

Un modelo para prestación de servicios en salud

Guillermo Restrepo Chavarriaga¹, Juan Carlos González Quiñonez², Martha Isabel Sarmiento Osorio³, José Gabriel Bustillo Pereira⁴, Alonso Belalcazar Urrea⁵

Grupo de Investigación en Atención Primaria, Modelos de Salud y Educación Médica. En la línea de Educación Médica.

- ¹ Médico, Magister en Salud Pública. Director Dpto. de Planeación. Docente, Fundación Universitaria Juan N. Corpas.
- ² MD. Especialista Medicina Integral Familiar. Magister en Salud Pública. Director Dpto. Medicina Comunitaria. Docente Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Juan N. Corpas.
- ³ Comunicadora Social y Periodista. Coordinadora Dpto. de Planeación, Fundación Universitaria Juan N. Corpas.
- ⁴ MD, Especialista Medicina Interna. Neumólogo.
- ⁵ Médico, Magister en Salud Pública. Docente de Posgrados, Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

Correspondencia:
Dr. Guillermo Restrepo Chavarriaga,
guillermo.restrepo@juannncorpas.edu.co

Como citar: Restrepo G, González JC, Sarmiento MI, Bustillo JG, Belalcazar A. Un modelo para prestación de servicios en salud. *Cuarzo* 2015; 21 (1): 10-15.

Recibido: 3 de marzo de 2015
Aceptado: 1 de junio de 2015.
Publicado: 30 de junio de 2015.

Licencia creative commons 

Resumen

En este artículo se exponen los resultados de una investigación que tuvo por objetivo estudiar cómo la formación de líderes de opinión en salud en las comunidades constituye un factor fundamental para mejorar el nivel de salud de las mismas y lograr adherencia a los cambios que los actores se proponen realizar. La metodología fue de índole de estudio cualitativo e histórico y como resultado se pudo establecer que en la gran reforma educativa que se estableció en la década del 50, del siglo pasado en nuestro país, una de las experiencias que se crearon fue el Programa Rural del Municipio de Santo Domingo en Antioquia que se constituyó como un enfoque nuevo para la educación médica no solamente Colombiana sino mundial y que sirvió además de patrón para la organización sanitaria en los países previa a la reunión de Mérida (1) (1972) y posteriormente de Alma Ata (1978) en la que se definió, mostro y recomendó este modelo como ideal para la organización de un sistema de salud, lo que permitió concluir que la organización de la comunidad y la participación de sus líderes son fundamentales para lograr un buen nivel de salud en las poblaciones, así como que el trabajo comunitario promueve un desarrollo intersectorial que eleva el nivel de vida de las poblaciones.

PALABRAS CLAVE: atención primaria, promotoras, biopsicosocial, histórico.

Abstract

A model for health service provision

This article presents the results of an investigation that was undertaken to study how the formation of opinion leaders in health in communities is a key to improving the health status of them and ensure adherence to changes factor after the actors They propose to carry out. The methodology was kind of qualitative and historical study and as a result it was established that in the great educational reform

that was established in the 50s of last century in our country, one of the experiences that were created was the Rural Program municipality of Santo Domingo in Antioquia, which was established as a new approach to not only Colombian but global medical education and served well pattern for the health organization in the previous countries meeting Mérida (1) (1972) and later Alma Ata (1978) which was defined mostro and recommended this model as ideal for the organization of a health system, which allowed the conclusion that the community organization and participation of their leaders are critical to achieving a good level health in populations and community work that promotes an intersectoral development that raises the standard of living of the populations.

KEYWORDS: Primary Care, Health Promoters, Bio-Psychosocial, Health History.

Introducción

Si entendemos la salud con el enfoque, biopsicosocial e histórico, debemos partir de la persona con sus redes sociales en las cuales ocupa un papel predominante la Familia (2). Esta es la única manera de elaborar un proceso de atención que sea integral y que tenga en cuenta todos los determinantes sociales de la salud (3).

Este modelo debe poner a la disposición de la persona todos los avances científicos y tecnológicos, que el mundo moderno posee, por supuesto que de acuerdo con las condiciones de desarrollo del país, la zona y área donde se preste (4) el servicio.

Los conceptos de Medicina Social, datan desde el Siglo XVIII (5, 6) y la Salud Pública se consolidó en el Siglo XX (7). Sus aportes dan la base suficiente para concebir y consolidar una estructura que permita lograr los objetivos que un sistema de salud con un enfoque holístico pretende.

