
EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR CENTRO DE ESPECIALISTAS CES SABANETA (ANT.) 1989

A. Pérez M., G. Botero E.*

PALABRAS CLAVES: *Salud Familiar-Evaluación*

RESUMEN

Estudio observacional, de corte transversal realizado durante el año de 1989 para evaluar el programa de salud familiar del Instituto de Ciencias de la Salud, a 11 años de su creación.

Se estudió una muestra representativa del programa en tres municipios del sur del Valle de Aburrá, Envigado, Sabaneta e Itagüí. Se utilizó como método de trabajo la encuesta dirigida a tres grupos a saber: Programa de salud familiar, proyecto de extensión de salud familiar, y control; la escogencia de la muestra se realizó al azar con una tabla de números aleatorios, y un tamaño muestral similar para los tres grupos, que dió un margen de error estadístico del 4%. Como objetivo general del estudio se planteó determinar el cumplimiento de las metas del programa de salud familiar, y su aceptación en la comunidad.

El 69.6% de las familias conocen los esquemas utilizados para la vacunación infantil; un 95.9% de las familias conocen el suero de rehidratación oral en porcentajes similares a los tres grupos, lo que está a favor de una amplia cobertura de los programas oficiales en el sector salud, y no de una acción directa del programa.

El 29.8% de las familias manifiestan sufrir Hipertensión Arterial, y de ellas el 18.5% están vinculados en algún programa para control de pacientes hipertensos.

El 1.9% de las familias dicen presentar, Diabetes Mellitus, y de ellas el 9.2% están vinculados a un programa de control de la diabetes.

EL APGAR familiar, mostró que existe buena funcionalidad, siendo menor esta característica, en las familias vinculadas al programa de Salud Familiar, lo que puede explicarse por una variable no afectada por el programa.

El 91.0% de las familias desconocen la existencia de colaboradores de salud en el barrio. A partir de esta evaluación se hace necesario un replanteamiento del programa que permita que éste se convierta en un servicio a la comunidad a través de la acción de un estudiante motivado que entienda la interrelación Salud Individual y Familiar.

ABSTRACT

During an observational study of a transversal measure realized during the year of 1989, the program of family welfare of the institute of Ciencias de la Salud (CES), eleven years after its foundations, was evaluated.

This study took a representative model of the program in three different municipalities in south area of Medellín city: Envigado, Sabaneta, e Itagüí.

* Alberto Pérez Moreno
Gabriel Botero Echeverri
Médicos Internos
Facultad de Medicina
Instituto de Ciencias de la Salud CES
Medellín-Colombia

A direct questionnaire a three groups, to know: program of family welfare, project of extent of family welfare and control; the selection of this model was made at random with a table of aleatory numbers, and with a model size similar for the three groups, which gave an statistical margin of error of 4%.

A general objective was to determine the completion of goals of the program of family welfare, and its acceptance within community.

69.6% of the families know the schemes used for the infantile vaccination; 95.9% of the families know the oral hydrating whey in similar percentages for the three groups, which is in favor of an extensive cover of the official programs of the health sector, and not of a direct action of the program.

29.8% of the families manifest to suffer Arterial Hypertension, and these families 18.5% of the patients are vinculated in some programs for controlling hypertense patients.

14.9% of the families manifest to suffer **Diabetes Mellitus**, and of these families 9.2% are vinculated to a control program of Diabetes.

The family APGAR, showed that there is a very good functioning, being this characteristic less in the families vinculated to the program of family welfare; this can be explained by a variable not affected by the program.

91.0% of the families ignore the existance of welfare coworkers in the city districts. From this evaluation it becomes necessary to restructure the program to allow it to become a community service through the action of a motivated student who understand the relation between individual and family health.

KEY WORDS : *Family Health-Evaluation*

INTRODUCCION

En 1978, con la creación del Instituto de Ciencias de la Salud, en las Facultades de Medicina y Odontología se inició un programa (1) cuyo propósito principal era ofrecer un enfoque integral para la prevención y tratamiento de las enfermedades, atendiendo las necesidades de la familia y realizando promoción en salud, haciendo partícipe a la comunidad del proceso de abordaje de sus problemas de salud.

