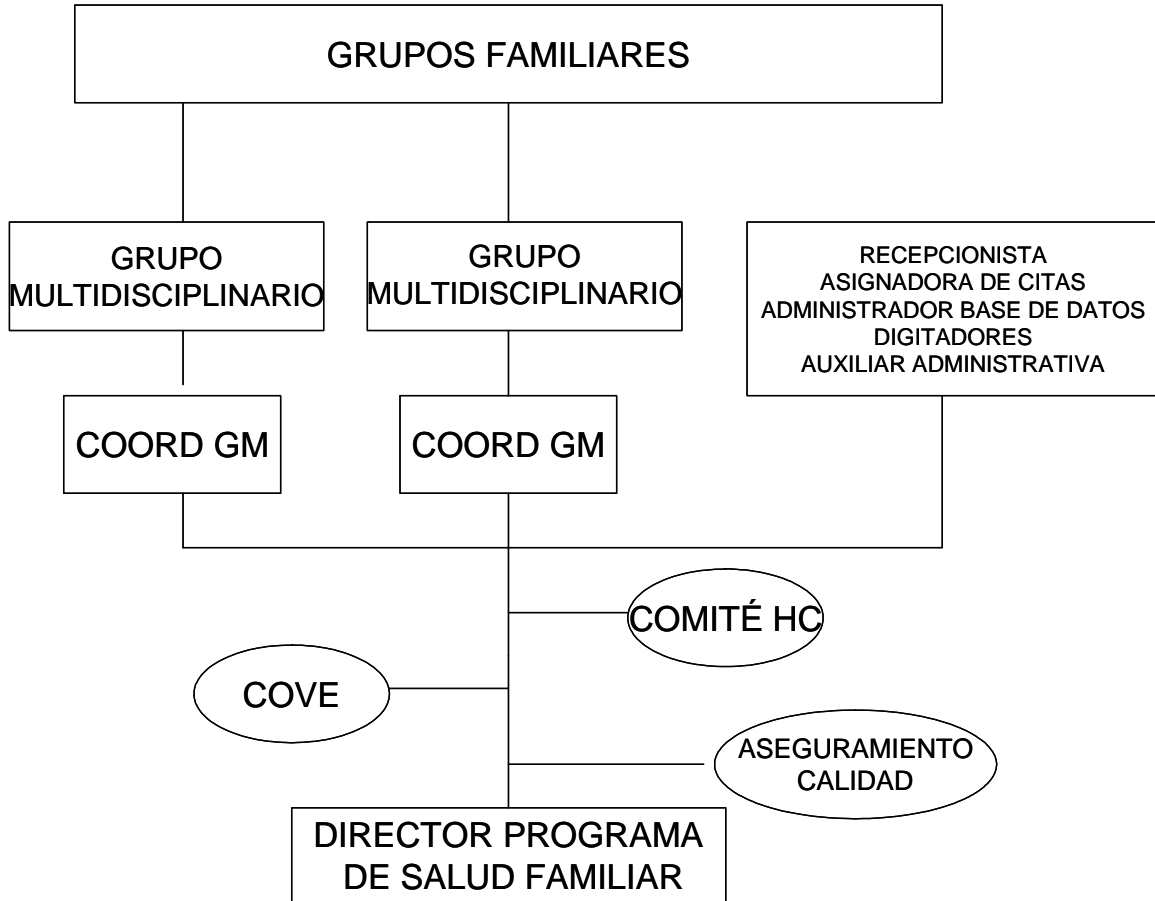
VD=Visita Domiciliaria; MA=Mesa Afiliación; JE=Jornada Empresarial; JS=Jornada Salud

;

AM= Autorización Médica; CM=Consulta Médica; IO=IPS Odontologica;

TI=Traslado IPS; DE=Demanda Inducida;DE=Demanda espontanea

Anexo G. Estructura organizacional



Anexo H. Símbolos del familiograma.

