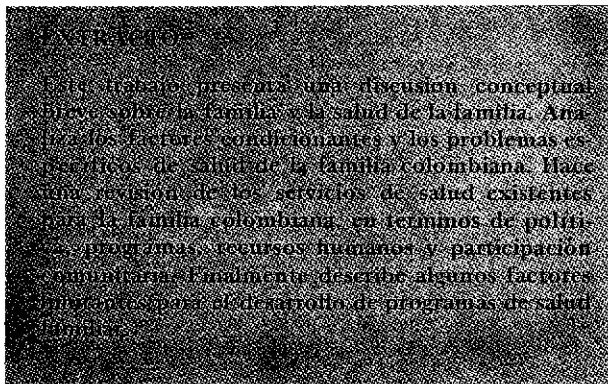


La familia, la salud y los servicios de salud en Colombia¹

Oscar Echeverri C., M. D.²

“La familia es la única institución social responsable de transformar un organismo biológico en un ser humano”
William J Goode



INTRODUCCION

El estudio de la familia en relación con la salud y los servicios de salud en Colombia ha sido escaso, fragmentario y con una perspectiva estrecha de la dinámica social del país.

Esta situación es similar en muchos otros países de las Américas en los cuales “solo cuando se siente el impacto de una depresión, o cuando los ghettos urbanos explotan, se descubren tugurios rurales, se revela la discriminación ocupacional contra las mujeres y otros, la ilegitimidad empieza a costar dinero a la sociedad, la presión de la población y la contaminación se definen como problemas sociales, o el cultivo de las drogas invade los barrios de clase media—solo entonces los decisorios se vuelven hacia los investigadores de la familia por respuestas definitivas a sus preguntas sobre-simplificadas”¹.

Los cambios de la estructura y función de la institución más flexible de la sociedad no han sido suficientemente analizados en una época que se caracteriza por los cambios más drásticos, súbitos y (algunas veces) catastróficos en la historia de la humanidad. Esta brecha del conocimiento se acentúa aún más en el estudio de la familia como la unidad primaria de salud y bienestar para sus miembros. No es extraño entonces encontrar el vacío frecuente en los currícula de las escuelas de medicina y profesiones afines sobre el estudio del ciclo de la familia (matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte) o de sus funciones de reproducción, satisfacción de necesidades básicas, socialización y asignación de estatus a sus miembros.

LA FAMILIA Y LA SALUD

Las dificultades conceptuales sobre la familia, la salud, salud familiar o salud de la familia, no se discutirán aquí, aunque de ellas depende el enfoque de sus interrelaciones y los métodos de medición y análisis. Solo se enunciará una definición sobre la salud familiar como punto de referencia para algunos aspectos del contenido de este documento.

La salud familiar es la expresión de equilibrio dinámico que experimenta la unidad social básica en sus esfuerzos para responder adaptativamente a los estímulos ambientales.

La definición anterior implica que la unidad social básica es la familia, cuya estructuración puede tener variaciones (i.e. familia nucleada o extensa)² pero su característica de unidad social básica es la que permite darle configuraciones y dimensiones diferentes (según el sistema social) o proponer instrumentos de medición para su estudio. Por otra parte, la definición incorpora el concepto de salud formulado por Dubos³, el cual permite explorar nuevas alternativas de medición más operacionales que las existentes en la epidemiología tradicional.

1. Trabajo presentado en la reunión de la OPS/OMS sobre la Salud de la Familia, Antigua, Guatemala, 8-12 de Mayo de 1978.
2. Director, Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo Rural, CIMDER, Cali, Colombia.

Pero, cuáles son los indicadores que permiten expresar cuantitativamente ese equilibrio dinámico? La OMS ha propuesto un conjunto de indicadores, de los cuales hay algunos ya probados y otros que están en su fase de elaboración y prueba⁴. Todos estos indicadores están formados a partir de variables demográficas, sociológicas y sanitarias.

En Colombia hay algunos estudios locales sobre salud familiar, pero hasta el momento no existe un esfuerzo organizado a nivel regional o nacional sobre este aspecto. Sin embargo, es posible que a corto plazo se puedan formular alternativas de registro de información a partir de investigaciones en curso, las cuales permitirían obtener un acopio de datos suficientes para establecer un diagnóstico del estado de salud familiar por regiones o en todo el país. Por el momento solo es posible derivar algunas conclusiones sobre la salud de la familia a partir del análisis de variables demográficas, sociales, económicas, culturales y jurídicas obtenidas a través de diferentes fuentes de registro de datos.

