

Alma Ata Experiencia en el Campo: Experiencia en la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-FBC) Desde La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar (ESNSF)

Dra. Olga Patricia Polo Ubillús

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Subespecialidad en Terapia Familiar Sistémica

MBA en Salud

Maestría en Medicina con mención en Medicina Familiar y Comunitaria

Coordinadora General del Programa de Segunda Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad San Martín de Porres

Asistente del Área de Atención Diferenciada del Adolescente del Hospital Cayetano Heredia

Miembro de la Organización Mundial de Médicos de Familia

Miembro de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria del Perú

Ex Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar del MINSA

Ex Coordinadora General del Programa de Segunda Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

El MAIS-BFC nace con RM N° 464-2011/MINSA, el Equipo Técnico de la ESNSF participó de su elaboración e implementación. El Modelo se basa en dos dimensiones: La operativa que establece lo que se debe desarrollar desde los establecimientos de salud en los 3 sujetos de intervención: persona, familia y comunidad, y la dimensión política cuyo eje son los determinantes sociales a intervenir a través de un trabajo multisectorial con participación de todos los niveles de gobierno para poder responder a los problemas de salud pública.

El Modelo consta de 4 componentes: Gestión, organización, prestación y financiamiento. Y cada uno a su vez tiene elementos a desarrollar para su implementación, con algunos de los cuales contribuimos desde la ESNSF. Cabe mencionar que cuando se construyó el Modelo se basó en la APS-R (Atención Primaria de Salud Renovada).

Es importante mencionar que la Declaración de Alma Ata marco un hito importante que llamaba a la acción a los países participantes. 25 años después la Organización Panamericana de la Salud desarrolla un Documento de Posición después de haber estudiado que había pasado con la salud en el mundo en estos 25 años de allí que nace

el término de APS- Renovada como una necesidad de revitalizar y hacer saber que era más necesaria que nunca y que debía reenfocarse pues en el mundo habían sucedido cambios y se requerían ajustes para volverla a impulsar como estrategia a nivel mundial por ser de necesidad.

La ESNSF busco la implementación en campo del MAIS-BFC en el nivel local (Establecimientos de Salud del primer nivel de atención) que fueron elegidos por el nivel regional para un aprendizaje compartido de manera que se pudiera replicar y ampliar al resto de establecimientos de salud.

Los pasos a seguir fueron los siguientes:

1. Organización de Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria (EBS-FC): Tomando en consideración las normas de categorización se formalizaban estos equipos que mínimo debían constar de Médico, enfermera(o), obstetra y técnico (a) de enfermería, debiendo ser completos a partir de la categoría 1-3. Si había otros profesionales de la salud también pertenecían al EBS-FC y se debían incorporar más profesionales de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población asignada (Elemento de Gestión del Recurso Humano).

