

UNIVERSIDAD EAN
SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN – ESPECIALIZACIÓN

**ESTUDIO COMPARATIVO DEL ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR DESDE EL
PROCESO DE DISPENSARIZACIÓN COMO COMPLEMENTO DEL ANÁLISIS
SITUACIONAL [ASIS] DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN**

JOUSETP FORERO CORRAL
ELKIN GONZÁLEZ GONZÁLEZ
JULIO CESAR HURTADO MOSQUERA

Actualizador:
FABIOLA REY

POPAYÁN

2020

FACULTAD DE ADMINISTRACION, FINANZAS Y CIENCIAS ECONOMICAS

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| Resumen | 1 |
| Abstract | 2 |
| Introducción | 3 |
| Planteamiento del problema | 5 |
| Formulación de la pregunta | 6 |
| Justificación | 7 |
| Objetivos | 11 |
| Objetivo general | 11 |
| Objetivos específicos | 11 |
| Marco Teórico | 12 |
| Tipos de ASIS | 12 |
| Enfoque de derechos | 13 |
| Enfoque diferencial | 14 |
| Enfoque poblacional | 15 |
| Modelo conceptual de determinantes sociales de la salud | 16 |
| Enfoque Familiar en Salud | 17 |
| La dispensarización | 18 |
| Características o principios de la dispensarización | 20 |
| Categorías dispensariales | 21 |
| Antecedentes de la dispensarización | 22 |
| Marco Referencial | 25 |

| | |
|---|----|
| Historia de Popayán | 25 |
| Localización | 26 |
| Información poblacional | 26 |
| Accesibilidad geográfica | 27 |
| Metodología | 28 |
| Definición de variables | 29 |
| Definición conceptual | 29 |
| Contexto socioeconómico y cultural de vida familiar | 29 |
| Composición del hogar. | 30 |
| Procesos críticos de vida familiar | 30 |
| Las relaciones intrafamiliares | 31 |
| Afrontamiento familiar. | 31 |
| Apoyo social. | 32 |
| Definición operacional | 33 |
| Análisis de resultados | 34 |
| Conclusiones y Discusión | 36 |
| Bibliografía | 38 |
| Anexos | 42 |

ANEXOS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Variables del modelo de salud familiar propuesto..... | 42 |
| Tabla 2. Comparativo modelo propuesto Vs ASIS Popayán..... | 43 |
| | |
| Anexo 1. Instrumento de recolección de información propuesto | 44 |
| Anexo 2. Cronograma..... | 46 |
| Anexo 3. Presupuesto..... | 47 |

RESUMEN

La dispensarización ha sido utilizada como una herramienta de salud pública, originaria de la Antigua Unión Soviética, aplicada luego en Cuba con adecuados resultados y en otros países; destaca en esta herramienta la clasificación que hace del estado de salud para así dirigir las atenciones en salud de cada uno de los integrantes del grupo familiar y la importancia que se le da a la salud familiar, se presume por parte de los autores que la herramienta de dispensarización con su enfoque de salud familiar puede ser un buen complemento al ASIS de Popayán, por lo cual se plantea un estudio cualitativo, descriptivo, documental, en el cual se comparan el enfoque de salud familiar de la Dispensarización Vs el ASIS, encontrando debilidad en este enfoque por parte del ASIS, si bien el ASIS toma datos poblacionales, habitacionales y sanitarios, lo hace de manera genérica, dejando de lado la individualidad de cada núcleo familiar, se concluye que el enfoque de salud familiar de la herramienta de la dispensarización, si podría ser un buen complemento al ASIS Popayán, sin desconocer los aspectos positivos que este pueda tener.

Palabras claves: dispensarización, Salud familiar, ASIS Popayán, Análisis de Situación de la Salud.

ABSTRACT

Dispensarization has been used as a public health tool, originating in the former Soviet Union, then applied in Cuba with adequate results and in other countries. This tool highlights the classification of the state of health in order to direct health care of each of the members of the family group and the importance given to family health, it is presumed by the authors that the dispensing tool with its focus on family health can be a good complement to the ASIS of Popayan, for which proposes a qualitative, descriptive, documentary study, in which the family health approach of Dispensarization Vs the ASIS is compared, finding weakness in this approach by the ASIS, although the ASIS takes population, housing and health data , does it in a generic way, leaving aside the individuality of each family nucleus, it is concluded that the family health approach of the dispensarization, if it could be a good complement to ASIS Popayan, without ignoring the positive aspects that it may have.

Key words: dispensarization, family health, ASIS Popayan, Health Situation Analysis.

INTRODUCCIÓN

La dispensarización concebida inicialmente en la antigua Unión soviética, se diseñó como un plan progresista, cuya finalidad era fortalecer la salud, todo esto en aras de mantener la capacidad productiva de la población y así mantener la economía, lo llevaban a cabo instituciones ambulatorias llamadas dispensarios de donde se deriva su nombre (Batista, 2001, p.110), también se incluyen grupos poblacionales tales como embarazadas, deportistas, militares entre otros y personas que tenían algunos tipos de enfermedad de tipo crónico o incapacitante, posteriormente fue evolucionando y ampliando su concepto y cobertura hasta hacerlo de manera general tal como es aplicado en Cuba con éxito, incluye dentro de sus principios ser profiláctica, dinámica, continua, individualizado, integral, universal, atención en equipo, (Batista, 2001, p.112) de estos principios el que se utilizará como eje central del presente análisis será el de la integralidad, dado que este en su concepto relaciona al individuo con el entorno social y familiar, involucrándolos a estos como parte de la salud, introduciendo así el concepto de salud familiar.

De otra parte, desde 1999 la OPS define los análisis de situación en salud como procesos analíticos para explicar y medir el proceso de salud-enfermedad, para Colombia se determinaron tres capítulos: caracterización territorial y demográfica, efectos en la salud y sus determinantes, priorización de efectos en salud.

Se hizo una revisión por parte de los autores, del ASIS Popayán, encontrando que el manejo de datos poblacionales de salud se hace de manera genérica, pero sin describir dentro de la estrategia a la salud familiar per se, ni estrategias dirigidas al individuo como tal producto de dicho análisis, por lo cual se propone utilizar el enfoque de salud familiar contenido en la herramienta de la dispensarización como un complemento al ASIS Popayán, ya que esto no solo permitiría un mejor acercamiento a la comunidad en general, si no que permitirá un manejo centrado en el individuo y en la familia. Para ello se ha diseñado un estudio descriptivo, en el cual se busca comparar las características más relevantes de la propuesta de Salud familiar desde la herramienta de Dispensarización como un posible complemento al ASIS. Para determinar las características a evaluar se tomó en cuenta lo propuesto por Louro (2005) en su artículo Modelo de Salud del Grupo Familiar, en el cual se tienen en cuenta seis dimensiones a saber contexto socioeconómico y cultural, composición del hogar, procesos críticos de vida familiar, relaciones intrafamiliares,

afrontamiento familiar y apoyo social; de estas dimensiones se tomarán en cuenta diferentes aspectos y de allí se derivarán las variables propuestas para ser sujeto de comparación con lo propuesto en el ASIS Popayán. En nuestro análisis se evidenció la falencia de este enfoque desde el ASIS por lo cual se considera pertinente el uso de una herramienta de salud familiar y una aplicación como la propuesta en la dispensarización, como un complemento al ASIS Popayán.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Análisis de Situación de la Salud [ASIS], es la columna vertebral para la elaboración y construcción de los Planes de Desarrollo Territorial y los Planes Territoriales de Salud Pública para todos los Municipios y Departamentos de Colombia y está definido en la Resolución 1536 de 2015, art. 8. Para la Construcción de un ASIS, el Ministerio de Salud y Protección Social establece una Guía Conceptual y Metodológica con el modelo de determinantes en Salud, herramienta obligatoria indispensable para todas las entidades territoriales para conocer el estado de salud de su población.

Para el caso del Municipio de Popayán, se consolidó el documento ASIS Popayán 2018 y mediante el análisis comparativo de este documento, se busca obtener información suficiente que nos permita justificar la inclusión complementaria del proceso de Dispensarización con enfoque de salud familiar aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, que supla la carencia en el enfoque de un modelo de medicina familiar ya que se observa que los abordajes en la priorización de acciones de salud hacen énfasis en la salud individual, sin tener en cuenta la articulación con la salud familiar, de tal forma y siguiendo la línea planteada por Pria, Louro, Fariñas, Gómez y Segredo, (2006)

Se hace necesario considerar a la familia como unidad de análisis, y que permita el cálculo de indicadores familiares para identificar las familias sanas, las de riesgos específicos o aquellas con enfermedades y aquellas con integrantes en condición de discapacidad (p. 3)

FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo el Proceso de dispensarización con enfoque Familiar puede complementar el ASIS de la Ciudad de Popayán a través de un estudio descriptivo observacional donde se compare el Documento ASIS Popayán 2018 y el Modelo de Salud familiar?

JUSTIFICACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1999), define los Análisis de Situación en Salud [ASIS]:

Como procesos analítico-sintéticos que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad, sus determinantes y la identificación de necesidades y prioridades en salud; así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud. (p.1)

En línea con la definición de la OPS (1999), y de acuerdo con la guía metodológica del ASIS, para Colombia tiene una estructura de tres capítulos: 1. Caracterización territorial y demográfica, que contenga la localización del territorio, sus características físicas y accesibilidad geográfica; tamaño, estructura y dinámica de la población, así como la descripción de la movilidad forzada al interior del departamento y otras características específicas relevantes; 2. Efectos en la salud y sus determinantes, que incluye la descripción de la mortalidad, morbilidad, eventos de alto costo y precursores, Eventos de Notificación Obligatoria [ENO] y análisis con determinantes intermedios y estructurales; y 3. Priorización de efectos en salud, que contiene el reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes y la estimación del índice de necesidades en salud para la priorización de los municipios.

Se realizó una revisión del documento Análisis de la Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del Municipio de Popayán – Cauca, 2018. Con base en la Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales de 2013 (Minsalud, 2018); en la revisión del documento ASIS de Popayán, se observó que no se definió un objetivo explícito, sin embargo, en la lectura e introducción de dicho documento, se identifica este como un instrumento que permite la caracterización de la situación de salud en el Municipio de Popayán - Cauca, que admite el análisis de los determinantes sociales de la salud [DSS]; la priorización de efectos en salud; documento trazador en la toma de decisiones; el enfoque de diferencial de discapacidad; y la importancia de un trabajo articulado intersectorial.

Dentro del documento se verificó que el desarrollo del ASIS fue liderado por la secretaría de Salud Municipal de Popayán.

Se observó que se hizo uso de las fuentes oficiales sugeridas por el Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], archivos obtenidos de los diferentes talleres para la construcción de ASIS, estimaciones y proyecciones de la población de los censos de 1985, 1993 y 2005 e indicadores demográficos, bases de datos de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE]

Se evidencia una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, años de vida potencialmente perdidos [AVPP], tasas específicas de mortalidad por el método directo, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S. (Minsalud, 2018, p.54)

Para el análisis de morbilidad utilizaron la información de los Registros Individuales de Prestación de servicios [RIPS], las bases de datos de los eventos de alto costo y precursores de la cuenta de alto costo del Ministerio de Salud y Protección social, el sistema de Vigilancia de Salud Pública Del Instituto Nacional de Salud y demás información que contribuye al análisis de morbilidad del Municipio de Popayán.

El documento presenta tres capítulos: El primero contiene una caracterización de los contextos demográficos y territoriales, el segundo capítulo se encarga de mostrar el abordaje de los efectos de la salud y sus determinantes sociales de forma general y actualiza la situación de salud del municipio de Popayán con base en los datos de estadísticas vitales, de defunciones y nacimientos de 2015, los indicadores básicos en salud del 2012. Y un tercer capítulo que contiene el análisis correspondiente a la priorización de los efectos de la salud.

En conclusión, se evidencia la estructura definida por la metodología del Ministerio de Salud y de la Protección Social [MSPS], aunque el ASIS Popayán contiene gran cantidad de información e indicadores, se requiere una mayor capacidad analítica y argumentativa para que el documento sea más eficiente y efectivo como una herramienta para la toma de decisiones (Minsalud, 2018); teniendo en cuenta que actualmente nos encontramos viviendo las consecuencias de una sociedad moderna: una población envejecida, una pandemia de enfermedades crónicas, transmisibles y no transmisibles y un aumento significativo de trastornos depresivos. Sin embargo, a pesar de los avances para lograr

diagnósticos tempranos y tratamientos altamente efectivos, analizamos que nuestro sistema de salud colombiano aún es incapaz de poder contener el avance de enfermedades, especialmente las crónicas no transmisibles y transmisibles y sus complicaciones.

El abordaje actual de estas patologías en el enfoque de la Atención Primaria en Salud está centrado en la prevención de los factores de riesgo, que en su mayoría se relacionan con los hábitos de salud y son modificables por medidas preventivas específicas. Sin embargo, se aplica un enfoque de trabajo individual, centrado en lo curativo, lo que hace pensar en replantear nuevas estrategias de abordaje donde se resalte el valor de la familia y su rol en la salud de las personas.

Se plantea a la familia como el entorno más cercano de las personas y que en esta metodología ASIS, no ha sido estudiada en profundidad como posible agente responsable de la salud o enfermedad de sus integrantes, ni menos como unidad de abordaje terapéutico, con este trabajo de investigación se busca generar herramientas que permitan complementar y fortalecer el proceso de caracterización ASIS, con un enfoque familiar en la Atención Primaria en Salud, a través de la inclusión de un proceso de dispensarización, el cual como a describe Batista, Sanso, Feal, Lorenzo, y Corratagé (2001, pp. 111-112) incluye “las características sociodemográficas de las personas que atiende el equipo de salud, agrupadas por familias y en estrecha relación con el entorno que integran una comunidad”. Se propone la inclusión de la herramienta de dispensarización tomando como referencia las razones expuestas por García-Huidobro, (2010, p.1463)

La familia es la principal fuente de apoyo social de las personas. Quienes viven en familias donde hay un alto grado de apoyo familiar y tienen buenas relaciones, tienden a ser físicamente más saludables, se recuperan más rápidamente de las enfermedades y viven más tiempo

La familia es el ambiente central en el cual se desarrollan, mantienen y cambian los hábitos de salud.

Los familiares tienden a compartir los mismos hábitos de salud, incluyendo patrones de alimentación, de actividad física y uso de sustancias (tabaco, alcohol, drogas)

Los estilos de vida de un individuo se relacionan con los de su pareja y los hábitos de salud de padres influyen el tipo de conductas que los hijos adoptarán en

el futuro.

La salud de un integrante repercute en los otros miembros de la familia por vías distintas a los hábitos de salud. El tener depresión se correlaciona con un peor funcionamiento familiar.

Se considera que el ASIS, junto con la dispensarización, marca diferencia con los enfoques netamente bioclinicos, puesto que se desarrolla en la comunidad, quienes de manera activa participan de la estrategia identificando y proponiendo estrategias de manejo ajustadas al contexto familiar, comunitario o al individuo sobre los principales problemas de salud. (Itandehui, et al., 2009)

Desarrollar trabajo con familias pudiera tener un efecto sistémico en la salud de sus integrantes. Cada miembro, por ser persona independiente, pudiera tener distintas enfermedades en distintos estadios de evolución (factor de riesgo, enfermedad asintomática, enfermedad sintomática o en rehabilitación de una complicación), por lo que al intervenir en la familia con un proceso de dispensarización, se pudieran generar beneficios para múltiples condiciones de salud, en los distintos integrantes y en las diversas etapas de las enfermedades. Además, estas intervenciones pudieran tener un potencial impacto a corto, mediano y largo plazo, e incluso repercutir trasngeneracionalmente. Además, trabajar con las familias fomentando sus recursos internos no debiera tener un elevado costo, requerir de tecnología avanzada, ni tener grandes efectos adversos, lo que tendría el potencial de ser muy rentable económicamente y fácil de implementar.

OBJETIVOS

Objetivo general

Comparar el enfoque de Salud Familiar descrito en la herramienta de la Dispensarización contra el enfoque de Determinantes en Salud, propuesto en el ASIS Popayán mediante la elaboración de un cuadro comparativo, en búsqueda de herramientas que puedan ser usadas como complemento desde la dispensarización hacia el ASIS.

Objetivos específicos

Proponer una ficha con enfoque familiar para determinar el estado de salud de un grupo poblacional seleccionado, que permita la clasificación dispensarizada de la misma.

Identificar los elementos de la estrategia de dispensarización, comparando los criterios del ASIS, Vs el modelo propuesto para fortalecer el enfoque familiar en la caracterización de la población.

Proponer estrategias para una atención en salud con enfoque familiar de acuerdo con el resultado de la comparación que permitan un modelo de complementariedad entre el ASIS y las herramientas del modelo de dispensarización.

MARCO TEÓRICO

Realizar un análisis de salud de un territorio, prioritariamente debe identificar el peso que ejercen los determinantes sociales que generan brecha de desigualdad en la población, por lo que se hace necesario implementar y desarrollar la caracterización de la población como un punto de partida para proyectar un proceso de gestión de riesgo, a fin de conocer el estado actual de salud de determinada población, con el propósito de orientar estrategias de intervenciones acordes a las líneas de acción formuladas en el Plan Decenal de Salud Pública [PDSP 2012-2021] y a las exigencias normativas dadas por las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 en relación con los planes Nacionales de Salud Pública.