La Universidad decidió acogerse a los planteamientos en boga en la década (2) (3), e inició el programa con el patrocinio de una institución privada: La Fundación

Kellogg. Como objetivo pedagógico se buscó lograr de parte del estudiante de pregrado un mayor contacto con la comunidad a través de la familia, que es el núcleo de la sociedad, utilizando como estrategia las visitas regulares a las familias, permitiendo el conocimiento de su situación con una concepción biopsicosocial del fenómeno salud-enfermedad (4) (5), dando prioridad a la promoción y la prevención, pero posibilitando el tratamiento y la rehabilitación.

Se contó con la asesoría de otros profesionales, como psicólogos y trabajadores sociales, cuya función en el programa era fundamentalmente favorecer la relación estudiante-unidad de salud-familia.

Para dar una atención más completa e integral, se conformaron grupos de trabajo, integrados por estudiantes de odontología y medicina, a los cuales se asignaba un grupo de familias, para velar por su bienestar, tanto físico como psíquico. Generalmente eran grupos de cuatro familias localizadas dentro del área de influencia del programa (municipios de Sabaneta, Envigado e Itagüí).

Se planteó como objetivo general del presente trabajo, la evaluación del programa de salud familiar, al cabo de 11 años de estar funcionando, a través de un estudio observacional, de corte transversal buscando conocer la aceptación del programa y los resultados de su acción en medio de las familias.

El programa de salud familiar del CES tiene dos áreas independientes pero que buscan ambos un objetivo principal: la salud de la familia. El primero es el programa de salud familiar propiamente dicho, dirigido por la Universidad, específicamente por las Decanaturas de Medicina y de Odontología, coordinado por un equipo conformado por médico general, odontólogo, psicólogo y sociólogo, y atendido por estudiantes de medicina y odontología a lo largo de cuatro semestres, que realizaban visitas periódicas a las familias asignadas a cada grupo, cumplen actividades específicas programadas y, presentan un informe final con base en la historia clínica familiar que es utilizado para la evaluación académica. Además, el programa de salud familiar tiene a su cargo la capacitación de líderes de la comunidad, conocidos como promotores de salud, con una finalidad básica: promoción y prevención.

La segunda área, se denomina proyecto de extensión de salud familiar (6), dirigida por la Universidad a través de la Decanatura de Medicina y Odontología, atendida y coordinada por un conjunto de profesionales especialistas en la materia, que actúan en forma independiente del programa de salud familiar, y su objetivo primordial

es impulsar este enfoque en la prestación de los servicios de diferentes entidades del Departamento de Antioquia, a través de la implantación de cuatro modelos, a saber: autocuidado de la familia, colaborador de salud familiar, promotor de salud y auxiliar de enfermería. En este grupo están vinculadas familias antiguamente visitadas por estudiantes, que en el proyecto de extensión de salud familiar, mantienen un contacto con la Universidad a través de la carta de salud familiar, que se creó como medio de comunicación que permite la autoinstrucción en aspectos básicos de medicina y odontología preventivos. La carta de salud familiar es realizada por estudiantes de pregrado en la asignatura de salud familiar; asesorada, corregida y enviada por las oficinas del proyecto de extensión a cada una de las familias con un carácter mensual.

Existe una oficina central del proyecto de extensión de salud familiar donde se presta asesoría, se realizan préstamos para salud y se vinculan a diversas instituciones de ayuda y crédito en el departamento, tales como Actuar, Microempresas y Corfamiliar.

En Colombia, la estructura familiar prevalente es la familia nuclear completa, constituida por el padre, la madre y los hijos en un 84% (1). Entre las familias constituidas sólo por la madre y los hijos, si la ausencia del padre se debe a muerte, es en un 9%; si es por separación de la pareja, en un 4% y madres solteras sólo un 2% (7).

El ciclo de vida de los hogares es trimodal. Un 33% de los hogares son jóvenes, un 38% de los hogares son intermedios, y un 28% son maduros (1). La edad promedio del padre es de 44 años, y de la madre 37 años; en la zona rural las madres son más jóvenes que en la zona urbana (8).