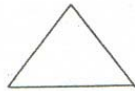
1. SIMBOLOS DEL FAMILIOGRAMA:



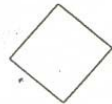
HOMBRE



MUJER



SEXO INDETERMINADO



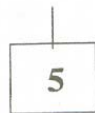
EMBARAZO



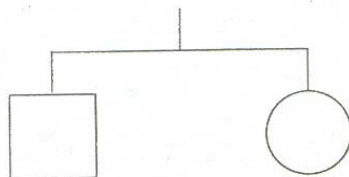
MUERTE



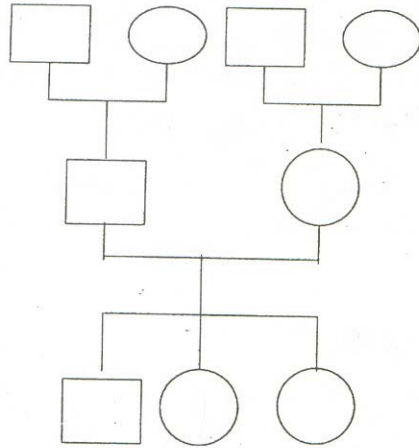
ADOPTADA



CINCO HERMANOS



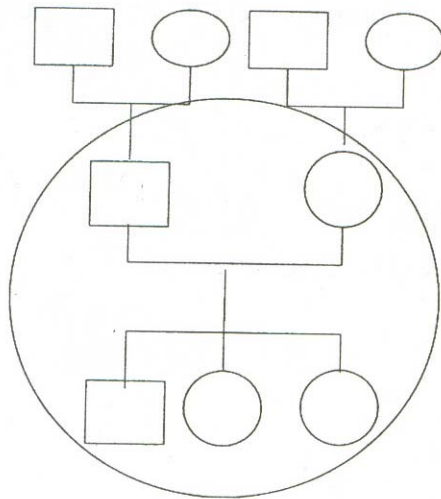
HERMANOS



MATRIMONIOS
(generación I; abuelos paternos
y maternos con hijos y nietos)

MATRIMONIO
(generación II; padres con hijos)

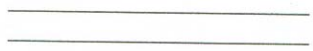
HERMANOS / HIJOS
(generación III)



AMEBOMA (familia nuclear
o que habita en el mismo hogar,
padres con 1 hijo y 2 hijas;
se encierra en la línea continua)



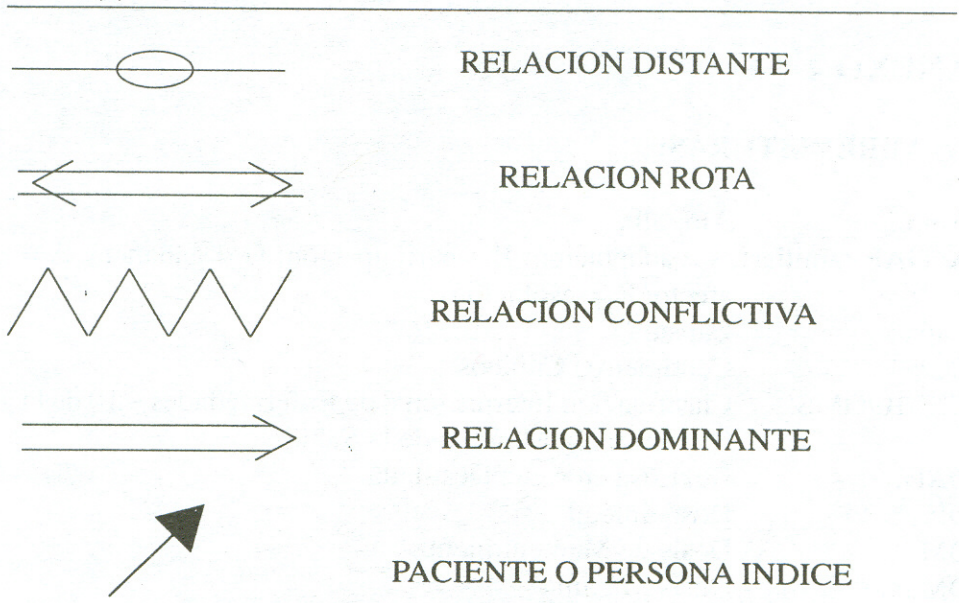
ENLACE EMOCIONAL MUY INTENSO

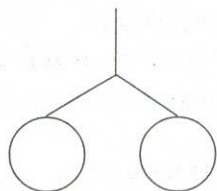


ENLACE EMOCIONAL POSITIVO



ENLACE EMOCIONAL ROTO





GEMELAS



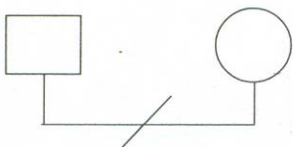
ABORTO



MATRIMONIO
(registrado civil y/o religiosamente)



MATRIMONIO
(no registrado civil y/o religiosamente)



SEPARACION



DIVORCIO

Anexo I. Apgar familiar y sus componentes.