2. Sensibilización y organización de la comunidad: Se construyeron directorios de actores claves (autoridades, agentes comunitarios, líderes, entre otros) a los que se les convocó y se conformaron los SIVICOS (Sistemas de Vigilancia Comunitaria). No solo se logró su conformación sino su participación en el presupuesto municipal al constituirlos como Juntas Vecinales (Elemento de gestión y planificación con enfoque territorial). En las comunidades en donde ya se contaba con algún tipo de organización comunitaria se trabajaba con la misma dándole las funciones del SIVICO.
3. Mapeo y Sectorización: Corresponde al elemento de Organización para la atención intra y extramural. En los lugares en que los gobiernos locales contaban con catastro se trabajaba con los mismos y en los que no se realizaba el catastro con el EBS-FC y los SIVICOS. Una vez sectorizado se distribuían a los recursos humanos como responsables de los sectores. Generalmente había técnicos de enfermería con sectores directamente encargados sin embargo los profesionales de la salud podían tener más de un sector encargado por la poca disponibilidad y por ende debían visitar solo los casos de mayor complejidad. Es importante resaltar que este trabajo se desarrolló con la participación de actores claves y ciudadanía (enfoque territorial).
4. Levantamiento de información a través del Censo Comunitario: Se realizó con la aplicación de la Ficha Familiar (RM N°597-2015/MINSA- NTS N°022-MINSA/DGSP V.02) en hogares de la población asignada. Cabe mencionar que por falta de recursos en comunidades grandes se priorizaron sectores de alta vulnerabilidad y considerando la cantidad de recursos humanos (se podía intervenir 125-200 familias por cada recurso humano en el año); por lo tanto, se censaban la cantidad de familias a intervenir. Otra forma fue el desarrollo de un censo rápido con criterios de vulnerabilidad y luego se procedía al llenado de las fichas familiares en las familiares con mayores riesgos (ligadas a los indicadores trazadores que pedían las estrategias y etapas de vida). Este proceso corresponde también al elemento de organización para la prestación intra y extramural, pues se recogían riesgos individuales por etapas de vida, familiares y hasta comunitarios; además servía de insumo para la elaboración del ASIS Local (Análisis de la Situación de Salud Local).
5. Análisis de la información del censo con las fichas familiares recogidas de los hogares (Análisis externo) y Toma de la Línea de Base con la RM N°520-2010/MINSA (Análisis Interno de los servicios que otorgaba el establecimiento de salud). Ambos sirvieron de insumo para la elaboración del ASIS local y la Planificación Estratégica. Corresponden a los elementos de Gestión: Reorientación de los servicios de salud a la calidad y de Organización de servicios para la atención intra y extramural. Es importante mencionar que la ESNF solo aplicaba la línea de base de los macroprocesos de atención integral por corresponder de manera directa en ese momento a la Dirección de Atención Integral de Salud. Este fue un elemento clave por que permitía a los EBS-BF ver cuáles eran los procesos que no se desarrollaban en forma correcta y proponerlos dentro de los planes de mejora de la calidad de atención para su respectivo desarrollo. Estos procesos incluían todos los estándares de calidad de servicios y redes integradas para la APS- Renovada.
6. Presentación del diagnóstico censal a la comunidad y priorización de problemas con la comunidad: Una vez con el ASIS elaborado se presentaba a la comunidad para la Planificación Estratégica con enfoque territorial.
7. Elaboración participativa del Plan de Salud Local (PSL) con participación del Gobierno Local que consideraba 2 líneas de trabajo:
 - 1ra Línea de trabajo: A ser desarrollada en forma directa por el EBS-FC que comprendía:
 - A. Atención Integral a la persona por etapas de vida a través de la entrega del PAIS (paquete de atención integral de salud) y a la familia como unidad:
 - B. Atención de las necesidades de salud de las Familias por ciclo vital: PAIFAM (paquete de atención integral de salud a la familia como parte de la ficha familiar).
 - 2da Línea de trabajo: Abordaje de los determinantes sociales en la persona, familia y la comunidad:
 - A. En la persona y la Familia: a través de la promoción de comportamientos y estilos de vida saludables, vigilancia y seguimiento del saneamiento básico de la vivienda y medio ambiente con el desarrollo de intervenciones priorizadas por la Dirección de Promoción de la salud y el Programa de Familias y viviendas saludables. Estas Líneas de trabajo corresponden al elemento de prestación: Énfasis en la Promoción de la salud y Prevención de enfermedad y atención integral a la persona y familia
 - B. Comunidad: Con el trabajo articulado del EBS-FC, Gobierno Local y SIVICOS para la Implementación de los programas de la Dirección de Promoción

de la salud: Municipios, Instituciones Educativas, Centros Laborales y Comunidades Saludable. Estas Líneas de trabajo corresponden al elemento de Gestión territorial: Énfasis en la Promoción de la salud y actuación sobre los determinantes sociales.

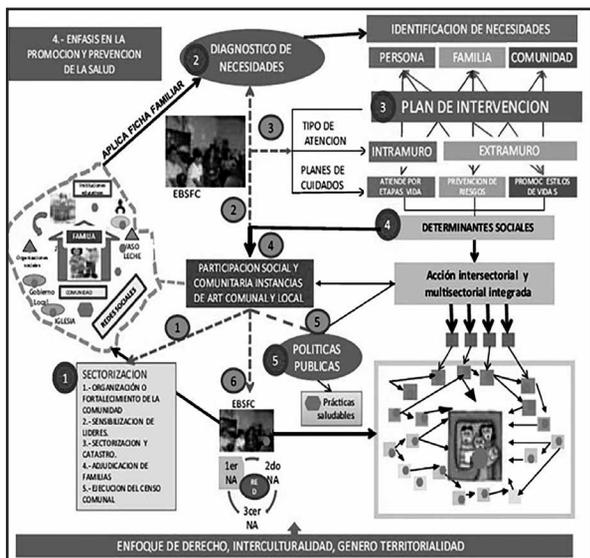
8. Seguimiento, monitoreo, evaluación e implementación de las intervenciones. A través de indicadores de acuerdo con las normativas vigentes y que respondía al elemento de Gestión:

Dirección y control gerencial. Es importante resaltar que en este punto se avanzó poco debido a la falta de un sistema integrado de información.