El Análisis de la situación de salud, tiene como propósito identificar las características socio psicológico, económico, histórico, geográfico, cultural y ambiental que inciden en la salud de una población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias y la comunidad, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución (Pria, Louro, Fariñas, Gómez y Segredo, 2006, p. 1)

La OPS (1999), define los ASIS como procesos analíticos - sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis que:

Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos, competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados, y la evaluación de su impacto en salud (párr.1)

Tipos de ASIS

De acuerdo con el Minsalud (2014), según su propósito y funcionalidad: los ASIS de tendencias que “tienen como propósito identificar y determinar las condiciones de cambios en los procesos de salud y enfermedad de una población, usualmente de mediano y largo plazo”(p.25), y los ASIS de coyuntura que “responden a un contexto y situaciones definidas

de corto plazo que permiten orientar cursos de acción, dependiendo de condiciones de viabilidad y factibilidad de la coyuntura política existente” (p.25)

Según la fuente de información se encuentran: los ASIS Institucionales que permiten conocer la caracterización de las comunidades por ciclos de vida a través de las informaciones adquiridas en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Las acciones e intervenciones basadas en este tipo de ASIS deben permitir modificar, de alguna forma, la realidad encontrada, así como contribuir en la operacionalización de las políticas de salud. Los ASIS Comunitarios que organizan y jerarquizan los problemas desde la perspectiva de los actores locales de la comunidad. Estos permiten conocer la situación de salud de la población y los determinantes que intervienen en su producción, pues utilizan información proveniente de las comunidades.

La importancia de este tipo de ASIS está en la mediación entre las necesidades de salud y su reconocimiento como problema por parte la comunidad. Finalmente, los ASIS Integrales consideran los dos tipos mencionados anteriormente, se busca que haya un “encuentro de saberes” con el fin de establecer un diálogo analítico entre la información disponible en las instituciones de salud y la participación de los actores claves de la comunidad con base en la información que ellos poseen. El ASIS integral permite el abordaje de un problema de salud a partir de todos los determinantes que intervienen en su producción, sean o no competencia del sector salud, así como los puntos de vista que tienen los actores sociales que observan el problema (Minsalud, 2014, p.25).

En Colombia, de acuerdo con la Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales Colombia (Minsalud, 2014), se evidencia la orientación en la realización de un ASIS de tendencias y según el PDSP (Minsalud, 2013), el abordaje de la salud se hace mediante múltiples enfoques y un modelo conceptual: el enfoque de derechos, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional, y el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud. Enfoques estos que son considerados dentro de los ASIS (Minsalud, 2014, p.27).

Enfoque de derechos

En el marco de los Derechos Humanos, el derecho a la salud se reconoce como inherente

a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal que obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de los contextos sociales e históricos. El derecho a la salud alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, sexual o situación económica o social y se pretende alcanzar el nivel de salud que permita la vida digna y sana (Minsalud, 2014, p.26).

Enfoque diferencial

Se fundamenta en el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Este enfoque tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos”, inmersos en dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y etnia particulares. Tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes como es el caso de la discapacidad y situaciones sociales como el desplazamiento (Minsalud, 2014, p.27).

El enfoque diferencial comprende los subdiferenciales de ciclo de vida, orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad, y particulares situaciones generadoras de inequidades sociales (desplazamiento forzado, trabajo sexual, región a la que se pertenece o donde se habita, entre otras (Minsalud, 2014, p.27).

Subdiferencial Enfoque de ciclo de vida.

Permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en periodos vitales anteriores (Minsalud, 2014, p.27).

Subdiferencial Enfoque de género.

Es el que considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. El género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos, y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él. (Minsalud, 2014, p.28).

Subdiferencial Enfoque étnico.

Que permite identificar grupos con identidades diferenciadas, en torno a elementos seleccionados o “marcas étnicas” que tienen un contenido simbólico, tales como mitos, ancestros u orígenes comunes, religión, territorio, memorias de un pasado colectivo, vestimenta, lenguaje, o inclusive, rasgos físicos como el color de la piel, tipo de pelo o forma de los ojos. Estas características culturales y sociales propias generan diferenciales en las condiciones de vida, y el acceso a recursos de atención; asimismo, hay conductas, creencias, estereotipos y prejuicios que tienen como base la discriminación, el racismo, la segregación y el aislamiento de grupos o minorías étnicas, ligadas a la etnicidad (Minsalud, 2014, p.28).

Enfoque poblacional

Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, a fin de responder a los problemas que de allí se derivan; así mismo, orienta la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo hacia el aprovechamiento de las ventajas del espacio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio. Este enfoque aborda los procesos de planeación territorial (nación, departamento, municipio), desde una perspectiva integral, al analizar sistemáticamente la dinámica poblacional e incorporarla en la toma de decisiones estratégicas y en la formulación de política pública (Minsalud, 2014, p.29).

Modelo conceptual de determinantes sociales de la salud

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad, mortalidad, e igualmente las causas principales de las inequidades en salud que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen incluyendo el efecto del sistema de salud (Minsalud, 2014, p.29).

Estas condiciones sociales influyen sobre la probabilidad que las personas tienen de estar sanas: la pobreza, la inseguridad alimentaria, la deserción escolar, las condiciones de las viviendas, el acceso a servicios y la escasa calificación laboral, constituyen factores de buena parte de las desigualdades en los efectos de salud, y son consecuencia de la forma como se distribuye el poder, el dinero y los recursos en todas las escalas territoriales (Minsalud, 2014, p.29).

A estas condiciones se les ha llamado Determinantes Sociales de la Salud (DSS), haciendo referencia a los aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que influyen los efectos de salud. A través del tiempo se han desarrollado varios modelos y marcos conceptuales para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan la salud y así identificar posibilidades de intervención. En general todos ellos se fundamentan sobre las mismas bases (Minsalud, 2014, p.29).

El modelo conceptual adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social es el que postula la Organización Mundial de la Salud, que parte de la premisa de que las condiciones sociales influyen de forma decisiva en la salud, por lo que es necesario actuar en todos los sectores para promover el bienestar (Minsalud, 2014, p.29).

En Nuestro País el proceso implementado para la elaboración de los ASIS de las entidades de salud departamentales, distritales y municipales es un insumo básico para que las EAPB fortalezcan su proceso de caracterización de las personas afiliadas, a través del análisis al interior de cada institución, permitiendo conocer el comportamiento de los daños a la salud para priorizar y planear la gestión del riesgo de su población.

El proceso de dispensarización constituye el centro de la labor a desarrollar como herramienta para fortalecer la operatividad de los ASIS y a partir de él orientar el despliegue de estrategias de atención ambulatoria de los grupos familiares.

Enfoque Familiar en Salud

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

La Medicina Familiar es la especialidad que brinda atención médica continua e integral para el individuo y la familia. Es la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento. El ámbito de la Medicina Familiar abarca a todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas y órganos y cada entidad de la enfermedad (Abril. R, Cuba. M, 2013, p. 32)

La medicina familiar es la continuación y actualización del histórico médico de cabecera y se define únicamente en el contexto familiar. Como implica su definición, incluye el manejo del paciente en la salud y en la enfermedad, una relación especial con el enfermo y con la familia y un enfoque integral del cuidado de la salud.

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

Un modelo de salud familiar debe operar a tres niveles diferentes: el individuo, la familia y la comunidad. Esta práctica se debe ejercer a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, actividades curativas y de rehabilitación ejecutadas con una visión integral. (World Health Organization 2008, p. 36)

La ley 100 de 1993 que rige al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, contempla en los Artículos 153 y 162 en lo referente a la protección integral, la atención integral en salud a la población en las fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, dicha ley considera a la familia como “Unidad Fundamental de atención, en la

medida en que a través de ésta, se logra el desarrollo e implementación de estrategias de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, de una manera simultánea, dinámica y eficiente”. Si se reconoce el papel de la familia como unidad funcional de una sociedad, cualquier evento que afecta a un miembro del grupo familiar (enfermedad, adicción, embarazo no deseado, crisis de la adolescencia, etc.) repercute directa o indirectamente en toda su familia y colateralmente a la sociedad. Por otro lado, las inequidades o necesidades insatisfechas que vive la sociedad (carencia de servicios, de educación, inseguridad, violencia, etc.) afecta una familia y por ende a todos y a cada uno de sus miembros.

Cada familia tiene su particularidad, producto de su árbol genealógico. El enfoque de familia como unidad y la orientación hacia la misma, identifica riesgos, susceptibles de ser manejados de forma anticipatoria y moviliza recursos para la resolución de situaciones problema para la familia.

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

Las nuevas políticas de salud hacen posible que todos los miembros de las familias tengan acceso a los Servicios de Salud.

Esta situación obliga a la implementación de un modelo de atención con enfoque familiar. Para ello es necesario cambiar el chip de la cultura de atención en salud, sensibilizar, humanizar y capacitar al talento humano en salud, adecuar el sistema de información de manera que permita extender la atención desde el individuo a la familia, reorganizar las acciones de promoción y prevención a grupos familiares y comunitarios seleccionados por riesgos, problemas y/o ciclo vital.

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

La dispensarización

Es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en

una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello (Batista, Sanso, Feal, Lorenzo, y Corratagé, 2001, p. 111).

Es un registro, aplica una evaluación, realiza intervenciones y supone un seguimiento de los individuos dispensarizados:

Registro, porque se recogen en un censo las características sociodemográficas de las personas agrupadas por familias y en estrecha relación con el entorno que integran una comunidad.

