

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD FAMILIAR CON ENFOQUE DE RIESGO EN UNA POBLACIÓN RURAL DE BOGOTÁ

GILBERTO RODRÍGUEZ DAZA
Gerente Hospital Nazareth

HERNÁN QUIJADA
Subgerente Asistencial Hospital Nazareth

MARIBEL MORENO
Subgerente Administrativo Hospital Nazareth



Correspondencia:
correo electrónico: ger_nazareth@saludcapital.gov.co

Revisión de pares externos
Fecha recibido: 02/04/05
Fecha revisado: 18/04/05
Fecha aceptado: 02/08/05

RESUMEN

ANTECEDENTES

El Hospital Nazareth, I Nivel, Empresa Social del Estado durante la vigencia 2001, realizaba la prestación de los servicios concentrada en los centros de atención con intervenciones extramurales esporádicas.

OBJETIVO

Desarrollar un nuevo modelo de prestación de servicios en salud familiar con enfoque de riesgo, que reconozca a la familia como sujeto de sus intervenciones y explore el contexto en el que viven sus integrantes, aproximándose al conocimiento de su cultura.

MÉTODOS

El modelo de prestación de servicios se desarrolló en cuatro fases: aprestamiento, caracterización, implementación y seguimiento y evaluación. Con el fin de cubrir al 100% de la población el campo aplicativo del modelo se realizó en tres ámbitos, a saber: familiar, de jornada e institucional.

RESULTADOS

Durante el segundo semestre del año 2001 se inició la planeación de una nueva forma de prestación de servicios, considerándose innovadora, exitosa, con proyección de resultados que impactaron positivamente la estabilidad financiera de la institución, y que de igual manera lograron contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las familias de la localidad 20 del Sumapaz.

CONCLUSIONES

Como resultados del desarrollo de este modelo cabe mencionar haber deshospitalizado las acciones en salud, haber realizado una atención integral a partir de procesos de interacción y haber incentivado la demanda inducida.

PALABRAS CLAVES

Salud familiar, servicios rurales de salud, recursos de salud, modelo organizativo.

SUMMARY

ANTECEDENTS

The Nazareth Hospital, a first level state institution, covers with primary health services the rural community of Sumapaz from Bogotá city. Until the middle of 2001 the hospital attended the patients in a traditional way in the health centers with few domiciliary visits. But in the second half of that year the health authority of the hospital developed a new health model to improve the quality of life of the community served.

OBJECTIVE

To develop a new model of benefit of services in family health with focus of risk that recognizes to the family like subject of their interventions and explore the context in which their members live approaching to the knowledge of their culture.

METHODOLOGY

This new model focuses the health services in two directions: one, to manage the risks of the community and second, to make the family the subject of the interventions. The main activities of the model were joined in three axes, community workshops axis to analyze the health problems and the ways to prevent and control them in the cultural context of the community. Environmental axis to promote secure practices of agriculture to protect the environment of the farms, and the health service axis directed to the prevention of diseases and to promote the health.

RESULTS

As a result of the model several health indicators of the community improved their positives values mainly, the coverage of the vaccines, the nutritional status of the children and the promotion-prevention activities.

CONCLUSIONS

As results of this model's development it is necessary to mention to have deshospitalized the actions in health, to have carried out an integral attention starting from interaction processes and to have incentivized the induced demand.

INTRODUCCIÓN

Las estrategias para llevar a cabo los programas de salud del Distrito Capital están orientadas a una población ubicada en la zona urbana, con características socio culturales y ambientales diferentes a las zonas rurales, cuya forma de expresión de sus conflictos sociales difiere de los conflictos armados que se viven en la zona rural de Bogotá, donde se observa que las condiciones, modos y estilos de vida de la población de nuestra localidad son distintas al resto de las localidades.

Es así como las acciones en salud durante los últimos años se han relacionado con bajas coberturas para los habitantes de las zonas apartadas y con difícil acceso. La localidad de Sumapaz cuenta con características tales como poca variación en los perfiles de morbimortalidad, dinámica poblacional determinada en su mayoría por la movilización de grupos armados, 98% de la población perteneciente al régimen subsidiado y vinculado en salud, siendo capitados por el Hospital de Nazareth, única IPS en la localidad, presentando entonces gran susceptibilidad para intervenirse en forma positiva a partir del trabajo definido y negociado con las familias (1).

Bajo este marco, el Hospital de Nazareth I Nivel ESE, en búsqueda de una cultura de salud familiar y comunitaria, identificó la necesidad de crear un modelo de prestación de servicios en salud familiar con enfoque de riesgo que permitiera:

1. Tener un mayor conocimiento sobre los eventos negativos en salud.
2. Anticipar recursos para poder actuar sobre tales eventos negativos, con miras a evitarlos y prevenir su desarrollo o propagación (1).
3. Modificar sus consecuencias asegurando la prestación oportuna de servicios.
4. Orientar acciones encaminadas al mantenimiento de la salud y preventión de la enfermedad en la familia, en una construcción conjunta del proceso salud-enfermedad gestado desde su cultura.