APGAR FAMILIAR Y SUS COMPONENTES

COMPONENTES	PREGUNTAS PERTINENTES
A DAPTACION	Se relaciona con la forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se les presentan.
P ARTICIPACION	En esta función se evalúa la participación. Cómo se comunican los miembros de la familia acerca de asuntos tales como vacaciones, finanzas, cuidado médico, compras, y problemas personales. Valora si la participación es permitida para todos o si es selectiva para algunos.
G ANANCIA O CRECIMIENTO	La función de ganancia y crecimiento está referida a la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo personal en las diferentes esferas: explora la forma en que la familia facilita o bloquea el inicio de acciones académicas, laborales, recreativas, etc.
A FECTO	El afecto es una función esencial de la familia. ¿Cómo responden los miembros de la familia a expresiones emocionales como afecto, amor, pena o rabia?. Con frecuencia se ve que si las familias permiten la expresión afectiva, ésta se circunscribe a las emociones positivas; las negativas son consideradas malas, innombrables. Por lo tanto, en este tópico se pregunta cómo responden los diferentes miembros de la familia al afecto y si sus expresiones son permitidas.
R ECURSOS	¿Cómo comparten los miembros de la familia el tiempo, el espacio y el dinero?. Los recursos son elementos esenciales para la dinámica familiar. Con frecuencia alguno de éstos, está implicado como disparador de disfuncionalidad en la familia. Esta función explora tres recursos básicos para la familia: tiempo, espacio y dinero.

Anexo J. Formulario.

FORMULARIO

APGAR Familiar y soporte de Amigos*

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia, se define como el o los individuos con quienes usualmente vive. Si usted vive solo, ahora su "familia" consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Para cada pregunta marque sólo una X

FUNCION	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos. b) los espacios en la casa. c) el dinero.					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos (as)					
Tiene usted algún (a) amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

31.

* Traducido y adaptado por Lilliana Arias C. con permiso de Smilkstein G.

Anexo K. Manual de procesos.

ENTIDAD	<u>ENTIDAD</u>	Código
	<u>MANUAL DE PROCESOS</u>	
	<u>PROCESO: Promoción y prevención</u>	Hoja 1 DE 4
SUBGERENCIA DE SALUD		
Elaborado Por:	<u>Fecha Elaboración:</u>	
Revisión No.	Fecha Última Revisión:	
Responsable del Proceso:	Fecha Próxima Revisión:	
POLITICAS		
<ul style="list-style-type: none"> • Todas las actividades realizadas en el programa estarán enmarcadas en la ley 100 de 1993. • Todas las actividades desarrolladas por el grupo multidisciplinario estarán protocolizadas dentro del marco de la salud familiar. • A todos los grupos familiares inscritos en el programa se les diligenciará la TARJETA FAMILIAR, el familiograma, el APGAR y el ecomapa • A los miembros del grupo familiar que no se encuentren afiliados a la EPS o zonificados en la IPS se les incluirá en las actividades educativas pero no se les prestaran servicios asistenciales. • Todos los miembros de la familia deben estar inscritos en los programas de promoción y prevención según el grupo etéreo al que pertenezcan o los factores de riesgo a los que estén expuestos. • La red de servicios de urgencias, hospitalización y cirugía deberá reportar en un horario establecido a la IPS de lunes a sábado las novedades que se hayan presentado el día inmediatamente anterior para actualizar los registros de los usuarios en la base de datos. Esta información será actualizada en las historias de los pacientes por el coordinador médico. • Cuando el grupo familiar ingrese al programa se le hará una valoración inicial y un plan de intervención, a los 6 y a los 12 meses se evaluarán los logros alcanzados e implementaran estrategias de mejoramiento y se continuara la evaluación anualmente. (Ver anexo 1) • Todo grupo familiar tendrá asignado un grupo multidisciplinario, para hacer cambio de grupo de salud la familia deberá hacer una solicitud escrita expresando sus motivos, esta será estudiada en el comité Aseguramiento de la Calidad y se dará respuesta escrita en un plazo máximo de 30 días. • Los tramites que se requieran para autorizar las actividades de II y III nivel ante las aseguradoras serán realizadas por funcionarios de la IPS y no por los usuarios. • En la historia clínica se consignará la caracterización de la familia, es decir, la conclusión del análisis de los instrumentos 		