Evaluación, porque contempla un examen integral de cada persona independientemente de su estado de salud y aborda al individuo biológica, psicológica y socialmente, lo que posibilita clasificarlo en diferentes categorías dispensariales

Intervención, porque este proceso prevé la orientación de medidas al individuo para promover salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar, cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad. A su vez contempla la aplicación de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas

Seguimiento, porque se trata de un proceso continuo, donde se producen ajustes sistemáticos de la atención y las intervenciones, en dependencia de las variaciones en el estado de salud/enfermedad individual y la respuesta a las medidas previamente aplicadas. (Batista et al, 2001, pp. 111-112)

En este proceso se identifican los riesgos y daños a la salud de cada persona, mediante procedimientos básicos de observación, exploración física e instrumental, interpretación y análisis de los resultados. Al mismo tiempo favorece la planificación de las acciones y los recursos para la atención a las necesidades del individuo, e influye en su educación, capacidad de autoevaluación y cuidado de su estado de salud o enfermedad.

Para considerar que una persona está dispensarizada se deben haber cumplido los requisitos siguientes:

Tener reflejados en la historia de salud familiar e individual, sus datos sociodemográficos y los inherentes a su estado de salud.

Que se le haya practicado una evaluación integral por el Equipo Básico de Salud

[EBS] y como consecuencia esté clasificado atendiendo a los grupos de dispensarización establecidos.

En el último año el seguimiento se realizó con la periodicidad que se requiere, de acuerdo con sus características individuales. (Batista et al, 2001, p. 112)

Características o principios de la dispensarización

La dispensarización como proceso está sustentada sobre la base de los principios siguientes:

1. **Profiláctico:** Constituye un principio cardinal, porque favorece la planificación de acciones de promoción de salud, de prevención primaria, secundaria o terciaria.

2. **Dinámico:** Rasgo esencial que está determinado por la permanente susceptibilidad de cambio de enfoque de atención a los sujetos dispensarizados de acuerdo con la variabilidad en su estado de salud y la necesidad de ajustes en las medidas terapéuticas y de atención general

3. **Continuo:** Por la necesidad de su aplicación de forma ininterrumpida desde que se evalúa y registra al individuo.

4. **Individualizado:** Porque se establece una estrategia de atención en cada individuo según sus características personales y el problema de salud, riesgo o daño que presente. La frecuencia de evaluaciones puede variar de una persona a otra e incluso dentro de un mismo sujeto, en dependencia del tipo de problema que se presente y su evolución en el tiempo.

5. **Integral:** Es también un principio básico que implica el abordaje del individuo atendiendo a sus características biológicas, psicológicas y sociales, su interacción con la familia, otros individuos y su comunidad, así como en su medio laboral o escolar.

6. **Universal:** Por el alcance global que implica abarcar la totalidad de la población atendida por el Equipo Básico de Salud (EBS), desde los recién nacidos hasta los ancianos, sin descuidar su relación con el entorno.

7. **Atención en equipo:** Se refiere a la atención que brinda el EBS: Médico y Enfermera de Familia, en estrecha relación con los especialistas del Grupo Básico

de Trabajo (GBT) y los del nivel secundario y terciario.

Como se puede percibir, aunque el enfoque de atención en la dispensarización parte del individuo, se extiende a la familia y alcanza a toda la comunidad, para identificar allí los factores que puedan atentar contra las personas individualmente o en grupos de ellos, atendiendo a sus hábitos y su desempeño en la sociedad (Batista, 2001, p.112).

Categorías dispensariales

El proceso de evaluación de cada individuo determinará su clasificación en 4 categorías dispensariales que indican, en sentido general, el estado de su salud; así como la conducta que debe seguirse en su atención. No debe olvidarse, sin embargo, que la atención a cada paciente debe ser integral independientemente del grupo dispensarial en el que se ha incluido. De esta forma cada persona debe ser categorizada en algunos de los grupos siguientes:

Grupo I. Aparentemente sano: Personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio.

Grupo II. Con riesgo: Personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo. En este caso se refiere a hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o drogas de abuso, los riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.

Grupo III. Enfermo: Esta categoría incluye a todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida. En este grupo se incluye cualquier entidad nosológica de evolución crónica, infecciosa o no. Entre las enfermedades de mayor importancia sobresalen las enfermedades no transmisibles

de larga evolución como la HTA, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la epilepsia, las nefropatías crónicas y muchas otras.

Grupo IV. Con deficiencia, incapacidad o secuela: Se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas (Batista, 2001, p.113).

Antecedentes de la dispensarización

La dispensarización fue concebida originalmente en la antigua Unión Soviética como un método progresista que comprendía un conjunto de medidas asistenciales y de salud para proteger y fortalecer la salud y la capacidad de trabajo de la población. Era un procedimiento llevado a cabo por las instituciones ambulatorias (policlínicas) o dispensarios, de donde se derivó su denominación (Batista, 2001, p.110).

En este modelo de atención se concebía brindar la atención dispensarizada mediante la realización de exámenes integrales a diferentes grupos poblacionales, entre los que estaban incluidos los niños, las embarazadas, los jóvenes en edad del servicio militar, los deportistas, los trabajadores vinculados a determinadas profesiones u oficios de riesgo, los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, entre otros. Además, incluían en el control a los pacientes enfermos portadores de determinadas afecciones crónicas (cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, gastrointestinales, etc.) que requerían una atención sistemática (Batista, 2001, p.111).

Según las normas del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) en la URSS, las medidas para "sanear" a los enfermos dispensarizados consistían en métodos de fisioterapia, educación física, alimentación dietética y tratamientos en sanatorios y balnearios. Otro rasgo relevante es el hecho de que se programaban un grupo de consultas y acciones dirigidas a brindar una atención integral a cada individuo con un enfoque preventivo y de rehabilitación.

El método estaba concebido como un sistema o plan anual de consultas, medidas diagnósticas y de saneamiento desarrollado por los diferentes médicos que brindan atención

en la comunidad. Así, por ejemplo, un clínico atendía como promedio entre 150-170 enfermos, mientras que un gineco obstetra o un cirujano atiende entre 100 y 120. A un enfermo bajo control dispensarizado le corresponden como promedio de 3 a 4 visitas al año, incluyendo 2 visitas al médico como mínimo. En 1980, el número total de personas dispensarización en la antigua URSS, presentaba variaciones importantes de una república a otra, y podía fluctuar desde 49,8 1000 habitantes en la de menor cobertura, hasta 168,9 1000 habitantes en la república que exhibía el mejor índice (Batista, 2001, p.111).

Como puede apreciarse en su concepción original, la dispensarización no estaba dirigida a toda la población, sino a personas enfermas o pertenecientes a grupos vulnerables o de riesgo. Incluso el tiempo de seguimiento a las personas enfermas, podía variar desde 1 año hasta toda la vida, en dependencia del tipo de enfermedad; para ello se apoyaban en una norma donde se establecen los plazos de la observación y los factores que determinaban el alta del dispensario.

Atendiendo a los planteamientos conceptuales del ASIS, este se considera un elemento básico para la planificación estratégica a nivel de las entidades territoriales, en tanto este permite identificar las causas y consecuencias de las diferencias de los problemas de salud - enfermedad en la población, incluyendo la perspectiva de los diferentes actores sociales, que contribuye a establecer prioridades y a identificar mediante su plan de acción las potencialidades de la intervención intersectorial. En consecuencia, sobreviene un instrumento científico metodológico aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios. Bajo esta concepción, se hace aún más evidente que se tenga en cuenta al grupo familiar en el ASIS, cuando alude también al resultado de un programa de atención integral a la familia, el cual debería orientarse además a la atención de sus integrantes. Basado en los especiales vínculos entre de los integrantes de la familia y de sus potentes resortes motivacionales, se convoca a que la familia sea partícipe del ASIS con una concepción de implicación en el fomento de su salud y en la prevención de las consecuencias de los comportamientos de riesgo y las crisis familiares.

La elaboración del ASIS con su correspondiente componente de participación comunitaria constituye una excelente oportunidad para la comunicación familia - IPS - EAPB en un marco de desarrollo educativo, ético y profesional que tributa a la promoción y recuperación de la salud.

La valoración de la salud familiar en el ASIS es fundamental, toda vez que en la familia se produce la salud y la enfermedad a escala micro social, interacciones humanas cotidianas a pequeña escala, en ella se sintetizan las políticas públicas, los logros y las debilidades de los programas y servicios de salud y de ella misma para asumir los comportamientos saludables.

La situación de salud familiar vista como una configuración resultante de las condiciones del contexto socioeconómico y cultural, de la composición del hogar, de los procesos críticos que vive la familia, la calidad de las relaciones intrafamiliares, el estilo de afrontamiento y el apoyo social que incluye el apoyo de los servicios de salud, merece ser contemplada en el ASIS. La presencia e intensidad de características de riesgo a la salud familiar, unido a la capacidad de respuesta de la familia, la coloca en condición de vulnerabilidad psicosocial, lo que indica las necesidades de atención médica, psicológica y social.