A) Factores condicionantes. En la década 1964-1974, Colombia presenta un cambio demográfico rápido caracterizado por un aumento notable de la expectativa de vida al nacer (de 45.5 y 50.7 años, a 58.2 y 63.3 para hombres y mujeres respectivamente), una disminución de la mortalidad infantil (de 110 a 70 por mil) y un descenso notable en la tasa de natalidad (de 47.2 a 33 por mil)^{5, 6}. Concomitantemente ha ocurrido un crecimiento económico notable, aunque no se ha traducido en cambios favorables en la distribución de ingresos. Por el contrario, Urrutia y Berry⁷ afirman que uno de los casos más extremos de concentración de ingresos en el mundo es el de Colombia, agregando que "más desconcertante es la clara evidencia de que las políticas del gobierno en varios sectores importantes han contribuido a empeorar la distribución o, por lo menos, a detener las tendencias hacia un potencial mejoramiento. Tal es caso de la política crediticia y de varios aspectos importantes de la política tributaria". Finalmente, los autores afirman que tal pobreza no se justifica con el nivel de ingresos existente, siendo que con la redistribución de solo 7%—8% del ingreso nacional se podría doblar los ingresos de la cuarta parte de la población más pobre.

La situación se ha agravado en los últimos años por el impacto del proceso inflacionario el cual acaba de arruinar la capacidad adquisitiva de la familia promedio. No es difícil deducir que la situación social del país debe estar seriamente afectada por estos fenómenos económicos. En efecto, la delincuencia y la corrupción de la justicia han tomado proporciones intolerables y desconocidas hasta hoy en Colombia. Exner⁸ en su obra sobre la biología de la criminalidad, afirma que "la criminalidad nunca podrá ser comprendida si no se considera el curso general de la evolución de la economía". Esta afirmación concuerda con los siguientes datos del DANE (Departamento Nacional de Estadística): Mientras que el costo de la vida se

cuadruplicó en los primeros 5 años de la década del 70, el 20% de la población que conformaba la fuerza activa de trabajo estaba penalmente procesada; específicamente, de cada 10 personas de la fuerza activa de trabajo, una tenía en su contra un proceso penal, ya sea por robo, hurto, estafa o extorsión, y de cada 6 personas, una tenía un proceso por alguno de los 29 delitos penales más graves⁹. Por otro lado, una tercera parte de las familias compuestas por 6 miembros o más tienen como dormitorio un solo cuarto en los tugurios de la capital, los cuales cubren el 60% de la ciudad, mientras que los lotes "de engorde" (vacantes) equivalen a 2 veces la extensión de la ciudad de París¹⁰.

Cabe preguntarse en qué medida los problemas de desorganización, descomposición y desintegración de la familia son consecuencia de la situación antes descrita. Por ejemplo, en casi 2/3 de los casos de desorganización familiar la causa es el mal trato entre los miembros de la familia (padres e hijos), mientras que en la mitad de los casos de descomposición familiar la causa es el insuficiente soporte económico del jefe del hogar y finalmente, en cerca de 2/3 de los casos de desintegración familiar, la causa es abandono del hogar por parte del padre, de la madre o de los hijos. Se podría preguntar: cuál es el origen del mal trato familiar? Será acaso un problema estructural de la familia o un problema disfuncional de etiología básicamente externa? Es decir, la tensión, la inseguridad y la escasez de fuentes de ingreso en el sistema social no serán el factor desencadenante externo a la familia para estimular su desorganización? La injusticia distributiva, la remuneración salarial injusta y la peste inflacionaria no serán acaso condiciones suficientes para explicar la descomposición familiar existente? Los problemas con la justicia y la prostitución podrían explicar una buena proporción de casos de desintegración familiar, de los cuales más del 80% ocurren en las familias de menores ingresos? "En un porcentaje que todavía no es posible señalar con exactitud, se observa que existe la tendencia a compensar la ineficiencia de los ingresos, con el producido de actividades delictivas (hurto, atraco, etc.) y de estados antisociales (mendicidad familiar y colectiva)"¹¹.

En resumen, la situación social colombiana actual presenta un conjunto de estímulos tremendamente negativos contra la estructura y la función de la unidad social más importante: la familia.

B) Problemas específicos de Salud: La interacción constante entre la estructura y función de la familia con la salud de sus miembros se ha esbozado antes. Desafortunadamente, no hay estudios publicados sobre el estado de salud de la familia colombiana, lo cual obliga a recurrir a los indicadores de salud de las personas para obtener una visión indirecta de la salud de la familia. Sin embargo, se ordenará la información siguiendo el ciclo de la familia: matrimonio, expansión, independencia, retiro y muerte.