ENTIDAD	<u>ENTIDAD</u>	Código
	<u>MANUAL DE PROCESOS</u>	
	<u>PROCESO: Promoción y Prevención</u>	Hoja 2 DE 4
Elaborado Por:		Fecha Elaboración:
Revisión No.		Fecha Última Revisión:
Responsable del Proceso:		Fecha Próxima Revisión:
<p>de información (TARJETA FAMILIAR, familiograma, APGAR y ecomapa) y el respectivo plan de salud familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo paciente del régimen contributivo y sus beneficiarios que se zonifiquen a nuestra IPS, deben ser caracterizados para que se les identifique el riesgo e inscriban al programa (s) correspondiente. <p>Todos los programas de Promoción y Prevención se deben orientar a lograr el mantenimiento de estilos de vida saludables en la población atendida</p> <p>PROPOSITO DEL PROCESO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar las familias para identificación de factores de riesgo y factores protectores. • Lograr sensibilizar la población orientándola hacia la Detección temprana de patologías, involucrando estilos de vida saludables. • Lograr que un alto porcentaje de la población pertenezca y asista a los programas en los que se encuentra adscrita. <p>RESPONSABILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los encargados de que el proceso se lleve a cabo eficientemente son el coordinador y todos los profesionales del grupo multidisciplinario <p>DEFINICIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • PROMOCION: Es la integración de acciones encaminadas a producir un cambio en los estilos de vida de la población. • PREVENCION; Conjunto de actividades orientadas a evitar la ocurrencia de enfermedades específicas. • DETECCION TEMPRANA: Acciones dirigidas a detectar precozmente las enfermedades, que propenden por una recuperación rápida de la salud. • IMPACTO: Resultados positivos obtenidos, en el mejoramiento de la calidad de vida de la población. • ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: Conjunto de acciones y aptitudes que llevan al individuo a tener una mejor salud y por ende una mejor calidad de vida. 		

ENTIDAD	<u>ENTIDAD</u>	Código
	<u>MANUAL DE PROCESOS</u>	
	<u>PROCESO: Promoción y prevención</u>	Hoja 3 DE 4
SUBGERENCIA DE SALUD		
Elaborado Por:		Fecha Elaboración:
Revisión No.		Fecha Última Revisión:
Responsable del Proceso:		Fecha Próxima Revisión:
<p>FORMATOS Y DOCUMENTOS UTILIZADOS</p> <p>Proceso de asignación de citas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de solicitudes de servicios • Formato de Historias Clínicas de Promoción y Prevención en los diferentes programas. • Formato de asignación de cita • Resultados de medios de Diagnostico. • Carta de Snell. • Formato de rejillas peso-talla, niño-niña. • Carnets de Promoción y Prevención en los diferentes programas. • Folletos Educativos de los diferentes programas de Promoción y Prevención. <p>SEGUIMIENTO Y EVALUACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • La auditoría del proceso está a cargo de la SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y DE SALUD desde el punto de vista del análisis de la estructura y resultados obtenidos en la aplicación del Manual de Procedimientos de cada área, y auditoria externa contratada. <p>RECOMENDACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este proceso esta sujeto a modificaciones que deben ser informadas a los responsables del proceso para ejecutar los respectivos análisis y cambios. 		

ENTIDAD	<u>ENTIDAD</u>	Código
	<u>MANUAL DE PROCESOS</u>	
	<u>PROCESO: Promoción y prevención</u>	Hoja 4 DE 4
SUBGERENCIA DE SALUD		
Elaborado Por:		Fecha Elaboración:
Revisión No.		Fecha Última Revisión:
Responsable del Proceso:		Fecha Próxima Revisión:

PROCEDIMIENTO

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES O TAREAS
1	Trabajadora social	Realizar visita domiciliaria, donde se diligencia la ficha familiar y se asigna cita a psicología
2	Psicóloga	Realizar consulta para obtener información para construir el familiograma, ecomapa, APGAR, determinar ciclo vital familiar e ingresar la información al software para definir relaciones intrafamiliares, disfunciones, relaciones del grupo familiar con su entorno
3	Digitador	Ingresar al software de la información obtenida en la ficha familiar para obtener factores de riesgo y factores protectores en la familia.
4	Grupo multidisciplinario	Analizar información proporcionada por la psicóloga y la trabajadora social para determinar plan de salud anual familiar
5	Grupo multidisciplinario	Realizar jornada de salud familiar para sensibilizar al grupo familiar en el cumplimiento del programa de salud familiar, realizar diagnóstico de salud inicial a cada miembro de la familia, inscripción de cada miembro en los programas de salud y abrir historia clínica.
6	Grupo multidisciplinario	Desarrollar los programas de promoción y prevención establecidos por las resoluciones 412 y 3384 y los adicionales definidos por la IPS
7	Grupo multidisciplinario	Realizar evaluaciones semestrales a las familias de menos de un año y anuales a las de más de 1 año de permanencia en el programa para verificar el resultado de las intervenciones
8	Coordinador de Grupo multidisciplinario	Evaluar anualmente el desarrollo del programa mediante el cálculo de indicadores
9	Coordinador de Grupo multidisciplinario	Presentar informe trimestral de desempeño y gestión a la dirección del programa de salud familiar

Anexo L. Manual de procesos y procedimientos.