Por lo anteriormente descrito la institución se acogió a un modelo con enfoque de riesgo, el cual se inicia con un diagnóstico que permite priorizar

necesidades y dar una guía para las intervenciones a fin de optimizar recursos humanos, técnicos y económicos, con miras a efectuar prevención a partir de la identificación del riesgo o de problemas ya instituidos.

Este modelo tiene como criterios: atención según el riesgo, cuidado integral, seguimiento a las actividades, tomar a la familia como sujeto del cuidado de la salud, y compromiso de la institución con la persona, la familia y la comunidad (2).

En la primera parte de este documento se menciona el marco conceptual que soporta el enfoque planteado por el Hospital y en la segunda parte se describe el desarrollo del modelo de prestación para realizar acciones que fomentan la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud enfocados a la familia y su entorno.

Un modelo de prestación de servicios en salud familiar con enfoque de riesgo se debe encaminar a la modificación de los perfiles de morbilidad y mortalidad de una localidad, a partir de la construcción concertada de estrategias que logren estilos de vida y ambientes más saludables con un compromiso activo de la comunidad para el abordaje y atención de la salud como un proceso de construcción social que se refleja en la calidad de vida de la población (2).

Con la implementación de un modelo con estas características, en lugar del modelo asistencial (restringido en su impacto) que muchas veces toma a la comunidad como objeto más que sujeto de sus acciones, se espera: disminuir las barreras de acceso a servicios de salud, aumentar la cobertura en los diferentes programas de salud, mejorar la calidad de la prestación de los servicios brindados a la población, mejorar la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios, fortalecer el sentido de pertenencia de los habitantes con respecto a su proceso de salud-enfermedad, aumentar los niveles de satisfacción del usuario, modificar positivamente los perfiles de morbilidad y mortalidad y abordar el componente de salud mental (3).

Desde la formulación de la carta de Ottawa en 1986, muchas naciones comenzaron a fortalecer los programas promoción de salud y preventivos de la enfermedad en busca de alcanzar un postulado que sustente esta declaración: "La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en el ámbito familiar, en los centros de enseñanza, el lugar de trabajo y de recreo" (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los fines principales de cada país debe ser incrementar el nivel de salud de la pobla-

ción, haciendo referencia a la "familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud" (2).

A partir de 1993 con la Ley 100, las actividades de promoción y prevención se convierten en actividades de obligatorio cumplimiento para el sistema de salud colombiano; esta normatividad de alguna manera permite el acceso de la población pobre y vulnerable a los servicios de salud, teniendo en cuenta sus principios como son eficiencia, equidad, universalidad, solidaridad e integralidad.

Tomada entonces la familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, ésta se convierte en el medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso Salud-enfermedad (2). Así, la funcionalidad de ésta es concebida por Trejos Castrillón como un proceso dinámico, evolutivo y de cambios continuos, como un sistema que al observarlo se percibe como una danza permanente y recursiva, cuyo movimiento es la expresión del dinamismo propio de múltiples elementos articulados entre sí, pero todos en circulación y apuntando al desarrollo de cada miembro y del grupo como tal (4).

Es entonces en el hogar donde se dan las condiciones óptimas para construir un ambiente favorable a la salud, donde las opciones de comportamiento saludables deber ser las más lógicas, donde cada miembro de la familia toma conciencia de la importancia de cuidar su salud y donde las decisiones que se adoptan son de prioridad pensando en lo que es mejor para todos, por encima de cualquier interés personal (3).

Así, la salud de la familia es considerada como la salud del conjunto de los miembros de la misma; en términos de su funcionamiento efectivo, en la dinámica interaccional, en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, y en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes propiciando el crecimiento y desarrollo individual (5).

Es entonces cuando, bajo el enfoque de la salud familiar, se observa a la familia en su conjunto como un sistema, es decir, no analiza sus integrantes de manera aislada sino mediante la influencia recíproca que se percibe en el conjunto, en los aspectos relacionados con la salud. Y para su desarrollo debe existir un esfuerzo conjunto y articulado de los profesionales y demás miembros del equipo de salud con el fin de estudiar, conocer, analizar, interpretar e intervenir el contexto familiar de los usuarios del sistema de salud.

El enfoque acogido para la implementación del Modelo del Hospital Nazareth I nivel ESE es el de riesgo, el cual ayuda a determinar prioridades

en salud y es también herramienta para definir necesidades de reorganización de los servicios de salud, intentando mejorar la salud para todos pero prestando mayor atención a quienes más lo requieran. Es un enfoque no igualitario, discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención y tiene los siguientes criterios:

1. **Atención según riesgo:** la atención se organiza dando prioridad a las veredas y familias de mayor riesgo, entregando un cuidado integral, teniendo en cuenta los factores protectores y de riesgo que influyen en el proceso salud-enfermedad.
2. **Seguimiento a las actividades:** es responsabilidad del equipo de salud realizar una evaluación permanente del impacto que generan las acciones en salud, teniendo en cuenta el conocimiento de la dinámica y condiciones de vida de cada familia
3. **La familia, objeto del cuidado de la salud:** la constitución genética, los comportamientos, las actitudes y muchos problemas de salud tienen origen en la familia, y en situaciones de crisis dispone de recursos para su recuperación (7, 4).
4. **Compromiso con la persona, la Familia y la comunidad:** el campo de acción son los individuos que se encuentran dentro de una familia y una comunidad con condiciones de salud similares. Sus actividades están enfocadas a construir una cultura de salud desde la comunidad, manteniéndose permanentemente receptivos a los factores en salud que afronta cada familia.
5. **Participación activa de la comunidad:** la permanente participación de la comunidad en los procesos ayuda a dar prioridad a los problemas desde su óptica, permitiendo así la formulación, implementación y evaluación de los planes de beneficios de la institución de una manera acorde a las necesidades de las personas. Estos criterios fueron tomados igualmente por el modelo de prestación de servicios de Salud familiar del proyecto uni-Barranquilla (8).