Los problemas de salud más importantes durante la primera fase del ciclo familiar se relacionan directamente con el proceso reproductivo. En Colombia 13% de los matrimonios presentan ruptura o abandono del hogar, cuyas causas fundamentales son el maltrato o celos, problemas con los hijos y dificultades económicas. Estas 3 causas son responsables de 92% de los abandonos por parte del hombre y de 81% de los abandonos por la mujer¹².

En 1966 se encontró que de cada 100 embarazos, 14 terminaban en aborto (un aborto por cada 6 nacidos vivos), siendo el riesgo mayor en las mujeres sin hijos. Del total de abortos se estima que 63% son provocados, (73,960 de un total de 117,401 por año)⁵. Gaslonde¹³ afirma que los abortos ilegales en Colombia han aumentado de 115 por mil embarazos (1964-1967) a 147 por mil embarazos (1968). En cuanto a la mortalidad materna todavía mantiene cifras de 2.4 por mil embarazos. Con relación a los problemas de esterilidad, se estima que la tasa de esterilidad masculina es de 8% y la femenina de 10%¹⁴. Por otra parte, la proporción de embarazos no deseados asciende a 16%, lo cual implica un uso inadecuado o no uso de los programas de planificación familiar.

Los problemas de salud en la segunda fase del ciclo familiar se relacionan con el crecimiento y desarrollo, las enfermedades prevenibles por inmunización, y aquellas que surgen del contacto directo del niño con el medio ambiente cuando empieza a independizarse de la madre. En Colombia, uno de los más graves problemas de salud es la desnutrición infantil, que asciende a 64% según diferentes encuestas, siendo la desnutrición Grado III de 3% a 5%. La prevalencia de retardo mental se estima en 4.5%¹⁵. En cuanto a mortalidad en menores de 5 años por enfermedades infecciosas, el estudio de Puffer y Serrano¹⁶ demostró las siguientes tasas para la ciudad de Cali.

Enfermedad diarreica	505 x 100,000 habitantes
Tuberculosis	17 x 100,000 habitantes
Difteria	9 x 100,000 habitantes
Tosferina	12 x 100,000 habitantes
Tétanos	11 x 100,000 habitantes
Sarampión	79 x 100,000 habitantes
Sífilis congénita	5 x 100,000 habitantes
Helminthiasis	5 x 100,000 habitantes

Todas las causas de muerte antes mencionadas son completamente prevenibles ya sea por inmunización o intervenciones terapéuticas y preventivas de comprobada eficacia. Se pregunta entonces: Por qué aún persisten estas causas de muerte? En qué parte del sistema social están las fallas? En el nivel nacional? En el nivel familiar? En el nivel individual? En el caso particular de la desnutrición el problema es de intervención nacional principalmente, mientras que en los otros casos de enfermedades infecciosas inmunoprevenibles el problema es de intervención de los servicios de salud a nivel familiar fundamentalmente.

Los problemas de salud relacionados con las fases de dispersión e independencia son predominantemente problemas de ajuste emocional y de conducta. Los problemas de homosexualismo y drogadicción rara vez reciben ayuda de los servicios de salud o de otros servicios sociales.

Los datos siguientes provienen de un estudio sobre una muestra de 9870 situaciones de carácter penal y 1892 de carácter civil en Bogotá:

Estados antisociales de menores y adolescentes:

Vagancia	37.8%
Indocumentación	24.9%
Marihuana	18.7%
Instrumentos de delito (porte)	10.0%
Embriaguez	8.1%
Mendicidad	0.5%
	<hr/> 100%

Formas delictivas de menores y adolescentes:

Homicidio y lesiones personales	6.5%
Contra la propiedad (robo, atraco, hurto)	50.0%
Contra la libertad y el honor sexual	5.0%
Contra la familia (rapto, incesto, etc.)	0.4%
Contra la administración de justicia	28.0%

Por otra parte, el homicidio y los accidentes son las dos primeras causas de muerte en los grupos de edad de 15-24 y 25-44 años.

Finalmente, durante la fase de retiro y muerte, el problema más sobresaliente en la familia colombiana es la falta de protección del anciano. En la literatura no hay estudios publicados que muestren la dimensión de este problema, pero se estima que el problema es creciente, pues la población adulta vieja tiende a aumentar sin que haya una política claramente establecida de protección al anciano.