Lo anteriormente descrito y que fue desarrollado por la ESNSF en los Establecimiento Pilotos que definían las regiones, fue adaptado localmente de acuerdo al contexto y obedece a la implementación de lo descrito en el Gráfico N°1:

Gráfico N° 1

Implementación del MAIS-BFC en el Primer Nivel de Atención



Fuente del Gráfico: MAIS-BFC (RM N° 464-2011/MINSA)

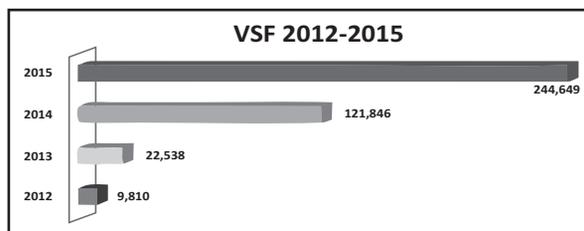
Avances y logros:

El trabajo de La ESNSF corresponde al periodo 2010-2015. Durante el 2010 y 2011 no se pudo consolidar la información por falta de articulación con el sistema de registro del HIS.

A partir del 2012 se tiene datos reportados con la intervención en 9810 hogares a través de la visita de salud familiar llegando a intervenir 244,649 hogares a octubre del 2015 (datos de reporte del cubo HIS), que constituyeron la intervención del 11.6% de hogares vulnerables (pobres y extremadamente pobres) a nivel país (Gráfico N°2).

Gráfico N° 2

Implementación del MAIS-BFC a través de la Visita de Salud Familiar



Fuente: Reporte Cubo HIS 2012-201

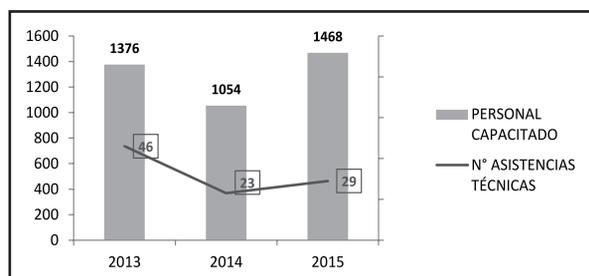
Durante el 2015 se llegaron a desarrollar 17,250 sesiones educativas por etapas de vida y familias correspondientes a los temas priorizados de promoción de la salud.

Fueron captadas 37,303 patologías a través de la visita de salud familiar. El 58.2% de las patologías crónicas captadas no habían sido atendidas en los servicios de salud, lo que significó mejorar el acceso a la atención y sobre todo iniciar el control para evitar las complicaciones. De otro lado el 49.8 de las patologías no crónicas captadas a través de la visita de salud familiar tampoco habían acudido para su atención en los servicios de salud.

En cuanto al desarrollo de competencias en el recurso humano a través de la capacitación se realizaron 46 asistencias técnicas a través de talleres en el 2013 con 1376 personas capacitadas de los EBS-FC, 23 talleres en el 2014 con 1054 capacitados y 29 en el 2015 con 1468 personas capacitadas.

Gráfico N° 3

Personal capacitado en la implementación del MAIS-BFC a través de Asistencias Técnicas de la ESNSF en el Primer Nivel de Atención 2013-2015 de la ESNSF

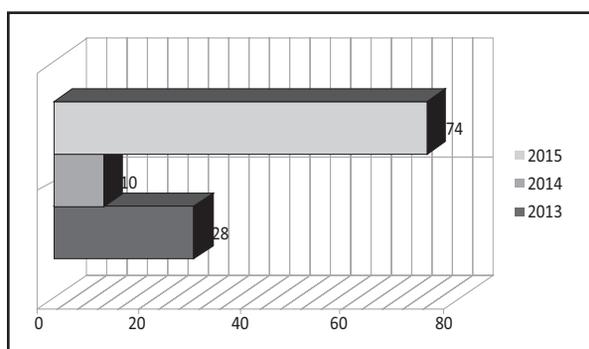


Fuente: Informes de la ESNSF 2013-2015

La toma de línea de base con la RM N°520-2010/MINSA específicamente de los macroprocesos de atención integral fue desarrollada en 28 establecimientos de salud del primer nivel de atención durante el 2013, 10 en el 2014 y 74 establecimientos de salud durante el 2015.

Gráfico N° 4

Línea de Base de los Macroprocesos de Atención Integral de Salud en EESS DEL Primer Nivel de Atención 2013-2015 de la ESNSF



Fuente: Informes de la ESNSF 2013-2015

En el 2014 ya contábamos con 1274 establecimientos de salud que se encontraban implementando el MAIS-BFC, subiendo esta cifra a 1703 establecimientos de salud que corresponde al 21.8 % de establecimientos de salud del primer nivel en el país. En su mayoría I-1 y I-2.