Como lo menciona González, la implementación de estos modelos aumenta el número de actividades en salud, lo que hace de vital importancia canalizar una proporción importante de estas acciones hacia actividades de promoción y prevención (7).

Vale la pena mencionar que han existido otras experiencias que reafirman los buenos resultados que se obtienen al desarrollar este tipo de

modelo; dentro de ellas se encuentra la de Australia, país con fuerte movimiento de Medicina Familiar, que forma a sus médicos cuatro años después de haber terminado la escuela de medicina, bajo el concepto "la práctica de la Medicina Familiar es la provisión de cuidados primarios, continuos, tomando al paciente como un todo perteneciente a una familia y a una comunidad" (9).

Otra experiencia que vale la pena mencionar es la desarrollada por el modelo de atención en salud con enfoque familiar y comunitario en el área de influencia de la ESE Metrosalud, orientando a mejorar la calidad de vida y a generar un desarrollo social mediante estrategias participativas. Dentro de sus resultados se evidencia el diagnóstico del perfil de la zona desde la familia, el incremento en coberturas de programas de promoción y prevención, la proyección de estos programas en el escenario comunitario, el desarrollo de acciones de coordinación interinstitucional-intersectorial, la aproximación al reconocimiento y comprensión de la dinámica propia de la comunidad en tomo a su propia cultura de la salud, y los procesos de generación de espacios y condiciones para el abordaje interdisciplinario del proceso Salud- Enfermedad a nivel comunitario (9).

La salud familiar surge como una propuesta que pretende fortalecer el primer nivel de atención, con un enfoque desde la prevención primaria como alternativa para la construcción de un entorno adecuado para la generación de una cultura de la salud. Esta propuesta debe surgir desde la familia misma, como célula incuestionable de la sociedad y agente socializador primario, buscando proyectar desde ahí propuestas que pretendan generar comunidades y municipios saludables (7).

MATERIALES Y MÉTODOS

El modelo construido por el Hospital Nazareth I nivel está orientado al cuidado integral de la familia por medio de acciones de sensibilización, concertación y definición de estrategias de intervención que se adecúen a las necesidades propias de esta población, enmarcados en tres ejes de acción: pedagógico, ambiental y de atención integral de la salud.

- I. **Eje pedagógico:** corresponde a las acciones que involucran el diálogo de saberes entre la comunidad y el equipo de salud. Está orientado a la

identificación de los medios para el mantenimiento de la salud, en los que se conjuguen positiva e intelligentemente las actitudes, conocimientos y prácticas populares para el cuidado de la salud y el abordaje a estados de enfermedad. En esta modalidad de estrategias se encuentra la realización de talleres educativos a nivel familiar con temática y metodología participativa e integradora de conocimientos y conceptos populares e institucionales, la elaboración de material didáctico con la comunidad y la compilación de algunos aspectos sobresalientes del saber popular sobre prácticas de cuidado de la salud, como el uso de plantas medicinales.

2. **Eje ambiental:** en este eje se promueven las prácticas protectoras del entorno que provee los recursos para la vida del grupo familiar y la vivienda como ambiente saludable.
3. **Eje atención integral en salud:** busca fortalecer las prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo el saber popular, fortaleciendo los canales de comunicación entre la comunidad y los servicios de salud. Las acciones para la atención de la población se enmarcan dentro de dos espacios:

El primero es la atención institucionalizada: se realiza en los centros de salud para garantizar la atención de urgencias 24 horas y por consulta externa médica y odontológica de 8 a. m a 5 p. m de lunes a domingo y festivos. La promoción de la salud y prevención de la enfermedad se desarrollan mediante la programación de actividades informativas, educativas y de detección precoz. Cada una de las estrategias responden al cumplimiento de los objetivos de los programas institucionales de promoción y prevención, mediante estrategias audiovisuales, charlas y sensibilización, demostraciones, talleres periódicos programados en las instalaciones de los centros de atención, y captación eventual de usuarios a los programas (toma casual de tensión arterial, detección de sintomáticos respiratorios o de piel...), entre otras. En la consulta médica se resuelve el problema o motivo de consulta y al mismo tiempo se hace una exploración individual y familiar.