LA FAMILIA Y LOS SERVICIOS DE SALUD

Aunque existe una tendencia en los servicios ambulatorios de salud hacia el enfoque de la familia como la unidad básica de los problemas de salud, en la práctica los servicios se suministran predominantemente en forma individual. Muchos servicios ambulatorios, especialmente los que pertenecen al Ministerio de Salud o al Instituto de Seguridad Social han establecido registros clínicos fa-

miliares (carpeta familiar o historia clínica de la familia). Desafortunadamente dicho registro se usa de manera básica para la atención individual de los miembros de la familia, sin que exista una metodología definida para el manejo de la familia como una sola unidad. La información en dichos registros es una fuente valiosa para analizar la dinámica de los problemas de salud en la familia colombiana y un instrumento fundamental para planificar los servicios de salud (especialmente el cuidado primario de la salud) con un criterio epidemiológico basado en la unidad familiar. Para que el uso de esta información sea efectivo es necesario promover estudios conjuntos entre los organismos de salud (como los seguros sociales) y las divisiones de ciencias de la salud, orientados hacia el establecimiento de un diagnóstico y un tratamiento más lógico y racional de la salud familiar. Obviamente, el diseño y prueba de indicadores de salud familiar como etapa previa a dichos estudios es una tarea primordial de las divisiones de ciencias de la salud e institutos de investigación en salud.

POLITICAS Y PROGRAMAS SOBRE LA SALUD DE LA FAMILIA

Desde 1968 el gobierno de Colombia estableció el Instituto de Bienestar Familiar (ICBF) (Ley 75 de 1968) con el fin esencial de proteger al menor y mejorar la estabilidad de la familia. Para cumplir este fin, el Instituto incorporó a su estructura al Instituto Nacional de Nutrición y a la División de Menores del Ministerio de Justicia. Las áreas nuevas creadas por la ley fueron las de Promoción Social y de Asistencia Legal con defensores y abogados de familia para proteger la integridad familiar (paterinidad responsable, abandono, alimentos, adopciones, etc.).

Actualmente el Instituto cuenta con 16 seccionales en capitales de departamentos con el objeto de descentralizar la ejecución de sus programas. La política del ICBF está formulada dentro de la política general de desarrollo y tiene como propósito crear las condiciones para romper el "ciclo de marginalidad" en que viven un millar y medio de familias con 5 millones de niños colombianos. Para cumplir este propósito se han establecido prioritariamente los servicios de protección integral del menor de 7 años y su familia a través de los "Centros Comunitarios para la Infancia". Estos centros suministran cuidado físico de los niños, complementación alimenticia, control de enfermedades, desarrollo psicomotor y afectivo, complementación y educación alimentaria a las madres, captación y referencia de gestantes a control prenatal en centros de salud, preparación para el parto y educación sexual.

Otras dos actividades prioritarias del ICBF son: La complementación alimentaria y nutricional que se ejecuta en coordinación con centros de salud y restaurantes escolares; y el tratamiento de la patología social del menor y la familia a través de programas de adopción de menores, hogares sustitutos, reeducación de niños con problemas de gaminismo, delincuencia juvenil, prostitución, etc.

También se incluyen aquí los programas de rehabilitación mental de menores a través de institutos de educación especial y talleres protegidos, y asesoría legal en los problemas de desorganización, descomposición y desintegración familiar. Se están estudiando programas de acción preventiva en esta compleja área de problemas de la familia¹⁷.

Por otra parte, el gobierno inició en 1972 el estudio sobre el "Rediseño del Sistema Nacional de Salud" con el propósito de diseñar la integración administrativa, técnica y financiera de todas las instituciones de salud. El sistema nacional así establecido tiene como responsabilidad básica el diseño, organización, ejecución, supervisión y evaluación de la política nacional de salud. Para tal fin se empleó una estrategia multifásica que se inició con las reformas legales y fiscales, seguidas del establecimiento de un sistema de información regional para todas las instituciones de salud; la formulación y ejecución de un solo plan de inversiones para el sector salud y la estandarización de políticas y normas para la compra y distribución de materiales y suministros que favorezcan la industria nacional.

El plan nacional de salud formulado para el sistema está guiado por las siguientes políticas sectoriales:

- a) Dar prioridad al aumento de cobertura con servicios a las poblaciones rurales y marginadas en las zonas urbanas, de manera especial con servicios al grupo materno-infantil.
- b) Mejorar el estado actual y la utilización de las instituciones de salud mediante la consolidación de un sistema regionalizado de servicios.
- c) Fomentar la formación de recursos humanos, sobre todo los de nivel técnico y auxiliar.
- d) Incrementar y fortalecer los programas para el mejoramiento del ambiente.
- e) Estimular la participación de la comunidad, especialmente en las áreas rurales y urbanas marginadas.
- f) Coordinar las acciones con los demás sectores sociales y económicos para facilitar el desarrollo armónico del país a través de los siguientes programas: Desarrollo Rural Integrado, Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, Plan para las zonas fronterizas y zonas marginadas urbanas¹⁸.