Desde mediados del siglo XX en nuestro país gracias al gran desarrollo de los departamentos de medicina preventiva (8, 9) de las siete Facultades pioneras en la modernización de la educación médica, se diseñaron programas llamados en su época pilotos o modelos, para lograr impactar la salud de la población en una forma racional y coherente.

En Santo Domingo Antioquia el Departamento de Medicina Preventiva, la Universidad de este sector del país desarrolló un programa, de atención integrada e integral de la salud, íntimamente relacionado con el enfoque de desarrollo global del Municipio. Al cual nos referiremos posteriormente en este artículo.

Material y métodos

Se presenta un estudio histórico para conocer el origen, organización e impacto de un modelo de salud con enfoque de Atención Primaria en un Municipio Colombiano estructurado con fines académicos. Este estudio se realizó siguiendo este proceso:

Se contactó a varias personas que se beneficiaron directamente del programa, las cuales se entrevistaron relatándonos sus vivencias. Las entrevistas se hicieron mediante el diligenciamiento de una encuesta y en un orden preestablecido al respecto.

También se consultó bibliografía de la época. Se contactaron a personas que dirigieron programas en donde participaban activamente Promotoras de Salud o que fueron testigos presenciales en las veredas de la labor que estas ejecutaban.

Obtenida la información se compactó y se hizo un análisis de la misma por el grupo de investigación.

Discusión

Pasamos a describir brevemente el Programa que se realizó en el Municipio citado, que como ya dijimos fue pionero en el desarrollo del concepto de Atención Primaria, no solamente en Colombia sino en el mundo. En épocas anteriores a la iniciación de este proceso fue ésta una población rica en minería y turismo, pero en el momento de iniciación del programa, estaba en franca decadencia y contaba con un líder muy respetado en la comunidad, que era el cura párroco. Tenía un centro de salud cuyo funcionamiento era limitado fundamentalmente a la consulta y totalmente separado tanto locativa como técnicamente del Hospital Local.

Para la iniciación del programa la Facultad de Medicina con el apoyo de la Secretaría de Salud Departamental y una Fundación privada llamada Del Café, conformo un equipo conformado por un médico¹ y dos enfermeras, los cuales al llegar al Municipio integraron el Centro de Salud con el Hospital ubicándolo como su consulta externa.

Este equipo procedió a convocar los representantes de los grupos más importantes de la comunidad a una reunión en el Hospital, durante la cual después de haberles explicado en una forma sucinta el programa que se pretendía desarrollar y lo trascendental que era la colaboración de toda la comunidad, se procedió a elegir una Junta Central coordinadora de todo el proceso, la cual quedó integrada por el Cura Párroco, el Alcalde, el Director de la Escuela, la Presidenta de la Sociedad de Mejoras Públicas, un Periodista, la Sindico del Hospital, y el Medico Director del Programa.

En reunión posterior con la Junta, se decidió crear comités satélites en las veintidós veredas y seleccionar en cada una de ellas unas señoritas que se capacitarían para ejercer como Promotoras en sus lugares de vivienda. Con el Cura Párroco se diseñó el cronograma de visitas, las cuales debían de coincidir con las romerías que él realizaba en cada vereda, para ejercer su labor misional, estas visitas y los motivos diferentes al eclesiástico que las motivaban fueron explicadas suficientemente desde el pulpito por el sacerdote, el cual constituía el mejor medio de difusión con el que disponía la población.

En total se seleccionaron veinticinco promotoras incluyendo las que se formaron para la zona urbana del municipio, quienes se capacitaron en nociones de Anatomía, Fisiología, Agentes etiológicos, endemias de la zona, medicina simplificada, construcción de letrinas, comunicación y organización; también se les capacito para la elaboración de informes mensuales en aspectos como: número de inmuebles, habitantes por edad y sexo, Nacimientos, Muertes por edad y causa, morbilidad y vacunación. Todo esto acompañado con un croquis de su vereda (10).

¹ El equipo médico estaba formado por el Dr. Guillermo Restrepo y la muy eficiente participación de la enfermera Josefina Henao, quien se dedicó a toda la parte de capacitación y salud pública y la Enfermera Dolores Correa, quien se encargó de la parte hospitalaria.

