

SIMPOSIO A 40 AÑOS DE ALMA ATA, CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

SYMPOSIUM 40 YEARS FROM ALMA- ATA INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE

1. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Subespecialidad en Terapia Familiar Sistémica; 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; 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

Financiamiento: propio de la autora.

Conflictos de interés: la autora declara no tener conflictos de interés.

Recibido: 8 agosto 2018

Aceptado: 26 agosto 2018

Correspondencia:

✉ oppu1@hotmail.com

Citar como: Polo Ubillús OP. Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):375-381. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2100>

Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar

Experience with the implementation of the Model of Family and Community-based Integrated Health Care within the National Family Health Strategy

Olga Patricia Polo Ubillús¹

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2100>

ABSTRACT

The Model of Family and Community-based Integrated Health Care (MAIS-BFC, by its initials in Spanish) is a set of strategies, procedures and tools that, when complemented, organize the Health System in order to respond to the health needs of individuals, families and the community, allowing comprehensive care levels of health. Following the steps for the implementation of a MAIS-BFC, an experience is presented from the National Family Health Strategy corresponding to 2010-2015. The intervention of 244 649 households is reported until October 2015, constituting 11.6% of vulnerable households. Likewise, 17 250 educational sessions were developed where priority was given to health promotion issues. As a result, 37 303 pathologies were identified through the family health visit, of which 58.2% were chronic pathologies and 49.8% were non-chronic pathologies detected but never treated. Regarding the development of skills in human resources, 46 technical assistances was carried out through workshops in 2013 with 1 376 people trained, 23 workshops in 2014 with 1 054 trained and 29 in 2015 with 1 468 people trained. Regarding the baseline of macro processes carried out in 28 establishments, in 2014 there were 1 274 health establishments implementing the MAIS-BFC, increasing the figure to 1 703 health establishments, corresponding to 21.8% of first level health establishments in the country. All this meant an improvement in access to health care, especially at the beginning of an exhaustive control that would benefit by avoiding complications in the future.

Key words: Implementation, Model of Family and Community-based Integrated Health Care, National Family Health Strategy.

RESUMEN

El Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) es un conjunto de estrategias, procedimientos y herramientas que, al complementarse, organizan el Sistema de Salud con el fin de responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los niveles de atención de salud. Siguiendo los pasos para la implementación de un MAIS-BFC, se presenta una experiencia desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar (ESNSF) correspondiente al 2010-2015. Se reporta la intervención de 244 649 hogares a octubre del 2015, constituyendo el 11,6% de hogares vulnerables del Perú. Asimismo, se desarrollaron 17 250 sesiones educativas donde se priorizó temas de promoción de la salud. Como resultado, se captaron 37 303 patologías a través de la visita de salud familiar, de las cuales 58,2% fueron patologías crónicas y 49,8% patologías no crónicas nunca tratadas. En cuanto al desarrollo de competencias en el recurso humano, se realizaron 46 asistencias técnicas a través de talleres en el 2013 con 1 376 personas capacitadas, 23 talleres en el 2014 con 1 054 capacitados y 29 en el 2015 con 1 468 personas capacitadas. Respecto a la línea de base de macro procesos realizada en 28 establecimientos, en el 2014 se contaba con 1 274 establecimientos de salud implementando el MAIS-BFC, incrementando la cifra a 1 703 establecimientos de salud correspondiendo al 21,8% de establecimientos de salud del primer nivel en el país. Todo ello significó una mejora en el acceso a la atención en salud, sobre todo al inicio de un control exhaustivo que beneficiaría al evitar complicaciones a futuro.

Palabras clave. Implementación, Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar.