El tamaño familiar, considerando el número total de personas que configuran el hogar es en promedio 5.8; la mediana es de seis personas, y el modo son cinco personas, con un rango de variación que oscila entre 2 y 16 personas (7).

El 91% de las familias tiene niños en edad escolar y preescolar y sólo en un 9% de las familias el hijo menor tiene 19 años (7).

El nivel educacional de los padres es bajo; en la zona urbana, el 8% de las madres son analfabetas, y sólo un 1% de las madres tiene educación universitaria (7).

El ingreso familiar se conforma en la mayoría de las familias, por aportes de dinero de distintos miembros del hogar; ingresos por concepto de renta o intereses (16%), jubilación o pensión (18%) (7).

El colaborador de salud familiar es una persona perteneciente a las familias vinculadas, y que para su selección requiere ser mayor de 18 años y menor de 45 años, tener escolaridad mínima de quinto primaria, disponibilidad mínima de seis horas semanales y por último, tener interés y compromiso con su labor.

Los factores condicionantes de la salud de la familia son: el nivel de ingresos, el medio ambiente, la educación, la estructura familiar y la accesibilidad económica, geográfica y cultural (9).

La salud de la familia es mucho más que la suma de la salud de sus miembros individuales; la alteración de salud de un miembro de la familia afecta el funcionamiento normal del grupo familiar (4). La familia se considera como la unidad social básica; constituye una comunidad total para el individuo durante su niñez, adolescencia y a veces temprana juventud; a medida que el individuo crece y madura, la familia institucional va siendo reemplazada por otros grupos e instituciones y se va haciendo efectiva la participación del individuo en forma mayor (10).

Es mucho lo que se ha hablado y escrito en la Literatura Universal sobre Salud Familiar pero son muy escasos los estudios de evaluación de dichos programas, por lo que se consideró que el presente trabajo puede dar un aporte a este importante proceso creando inquietudes sobre la eficacia de los programas y motivando a la realización de otros estudios al respecto.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional de corte transversal (11) durante el año 1989, en una población que corresponde a tres municipios del Valle de Aburrá, a saber: Envigado, Sabaneta e Itagüí; y que a su vez son municipios del área de influencia del programa de salud familiar.

El estudio se realizó utilizando como instrumento la encuesta a tres grupos, a saber: un grupo control, integrado por familias ajenas al programa y proyecto de salud familiar; un grupo programa y un grupo proyecto de extensión de salud familiar.

Las encuestas fueron realizadas por un grupo de encuestadores (cinco) escogidos del listado promotores de salud capacitados por el programa de salud familiar, y la selección se hizo de acuerdo con la asistencia a las charlas de capacitación.

En varias sesiones, se les explicó las características de la encuesta, se realizaron ejercicios de técnicas de encuestar, y se procedió a realizar la encuesta piloto.

El tamaño muestral se calculó de acuerdo con la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{\hat{p} \hat{q} (Z_{1-\alpha/2})^2}{(e_{\max})^2}$$

Esta muestra nos da una confiabilidad del 96%, y un margen de error del 4%.

De acuerdo al peso específico de la población de cada municipio a encuestar, se calculó el porcentaje de encuestas a realizar en cada uno, a saber: municipio de Envigado correspondió el 37% de las encuestas; al municipio de Itagüí correspondió el 55% de las encuestas y al municipio de Sabaneta correspondió el 18% de las encuestas.

La muestra de los tres grupos fue escogida en forma equitativa así: Grupo Programa 33.6%, Grupo Proyecto 33.4% y Grupo Control 33%.

El muestreo poblacional en cada uno de los tres grupos se hizo de la siguiente manera:

- El grupo control, integrado por 286 familias que viven en la zona de influencia del programa de salud familiar que nada tienen que ver con estos programas. Su escogencia fue tomada al azar con ayuda de una tabla de números aleatorios.
- El segundo grupo está conformado por 286 familias escogidas del programa de salud familiar; de un total de 1550 familias que lo conforman, fueron sacadas del listado de computador, comenzando la escogencia por un número aleatorio de un dígito, y de ahí en adelante en orden ascendente de acuerdo con su ingreso al programa, cada cuatro familias, hasta completar el tamaño muestral. Debido a que en algunas ocasiones no estaban actualizadas las direcciones, o existía dificultad en encontrarlas, se escogía la dirección inmediatamente siguiente de la dirección no encontrada.
- El tercer grupo corresponde a 286 familias escogidas del proyecto de extensión de salud familiar; de un total de 1028 familias que lo conforman, y que fueron sacadas del listado de computador, comenzando la escogencia por un número aleatorio de un dígito, y de ahí en adelante se continuaba cada tres familias hasta completar el tamaño muestral. Debido a que en algunas ocasiones se encontraban direcciones no actualizadas, o difíciles de encontrar, se tomaba la dirección inmediatamente siguiente descontando la escogencia inicialmente.

Las encuestas estaban dirigidas al grupo familiar, siendo contestadas idealmente por la figura materna de la familia, de no ser posible, la persona responsable de la familia.

Se realizaron tres tipos de encuestas: la primera encuesta, llamada encuesta general, dirigida a los tres grupos estudiados, y que permitió valorar la existencia o no de un cambio de actitud en la familia. La segunda encuesta se realizó a los integrantes del programa y proyecto, y permitió comparar algunos puntos básicos del programa. La tercera encuesta es específica, y dirigida a cada uno de los programas (dos), evaluando aspectos específicos y se adjuntó a la encuesta general el llamado APGAR FAMILIAR (1), interpretado así: 7-10 (bien), 4-6 (regular), 0-3 (mal).

Este instrumento aunque subjetivo, permite detectar problemáticas a nivel familiar y nos hace un diagnóstico de la funcionalidad de la familia.

Los datos fueron recopilados en hojas de tabulación, realizando auditoría interna cada 10 encuestas tabuladas; la auditoría consistía en realizar una llamada telefónica a la familia encuestada, verificar con la asistencia del encuestador, y por medio de cinco preguntas de la encuesta ver la confiabilidad de los datos. Luego fueron procesados por computador utilizando el PCSTATS.

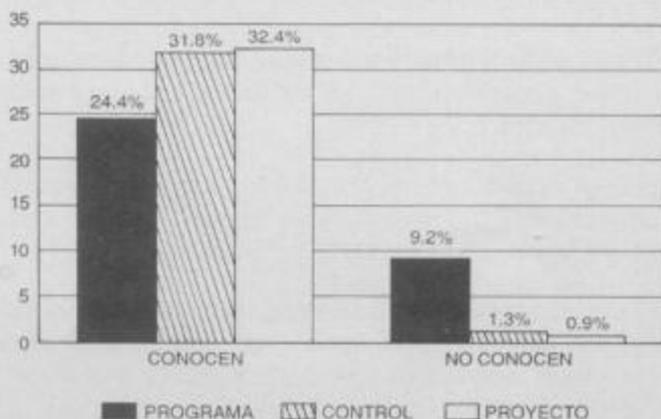
RESULTADOS

Un 12.8% de las familias del programa visitaron una vez al médico en el último año, no observándose aumento del porcentaje de las familias del programa y proyecto con respecto al grupo control.

Un 9.2% de las familias vinculadas al programa de salud familiar no consultó al médico a pesar de sentirse enfermas, con respecto a un 0.9% y un 1% de la familia vinculada al proyecto de extensión de S.F. y grupo control, respectivamente (gráfico 1).

GRAFICO 1

CONSULTA AL MEDICO EN CASO DE ENFERMEDAD. EVALUACION PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR CES 1989.

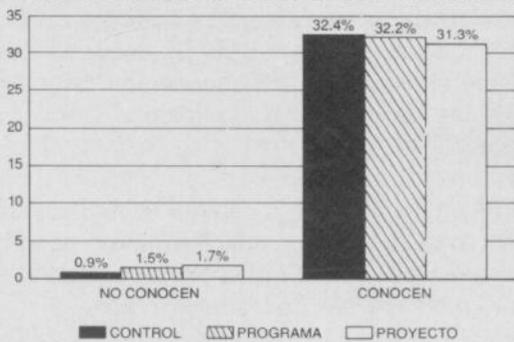


La comunidad de los municipios de influencia, en términos generales utiliza los servicios de salud con conocimiento de sus funciones. Se observó que un 96.4% de las familias encuestadas conocen los lugares donde se realizan programas de vacunación, muy similar a los tres grupos; y un 69.6% de las familias encuestadas conocen el esquema actual de vacunación.