El programa materno-infantil del Plan Nacional de Salud ha sido el más orientado hacia la protección de la familia, aunque su estructura mantiene la atención individual a la madre y al niño. La nueva organización del Ministerio de Salud ha producido cambios en el programa materno-infantil que se administró centralmente por una división y luego se involucró como una sección de la División de Atención Médica, con menor autonomía y restricción en el presupuesto.

Entre las prioridades de servicios a la población materno-infantil se incluyeron la atención a 60% de los niños menores de 1 año y a 33% de los niños de 1-4 años; atención a 21% de los niños de 5-14 años y a 47% de las embarazadas (metas para 1974). En 1975 se definió que los servicios de planificación familiar tendrían la máxima prioridad en el programa materno-infantil, pero no se fijó una meta clara de cobertura de población (mujeres en edad fértil).

Sin embargo, el número de usuarias de servicios de planificación familiar aumentó de 9% en 1974 a 28% en 1975, del total de usuarias potenciales (3'892.000 mujeres en edad fértil).

Entre las limitaciones más importantes para el logro de las metas de cobertura de servicios a la población materno-infantil se mencionan las siguientes:¹⁹

- a) Poca autonomía del nivel central del programa en decisiones técnico-administrativas.
- b) Falta de coordinación entre la sección materno-infantil y las otras dependencias del Ministerio de Salud, especialmente el ICBF.
- c) Escasa capacitación en los cursos de formación de médicos y auxiliares de enfermería en técnicas de atención materno-infantil y de planificación familiar.
- d) Alta deserción de promotoras rurales de salud por razones básicamente económicas.
- e) Asignación insuficiente de fondos nacionales al programa materno-infantil.
- f) Los servicios de atención materno-infantil tienen una orientación predominantemente curativa y de rehabilitación.

Las consecuencias de estas limitaciones se traducen en inscripción tardía (5o. a 6o. mes) para el control de embarazo, pérdida de pacientes para la atención del parto, coberturas bajas en el control post-parto (9%), seguimiento deficiente del crecimiento y desarrollo de la población pre-escolar y escolar.

En síntesis, aunque las políticas sectoriales e intersectoriales de gobierno se basan en estudios válidos sobre los problemas de la familia en Colombia, la organización, administración y ejecución de programas para el cuidado de la familia muestran una descoordinación notable y un enfoque individual más que un enfoque del conjunto familiar como unidad fundamental del cuidado de la salud.

LOS RECURSOS HUMANOS Y LA SALUD DE LA FAMILIA

La política de salud considera:

- a) La formación, adiestramiento y capacitación de los recursos humanos hacia la conformación de equipos multidisciplinarios, con énfasis en el incremento proporcional del personal técnico y auxiliar, y adecuando el número y distribución de profesionales a las necesidades reales del país.
- b) Incorporación de la totalidad de los trabajadores del sistema nacional de salud a un estatuto único de personal en la medida que las características de cada entidad lo permitan.

Colombia, al igual que la mayoría de los países latinoamericanos, presenta una dislocación de la pirámide del recurso humano, con una relación de cuatro médicos por cada enfermera y por cada cuatro auxiliares de enfermería. La tendencia hacia la especialización precoz es uno de los desastres nacionales en cuanto se refiere a la formación de recursos humanos.

Sin embargo, el Ministerio de Salud ha creado tres sub-programas para mejorar el desarrollo integral de los recursos humanos:

- a) Sub-programa de utilización, orientado básicamente a la reasignación de funciones y la redistribución de personal profesional en zonas rurales.
- b) Sub-programa de planificación, orientado al diseño y aplicación de modelos de programación de los recursos humanos; y
- c) Sub-programa de capacitación, cuyo propósito es suministrar el recurso humano suficiente en cantidad y calidad para el plan nacional de salud.

En el año 1976, se graduaron 832 profesionales, 4588 técnicos y auxiliares y se adiestraron 1554 promotoras rurales de salud.

Por otra parte se crearon 11 bibliotecas médicas en servicios nacionales de salud y hospitales regionales; se construyeron 5 escuelas para formación de auxiliares de enfermería y se dio mayor apoyo financiero a los 3 Centros Regionales de Capacitación a nivel técnico¹⁸.

El Ministerio y las Divisiones de Salud están estimulando cambios fundamentales en los currícula de ciencias de la salud orientados a formar un profesional con mayor responsabilidad social, mayor destreza para definir problemas de salud, establecer prioridades, diseñar soluciones, dirigir su ejecución y su evaluación.