Aquellas que ejercían labores de parteras en las veredas (11) se les adicionó el programa con rotaciones nocturnas y días festivos en el Hospital para ver los siguientes temas: características de un embarazo, parto y puerperio normales, así como de lactancia materna, medidas de higiene, sobre todo lavado de manos, uso de guantes y cepillado de las uñas, atención del parto normal, cuando y como remitir al paciente al médico, lo que no deben hacer y registros que se deben llenar.

En el organismo de salud se empieza a trabajar con un enfoque de persona, familia y comunidad. El programa tenía a su vez una Junta Central en la ciudad de Medellín constituida por el Decano y uno de los señores miembros de la fundación privada que auspiciaba económicamente el programa, quien se encargaba de coordinar la participación de otras dependencias de la Universidad, así como organismos oficiales y del Hospital Universitario.

Paralelo a todo lo anterior, se desarrolló un programa para capacitación de los maestros que consistió en:

- Conocer la estructura general que se estaba desarrollando.
- Talleres de discusión con ellos, para convenir la colaboración que podían prestarle al programa.
- Aspectos de salud que los docentes solicitaron que se les preparara.
- Al cabo de un año el programa había logrado los siguientes avances:
 - Disminución de la mortalidad infantil de 160 por mil nacidos vivos a 80 por mil.
 - Disminución de la mortalidad materna.
 - Desparasitación masiva de toda la población de la zona urbana y de las veredas.
 - Vacunación de la población infantil en más de un 90% contra la difteria, tétanos, tos ferina y se dio BCG a los recién nacidos.

- Todos los embarazos, partos y puerperios, fueron controlados por el Organismo Sanitario.

- El volumen de pacientes en consulta externa, aumento.

- De un promedio ocupacional en hospitalización del 12,5% se pasó a 80%.

Vinculación del Hospital Universitario como nivel de referencia de los pacientes que lo ameritaban y retroalimentar al equipo municipal de salud, con capacitación permanente de los funcionarios.

Se crearon clubs de embarazadas, tuberculosos, escolares y madres de niños desnutridos, cada uno de los cuales nombro un representante para constituir la Junta del Hospital. Se hizo un programa familiar que llego a tener cien familias.

En otros sectores se logró:

- Mejorar las carreteras de acceso al Municipio por parte de la Secretaría de Obras Públicas.

- Se construyó alcantarillado en la zona urbana y se hizo letrina en la zona rural.

- Se dota de juegos para niños un lote contiguo al Hospital y en algunas de las veredas parques infantiles.

- Se revivió el colegio de secundaria Tomas Carrasquilla.

- El párroco adquirió una finca para enseñar en ella a los campesinos como arar la tierra con el uso de bueyes.

- Se reabrió el teatro con realización periódica de actos culturales y representaciones hechas por un grupo que se formó.

Al cumplir el programa un año se hizo un día de salud, artístico, minero, agropecuario en el municipio, con exposiciones de extracción del oro, mediante el lavado de las arenas de los ríos. En este día los estudiantes de medicina, enfermería, algunos de arquitectura de la Bolivariana y autoridades departamentales, estuvieron presentes. Fue un día de fiesta general en el municipio.

De esta manera se buscó el bienestar de la población con la participación multisectorial (12).

Este programa sirvió de modelo para replicar su estructura y funcionamiento en otros municipios del Departamento y posteriormente se amplió a todo el país con la capacitación de 3.500 Promotoras, para lograr un cubrimiento nacional que para 1973 (13) lograba una amplia-

ción de servicios en salud que cubría el 95% del territorio nacional, con puestos de socorro situados como máximo a una hora del transporte común usado por la población del sitio más distante de ellos.

Queremos anotar finalmente que aún después de la incursión guerrillera y de paramilitares al municipio, sigue operando la estructura de organización comunitaria (14) (15) cincuenta y siete años después de haberla implementado (16, 17).