El segundo espacio es la atención extramural: el equipo de salud integrado por médico, enfermera, odontólogo, profesional del área social y nutricionista (equipo humano con espíritu caminante, comunitario, dinámico, recursivo, identificado en la comunidad con espíritu investigativo, conciencia de trabajo) junto con los promotores de salud (con similares características, y además con perfil de líder comunitario) se desplazan a las

veredas ubicadas en puntos estratégicos para la captación de familias, comparten el mismo ambiente de la comunidad, respetan las costumbres, conocimientos, valores populares y propenden por su conocimiento para poder concertar acciones conjuntas; este espacio se desarrolla en la visita domiciliaria a cargo de los profesionales de salud que realizan la identificación conjunta de factores e intervenciones en salud a la familia con un riesgo específico, proceso consignado en la ficha familiar que está integrada por instrumentos como el familiograma, el ecomapa y el plan de cuidado familiar. El proceso se inicia con la captación del individuo y su familia, con miras a solucionar los problemas crónicos y a desarrollar las actividades de promoción y prevención centradas en las necesidades específicas. Se incluye además consejería familiar en salud, vacunación, toma de muestras de laboratorio clínico ambulatorio, atención al medio ambiente, registro y análisis sistemático de la información obtenida y en la jornada que tiene como objetivo completar las actividades no realizadas en la visita familiar. Se desarrollan las actividades resolutivas, no realizadas en las familias de cada vereda luego de ser visitadas y se hace seguimiento a las intervenciones efectuadas en visita familiar. Este espacio es propicio para la gestión comunitaria y concertación de actividades y compromisos de tipo comunitario.

El modelo de prestación de servicios en salud familiar del Hospital Nazareth actualmente se desarrolló en cuatro fases:

- I. **Fase de aprestamiento:** a finales del año 2001, luego de una revisión de la plataforma estratégica por parte de la gerencia, se inició la revisión y estudio de viabilidad para modificar la prestación de servicios del Hospital de una manera que pudiera ser más costo-efectiva y rentable socialmente; posteriormente fue presentada la propuesta a la Junta directiva que la avaló. Luego se inició la sensibilización y concertación con la comunidad y comenzó la planeación de visitas domiciliarias y jornadas de salud en las 33 veredas de la población con el fin de realizar las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad orientadas al 100% de la localidad, utilizando eficientemente el recurso humano, superando paradigmas connotados en aspectos como la accesibilidad geográfica, el orden social y cultural, el clima y las malas condiciones de comunicación de la localidad.

Se estableció concertación con la población y contacto con los líderes de las diferentes organizaciones presentes en la localidad para la articu-

lación de actividades y sensibilización frente a la situación de la localidad.

2. **Fase de caracterización:** se estructuraron cuatro equipos de salud con habilidades extramurales, previa inducción y capacitación en salud familiar, los cuales se encargaron del registro de información de los instrumentos de salud familiar y del proceso salud-enfermedad de sus veredas, interviniendo a través de los tres ámbitos. La recolección y análisis de la información de tipo demográfico, cultural (creencias, actitudes y prácticas tradicionales populares para el cuidado de la salud y abordaje de la enfermedad específicamente), de saneamiento básico, morbilidad y mortalidad sentida en la población, permitió construir una aproximación de los estilos de vida y condicionantes que tiene la población. La información se sistematizó en Epi 6 con 257 variables en aspectos de identificación, socio-afectivo, salud-autocuidado, y ambiente. Estos resultados se encuentran disponibles en la oficina de Epidemiología del Hospital Nazareth.
3. **Fase de implementación:** cada uno de los eventos identificados en los grupos familiares se abordaron a partir de un Plan Familiar concertado y consignado en la ficha de Planeamiento Familiar. Dicho plan incluyó estrategias de tipo ambiental, pedagógicas y de cuidado integral de la salud, siguiendo las pautas establecidas por las normas vigentes (Ley 100 de 1993, Res. 412 de 2000, Acuerdo 117 de 1998 y demás pertinentes). Para poder desarrollar las intervenciones de las actividades de prevención y promoción fue necesario focalizar las familias que por sus factores de riesgo serían las beneficiarias potenciales de cada línea de intervención. Fue fundamental entonces dar prioridad a las familias por factores de riesgo identificados en las variables de los entornos indagados en las visitas domiciliarias, mirando el número de familias afectadas por el riesgo, la frecuencia con que éste se presenta y el impacto que genera en su proceso salud enfermedad. Esto permitió categorizar el riesgo en tres niveles: alto, medio y bajo. Según la prioridad asignada, las familias ubicadas en riesgo alto se intervienen con acciones intensificadas que tienen como objetivo atacar un problema de salud pública o abordar una necesidad en forma preponderante. Son aquellas intervenciones a las cuales se les dedica la mayor parte de presupuesto y recursos por el impacto que en la salud del colectivo tienen. Las ubicadas en riesgo medio se intervienen con acciones de consolidación tendientes a "madurar" procesos de promo-

ción y prevención iniciados previamente y que revisten importancia en términos de favorecer resultados en un mediano plazo; en las de riesgo bajo se desarrollan intervenciones de mantenimiento que permiten continuar con los procesos ya consolidados o atender prioridades de orden nacional o distrital que no necesariamente revisten la misma importancia en lo local.

4. **Fase de seguimiento y evaluación:** con el fin de efectuar una evaluación sobre los servicios de salud prestados en términos de equidad, eficiencia, cobertura y calidad del Hospital antes y durante el desarrollo del modelo de prestación de servicios, se definieron unas herramientas (indicadores) que monitorizan periódicamente la gestión realizada y la utilización de los recursos con la máxima eficacia y eficiencia para responder a los objetivos planteados.