		<u>Código</u>
	<u>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</u>	
	<u>PROCESO: ATENCION EN LA RECUPERACION DE LA SALUD</u>	<u>Hoja</u> 1 DE 3
Revisión No.	Fecha Ultima Revisión:	
Responsable del Proceso:	Fecha Próxima Revisión: .	
<p><i>POLITICAS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La red de servicios de urgencias, hospitalización y cirugía deberá reportar en un horario establecido a la IPS de lunes a sábado las novedades que se hayan presentado el día inmediatamente anterior para actualizar los registros de los usuarios en la base de datos. Esta información será actualizada en las historias de los pacientes por el coordinador médico. • Los tramites que se requieran para autorizar las actividades de II y III nivel ante las aseguradoras serán realizadas por funcionarios de la IPS y no por los usuarios. • La asignación de cita debe corresponder a la disponibilidad de tiempo del profesional de la Salud • Los servicios deben ser prestados con oportunidad • La cita debe ser ejecutada en el tiempo que se le asigno y por el profesional correspondiente • <i>Atender al usuario en forma oportuna y eficiente</i> <p><i>PROPOSITO DEL PROCESO</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Garantizar una atención humana, calida y resolutiva</i> <p><i>ALCANCE</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Promocionar los servicios de salud con estándares de calidad óptimos • Buscar altos índices de satisfacción en clientes externos • Gestionar la venta de este servicio a las otras EPS <p><i>RESPONSABILIDADES</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los encargados de que el proceso se lleve a cabo eficientemente son los responsables de desarrollar el proceso y las áreas involucradas en él. En el área: Consulta externa, medicina general, especializada y Promoción y Prevención. 		

		<u>Código</u>
	<u>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</u>	
	<u>PROCESO: ATENCION EN LA RECUPERACION DE LA SALUD</u>	<u>Hoja</u> 2 DE 3
Elaborado Por:		<u>Fecha Elaboración:</u>
Revisión No. 1		<u>Fecha Ultima Revisión:</u>
<u>Responsable del Proceso:</u>		<u>Fecha Próxima Revisión:</u>
<p><i>DEFINICIONES</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oportunidad: Posibilidad de obtener los servicios que requiere sin retrasos que ponga en riesgo la vida</i> • <i>Eficiencia:</i> <p><i>FORMATOS Y DOCUMENTOS UTILIZADOS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso de asignación de citas. • Manuales y /o guías de manejo • Proceso de autorizaciones. • Formato de solicitudes de servicios • Formato de Historias Clínicas • Formato de asignación de cita • Resultados de medios de Diagnostico <p><i>SEGUIMIENTO Y EVALUACION</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La auditoria del proceso está a cargo de la SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA desde el punto de vista del análisis de la estructura y resultados obtenidos en la aplicación del Manual de Procedimientos de cada área, y auditoria externa contratada. <p><i>RECOMENDACIONES</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Este proceso esta sujeto a modificaciones que deben ser informadas a los responsables del proceso para ejecutar los respectivos análisis y cambio 		

		Código
	<u>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</u>	
	<u>PROCESO: ATENCION EN LA RECUPERACION DE LA SALUD</u>	
		Hoja 3 DE 3
Elaborado Por:		Fecha Elaboración:
Revisión No. 1		Fecha Ultima Revisión:
Responsable del Proceso:		Fecha Próxima Revisión: .

PROCEDIMIENTO

ACTIVIDAD No.	<u>PERSONA RESPONSABLE</u>	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES O TAREAS
1	Recepcionista	Asignación de cita, para medicina general, medicina especializada y paramédicas (Ver proceso correspondiente)
2	Recepcionista	Comprobación de derechos (Ver proceso correspondiente)
3	Profesional que aplique	Atención y autorización del servicio (Ver proceso correspondiente)
4	Profesional que aplique	Seguimiento y control (Ver proceso correspondiente)