El enfoque familiar en salud significa la consideración de la familia en las políticas, en las normativas, en los planes y programas, en la organización de los servicios de salud y en el desempeño de las funciones asistenciales, comunitarias, docentes e investigativas de los profesionales de la salud. Presupone una visión holística de la concepción social de la salud en un grupo complejo, que es la familia (Louro-Bernal, 2011, p. 151).

MARCO REFERENCIAL

Historia de Popayán

Sebastián de Belalcázar durante su recorrido hacia el norte de Colombia en busca del mítico tesoro de El Dorado, fundó a Popayán el 13 de enero de 1537.

El 15 de agosto de 1537 con la conquista total de Popayán, fue la ceremonia de fundación de “la nueva villa” conservando su nombre indígena “Popayán”. La ceremonia incluyó una primera misa cantada en un humilde templo que levantado como catedral sobre el costado sur de la futura plaza, en esta época también se instaló el primer Cabildo.

Durante este periodo hasta 1940 personas cercanas a Belalcázar fueron los encargados de gobernar a Popayán y de señalar los solares donde debían construir sus primeras casas los españoles que hasta entonces habitaban las chozas de los pubenenses.

En 1540 Sebastián de Belalcázar fue nombrado Primer Gobernador de Popayán y desde ese momento se instauró el sistema político español en cada ciudad que incluía Regidores del Cabildo, Alcaldes y Alguaciles y una participación permanente de la Iglesia a través de un clérigo o cura párroco. Belalcázar también se preocupó por dejar una huella duradera en los territorios conquistados, para lo cual trajo de España semillas de cebada, trigo, caña de azúcar, así como numerosos animales domésticos, especialmente ganado vacuno, caballar y porcino, herramientas y muchos elementos más.

Después de 1550 se inició por Buenaventura la sistemática entrada de ganado vacuno y caballar, lo que contribuyó a que se formaran las haciendas de ganado en Popayán y alrededores. Prosiguió la conquista con el sometimiento de más comunidades indígenas, pero al mismo tiempo se estableció el sistema político que se tradujo en la instauración de una sociedad colonial basada en la explotación del oro, cuya posesión trajo consigo un enorme poder económico y político para las familias allí establecidas.

El auge minero y comercial, así como la posterior llegada de familias españolas de linaje hicieron de Popayán una ciudad muy importante en el Virreinato de la Nueva Granada. En la ciudad residían los dueños de las minas de oro de Barbacoas y el Chocó, quienes con sus riquezas crearon haciendas, construyeron grandes casonas y dotaron a la ciudad de enormes

templos con imágenes traídas de España

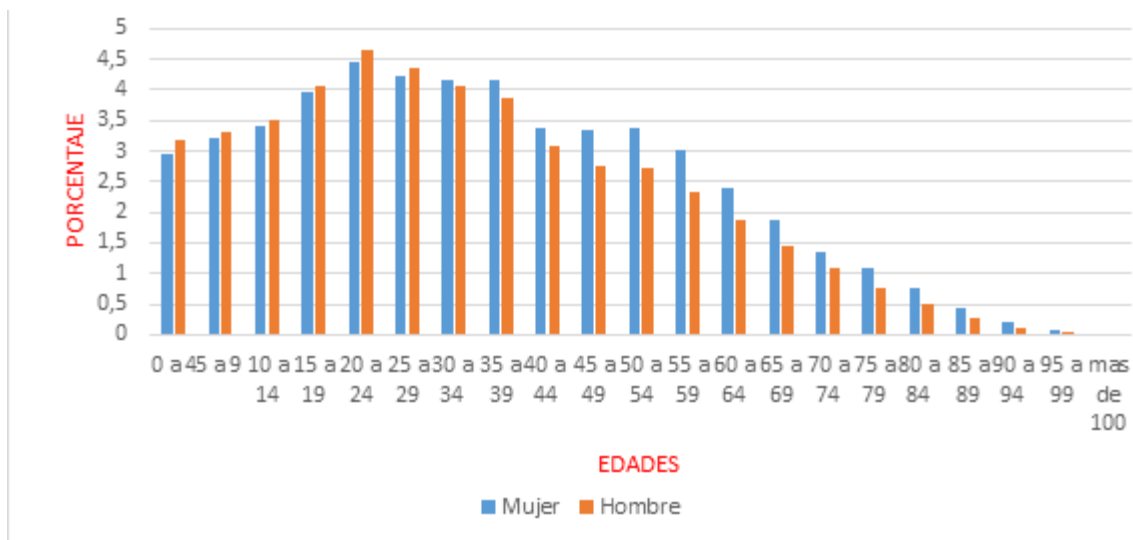
Localización

El territorio del Municipio de Popayán, creado en 1537, con una extensión de 54,021 Km2 con Altitud sobre el nivel del mar de 1737 metros y Temperatura promedio: 19°C, se halla situado al sur occidente de la República de Colombia, limitando al Norte con los municipios de Cajibío y Totoró; por el Sur con Sotará y Puracé; por el Oriente con Totoró, Puracé y el Departamento de Huila y por el Occidente con El Tambo y Timbío.

Información poblacional

El municipio de Popayán, según datos tomados de la página web del DANE (2020), cuenta con una población de 277.270 de personas efectivamente censadas en último reporte del 12 de noviembre del 2019. Con una distribución por sexo de 48,1% hombres y 51,9% mujeres, y por edades y sexo de la siguiente manera:

Imagen 1. Distribución poblacional por edad y sexo de Popayán.



Fuente: DANE 2020

De acuerdo con los datos tomados del ASIS Popayán (2018) se puede concluir que la mayor parte de la población es urbana (89,3%); aunque es habitual que reciba población transitoria de los municipios y poblados aledaños en los cuales predomina el área rural.

Popayán posee varios factores de riesgo, entre ellos el riesgo de inundaciones al estar rodeado y atravesado por importantes ríos, entre ellos el río molino que pasa por la parte posterior de una de las importantes clínicas de la ciudad y el río Cauca el cual también pasa cerca a otra de las clínicas de la ciudad. También se encuentra el riesgo por deslizamientos y por accesibilidad geográfica,

Respecto del comportamiento poblacional se observa predominio de población adulto mayor, pirámide de tipo regresivo.

Accesibilidad geográfica

El municipio de Popayán para su comunicación cuenta con las siguientes vías aéreas, terrestres: el Aeropuerto Guillermo León Valencia (antiguamente Machángara) opera en la ciudad de Popayán con vuelos diarios desde y hacia Bogotá y Costa Pacífica (Guapi).

La carretera Panamericana cruza por en medio de la ciudad de norte a sur, convirtiéndola en la Avenida de más alto flujo de la ciudad la cual comunica al municipio con todos los departamentos.

La ciudad está dotada de una terminal de transporte terrestre desde donde se pueden tomar buses hacia casi todos los municipios del Departamento y del País. Existe una buena carretera hacia las poblaciones turísticas de Silvia y Santander de Quilichao.

La ciudad cuenta con una malla vial en parte deteriorada la cual en el momento se encuentra en reconstrucción en su estructura de los pavimentos que en su mayor parte son tipo flexible (asfalto).

METODOLOGÍA

Para responder a la pregunta de investigación se ha diseñado un estudio de tipo cualitativo, descriptivo, retrospectivo y documental, en el cual se realizará una comparación entre el enfoque de salud familiar propuesto en el ASIS Popayán y el enfoque de salud familiar que se describe en la herramienta de la dispensarización, para ello se realizará una tabla en Excel donde se enumeran los aspectos más relevantes contenidos en la enfoque de salud familiar en la herramienta de dispensarización y se buscará su presencia o no, o su equivalencia en el modelo del ASIS Popayán, de acuerdo a ello se realizará un posterior análisis que sustente la hipótesis planteada en que el modelo de dispensarización con su enfoque de salud familiar puede complementar el modelo de salud familiar propuesto en el ASIS.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Se tendrán en cuenta las seis dimensiones de la salud familiar propuestas por Louro (2005) y de cada una de ellas se determinarán las variables a utilizar, que para nuestro estudio serán los puntos a comparar contra lo planteado en el ASIS.

Las seis dimensiones a saber son:

Contexto socioeconómico y cultural de vida familiar.

Composición del hogar.

Procesos críticos de vida familiar.

Las relaciones intrafamiliares.

Afrontamiento de problemas.

Apoyo social.

Definición conceptual

A continuación se describirán cada eje y las variables que en cada uno se encuentran contenidas.

Contexto socioeconómico y cultural de vida familiar

Se concibe en esta dimensión aquellos aspectos pertenecientes al mundo económico-social y cultural en el cual se desarrolla la vida cotidiana de la familia (Louro, 2005, p. 334), esté a su vez incluye:

Condiciones materiales de vida: conjunto de bienes y recursos que constituyen premisas básicas para el desarrollo de las funciones materiales

Bienes: Conjunto de propiedades o riquezas que pertenecen a una persona o grupo. Estos pueden ser inmuebles o muebles

Recursos económicos: Aquellos medios materiales o inmateriales que ofrecen la posibilidad de satisfacer algunas necesidades del entorno personal o familiar, en general se reducirá al dinero o la fuente del mismo de que se dispone.