RESULTADOS

DE TIPO ASISTENCIAL

A continuación se presentan algunos comportamientos en el área asistencial y administrativa que en alguna medida pueden relacionarse con la aplicación del modelo de prestación de servicios en salud familiar con enfoque de riesgo.

Se evidenció un aumento en las actividades de Prevención y Promoción por usuario: en el 2001 fue de 1,0 actividad de P y P por usuario, en el 2002 de 4,1 actividades de P y P por usuario y en el 2003 de 4 actividades de P y P por usuario. La consulta externa fue de 1,4 consulta externa por usuario, en el año 2002 de 1,9 consulta externa por usuario, y en el año 2003 de 2,1 consulta externa por usuario; la proporción de egreso hospitalario en el año 2001 fue de 7,7, en el año 2002 de 4,2, y en el año 2003 de 1,7; la proporción de consultas de urgencias que se observó en el año 2001 fue de 5,4, en el año 2002 de 8,3 y en el año 2003 de 5,7 egreso/año.

La actividad de notificación de los casos de maltrato en la localidad inicia en forma dinámica a partir del año 2002, pasando de cero casos reportados a 71 casos en el 2003.

En el año 2001 la morbilidad por IRA (Infección Respiratoria Aguda) en menor de 5 años fue de 18,4%, en el 2002 de 6,4% y en el 2003 de 5,1%.

En cuanto al parámetro peso para la talla, indicador de desnutrición aguda, los resultados muestran tendencia a la baja: para el año 1998 el indicador se encontraba en el 26,8% de la población identificada en el Sisbén y para el año 2003 se evidencia una disminución de 7,1 puntos porcentuales con respecto al año 1998, cerrando la vigencia con un 19,7% en 2003.

Teniendo en cuenta que uno de los indicadores más sensibles del estado nutricional es la relación peso para la talla (indicador de desnutrición aguda), se observa que en el año 2003 el riesgo alto bajó del 1,8% al 0,7%, comportamiento que es similar en el riesgo medio, bajando en el año 2003 2,6 puntos porcentuales.

Con relación al riesgo bajo, se observa que durante los años 2001 y 2002 se estaban manejando cifras entre el 17,5% y el 15,8% pero para el año 2003 el riesgo bajo aumentó al 16%.

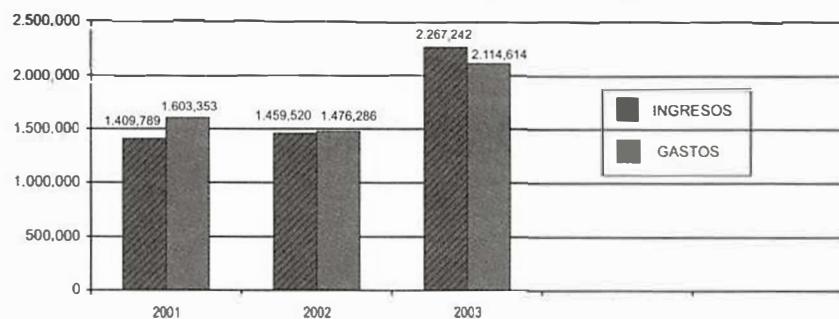
La cobertura de vacunación en niños menores de 1 año en el 2001 fue de 98%, en el 2002 de 95% y en el 2003 de 97,3%. Se reportaron en el año 2001 11 casos de niños enfermos, en el 2002 4 casos y en el 2003, 2 casos. El acceso al servicio en el año 2001 fue de 95%, en el 2002 de 98% y en el 2003 de 100%. La deserción del año 2001 fue de 7%, en el 2002 de 2% y en el 2003 de 7,3%.

La cobertura en el programa materno – perinatal en el año 2001 fue 96,9%, en el año 2002 el 97% y en el año 2003 el 98%. La captación temprana en el año 2001 fue de 60%, en el 2002 de 62,5% y en el año 2003 de 66,8%. El porcentaje de partos extra institucionales en el año 2001 fue del 15%, y en el año 2002 y 2003 del 11%. El porcentaje de complicaciones maternas en el año 2001 fue 2,2%, mientras que en el año 2002 y 2003 no se presentaron. El porcentaje de muertes maternas en el año 2001 fue de 2,3%, y en el año 2002 y 2003, 0%.

DE TIPO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

En la página siguiente se muestran algunos de los indicadores de la División de Apoyo Logístico.

Gráfico 1. Comparativo de presupuesto de ingresos y gastos.
Periodo 2001 – 2003 (miles de \$).