De esta manera una socióloga, relata la vivencia que tuvo oportunidad de observar sobre el trabajo que ellas realizaban en un municipio antioqueño:

En la década de los años 90, conocí el trabajo que realizaban las Promotoras de Salud, en el municipio de Marinilla. Sospecho que esas bases de datos, desaparecieron por el cambio de estrategia en el modelo de atención en salud (1993) (...). Mis observaciones frente a este trabajo, fueron las siguientes: Tenían registrado o censada la población de todas las veredas, su estado de salud, la clasificación de los grupos poblacionales por edades, el número de madres gestantes, entre otros asuntos. Realizaban una atención especial a los niños a los cuales atendían con las vacunas y demás orientaciones a las madres para atender los hijos menores (...). A mi modo de ver, el trabajo de las Promotoras de Salud, fue una excelente experiencia por los siguientes motivos: Por el impacto en la población campesina, por la atención personalizada, por la labor en salud preventiva, por las orientaciones y las capacitaciones que se pueden desarrollar con la comunidad (18).

La señora Teresa Agudelo Laverde (19) actualmente interna en el ancianato del municipio hace un relato muy similar de la labor que desarrollaban las Promotoras de Salud en la vereda la Aldea del municipio de Santo Domingo.

A nivel nacional algunas de las campañas que se realizaban en el país se valieron de este tipo de personal para ejecutar sus labores, así por ejemplo el Dr. Alonso Belalcázar Salubrista Malariólogo, relata así sus experiencias con las Promotoras en el Programa de Erradicación de la Malaria:

El Servicio de la Erradicación de la Malaria, fue creado a finales de los años 50, probablemente en 1957 y tuvo su gran desarrollo al lograr suspender la transmisión del Paludismo en gran parte del país en los años 60 y parte

de los 70 (...). Por razones de vivienda, orden público, cambio de comportamiento del mosquito, problemas con los insecticidas etc., las campañas perdieron vigor y la patología persistió en Colombia, particularmente en la costa pacífica y en regiones de difícil acceso del país. En la región Tropical del Mundo y Sub-tropical, persiste la enfermedad causando millones de muertes particularmente en África, en la región Sub-Sahara (...). Para lograr contener la enfermedad, el Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM), contaba con cientos de funcionarios, quienes rociaban todas las casas de Colombia, con DDT, por debajo de los 1.600 metros sobre el nivel del mar.

Otros visitaban todas las casas averiguando por enfermos que tuvieran fiebres y fríos, para tomarles la gota gruesa, con la cual diagnosticarían si el enfermo tenía o no malaria (...). Pero la estrategia no se hubiera logrado, sin la ayuda de las Promotoras de Salud de cada localidad, o vereda quienes eran líderes y conocedoras del sector (...). El visitador "Funcionario del SEM" avisaba en todas las casas que si se sentían mal, con fiebres o fríos, fueran a la casa de la Promotora quien estaba capacitada para tomar la gota gruesa y darles el medicamento cuando estaban enfermos (Cloroquina, Primaquina, Pirimetamina) (...). Las Promotoras lograban habilidad total, en todo el proceso de la toma diagnóstica; todos los meses, pasaba por todas las veredas Malaricas de Colombia, un visitador del SEM recogiendo las muestras de sangre, que luego serían vistas al microscopio y se diagnosticaría si estaba presente o no el parásito (...). Otro hecho de gran importancia, fue el apoyo de ellas para el diagnóstico epidemiológico, debido a que ellas conocían muy bien la localidad, vereda o ríos y hasta el último rincón de la geografía y sabían los movimientos de sus vecinos. La situación anterior facilitaba como clasificar cada caso, si autóctono, importado o dudoso (...). Es decir, ayudaban a definir si se continuaba con una fase de ataque con insecticida (DDT), o solo se continuaba con vigilancia epidemiológica (...). Otro gran subproducto que surgió de la ayuda de las Promotoras a los miembros del SEM, fue la cartografía de todas las veredas del país en áreas tropicales y subtropicales, ubicándose todas las casas, inclusive los ranchos que existieran. Fue de tal utilidad este trabajo que frecuentemente fue consultado por cartógrafos y por los miembros de las Fuerzas Armadas (20).

Conclusión

Para realizar un programa de Atención Primaria (21) (22) y si queremos lograr una atención médica de cali-

dad en general, es necesario que tengamos en cuenta a la persona (23, 24) como un todo, en su grupo familiar y en relación con otros grupos que van cambiando a medida que se modifica su edad y estatus en la comunidad.

La comunidad y todos los elementos significativos de la cultura que posee, juega un papel muy importante en el modo de entender la salud y enfermedad por parte de las personas y la forma de contribuir a lograr el autocuidado de la salud de cada uno de sus miembros.