Un 95.9% de las familias encuestadas conocen las sales de rehidratación oral (gráfico 2), sin diferencia significativa en los tres grupos; un 94.5% de las familias saben utilizar correctamente el suero oral, muy similar en los tres grupos.

GRAFICO 2

**CONOCIMIENTO DEL SUERO ORAL.
EVALUACION PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR CES 1989**

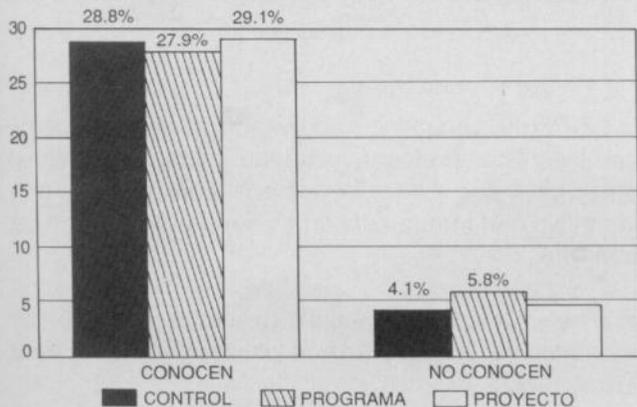


El 75.7% de las familias utilizan agua de acueducto hervida para el consumo diario, lo que muestra una aceptable cobertura de este elemento, y una buena acogida por la comunidad a una de las recomendaciones del sector salud.

El 85.8% de las familias conocen el manejo de la primera fase de la enfermedad diarreica aguda; un 86.7% de las familias conocen el manejo de la fiebre, y cuándo consultar al médico oportunamente (gráfico 3).

GRAFICO 3

**CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE LA DIARREA.
EVALUACION PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR CES 1989**



El 29.8% de la población estudiada manifiesta sufrir hipertensión arterial y de ésta, el 18.6% asisten a un programa médico para el cuidado de la hipertensión arterial.

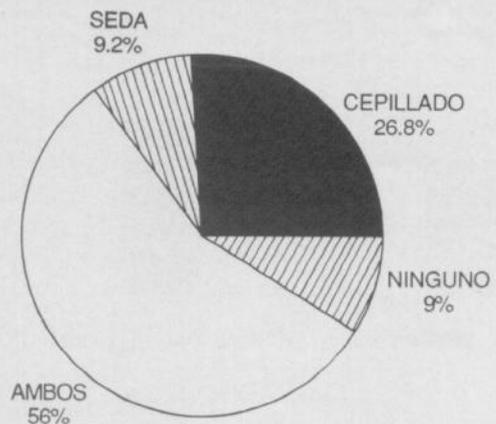
El 14.9% de la población estudiada manifiesta sufrir diabetes mellitus, y de ésta, el 9.2% asiste a un club de diabéticos para su control.

El 28.9% de la población encuestada no visitó al odontólogo en el último año, debido a falta de dinero, temor, falta de tiempo y falta de interés entre otras razones.

En general la población utiliza como instrumento de aseo de los dientes, el cepillo y la seda dental (gráfico 4); un 56% de las familias utilizan ambos métodos, y un 9% de las familias manifiestan no haber recibido enseñanza de métodos de higiene oral.

GRAFICO 4

**UTILIZACION DE LOS METODOS DE HIGIENE ORAL
EVALUACION PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR CES 1989**



Un 77.7% de las familias contestaron que los estudiantes examinaban la cavidad oral en las visitas que se realizan mensualmente.

Un 63.3% de las familias conocen las causas del sangrado de las encías; un 26.5% no tienen conocimiento del flúor y de su acción preventiva.

El 48.1% de las familias utilizan tres cepillos al año, y el 68.4% de las familias realizan el aseo dental tres veces al día.

Las familias consideran importante el lavado de los dientes porque evita la caries, evita el mal olor (halitosis), evita la caída de los dientes, y un porcentaje bajo de familias responde que no es importante el lavado de los dientes.