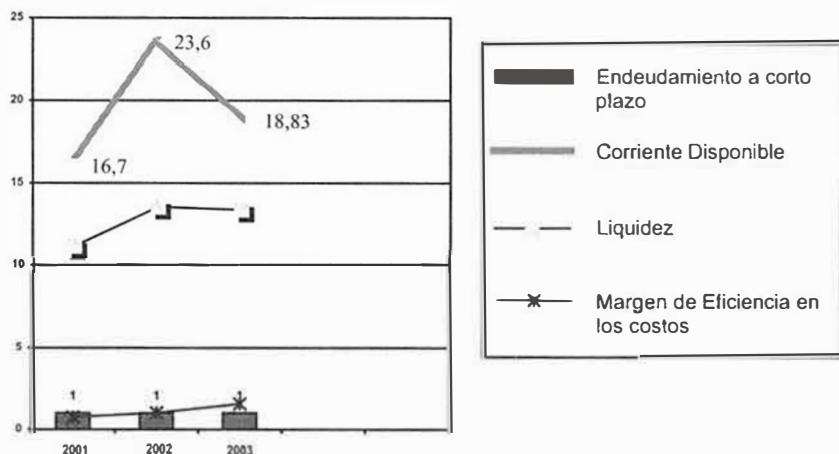


Fuente: Informes de gestión área saneamiento ambiental H. Nazareth.

Los gastos totales del Hospital tuvieron una disminución apreciable entre las vigencias 2001 y 2002, a precios constantes de 2003. Dicha variación fue del 7,93% (\$1.603,4 millones en el año 2001, contra \$1.476,3 millones en el 2002), reflejándose especialmente en los gastos de funcionamiento que pasaron de \$625,5 millones en la vigencia 2001 a la suma total de ejecución de \$ 570,2 millones en el 2002. Los gastos de inversión se mantuvieron estables.

Los ingresos operacionales han tenido un incremento, que en la vigencia 2003 es mayor al de las dos vigencias pasadas.

Gráfico 2. Indicadores financieros



Fuente: Estados Financieros. Hospital Nazareth.

Como se puede observar en el Gráfico 2, en las tres vigencias se ha obtenido un excedente o utilidad del ejercicio, lo cual se ve influenciado por el aumento de los ingresos operacionales que afectan la utilidad del ejercicio.

DISCUSIÓN

En la localidad de Sumapaz hasta el año 2001 las barreras de acceso geográfico, las distancias entre las viviendas y las sedes de atención, las condiciones de vías, las posibilidades de transporte de las personas, las dificultades en tiempos y horarios para la atención en salud, los costos de oportunidad por el tiempo que tenían que dedicar para acceder a una consulta en el centro asistencial y los costos directos relacionados con el transporte y/o alimentación en algunos casos, traían como consecuencias el acceso al servicio casi únicamente si la persona presentaba un estado patológico que no pudiera ser manejado en la casa (remedios caseros, automedicación). Esto generaba poca demanda por consulta externa, consulta de prevención y promoción y una gran demanda en los servicios de urgencias y hospitalización, de alguna manera influenciados por el problema de orden social. Sumado a esto, el equipo humano en cada sitio era de dos turnos conformados por un médico, un odontólogo, un enfermero y un promotor que tenían una semana de trabajo asistencial y una semana de trabajo administrativo.

A partir del año 2002 el Hospital de Nazareth I nivel ESE inicia la construcción conjunta de un modelo de prestación de servicios en salud, donde se toma al individuo como un ser biosicosocial que se desarrolla en un contexto social primario (familia) y secundario (sociedad), donde maneja estilos, modos y condiciones de vida distintos que se ven reflejados en su proceso de salud-enfermedad. Así, este individuo pasa de ser objeto a ser sujeto de sus intervenciones en salud.

En este momento se inicia un trabajo de caracterización de la población (se emplea el tiempo administrativo de los turnos) donde se reconoce el contexto familiar (visitas domiciliarias), escenario que permite observar y acercarse a la realidad de las familias que en un consultorio normalmente no son identificadas con el mismo grado de profundidad.

Las visitas e intervenciones en las casas, lugares de trabajo (cultivos, escuela) tomando a la familia como sujeto de intervención, eliminan las barreras de acceso geográfico, económico y de tiempo en las personas, siendo estos los espacios perfectos para iniciar la sensibilización y concientización que permiten desarrollar un trabajo concertado en salud en el que se crean estrategias desde su realidad, permitiendo ser efectivas y eficaces para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, mostrando así mismo rentabilidad social.

La línea de base establecida permitió que a partir de las necesidades identificadas se realizara la propuesta de modificación en algunas líneas del plan de atención básica, como son enfermedades crónicas, discapacidad, salud mental y educación para el amor, donde existe un esfuerzo realizado por los profesionales de salud que buscan estudiar, conocer, analizar, interpretar e intervenir el contexto de la familia en un trabajo con sus integrantes, siendo una labor más integral, holística e impactante, permitiendo por lo tanto, mayor efectividad en el estado de salud del individuo, su familia y la comunidad en general. Esta construcción de cultura de prevención y promoción en salud desde la familia permite que el equipo de salud ofrezca unas herramientas desde lo teórico, lo práctico y lo vivencial, que les permita motivar su poder resolutivo frente a las crisis que presenten.

Frente a los resultados obtenidos, la mayor notificación de casos de maltrato posiblemente obedece a factores tales como el aumento de la sensibilidad del sistema de vigilancia apoyado en el reconocimiento desde la comunidad por la labor del Hospital Nazareth en este tipo de situaciones.

Así mismo, la disminución de prevalencia en IRAS puede considerarse como un producto de la gestión del programa institucional de atención a niños con IRA instaurado desde la década de los 80 y la implementación de la estrategia Aiepi a partir del año 2002.