INTRODUCCIÓN

La atención de salud debería plantearse como un proceso continuo que centre su atención en las familias; priorizando actividades de promoción y prevención en salud, así como la preocupación en las necesidades de salud ante la aparición de enfermedad, con el fin de brindar herramientas para su autocuidado⁽¹⁾. Un Modelo de Atención en Salud se presenta a modo de respuesta óptima a las necesidades de salud de una población⁽²⁾. Es un modelo de organización del sistema de salud promisorio para abordar los problemas de salud, incluida la gestión eficaz y la prevención de enfermedades crónicas, logrando resultados de salud más equitativos e involucrando a las comunidades en la planificación y gestión de servicios⁽³⁾. Por lo tanto, el modelo de atención describe el tipo de respuesta que la comunidad desea recibir y mantener. En definitiva, MAIS-BFC, se describe como un conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que trabajados en conjunto garantizan la atención de salud de la persona, familia y comunidad con el propósito de satisfacer sus necesidades⁽²⁾. Su enfoque en la equidad significa que es especialmente adecuado para desarrollar enfoques de salud de la población que incluyen una consideración especial de las necesidades de los grupos de población que tienen un peor estado de salud⁽⁴⁾.

METODOLOGÍA DE LA OBTENCIÓN DE DATOS

El MAIS-BFC nace con la RM N° 464-2011/MIN-SA; el Equipo Técnico de la ESNF participó de su elaboración e implementación. El Modelo se basa en dos dimensiones: a) la operativa, que establece lo que se debe desarrollar desde los establecimientos de salud en los 3 sujetos de intervención: persona, familia y comunidad; b) 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 ESNF. Cabe mencionar que cuando se construyó el Modelo se basó en la APS-R (Atención Primaria de Salud Renovada).

La ESNF buscó 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 I-3. Si había otros profesionales de la salud, también pertenecían al EBS-FC y se debían incorporar más profesionales de acuerdo al 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 a 200 familias por cada recurso humano en el año); por lo tanto, se censaba 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 ESNSF 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, porque 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:
 - A. 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).
 - B. 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 Saludables. 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 a 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 ESNF en los establecimientos pilotos que definían las regiones, fue adaptado localmente de acuerdo al contexto y obedece a la implementación de lo descrito en el gráfico 1.

AVANCES Y LOGROS

El trabajo de La ESNF 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 9 810 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 2).

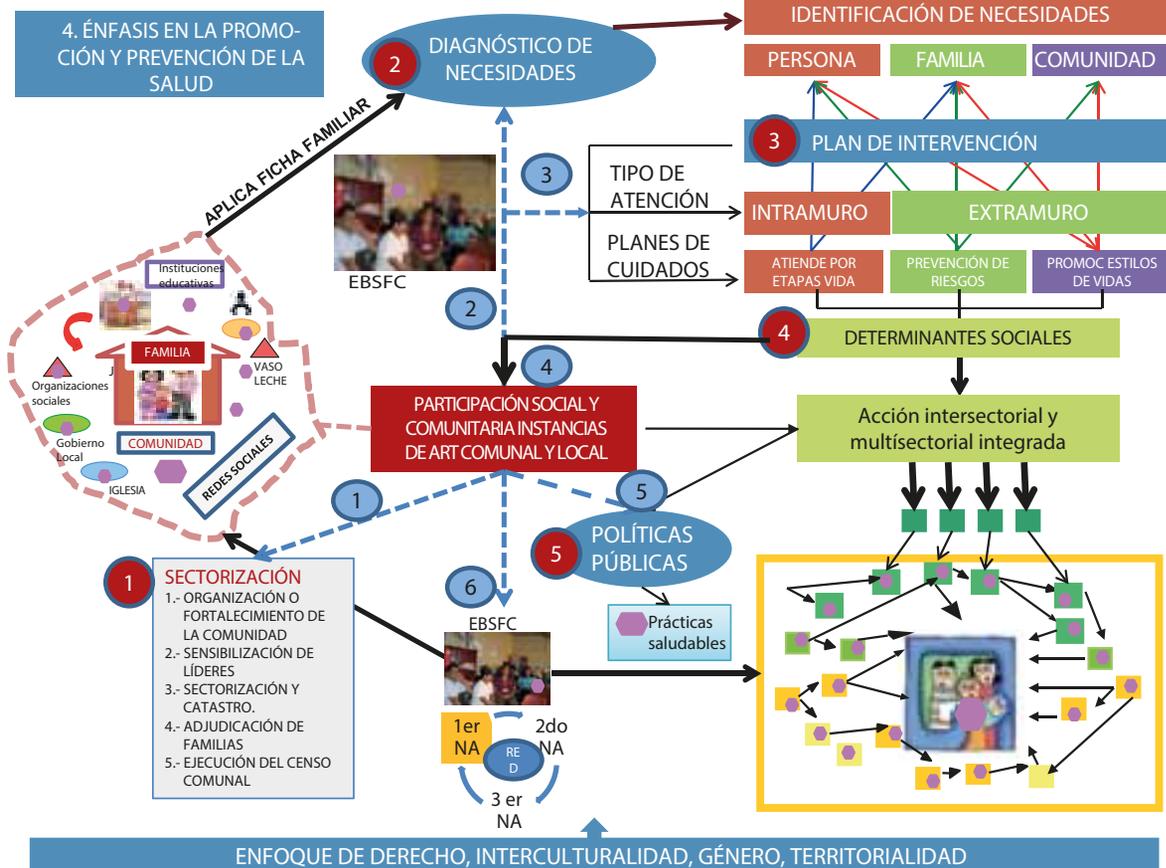
Durante el 2015 se llegaron a desarrollar 17 250 sesiones educativas por etapas de vida y familias correspondientes a los temas priorizados de promoción de la salud.