El 14.1% de las familias del estudio fueron sometidas a intervención quirúrgica en el último año, siendo las intervenciones más frecuentes cesárea (13.3%) y colecistectomía (10.8%).

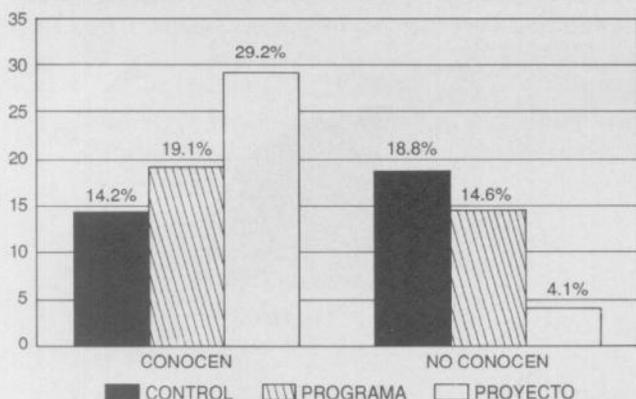
El 5.1% de las familias encuestadas presentaron 1 o 2 muertos en el último año. Un 48.8% de las muertes fueron producidas por accidentes; 3% por violencia, 3% por cáncer y la muerte súbita (infarto del miocardio-accidente cerebro-vascular e insuficiencia cardíaca) fue del 8%; otras causas: 37.2%.

El 62.5% de las familias encuestadas conocen el concepto de salud familiar (gráfico 5). En la mayoría de estas familias los estudiantes ocuparon el primer puesto en divulgadores del concepto (cuadro 1).

GRAFICO 5

CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE SALUD FAMILIAR.

EVALUACIÓN PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR CES 1989



CUADRO 1

FUENTE DE INFORMACION PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR.

EVALUACION PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR CES 1989

	FAMILIAR	VECINO AMIGO	ESTUDIANTE	CO-LABORADOR	NINGUNO
CONTROL	3.8%	10.8%	2.0%	1.1%	15.4%
PROGRAMA	8.5%	3.2%	14.6%	0.4%	7.0%
PROYECTO	3.6%	7.0%	20.8%	0.2%	1.6%

El 9.0% de las familias tienen conocimiento de la existencia de colaboradores de salud, y sólo un 4.2% de estas familias se ha dado cuenta de las actividades que deben realizar dentro de la comunidad.

El 89.8% de las familias encuestadas reciben la carta de salud familiar (cuadro 5).

De las familias que asisten al centro de salud del CES en el municipio de Sabaneta, están satisfechas por la atención odontológica un 68.6%, y por la atención médica un 79%, y en ambos servicios la causa más frecuente de agrado entre las familias fue la buena atención. Existe un grupo de familias que no asisten al Centro de Salud CES, por lo siguiente: viven lejos, dan citas a largo tiempo y demoradas, asisten a servicios profesionales particulares y otras no han necesitado sus servicios.

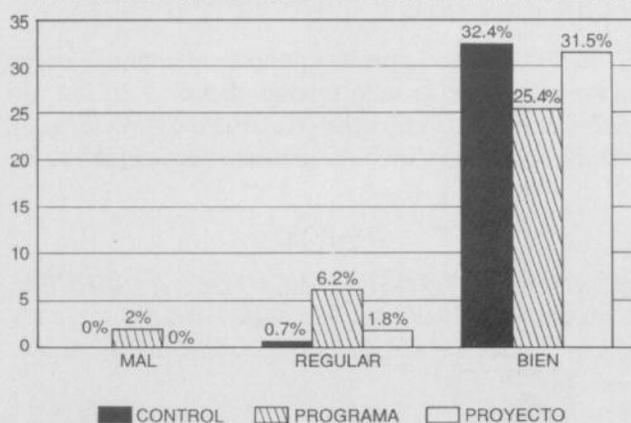
Las instituciones de ayuda en crédito y bienestar social vinculadas con el proyecto de extensión de salud familiar (Actuar, Microempresas y Corfamiliar) son moderadamente conocidas; el 47.8% de las familias conocen qué es Actuar; el 56.7% conocen qué son microempresas; y el 54.7% conocen a Corfamiliar. El 97% de las familias no ha acudido a solicitar estos servicios.