De igual manera, es importante resaltar que posiblemente debido a la concentración de la atención del hospital bajo el esquema del nuevo modelo, se pudo haber generado una disminución del porcentaje de casos desnutrición aguda. Este resultado se puede atribuir a las siguientes razones:

1. Fortalecimiento de las acciones enfocadas a la prevención de la desnutrición.
2. Trabajo con padres y cuidadores, con escolares y profesores.
3. Fortalecimiento del programa de crecimiento y desarrollo, del programa de suplementación con micronutrientes y del programa de lactancia materna.

4. Coordinación entre los sectores de educación, salud, bienestar y Alcalá para el manejo y mejoramiento de los programas de complementación alimentaria.
5. Políticas de la localidad en nutrición.
6. Trabajo intersectorial a través de la coordinación que se lleva a cabo mediante el Plan Local de Alimentación y Nutrición en el cual participan todas las instituciones con influencia en la localidad y que lidera el Hospital Nazareth.

Por otro lado, la gestión administrativa y financiera se enmarca dentro del desarrollo del Modelo de Prestación de Servicios en Salud Familiar con enfoque de riesgo, el cual llevó a redireccionar algunas metas y estrategias para dar cumplimiento al desarrollo del mismo. Una de las principales estrategias que se redireccionaron fue la consecución de recursos con nuevos pagadores, con el objetivo de lograr la autosostenibilidad financiera y así poder cumplir con todos los compromisos y el desarrollo de los tres ámbitos de atención del modelo de prestación, los cuales requerían un apoyo constante y sincronizado de la División de Apoyo Logístico.

Lo mencionado anteriormente generó revisión de procesos y procedimientos en todas las áreas administrativas, actividad que se encuentra en desarrollo actualmente y que permitirá que el área misional de la institución pueda contar con el apoyo logístico necesario para el cumplimiento del 100% de sus actividades.

Se implementaron estrategias para lograr la contención en el gasto y al mismo tiempo mantener una buena calidad en la prestación de los servicios de salud. Dichas estrategias fueron: realización de contratos de prestación de servicios solamente cuando no existía personal de planta y únicamente para desarrollar funciones esenciales, programación de vacaciones a todos los funcionarios dentro de la vigencia actual para evitar reajustes en años posteriores con incremento de salario, redistribución de funciones buscando optimizar el recurso humano existente, y aprovechamiento del recurso humano de la Administradora de Riesgos Profesionales para la capacitación relacionada con salud ocupacional y dentro de los beneficios del contrato. Con relación a las cifras de inversión, en términos generales y analizados a precios constantes de 2003, éstas se mantuvieron; sin embargo, es de mencionar que se logró un ahorro importante en cuanto al consumo de medicamentos, material médico quirúrgico, insumos de odontología, etc. Las siguientes medidas pudieron haber influido en estos resultados: toda adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios se reali-

zó siempre consultando las propuestas de negociación conjunta liderada por la Secretaría Distrital de Salud y la participación de todos los hospitales. Igualmente las compras de medicamentos obedecieron a lo requerido por el nuevo modelo de prestación de servicios en Salud Familiar con enfoque de riesgo, la Coordinación de Suministros verificó el récord de consumos por dependencias, el seguimiento a los profesionales de salud en cuanto a cumplimiento de protocolos relacionados con entrega de medicamentos y el seguimiento al kárdex de medicamentos en cada uno de los centros asistenciales.

Los períodos analizados muestran el fortalecimiento y mantenimiento financiero de la institución, debido a un manejo eficiente de los recursos que se refleja en los indicadores.

CONCLUSIONES

- Las visitas domiciliarias pudieron favorecer el desarrollo de las acciones de la demanda inducida, al generarse una disminución de barreras geográficas y económicas.
- El conocimiento del contexto de los habitantes de la localidad por parte de los profesionales de la salud favoreció el ajuste y consolidación de los programas institucionales con base en planes de cuidado específicos para las familias del Sumapaz.
- Los planes de beneficio del hospital por este nuevo modelo de prestación de servicios lograron cobertura al 100% de la población.
- El trabajo conjunto con las organizaciones comunitarias fortaleció la imagen institucional y permitió la consolidación del Hospital como un líder de trabajo intersectorial.
- El desarrollo de acciones tendientes a deshospitalizar las intervenciones en salud las llevó a un ámbito familiar, educativo y laboral de los individuos.
- La reducción de la demanda de los servicios asistenciales aislados en forma repetitiva mediante la planeación del trabajo basado en el conocimiento del perfil epidemiológico y cultural de la población, logró coberturas óptimas e impacto directo de los programas institucionales.
- Hubo un incremento en el rendimiento del recurso humano a expensas de una mejor programación de tiempos y movimientos.

- Hay evidencia de la evolución positiva de los indicadores trazadores de salud pública en el periodo, lo que podría atribuirse al impacto de las acciones de los programas y proyectos desarrollados por el equipo de salud en la localidad.
- Durante la vigencia 2003 se lograron disminuir notablemente los recursos recibidos por Convenio de Desempeño, logrando un acercamiento a la autosostenibilidad financiera.
- A diciembre 31 de 2003 se obtuvieron excedentes financieros superiores a la meta propuesta en el plan estratégico, lo cual sirvió para apalancar el presupuesto del 2004.