Se captaron 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 1 376 personas capacitadas de los EBS-FC, 23 talleres en el 2014 con 1 054 capacitados y 29 en el 2015 con 1 468 personas capacitadas.

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 2014 y 74 establecimientos de salud durante el 2015.

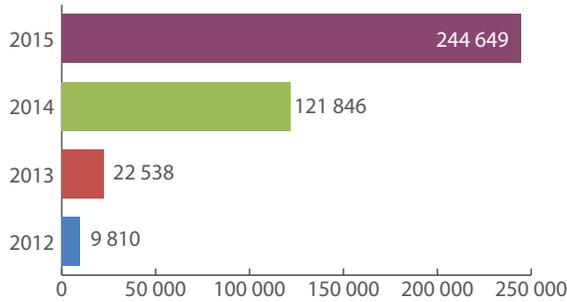
GRÁFICO 1. IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS-BFC EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente del Gráfico: MAIS-BFC (RM N°464-2011/MINSA)⁹.



GRÁFICO 2. IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS-BFC A TRAVÉS DE LA VISITA DE SALUD FAMILIAR (VSF) 2012 A 2015.



Fuente: Reporte Cubo HIS 2012-201

En el 2014 ya contábamos con 1 274 establecimientos de salud que se encontraban implementando el MAIS-BFC, subiendo esta cifra a 1 703 establecimientos de salud que corresponden a 21,8% de establecimientos de salud del primer nivel en el país, en su mayoría I-1 y I-2.

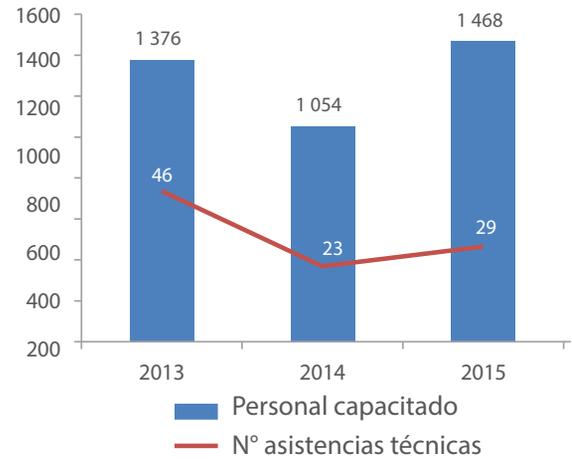
DIFICULTADES Y RECOMENDACIONES

En la elaboración del MAIS-BFC se describen las condiciones de éxito a nivel Político (nacional, regional y local), a nivel Estratégico (DISAS, DIRESAS y Redes) y a nivel operativo (Establecimientos de Salud), que describiremos a continuación:

1. Nivel político:

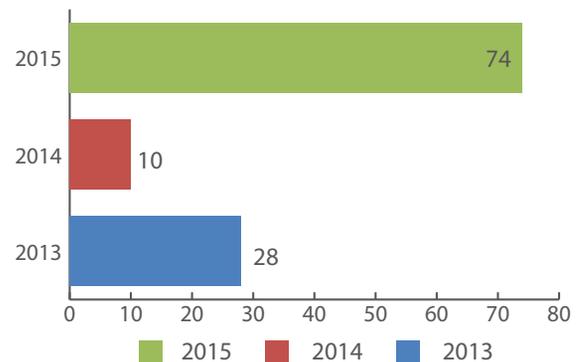
- **Financiamiento equitativo y sostenible:** Se tuvo que trabajar con el financiamiento existente, el cual está por debajo de lo requerido. Esto significó que el acceso sea para los más vulnerables, dejando al resto de la población asignada a la demanda espontánea, por lo que se recomienda ampliar el 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 cumplimiento bajo 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

GRÁFICO 3. PERSONAL CAPACITADO EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS-BFC A TRAVÉS DE ASISTENCIAS TÉCNICAS DE LA ENSNF EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2013-2015 DE LA ENSNF.



Fuente: Informes de la ENSNF 2013-2015

GRÁFICO 4. LÍNEA DE BASE DE LOS MACROPROCESOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN EESS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2013-2015 DE LA ENSNF.



Fuente: Informes de la ENSNF 2013-2015

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 apoyó en otras regiones como Amazonas y Solaris en Andahuaylas.

- **Modernización de la tecnología:** se tuvo dificultades en este aspecto por falta de financia-



miento. Se logró sin embargo la implementación de sistemas georeferenciales y aplicativos virtuales como el SISFAC en Huancavelica para manejar la información de la ficha familiar (Apoyo de *Medicus Mundi* Navarra); en Lambayeque también un grupo local desarrolló 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, algunos 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 DL 1166), el mismo que no se llegó a reglamentar. 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 a 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.

Participación ciudadana individual y colectiva: el desarrollo del sistema de salud en las últimas décadas ha traído cosas buenas, como entender que la salud es un derecho, pero también cosas malas, como deslindar la responsabilidad; y entender que también es un deber y que la construcción de la salud es una tarea de todos. Es importante por ello desarrollar una cultura de autocuidado y lograr la determinación social de cambios considerando que la salud no solamente es biológica sino social.

CONCLUSIONES

- Mediante la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-FBC) se logró la detección oportuna de patologías crónicas y no crónicas, lo que garantizó el acercamiento hacia la comunidad, familia y persona. Mejorando así, las condiciones de vida de los afectados y cumpliendo con los derechos en salud.
- La búsqueda de la grandeza en el capital humano se logra a través de la capacitación continua, por lo que el recurso humano capacitado durante la implementación del MAIS-BFC en el período 2010 a 2015 representó el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención y gestión. Más aun cuando en el primer y segundo nivel de atención se necesita la incorporación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, así como Técnicos de Atención Primaria de salud.
- Finalmente, la 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) brindó indicios al reconocimiento de las necesidades que, integradas y articuladas de forma correcta con las intervenciones divididas por etapas de vida, familia y comunidad, contribuirían al logro de los Objetivos de Desarrollo sostenible.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carbone F. Salud pública centrada en la persona, la familia y la comunidad [carta]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):837-8.
2. León L. Propuestas por escenario del modelo de atención integral basado en familia y comunidad. *Ministerio de Salud*; 2013.
3. Lawless A, Freeman T, Bentley M, Baum F, Jolley G. Developing a good practice model to evaluate the effectiveness of comprehensive primary health care in local communities. *BMC Fam Pract*. 2014;15(99):1-9. doi: 10.1186/1471-2296-15-99.
4. Giraldo A, Vélez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Aten Primaria*. 2013;45(7):384-92.
5. Dirección General de Salud de las Personas. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. Documento técnico. Lima: Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC; 2011.
6. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). [Online].; 2018 [consultado el 24 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)).
7. Decreto Legislativo N° 1166, Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.
8. Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
9. Decreto Supremo N° 004-2003-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
10. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
11. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
12. Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria.
13. Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, que aprueba la Política General de Gobierno al 2021.
14. Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.