Inserción socio laboral: se entenderá por ésta la actividad laboral formal o no formal, o aquellas actividades por las que devengue dinero que forme parte del recurso económico

Creencias religiosas: idea de tipo religioso que profesa una persona o núcleo familiar

Valores de familia: conjunto de creencia, principios, costumbres, relaciones respetuosas y demostraciones de afecto que se transmiten por medio de las generaciones.

Composición del hogar.

Se refiere a la estructura del núcleo familiar que comparte un hogar. El hogar es la unidad residencial que reúne al grupo familiar de convivencia habitual, Incluye los no consanguíneo que convivan y excluye: consanguíneos, no convivientes en el hogar. (Louro, 2005, p. 334)

Cantidad de convivientes: número de personas que conviven en un mismo hogar

Parentesco entre los convivientes: lazo establecido a raíz de la consanguinidad, adopción, matrimonio, afinidad u otro vínculo estable basado en el afecto genuino. Pueden ser por factores biológicos o no.

Parentesco de los convivientes con el jefe del hogar: una vez definido quien es el jefe de hogar se establece el grado de parentesco de cada uno de ellos con el jefe o cabeza de hogar.

Procesos críticos de vida familiar

Todas aquellas situaciones de diferente naturaleza a las que se verá enfrentado el grupo familiar y que podrían afectar la estabilidad en el funcionamiento o dinámicas familiares, estos pueden ser de tipo normativos o paranormativos y se hará mención aparte a los sucesos concernientes a la salud (Louro, 2005, p.334)

Acontecimientos normativos: son aquellos eventos que guardan relación con la edad cronológica, pueden ser de tipo biológico, como la primer menstruación, la dentición, o de tipo ambiental/social como la escolarización, la jubilación.

Acontecimientos paranormativos: aquellos cambios o transformaciones que experimenta la familia en cualquiera de sus etapas de desarrollo, que no están relacionadas con los períodos del ciclo vital, sino con hechos situacionales o accidentales; por ejemplo, divorcio, separación, abandono, muerte.

Acontecimientos de salud: se refiere a cualquier situación que afecte la salud, entendida esta como el concepto que da la Organización Mundial de la Salud.

Las relaciones intrafamiliares

Funcionamiento familiar: se le llama así a todo el conjunto de relaciones interpersonales e intrafamiliares

Afrontamiento familiar.

Louro (2005) lo define como:

La capacidad que tiene la familia de movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, también se expresa en el modo en que la familia cumple las tareas relativas al tránsito por las etapas del ciclo vital, pueden ser constructivas o ser de tipo barrera. (p. 335)

Cambios de comportamiento: se refiere a los cambios que puede asumir un integrante del grupo familiar o el grupo familiar completo respecto a su manera de proceder o de actuar habitualmente y que impactará de manera positiva

Cambio de hábito: un hábito es una conducta que se repite o ejecuta de manera repetida,

por tanto, para esta variable se entenderá como cambio de hábito a las modificaciones que se hagan de ellos y que impacte de manera positivo, por ejemplo: cesar el hábito del tabaquismo.

Ajuste de roles: se refiere a los cambios de función que desempeña uno o varios de los integrantes del grupo familiar, esto puede impactar de manera positiva/constructiva o negativa/barrera

Flexibilización de normas: se refiere a la disminución en la rigidez de las reglas de comportamiento previamente establecidas en el hogar.

Solicitud de apoyo comunitario o profesional: se refiere a la decisión o no de acudir a algún tipo de apoyo terapéutico en caso de ser requerido.

Apoyo social.

Diferentes definiciones se han establecido al respecto, en términos generales se refiere a los recursos externos con los que se pueden contar para satisfacer una necesidad una vez que los propios recursos se han visto sobrepasados.

las interrelaciones que se dan entre las personas, con conductas que también se relacionan entre sí como el demostrar cariño e interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente, cuidar de alguien, dar afecto, sentirse amado, dar consejo, aceptarse, satisfacerse, informarse, entre algunas. (Aranda & Pando, 2013, p. 240)

Este apoyo social se puede dividir a grandes rasgos en apoyo instrumental, material o tangible y el apoyo psicológico definidas por Alonso, Menéndez, González (2013)

Apoyo instrumental, material o tangible: es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita

Apoyo psicológico: se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas, incluye también las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano. (p.119)

Definición operacional

Cada una de las variables anteriormente descritas, será confrontada a manera de comparación con su equivalencia, si está presente en el ASIS Popayán, para evaluar la manera en que lo aborda, también se podría dar la situación en que la variable a evaluar no se encuentre relacionada o descrita en el ASIS Popayán en cuyo caso solo se describirá el hallazgo.

ANALISIS DE RESULTADOS

Se realizó un documento en Excel Tabla 1. Variables del modelo de salud familiar propuesto, en la cual se toma como punto de referencia las dimensiones del modelo de salud familiar planteadas por Louro (2005), de allí se toman las variables definidas en cada dimensión y posteriormente se enfrentaron con los hallazgos en el ASIS Popayán. Tabla 2. Comparativo modelo propuesto Vs ASIS Popayán

En la dimensión del contexto socioeconómico y cultural de vida familiar es donde se encontró mayor similitud entre el modelo de salud familiar propuesto desde la Dispensarización y el ASIS Popayán, en este punto se tienen en cuenta las Condiciones materiales de vida y estos a su vez se incluyen los bienes y recursos económicos, la equivalencia encontrada en el ASIS Popayán se encuentra en el apartado en que se refiere a los tipos de vivienda y la cobertura de servicios públicos. Dentro de esta misma dimensión en el modelo propuesto se evalúa la inserción socio laboral, creencias religiosas y valores de familia, de esta parte se encuentra en el ASIS Popayán información estadística, es decir de manera genérica, y se hace mención a la pirámide poblacional y la pertenencia étnica, algo que no está contemplado en el modelo propuesto.

En cuanto a la dimensión de la composición del hogar, el modelo de salud familiar propuesto tiene en cuenta la cantidad de convivientes, el parentesco entre los convivientes y la relación de cada conviviente con el jefe de hogar, éste aspecto no se evidencia claramente en el ASIS Popayán, en su lugar menciona el número de hogares, como se describió al inicio de este documento es una descripción genérica más no una individualización de cada hogar.

En cuanto a las dimensiones que tienen que ver con los procesos críticos de vida familiar en el modelo de salud familiar propuesto se interroga acerca de las repercusiones en el grupo familiar de los hechos que afecten la estabilidad y el funcionamiento familiar, incluidos aquí los acontecimientos normativos y los paranormativos, así como también los acontecimientos de salud de moderada a severa a gravedad, en el ASIS Popayán, en su lugar se menciona de manera estadística las tasas de mortalidad causas de mortalidad y de morbilidad entendiendo por este punto el acercamiento a los acontecimientos de salud del modelo propuesto, lo que es claro es que no interroga acerca de la repercusión de estos hechos sobre el núcleo familiar. En cuanto al funcionamiento familiar el ASIS Popayán se

limita solamente a mencionar la tasa de violencia intrafamiliar sin entrar en el funcionamiento de cada grupo familiar, cosa que se evidencia en el modelo propuesto, donde se hace una clasificación del tipo de funcionamiento familiar, el cual no solo se limita a los hogares disfuncionales o que deriven en violencia intrafamiliar.

En la dimensión del afrontamiento, así como en la dimensión de procesos críticos de la vida se evidencia una falta de abordaje por parte del ASIS Popayán.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

De acuerdo a los hallazgos se considera por parte de los autores que se hace indispensable y necesario hacer cambios o ajustes en la elaboración del Análisis Situacional del Municipio de Popayán con la inclusión del proceso de Dispensarización y el impacto del modelo de atención en salud debido a la deficiencia que tiene este, para lograr los objetivos en salud de los individuos y poder empoderarlos de la cultura del autocuidado y del proceso enfermedad – salud, se requiere no solo detectar una deficiencia biológica sino tener en cuenta su entorno más cercano que es la familia donde intervienen factores socioeconómicos, socio psicológicos, del funcionamiento familiar, de la etapa del ciclo evolutivo, de la estructura y de la propia salud individual, lo cual permitiría reconocer más a fondo las principales causas de morbilidad de la población de Popayán y el comportamiento de las enfermedades a través de los diferentes contextos de la salud familiar, lo cual le daría más elementos y herramientas a la Estrategia de Atención Primaria en Salud y la salud familiar como primer respondiente de contacto de los individuos, la familia y la comunidad

La dispensarización constituye un proceso de alto valor y pilar fundamental del enfoque de salud familiar, al clasificar a los individuos en diferentes grupos dispensariales, para la implementación de la estrategia de atención primaria en salud y para la priorización de acciones en salud pública con una visión más global; ya que su dinámica organizada en la recolección de información y la evaluación generaría los insumos complementarios del ASIS sin dejar de cumplir los lineamientos dados en la guía técnica del Ministerio de Salud y Protección Social.