RECOMENDACIONES



- Es importante tener en cuenta la inclusión de las ciencias sociales, comunicación social y pedagogía para el desarrollo de procesos educativos en salud, en la construcción de una cultura en salud (8).
- A fin de poder desarrollar acciones integrales, las autoridades de salud deben tener participación en el desarrollo de políticas en educación, en comercio, en transporte, así como ambientales y culturales.
- Es importante el fomento de investigación en salud familiar con estudios que vayan a un mayor nivel que el descriptivo. La complejidad de los fenómenos colectivos (de familia y de comunidad) exige una observación y medición a través del tiempo, y por ello no basta el análisis de las bases de datos o las revisiones integrativas (11).
- Se hace necesario y urgente establecer normas legales que impidan la fragmentación de la familia frente a la atención en salud, tal como sucede en el régimen subsidiado, en el que los municipios que contratan con más de una ARS afilian a las personas de una misma familia en varias de ellas, dificultando así la atención integral en enfoque familiar (12).
- En consecuencia con la OPS, es importante desarrollar estos proyectos como proyecto de ciudad, involucrando en forma organizada y coordinada todos los actores institucionales y sectoriales comprometidos en los procesos de desarrollo, bajo un enfoque de comunidades saludables y una política unificada proyectada a largo plazo (12).

El trabajo que se está presentando en esta publicación es el resultado de un trabajo en equipo en donde la interacción nos permite entender que somos una familia. Expresamos nuestros agradecimientos y afectuoso saludo a todos los equipos de salud que han pasado por el Hospital Nazareth y que con sus enseñanzas y aprendizaje hemos podido construir un sueño para hacerlo realidad todos los días. Igualmente aprovechamos para agradecer a todos los equipos administrativos que han servido de apoyo como herramienta fundamental de la gestión, así como a las Dra. Andrea Rodríguez por su colaboración en la recolección y organización de la información. No podríamos dejar de señalar y mencionar a la SDS así como a las demás instituciones, ya que con su interacción agregan valor a este gran trabajo social, y sin la menor duda no podría dejar de señalar que el actor más importante y principal de este gran sueño es la comunidad habitante de la localidad de Sumapaz. Es importante señalar las familias de todos nosotros, los servidores del Hospital Nazareth también tienen su grano de arena en esta gran labor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría Distrital de Salud. Diagnóstico local con participación social. Localidad – Sumapaz. 1998. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 1998. p. 63-69.
2. Castaño G. El enfoque de riesgo en la intervención de problemáticas sociales. En: Memorias III Congreso Colombiano de Salud Familiar; Medellín 24 -26 de mayo de 2000. Medellín, Universidad de Antioquia, 2000. P. 5-8.
3. Secretaria Distrital de Salud. Modelo de gestión de servicios de salud en el nivel local para ESE con funciones de I Nivel de atención. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, 2001. P. 10-11.
4. Trejos C. La Salud familiar, un enfoque de atención integral en el contexto de la seguridad social. En: Memorias III Congreso Colombiano de Salud Familiar; Medellín 24–26 de mayo de 2000. Medellín, Universidad de Antioquia, 2000. P. 10-13.
5. Franco G. La salud mental en la familia. En: Memorias III Congreso Colombiano de Salud Familiar; Medellín 24–26 de mayo de 2000. Medellín, Universidad de Antioquia, 2000. P. 37.

6. Martínez L. Promoción de la salud en el ámbito familiar. En: Memorias III Congreso Colombiano de Salud Familiar; Medellín 24 -26 de mayo de 2000. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000. P. 30.
7. González. Q. Programa para implementar la salud familiar en el primer nivel de atención. Presentación de una propuesta de modelo operativo. En: Memorias III Congreso Colombiano de Salud Familiar, Medellín 24 -26 de mayo de 2000. Medellín, Universidad de Antioquia, 2000. P. 77.
8. Martínez R. El modelo de prestación de servicios de salud familiar del proyecto uni-Barranquilla. En: Memorias III Congreso Colombiano de Salud Familiar; Medellín 24 -26 de mayo de 2000. Medellín, Universidad de Antioquia; 2000. p.123-124.
9. Osorio J. Prospectiva educativa en salud familiar. En: Memorias III Congreso Colombiano de Salud Familiar; Medellín 24-26 de mayo de 2000. Medellín, Universidad de Antioquia, 2000. p: 25 -- 27.
10. Rivera. R. Modelo Operativo de Salud Familiar. En: Memorias III Congreso Colombiano de Salud Familiar; Medellín 24-26 de mayo de 2000. Medellín, Universidad de Antioquia; 2000. p: 160.
11. Amaya P. Horizontes de la investigación en salud Familiar. En: Memorias III Congreso Colombiano de Salud Familiar; Medellín 24-26 de mayo de 2000. Medellín, Universidad de Antioquia, 2000. P. 45.
12. Martínez W. Salud Familiar y comunitaria, una propuesta para la construcción de familias y comunidades saludables. En: Memorias III Congreso Colombiano de Salud Familiar; Medellín 24-26 de mayo de 2000. Medellín, Universidad de Antioquia, 2000. P. 59-62.