Estos esfuerzos de cambio requieren una integración docente-asistencial que a pesar de ser una experiencia creciente en el país, es obstaculizada con frecuencia por intereses políticos y administrativos. Sin embargo, existe un convencimiento cada vez más extendido que se deben erradicar la elitización del profesional, la explotación comercial del dolor y de la vida humana y la alienante

práctica de prescribir drogas como única tarea profesional, a pesar de los poderosos factores estructurales, sociales y políticos que tienden a perpetuar estas características negativas de las profesiones de la salud.

Otro aspecto que merece especial atención es el de la formación de promotoras rurales de salud como solución inmediata para cubrir el mayor número de personas con servicios de cuidado primario de la salud. En Colombia, como en muchos otros países del mundo se ha establecido un plan rural de salud cuyo eje central es un trabajador de salud proveniente de las mismas comunidades rurales, con bajo grado de educación, adiestramiento de unas semanas o meses, escasa o ninguna remuneración, y supervisión esporádica e improvisada.

Por otra parte, una alta proporción de dichos planes (80% en el caso de 180 proyectos que se realizan en 54 países en desarrollo²⁰) pretenden que el trabajador de salud desarrolle actividades como educación en salud, cuidado materno-infantil, saneamiento ambiental, planificación familiar y tratamiento de algunas enfermedades comunes. Es decir, toda una gama de actividades en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Esta situación resulta paradójica y contradictoria al analizar la escasa educación del trabajador de salud, su adiestramiento corto (sin ninguna evidencia de su eficacia), y la tecnología que manipula para una tarea de relativa complejidad en su ejecución. Es necesario por tanto realizar investigaciones sobre métodos de capacitación y tecnología manipulable por este tipo de trabajadores para evitar que se lleven a cabo alternativas engañosas y de efectividad marginal²¹.

Una observación general de los programas de formación y capacitación del recurso humano, permite afirmar que la familia no se toma como la unidad básica para el cuidado de la salud: existe un salto de la práctica individual a la práctica de salud pública. La medicina familiar, como parte fundamental de la medicina comunitaria solo hasta ahora se empieza a incorporar a fondo en los planes curriculares, especialmente en la Universidad del Valle.

LA COMUNIDAD Y LOS SERVICIOS DE SALUD A LA FAMILIA

Si hay alguna actividad a la que se adule y de la que se hable de dientes hacia afuera sobre su importancia y trascendencia, es la actividad de participación de la comunidad. Se dice por ejemplo que la participación de la comunidad es un mecanismo importante en el desarrollo de los planes y programas de salud desde los niveles inferiores del sistema nacional de salud. Se agrega que para que la participación sea activa, ordenada, consciente y voluntaria, se debe educar la comunidad para estos fines²². Los juicios de valor implícitos en estas proposiciones son de una naturaleza tan elitista y arrogante que ponen en entredicho cualquier intervención en la comunidad. Las experiencias exitosas en la organización de la comunidad

para su participación en cualquier plan o programa han partido de premisas enteramente opuestas: Los valores sociales locales de las comunidades deben ser la base fundamental para estructurar los planes de salud. Además, todo trabajador de salud debe aprender constantemente de la dinámica propia que toda comunidad tiene para que la labor conjunta de organización y participación sea activa, ordenada, consciente y voluntaria.

La experiencia del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo Rural —CIMDER— en la organización de la comunidad para la participación en el diseño, experimentación y evaluación de un sistema rural de servicios de salud, es una de las más valiosas en Colombia²³. Partiendo de un análisis económico, social y antropológico de las comunidades ubicadas en una área experimental, en el cual participaron las mismas comunidades mediante reuniones, colección de información, análisis de problemas, alternativas de acción, etc., se estableció un sistema de organización asociativa (SOA) como base fundamental del sistema rural de servicios de salud. Siguiendo los lineamientos conceptuales del SOA, se organizaron las Uniones Familiares de Salud (UFS) constituidas por líderes familiares de salud (personas que toman las decisiones sobre problemas de salud de la familia).

Estas Uniones Familiares de Salud tienen 3 objetivos:

- a) Desarrollar actividades de producción de alimentos.
- b) Realizar actividades recreativas para la capitalización de un fondo del grupo, y
- c) Ejecutar conjuntamente con la promotora rural de salud el programa de cuidado primario de la salud. Las dos primeras actividades han permitido crear un fondo común para la financiación de los servicios personales y ambientales de salud.