En síntesis, la dispensarización se basa esencialmente en el desarrollo de un enfoque de riesgo, no existe una norma establecida para aplicarla, dependería esta de la operativización del modelo de salud familiar y la capacidad y organización de un Equipo Básico de Salud para su implementación

En los resultados de nuestro estudio comparativo resulta relevante evidenciar que la mayoría de las variables analizadas en el documento ASIS Popayán, carecen de recolección de datos especialmente in situ, ya que se basan en proyecciones y estimaciones de datos estadísticos desactualizados

En conclusión, es viable que el proceso de dispensarización sea un complemento del

documento ASIS para el municipio de Popayán. Como producto del presente trabajo se incluye una encuesta que recopila los datos necesarios para hacer un abordaje más próximo a la salud familiar, Anexo 1. Instrumento de recolección de información propuesto, haciendo la salvedad que este es un primer producto y que conforme se continúe el análisis, esta podrá ser modificada y ser enriquecida y ajustada para aumentar aún más su valor como instrumento de recolección de información y como instrumento que permita tener un diagnóstico más cercano e individualizado desde la salud pública hacia el individuo y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Abril, R, Cuba, M, (2013) Introducción a la Medicina Familiar. *Acta médica peruana* 30 (1) 31-36
- Alonso, A. Menéndez, M. & González, L (2013) Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de atención primaria*. 19. 118-123
- Aranda, C. & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de investigación en Psicología*. 16 (1) 233-245
- Batista, R., Sanso, F., Feal, P., Lorenzo, A. y Corratagé, H. (2001). *La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 17(2), 109-120
- Commission on Social Determinants of Health (2008). Chapter 1: A New Global Agenda., *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneve, World Health Organization.
- Congreso de la república de Colombia (23 de diciembre de 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [ley 100 de 1993] recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2020) consultado de <https://sitios.dane.gov.co/cnpv/#!/>
- Gafas, C., Roque, Y. y Bonilla, G. (2019). *Modelo de atención integral de salud vs. Calidad asistencial*. Educación médica, 20(1), 136-142
- Gafas, C., Roque, Y. y Bonilla, G. (2019). *Modelo de atención integral de salud vs. Calidad asistencial*. Educación médica, 20(1), 136-142

- García-Huidobro, D. (2010). *Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos*. Revista Médica Chile, 138 (11): 1463-1464
- González, N. (2016). *Reforma en salud: entre el modelo biomédico y el carácter social de la salud, Atención a pacientes diabéticos no insulino dependientes*. Revista Ciencias Sociales 15(46), 143-168
- Heredia, H., Artmann, E., López, N. y Useche, J. (2011). *Priorización y análisis de problemas de salud con una mirada desde la equidad: experiencia en el nivel local en Venezuela*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3), 1887-1898
- Itandehui, A., Pastrana, C., Rodríguez, A. y Gómez, C. (2009). *Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar*. Rev Médica de Chile 137(12), 1642-1643
- López, P., García, A., Segredo, A., Carbonell, A. y Santana, F. (2014). *Procedimiento para medir la capacidad resolutoria de los equipos básicos de salud*. Rev Cubana de Salud Pública, 40(4), 249-262. Recuperado de <https://bit.ly/390ByGd>
- Louro Bernal, I. (2011). *Enfoque familiar en el análisis de la situación de salud*. Rev Cubana de Higiene y Epidemiología. 49(2):151-153
- Louro, I. (2005). *Modelo de Salud del Grupo Familiar*. Revista Cubana Salud Pública. 31 (4) 332-337.
- Mesa, M. (2019). *Desigualdad en América Latina y el Caribe*. Oasis 30, 117-132
- Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021*. Recuperado de <https://bit.ly/2wozhr3>
- Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2014). *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales*. Minsalud, Colombia. Recuperado de <https://bit.ly/2QvkOAJ>
- Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2018). *Análisis de situación de salud*

con el modelo de los determinantes sociales de salud del municipio de Popayán – Cauca 2018. Minsalud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-cauca-2018.zip>

Ministerio de salud y protección social [Minsalud]. (Mayo 11 de 2015). *Resolución 1536. Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud*. Recuperado de: <https://bit.ly/3dco1Pa>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1999). *Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS)*. Boletín Epidemiológico, 20(3) 1-3. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31849>

Pría, M. Louro, I. Fariñas, A. Gómez, H. & Segredo, A. (2006). Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(3) Recuperado en 13 de mayo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es&tlng=es.

Scragg, R. y Laugesen, M. (2002). *Influence of smoking by family and best friend on adolescent tobacco smoking: results from the 2002 New Zealand national survey of year 10 students*. Australian and New Zealand Journal of Public Health 31(3), 217-223

Solar, O. y Irwin, A. (2010). *CSDH conceptual framework, A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of health Discussion Paper 2 policy & practice, case studies. Ginebra. World Health Organization.

The World conference on social Determinants of Health (2011). *Global action on social determinants: aligning priorities and stakeholders, Closing the gap: Policy into practice on social determinants of health: discussion paper*. Rio De Janeiro. World Health Organization. Recuperado de <https://bit.ly/39abWad>

- Urrutia, M. y Robles, C. (2019). *Mercado y gasto social: la agenda pendiente para la equidad en Colombia*. Desarrollo y Sociedad. Primer semestre, 41-70
- Viáfara, C. y Serna, N. (2015). *Desigualdad de oportunidades educativas en la población de 15 a 29 años en Brasil y Colombia según auto clasificación étnico-racial*. Sociedad y economía, 29(2), 151-174
- Weihls, K., Fisher, L. & Baird, M. (2002). *Commissioned Report by the Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy Division of Neuroscience and Behavioral Health and Division of Health Promotion and Disease Prevention Institute of Medicine, National Academy of Sciences*. Families, Health and Behavior 20(1), 7-46.
- World Health Organization. (2008) The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever) Geneva, WHO; recuperado de <https://www.who.int/whr/2008/en/>
- World Health Assembly. (2009) . *WHA62.14 Reducing health inequities through action on the social determinants of health. Sixty-second World Health Assembly, resolutions and decisions, annexes*. Geneva, World Health Organization. Recuperado de <https://bit.ly/392lfrw>

ANEXOS

Tabla 1. Variables del modelo de salud familiar propuesto


| Modelo de salud familiar | | |
|--|--|--|
| Dimensión | | Variable |
| Contexto socioeconómico y cultural de vida familiar. | Condiciones materiales de vida | Bienes |
| | | Recursos económicos |
| | Inserción socio laboral | Inserción socio laboral |
| | Creencias religiosas | Creencias religiosas |
| | Valores de familia | Valores de familia |
| Composición del hogar. | Cantidad de convivientes | Cantidad de convivientes |
| | Parentesco entre los convivientes | Parentesco entre los convivientes |
| | Parentesco de los convivientes con el jefe del hogar | Parentesco de los convivientes con el jefe del hogar |
| Procesos críticos de vida familiar | Repercusión a nivel grupal hechos que afecten la estabilidad y funcionamiento familiar | Acontecimientos normativos |
| | | Acontecimientos paranormativos |
| | | Acontecimientos de salud de moderada a severa gravedad |
| Las relaciones intrafamiliares | Funcionamiento familiar | Funcionamiento familiar |
| Afrontamiento familiar | Constructivas | Cambios de comportamiento |
| | | Cambio de habito |
| | | Ajuste de roles |
| | | Flexibilización de normas |
| | Constructiva/barrera | Solicitud de apoyo comunitario o profesional |
| Apoyo social | Funcionamiento familiar | Apoyo instrumental, material o tangible |
| | Apoyo psicológico | Apoyo psicológico |

Elaboración propia, Fuente: Louro (2005)

Tabla 2. Comparativo modelo propuesto Vs ASIS Popayán

| Dimensión | Variable | |
|--|--|---|
| | MODELO DE SALUD FAMILIAR PROPUESTO DESDE LA DISPENSARIZACION | ASIS POPAYAN |
| Contexto socioeconómico y cultural de vida familiar. | Bienes | Tipos de vivienda, cobertura de servicios |
| | Recursos económicos | Número de hogares |
| | Inserción socio laboral | Pirámide poblacional |
| | Creencias religiosas | Pertinencia étnica |
| | Valores de familia | Ciclos vitales |
| Composición del hogar. | Cantidad de convivientes | No tiene |
| | Parentesco entre los convivientes | |
| | Parentesco de los convivientes con el jefe del hogar | |
| Procesos críticos de vida familiar | Acontecimientos normativos | Tasa de mortalidad |
| | Acontecimientos paranormativos | Causas de mortalidad |
| | Acontecimientos de salud de moderada a severa gravedad | Causas de morbilidad |
| Las relaciones intrafamiliares | Funcionamiento familiar | Tasa de violencia intrafamiliar |
| Afrontamiento familiar | Cambios de comportamiento | No tiene |
| | Cambio de hábito | |
| | Ajuste de roles | |
| | Flexibilización de normas | |
| | Solicitud de apoyo comunitario o profesional | |
| Apoyo social | Apoyo instrumental, material o tangible | No tiene |
| | Apoyo psicológico | |