El 89.3% de las familias tienen buena funcionalidad, es decir, existe una buena relación interpersonal de las familias encuestadas. El gráfico 6 presenta el Apgar familiar en las familias de los tres grupos.

GRAFICO 6

APGAR FAMILIAR.

EVALUACION PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR CES 1989



El 93.7% de las familias encuestadas están de acuerdo con las visitas de los estudiantes, dado que éstos se preocupan por la familia, les enseñan medidas preventivas, dan buena asesoría y son del agrado de las familias.

El 91.0% de las familias del proyecto de extensión de salud familiar les gustaría que los volvieran a visitar los estudiantes.

Un 71% de las familias acuden al estudiante; existe un 29% restante que no acuden a él, porque van al médico particular, no tienen confianza en el estudiante o no han necesitado su aporte. Un 95.5% de las familias dicen que los estudiantes les dan recomendaciones en cuanto a salud.

El 92.7% de las familias vinculadas al programa de salud familiar continuarían su vinculación en caso de no haber descuento económico en la prestación de los servicios de salud en el Centro de Especialistas CES.

El 65% de las familias del programa son visitadas por los estudiantes una vez al mes, y 1.4% de las familias dicen que no son visitadas por estudiantes. Un 2.4% de las familias son visitadas más de 2 veces por mes.

El 97.9% de las familias no han acudido a las oficinas del proyecto de extensión de salud familiar.

DISCUSION

Se observó en la población estudiada un alto porcentaje de familias satisfechas con las visitas que les hacen los estudiantes. Pero un 29% de estas familias no acuden al estudiante. Un 91% de las familias que no son visitadas por estudiantes por estar vinculadas al proyecto de salud familiar, les gustaría volver a ser visitados por ellos. La actitud frente a los problemas de salud son muy similares en los tres grupos, sin haber diferencias importantes en el grupo del programa de salud familiar; podría pensarse que esto se debe a que las campañas gubernamentales de prevención son eficaces en la educación de la comunidad.

Se apreció que la funcionabilidad familiar en la población muestral fue buena, pero llamó la atención que las familias vinculadas al programa de salud familiar poseen una funcionabilidad menor con respecto a los otros dos grupos estudiados, lo que está en contraposición a lo esperado, por los objetivos específicos del programa de salud familiar.

Es importante ver que las familias aceptan bien las visitas por parte de los estudiantes, pero surgen varios interrogantes, difíciles de contestar con este trabajo, y que en resumen pretenden cuestionar la calidad de la visita ofrecida por el estudiante y la conciencia del estudiante sobre la salud familiar, que podrían ser puntos claves en un estudio posterior.

La carta de salud familiar, como se explicó al comienzo del trabajo, es un instrumento de comunicación escrito en el que se ofrece a la comunidad conocimientos

básicos en salud; se encontró un porcentaje importante de familias que no reciben este medio de comunicación, lo que puede ser por falta de organización de las familias, y por problemas administrativos que impiden una mayor cobertura de la misma, y por ende de las campañas de prevención y promoción en salud.

A través de los tiempos se ha observado un incremento progresivo en los costos de la atención médica, lo cual ha generado una dificultad creciente en la accesibilidad económica de la población hacia estos servicios.

Se han creado unas instituciones que facilitan las fuentes de empleo, y estudios de crédito para facilitar el acceso a los servicios de salud, entre ellas tenemos Actuar, Microempresas de Antioquia y Corfamiliar, vinculadas con las oficinas del proyecto de extensión de salud familiar. Se observó que un porcentaje importante conocían estas instituciones, pero un 97% de esas familias no han acudido a las oficinas del proyecto a que les presten asesoría. Esto podría explicarse por falta de una adecuada promoción de estos servicios.

La mayoría de las familias encuestadas que asisten al centro de salud del CES están satisfechas con la atención profesional que se ofrece; esto explica en parte la razón por la cual las familias del programa de salud familiar continuarían vinculadas si no existiera descuento en los servicios de salud. Igualmente plantea una aceptación de la docencia, la cual además de beneficiar a la comunidad, beneficia al estudiante de pregrado, en su proceso de formación con un enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad.