El actor en salud bien sea el médico o personal sanitario en general, cuando realiza un acto profesional tiene en cuenta el enfoque científico que su profesión le ha dado y hace uso de las competencias con que se ha formado.

El modo como el paciente y la comunidad entienden lo que el enfermo padece y por lo tanto la forma que debe abordarse y corregirse frecuentemente es diferente, por esta razón la buena comunicación entre el actor y el usuario es fundamental para que realmente el éxito que se busca del acto médico pueda obtenerse.

En esta comunicación, líderes comunitarios debidamente capacitados y sobre todo motivados y actuando como innovadores en su propia comunidad, pueden servir como un excelente mecanismo de comunicación entre el actor y el usuario, actuando casi como un traductor entre ellos, pero además si el innovador adopta los cambios que con las debidas adecuaciones haga de lo que se le enseñe, se convierte en un ejemplo a seguir por parte de sus pares pasando a ser un líder de opinión (25) en salud, lo que provoca realmente un cambio en la comunidad.

Las Promotoras de Salud si se mantienen como innovadoras, se constituyen en unas eficientes colaboradoras en un modelo de salud para lograr en forma real la participación de la comunidad, motivándolo, capacitándolo y logrando adherencia a los programas que se realizan.

Referencias

1. Seminario Internacional sobre la Administración de Servicios de Salud. OPS. Mérida. Yucatán. 1972.
2. Prevalencia de Felicidad en Ciclos Vitales y Relación con redes de Apoyo en Población Colombiana. En: Revista de Salud Pública Universidad Nacional. 12 (2): 228-238. 2010.
3. Los Determinantes Sociales de la Salud. OMS. Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ed. 2. Dirección General de Salud Pública. Ed. 2003

4. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. (6-12, septiembre, 1978: Kazajistán)
5. Salomón Neumann. La Medicina como Instrumento Social. 1819-1908.
6. Miller, W.S.: Some Observations on enteric infection in a delta village, J. Egypt. Public Health Ass. 25:45, 1950. Wier, J.M., et al.; An Evaluation of Health and sanitation in Egyptian Villages, J. Egypt.
7. Kluckhohn, Clyde. Mirror for man: The relation of anthropology to modern. Whittlesey House Inc. New York. 1949. Vélez Escobar Ignacio. La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia 1935-1965. p. 47-48.
8. Historia Departamento de Medicina Preventiva y Salud Publica Universidad del Valle. Enfoque Bio-Psicosocial 1954.
9. LA historia de Colombia Salvad. El saqueo de las sepulturas de oro Cenu. Roberto Pineda Camacho. Editorial Printer. Colombia-na Ltda. de Bogotá. 1988. Tomo IV. Pp. 370-375 Alba Nidia Tobón. Líder comunal vereda la Cuesta. Santo Domingo. Antioquia.
10. Los Determinantes Sociales de la Salud. OMS. Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ed. 2. Dirección General de Salud Pública. Ed. 2003.
11. Orejuela Bueno Raúl. Ministro de Salud. Informe al Honorable Congreso de la Republica de Colombia. 1976-1977.
12. Davison, S. Spinning the Wheel of empowerment. Planning. 1998; Vol. 1262: 14-15.
13. *Ibíd.*, 14-15.
14. Teresa Agudelo Laverde señora interna del ancianato. Alba Nidia Tobón. Líder comunal vereda la Cuesta. Santo Domingo. Antioquia.
15. RENDÓN, Blanca Nubia. Socióloga. Vivencia personal. Teresa Agudelo Laverde señora interna del ancianato.
16. Entrevista al dr. Belalcazar Urrea, Alonso. 2016.
17. Starfield Barbara. Atención Primaria: Equilibrio entre las Necesidades de Salud, Servicios y Tecnología. Ed. Masson. Barcelona. 2000.
18. *Ibíd.*, Barcelona. 2000
19. Hogg A. Michael, Graham M. Vaughan. Psicología Social. Editorial Médica Panamericana. Ed. 5. 2008.
20. Melendo Tomás. Las Dimensiones de la Persona. Ed. 2. Biblioteca Palabra. 2001.
21. Kotter John P. On What Leaders Really Do. Ediciones Versalles. 1999. Versión Español: La Verdadera Labor de un Líder. Editorial Norma. 1999.