Elaboración propia, Fuente: Louro (2005) / ASIS Popayán 2018

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| REPERCUSION A NIVEL GRUPAL DE HECHOS QUE AFECTEN LA ESTABILIDAD DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR | | | | | | | | | | | |
| CALIFIQUE DE 1 A 5 SIENDO 1 MUY MALO Y 5 MUY BUENO | | | | | | | | | | | |
| LA MANERA EN QUE EL GRUPO FAMILIAR ASUME LAS SITUACIONES QUE SON TIPICAS DE CIERTAS EDADES (INICIO COLEGIO, NOVIAZGO, MENARQUIA, SEXARCA, JUBILACION ETC) 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | |
| MANERA EN QUE EL GRUPO FAMILIAR ASUME LAS SITUACIONES NO ESPERADAS (DESEMPLEO, SEPARACIONES, INFIDEIDADES, PELEAS, ETC) 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | |
| MANERA EN QUE EL GRUPO FAMILIAR ASUME LAS ENFERMEDADES MODERADAS O SEVERAS DE UNO O VARIOS MIEMBROS DE LA FAMILIA 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | |
| COMO CONSIDERA EL FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO FAMILIAR: 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | |
| CONSTRUCTIVAS | | | | | | | | | | | |
| MANERA EN QUE EL GRUPO FAMILIAR CAMBIA SU COMPORTAMIENTO CUANDO UNA SITUACION EN PARTICULAR LO EXIGE PARA MEJORAR 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | |
| MANERA EN QUE EL GRUPO FAMILIAR CAMBIA UNO O VARIOS HABITOS CUANDO UNA SITUACION EN PARTICULAR LO EXIGE PARA MEJORAR 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | |
| MANERA EN QUE EL GRUPO FAMILIAR AJUSTA LOS ROLES FAMILIARES CUANDO ASI LO REQUIERE UNA SITUACION EN PARTICULAR, BUENA O MALA 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | |
| MANERA EN QUE EL GRUPO FAMILIAR AJUSTA NORMAS FAMILIARES CUANDO ASI LO REQUIERE UNA SITUACION EN PARTICULAR, BUENA O MALA 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | |
| CONSTRUCTIVAS/BARRERAS | | | | | | | | | | | |
| CALIFIQUE DE 1 A 5 SIENDO 1 NUNCA Y SIEMPRE | | | | | | | | | | | |
| SE BUSCA AYUDA PROFESIONAL O NO PROFESIONAL (PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA, TRABAJOSOCIAL, RED DE AMIGOS) CUANDO UNA SITUACION LO EXIGE 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | |
| QUE TAN FRECUENTE ES QUE CUANDO UNA SITUACION SOBREPASA LA CAPACIDAD FAMILIAR SE SOLICITE Y RECIBAN AYUDAS MATERIALES DE PARTE DE REDES DE APOYO SOCIAL EN COSAS TANGIBLES (DINERO, MATERIALES, BIENES, ETC) 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | |
| QUE TAN FRECUENTE ES QUE CUANDO UNA SITUACION SOBREPASA LA CAPASIDAD FAMILIARSE RECIBA AYUDA DE TIPO EMOCIONAL POR PARTE DE LA RED DE APOYO SOCIAL (CONSEJOS, MANIFESTACIONES DE CARIÑO) 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | |
| PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS | | | | | | | | | | | |
| FUMA: _____ ALCOHOL: _____ ACTIVIDAD FISICA: _____ | | | | | | | | | | | |
| CONSUMO DE SAL: _____ CONSUMO DE AZUCAR: _____ CONSUMO DE CAFÉ: _____ | | | | | | | | | | | |
| CONSUMO DE GRASA SATURADAS: _____ | | | | | | | | | | | |
| CONSUMO DE CARBOHIDRATOS: _____ | | | | | | | | | | | |
| CONSUME DE AINES: _____ CONSUME ANTICONCEPTIVOS ORALES: _____ | | | | | | | | | | | |
| PRESENTA ACTUALMENTE SITUACION DE ESTRÉS /ANSIEDAD: _____ | | | | | | | | | | | |
| ULTIMA VALORACION POR RCV: _____ ULTIMA V _____ MOTIVO POR EL CUAL NO REGRESO A LOS CONTROLES: _____ | | | | | | | | | | | |
| HAY ALGUNA ENFERMEDAD HEREDITARIA O CONSTANTE EN FAMILIARES | | | | | | | | | | | |
| SI _____ NO _____ | | | | | | | | | | | |
| CUAL? : _____ | | | | | | | | | | | |
| SIGNOS Y SINTOMAS | | | | | | | | | | | |
| HA PRESENTADO | | | | | | | | | | | |
| CONFUSION: _____ RESEQUEDAD EN PIEL: _____ MAREOS: _____ CEFALEA: _____ VISION BORROSA: _____ DIFICULTAD PARA HABLAR: _____ | | | | | | | | | | | |
| DIFICULTAD PARA ENTENDER A OTROS: _____ DEBILIDAD: _____ FATIGA: _____ PALPITACIONES: _____ PRECORDIALGIA: _____ SINCOPE: _____ DISNEA: _____ FIEBRE: _____ | | | | | | | | | | | |
| NAUSEAS: _____ VOMITO: _____ ALIENTO CON OLOR A FRUTA: _____ DOLOR ABDONIMAL: _____ HORMIGUEO EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO: _____ | | | | | | | | | | | |
| ENTUMECIMIENTO DE ALGUNA PARTE DEL CUERPO: _____ DISFUCLTAD PARA CAMINAR/COORDINAR: _____ EDEMA: _____ | | | | | | | | | | | |
| POLIDIPSIA: _____ POLIFAGIA: _____ POLIURIA: _____ DISURIA: _____ ORINA FETIDA: _____ ORINA OSCURA: _____ ORINA ESPUMOSA: _____ ANURIA: _____ DIARREA: _____ | | | | | | | | | | | |
| CAMBIOS EN EL SUEÑO: _____ CAMBIOS EN EL APETITO: _____ CAMBIOS EN LA RUTINA: _____ TRISTEZA: _____ MELANCOLIA _____ LLANTO _____ ANGUSTIA _____ | | | | | | | | | | | |
| PREOCUPACION _____ CANSANCIO FISICO SIN RAZON APARENTE: _____ DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE _____ IRRITABILIDAD _____ AISLAMIENTO _____ | | | | | | | | | | | |
| TEMBLORES O TICS: _____ ESCALOFRIOS _____ TENSION MUSCULAR _____ ANHEDONIA _____ MELANCOLIA _____ ALUCINACIONES _____ | | | | | | | | | | | |
| T.A: _____ PESO: _____ IMC: _____ GLUCOMETRIA: _____ RC/C: _____ PA: _____ | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL USUARIO: _____ CEDULA: _____  | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE QUIENE REALIZA LA VISITA: _____ FIMAR: _____ | | | | | | | | | | | |
| SE MANEJAN COMPORTAMIENTOS COMO LA HONESTIDAD, EL RESPETO, EL AMOR: SI _____ NO _____ | | | | | | | | | | | |
| SE CUMPLEN UNAS NORMAS MINIMAS DE CONVIVENCIA: SI _____ NO _____ | | | | | | | | | | | |

Anexo 2. Cronograma

| FECHA | ACTIVIDAD |
|-----------|---|
| 7-feb-20 | Inducción |
| 8-feb-20 | Análisis y definición del tema a investigar |
| 14-feb-20 | Tutoría # 1, planteamiento del problema |
| 6-mar-20 | Entrega actividad # 1 |
| 20-mar-20 | Entrega actividad # 2 |
| 27-mar-20 | aplicación de instrumento (trabajo de escritorio) |
| 6-abr-20 | Análisis y tabulación de la información |
| 13-abr-20 | Informe y resultados |
| 24-may-20 | Entrega final proyecto de grado con retroalimentación |
| 30-may-20 | Sustentación proyecto de grado |

Anexo 3. Presupuesto

| Descripción | Valor |
|--|-----------------|
| Presupuesto inicial | 600.0000 |
| Los cuáles serán recolectados de la siguiente manera 333.333 de pesos de aporte por cada uno de los integrantes del proyecto. | |
| Costos: | |
| Impresión y encuadernado del trabajo escrito | 35.000 |
| Memoria para recolección de información y almacenamiento en medio magnético | 25.000 |
| Gastos: | |
| S.m.d.l.v = 29260 teniendo en cuenta que sean 4 días de trabajo | |
| Trabajador social para el análisis de la información | 120.000 |
| Técnico en sistemas (sistematización de la información) | 120.000 |
| | |
| Elaboración de fichas para la recolección de la información | 10.000 |
| Lapiceros. 2.000 cada uno por 3 unidades | 6.000 |
| Improvistos | 100.000 |
| Total gastos | 416.000 |
| En caso de haber un sobrante al final del ejercicio se hará la devolución en partes iguales a cada uno de los integrantes o aportantes | |