Dificultades y recomendaciones

En la elaboración del MAIS-BFC se describen las condiciones de éxito A Nivel Político (Nacional, Regional y local), a nivel Estratégico (DISAS, DIREAS y Redes) y a nivel operativo (Establecimientos de Salud), que describiremos a continuación:

1. Nivel Político:

- **Financiamiento equitativo y sostenible:** Se tuvo que trabajar con el financiamiento existente, el cual está por debajo de lo requerido. Esto significó que el acceso sea para los más vulnerables, dejando al resto de la población asignada a la demanda espontánea, por lo que se recomienda ampliar el financiamiento en salud.
- **Rol del estado en el abordaje de los determinantes sociales de la salud:** Se ha avanzado con la elaboración de Planes Multisectoriales, sin embargo, la participación es abierta y circunstancial, esto genera que los planes queden sujetos a la buena voluntad de los sectores y bajo cumplimiento en las metas, por lo que se recomienda mayor seriedad en el monitoreo, seguimiento y evaluación para todos los sectores y metas alineadas al presupuesto por resultados y transversales a todos.
- **Política de Desarrollo de Recursos Humanos:** En dotación se mejoró con el SERUMS, sin embargo, no tienen permanencia en el tiempo para lograr la longitudinalidad en el cuidado de la salud. En cuanto al desarrollo de competencias se participó del PROFAM (Programa de Formación en MAIS-BFC) que condujo la DGGDRH (Dirección General de la Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos) que en su primera etapa fue a través de un Diplomado presencial en pilotos y que dio buenos resultados sin embargo no se mantuvo en el tiempo por la alta rotación del recurso humano. En su segunda etapa se extendió y virtualizó a nivel nacional. Algunas Regiones como Huancavelica persistieron en el tiempo con mejores resultados a través de la formación continua gracias a la Cooperación Internacional de Medicus Mundi Navarra. De igual forma OPS apoyo en otras regiones como Amazonas y Solaris en Andahuaylas.
- **Modernización de la tecnología:** Se tuvo dificultades en este aspecto por falta de financiamiento. Se lograron sin embargo la implementación de sistemas georeferenciales y aplicativos virtuales como el SISFAC en Huancavelica para manejar la información de la ficha familiar, en Lambayeque también un grupo local desarrollo un programa similar, así mismo Loreto y Lima, con el apoyo de la cooperación internacional, no se logró el alcance nacional por la falta de financiamiento en el Nivel Central.

- Fortalecer el Marco jurídico: Cuando se elaboró el MAIS-BFC se quería que se convirtiera en Ley para darle el peso necesario para su implementación, lo cual no se dio quedando como un Documento Técnico que establecía las bases filosóficas y conceptuales. Se generaron varios decretos supremos en el marco de la reforma en salud y del modelo que fueron derogados por el cambio de gobierno.

2. Nivel Estratégico:

- Gestión con enfoque territorial y planeamiento en Red: Se llegó a legislar un decreto ley que establecía las RIAPS (Redes de Atención Primaria de Salud), el mismo que fue derogado y no se reglamentó. Las capacitaciones siempre fueron dirigidas al personal operativo, con poca presencia de autoridades regionales con capacidad decisora, lo que también generó un pobre compromiso en la implementación en muchas regiones del país.
- Organización de los servicios de acuerdo con las necesidades de la población: Solo algunas regiones cuentan con ASIS actualizados y elaborados de manera participativa, lo que hace que las autoridades y en general el personal de salud no se comprometa en su implementación. Por lo tanto, es necesario el involucramiento en este proceso.

3. Nivel Táctico Operativo:

- Énfasis en acciones de promoción y prevención con orientación familiar y comunitaria, así como trabajo extramural: En las últimas décadas la formación ha

sido hospitalocéntrica y centrada en el daño, por lo que se requiere un cambio basado en el desarrollo de competencias para la implementación de la APS-R desde el pregrado y escuelas técnicas.

- Reorientación de los servicios hacia la calidad: Existen las políticas y normas del MINSA, sin embargo, no se socializan y poco se implementan, esto también debido a la falta de financiamiento, pobre involucramiento de los decisores regionales y alta rotación de los mismos y del personal operativo. Por lo tanto, la recomendación es que en las Redes deben formarse equipos que se encarguen de socializar y monitorear la implementación de la normativa, específicamente de la RM N°520-2010/MINSA para fortalecer el primer nivel de atención.

Bibliografía:

- Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA que aprueba EL Documento Técnico: "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria Renovada".
- Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el documento técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad".
- Oficina de Estadística e Informática del MINSA- Cubo HIS 2012-2015.
- Informes de la ESNSF 2012-20157/MINSA.