La organización de la comunidad como requisito *sine qua non* para la participación de la comunidad, ha sido un proceso de aprendizaje continuo para las UFS y para el equipo de investigación. Todo el material de adiestramiento para la promotora rural de salud se ha elaborado conjuntamente con las UFS, con quienes se discutió el contenido de manuales, y se probó el material escrito en instrucción programada.

De esta experiencia surgió el "Manual de Medicina para la Familia Campesina", que ha servido de material instruccional para la promotora y a la vez instrumento para que ella misma realice la capacitación de las UFS en la ejecución del programa de cuidado primario de la salud.

Otro aspecto fundamental de la investigación es el de "instrumentalización de la promotora rural de salud", que consistió en la elaboración de instrumentos tecnológicos para la ejecución de las actividades por parte de la promotora con las UFS. Hasta el momento se han desarrollado los siguientes instrumentos:

La Cinta de Tres Colores, para medir el estado nutricional de los niños hasta los 6 años de edad. Esta cinta se elaboró partiendo de la idea básica de la cinta de Shakir y Morely, la cual solo permitía 25%o-35%o de correlación entre su clasificación y la obtenida con la gráfica de peso-edad elaborada por el ICBF. Esta cinta la usan la promotora y las UFS para hacer el diagnóstico del estado nutricional y la vigilancia nutricional de la población pre-escolar.

El Clorador de Aljibes, para la desinfección de los pozos y aljibes que sirven como fuente de agua de bebida en la zona rural. Este dosificador de cloro es construido, instalado y controlado por la promotora y las UFS, que financian el cloro necesario para su operación. Su costo de construcción es de US \$2.00 y su costo de funcionamiento es de menos de US\$1.00 por mes.

El Microlaboratorio, para realizar 4 pruebas de laboratorio, usa tiras reactivas para describir alteraciones de la función renal (albuminuria, sangre oculta, glucosuria, pH), bacteriuria, alteraciones de la glicemia y la azoemia. Estas pruebas han permitido a la promotora la identificación y remisión precoz de personas con una probabilidad alta de enfermedad.

El Micropuesto de Salud, para que la promotora maneje eficazmente por lo menos 60%o de la morbilidad de la población campesina sin necesidad de referir los pacientes a otros niveles de complejidad mayor.

El Manual de Medicina para la Familia Campesina, que como se mencionó anteriormente, es un instrumento de adiestramiento de promotoras y a la vez su propio instrumento para enseñar a las UFS las acciones sobre cuidado primario de la salud. Este uso doble hace que la promotora reconozca la importancia de manejar eficientemente su contenido para enseñar el cuidado primario de la salud a los grupos comunitarios.

La Caja Maestra, que consiste básicamente en un sistema de información donde se toma la familia como unidad básica para el cuidado primario de la salud. Este sistema está formado por una pequeña caja de madera de 35 x 13 cm que contiene una lista de clasificación de la morbilidad, una escala para clasificar el riesgo obstétrico y un juego de 5 tarjetas para registrar la información sobre las actividades de la promotora; características de la familia; estado sanitario de la vivienda; estado de salud de los niños pre-escolares y escolares; evolución del embarazo, uso y métodos de planificación familiar. La información lograda con este instrumento permite obtener 23 indicadores de salud de la familia y de la comunidad, que se usan para la planificación de las visitas domiciliarias por la promotora, la supervisión de sus actividades y la evaluación del impacto del sistema rural de salud. Se ha planteado además una investigación sobre el uso de estos indicadores para la elaboración de escalas de riesgo de la salud familiar y su aplicación en el sistema rural de salud que se está experimentando.

ALGUNOS FACTORES LIMITANTES DEL DESARROLLO DE PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD FAMILIAR

Los problemas conceptuales sobre la salud de la familia, la salud familiar y los servicios de salud familiar generan a su vez problemas en la formulación de indicadores básicos para medir el estado de salud familiar.

La investigación conjunta entre científicos sociales y profesionales de la salud en estos aspectos conceptuales y de medición debería ser estimulada por las divisiones de salud y las agencias gubernamentales responsables de los servicios de salud.

La integración docente-asistencial con base en acuerdos de buena voluntad ha causado conflictos y dificultades en la comunidad de los programas. Es necesario considerar esta integración mediante acuerdos que tengan fuerza de ley para evitar conflictos que surgen frecuentemente de los intereses personales del mandatario o jefe de turno en los servicios de salud.

Las investigaciones en organización y participación de la comunidad causan en ocasiones aprehensión en los sectores de gobierno por las implicaciones de orden político e ideológico que necesariamente contienen. Es absolutamente necesario que los trabajadores de la salud tengan una preparación mejor en el manejo de las relaciones con el poder político y sobre las consecuencias a mediano y largo plazo de las intervenciones en la organización de la comunidad.