El programa de salud familiar ha creado un personaje fundamental en la prevención de salud dentro de la comunidad, el promotor o colaborador de salud. A pesar de los esfuerzos que se han hecho por la capacitación y selección de este personaje, se observó que un alto porcentaje de familias desconocen su existencia y la labor que realiza en la comunidad.

CONCLUSIONES

- Existe una aceptación de los estudiantes por parte de las familias vinculadas al programa de salud familiar; queda la inquietud de mejorar la labor realizada y de establecer la empatía necesaria entre el estudiante y la familia.
- Los colaboradores de salud familiar no han tenido una acción significativa en la comunidad, desperdiándose así un recurso humano valiosísimo.

- Las familias de los grupos programa y proyecto de salud familiar no acuden a las oficinas del proyecto de extensión de salud familiar a solicitar asesoría, lo que sugiere que sus acciones no han tenido el impacto esperado en la comunidad asignada.
- La carta de salud familiar llega a un número importante de familias, pero su cobertura y regularidad no son las ideales (100%) para un programa con estas características.
- Las familias vinculadas al programa de salud familiar del instituto no presentan diferencias importantes en el conocimiento y aplicación de las medidas de prevención con respecto a los otros grupos estudiados, lo que sugiere que ha tenido más impacto y cobertura las campañas oficiales al respecto.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen su colaboración:

- A los Estadígrafos: Dr. Juan Luis Londoño y Lic. Marta Eugenia Alvarez (CES).

A Los asesores de la Investigación: Dr. Alberto Vélez G. Y Dr. José María Maya M.

A Los encuestadores: Elizabeth Mesa, Ramón Mesa, Elizabeth Díaz, Olga Lucía Palacio, Lucila Atehortúa.

A La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASOCOFAME).

A La FUNDACION KELLOGG (sede en Washington D.C.).

Al Instituto de Ciencias de la Salud (CES).

Al Programa de Salud Familiar del CES en el Centro de Salud de Sabaneta.

Al Departamento de Sistemas-Electroquímica Colombiana S.A.

A todos aquellos que de alguna manera colaboraron en la culminación de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD. Programa de Salud Familiar. s.p.i., Mimeo., 1978.
2. CEITLIN, Julio. Medicina de la Comunidad. Programa de Enseñanza, Aprendizaje en América Latina y el Caribe. Bogotá: s.e., 1982.
3. CARNE, Stuart. Papel del Médico de Familia en los Servicios de Salud. Asamblea de la Asociación Médica Mundial. s.p.i. 1979.
4. ANGEL, Oscar y colaboradores. Memorias de Seminario -Taller sobre Medicina Familiar. Bogotá: s. e., 1986.
5. BARNA, Roberto y Colaboradores. Salud Familiar. Facultad de Medicina Veterinaria de Chile. Santiago de Chile: s.e., 1986.
6. INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD. Proyecto de Extensión de Salud Familiar: Plan para Estimular la Aplicación en los Servicios de Salud. Informe de Progreso - Octubre 1 de 1985 - Septiembre 30 de 1986. Medellín.
7. VERA KARDONSKY-TITELMAN Colaboradores. 1° Foro Regional Sobre la Familia en Antioquia. Las Familias de Sabaneta. Medellín: s. e., 1983. Documento.
8. GUTIERREZ DE PINEDA, Virginia. Dinámica de la Tipología Familiar en Colombia. Bogotá: s.e., 1983. Documento.
9. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Regional de la O.M.S. Salud de la Familia. Bogotá: s.e., 1986. Documento.
10. FAMILIA Y SALUD FAMILIAR. Santiago de Chile: Universidad de Chile, 1983. Documento de la Facultad de Medicina.
11. BARKER, Dip y Colaboradores. Epidemiología en la Práctica Médica. Barcelona: Salvat, 1983.



**UNIDAD MEDICA CES
LABORATORIO DE PATOLOGIA**

- Estudios de Anatomía Patológica
- Citologías
- inmunohistoquímica
- Antígeno común leucocitario
- Antígeno Epitelial de membrana
- Mioglobina
- Inmunofluorescencia para la piel y el riñón