Finalmente, es de fundamental importancia estimular la introducción de contenidos sobre medicina de la familia en los currícula de las escuelas de medicina. De otra manera se perdería la oportunidad de contribuir al cambio que ya se ha iniciado en algunas universidades para formar el personal que piensa, siente, cree y actúa por el mejoramiento del bienestar de la familia y por tanto de toda la sociedad.

SUMMARY

A brief conceptual discussion on the family and family health is presented. The conditioning factors and the specific health problems of the Colombian family are analyzed. A review of existing health services for the Colombian family is done in terms of policies, programs, manpower and community participation. Finally, some limiting factors in developing family health programs are described.

REFERENCIAS

1. Tavuchis, N.: "The analysis of family roles" in *The Family and its Future*. (A Ciba Foundation Symposium). K. Elliott (Ed), J.A. Churchill, London, 1970.
2. Murdock, G.P.: *Social Structure*. MacMillan, New York, 1949.

3. Dubos, R.: *Man Adapting*. Yale University Press, New Haven y London, p. xvii, 1965.
4. OMS: *Indicadores estadísticos de la salud de la familia. Informe de un grupo de estudios de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 548*, Ginebra, 1976.
5. Minsalud-Ascofame: *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia. Hechos Demográficos*, Enero 1968.
6. Potter, J.E., Ordóñez, M. y Measham, A.R.: *El rápido descenso de la fecundidad colombiana. Estudios de población*, vol. II, No. 1, Enero 1977.
7. Urrutia, M. y Berry, A.: *La distribución del ingreso en Colombia*. Editorial Lealon, Medellín, p. 9-11, 1973.
8. Exner, F.: *Biología criminal en sus rasgos fundamentales*. Bosh (Eds) Barcelona, p. 156-161, 1957.
9. DANE: *Boletín mensual No. 247*, p. 165-175, 1972.
10. Avila, A.: *La población y la vivienda en Colombia. Rev. Cámara de Comercio*, (Bogotá), No. 12, 1973.
11. Umaña, E., Hernández, F., Guzmán, G., Roa, E. y Galindo, E.: *La familia y la ley en Colombia*. Publ. Santa Fe, Bogotá, Ascofame, pp. 541-596, 1968.
12. Gutiérrez, P.V. de: *Estructura, función y cambio de la familia en Colombia*. Ascofame, Bogotá, vol. 11, p. 91-94, 1976.
13. Gaslonde, S.: *Investigación sobre el aborto en América Latina. Estudios de Población I*, No. 8, p. 439-449, 1976.
14. Cobo, E.: *Comunicación personal*. Depto. de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario del Valle, Cali 1978.
15. Echeverri, O. y Quevedo, J.: *Retardo mental: Frecuencia y factores subdotantes en Cali. Tribuna Médica (Colombia) 1: A9-A12*, 1974.
16. Puffer, R. y Serrano, C.: *Características de la mortalidad en la niñez. Publicación Científica No. 262 OPS*, 1973.
17. ICBF: *Plan Nacional de Bienestar Familiar, Colombia 1974-1977. Objetivos y Metas (mimeografiado)*.
18. Calvo, N.H.: *Informe al Honorable Congreso de la República de Colombia. 1975-1976*.
19. Minsalud: *Evaluación del programa materno-infantil del Ministerio de Salud Pública en Colombia. 1969-1974*, Bogotá, AM-501, 1975.
20. Barry, K.: *The state of the art of delivering low cost services in less developed countries. International Programs 1977*.
21. Echeverri, O.: *Instrumentalización de la Promotora Rural de Salud. CIMDER, Doc. SRS: A 2-1*, Cali, 1977.
22. Minsalud: *Participación de la comunidad en Salud*. Bogotá, 1975.
23. Echeverri, O. y Saravia, J.: *Un sistema rural de servicios de salud como un componente básico de los proyectos de desarrollo rural en Colombia. Doc. CIMDER SRS: 1*, Cali, 1974.

Señores

Carvajal S.A., Publicaciones Periódicas

A.A. 53550

Calle 37 No. 13-08

Bogotá, D.E.

Les incluyo cheque No. _____ del Banco _____ por valor de _____ para cubrir el costo de la suscripción de Acta Médica del Valle por 4 ediciones. Estudiantes, Internos y Residentes \$320.00. Médicos \$400.00. Cheques de otras plazas \$36.00 más de comisión bancaria.

(Favor enviar certificado de estudios)

Nombre: _____

Dirección: _____