



REVISTA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD Y MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCION PRIMARIA **RAMPA**

MEDIO DE EDUCACION CONTINUA PARA LOS
EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD
PUBLICACION TRIMESTRAL DEL INSTITUTO
DE DESARROLLO INTEGRAL, SOCIAL Y
FAMILIAR DEL PERU(IDEFI PERU)

Comité Editorial

COMITÉ EDITORIAL CENTRAL

Editor principal:

Dr. Miguel Suárez Bustamante. Médico Familiar, Salubrista. Universidad Peruana Cayetano Heredia. IDEFI PERU.

Editores asociados:

Dra. Patricia Polo Ubilluz. Médica Familiar. Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Dra. Sofía Cuba Fuentes. Médico Familiar. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Dr. Neptalí Cueva Maza. Médico Generalista. C.S.Pilcopata, Cusco. Centro Nacional de Salud Inter-cultural (CENSI) del Instituto Nacional de Salud.

COMITÉ CONSULTOR POR ESPECIALIDADES

Dr. Leandro Huayanay Falconí. Médico Internista. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Dr. Luis Pró Delgado. Médico Nefrólogo, Salubrista. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Dr. Mario Chuy Chiu. Salubrista. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

COMITÉ CONSULTOR EN MEDICINA FAMILIAR - NACIONAL

Dra. Eva Estrella Sinche. Médica Familiar. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Dr. Yuri Alegre Palomino. Médico Familiar. Dirección Regional de Salud de Loreto. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

Dra. Evelyn Goicochea Ríos. Médica Familiar. Red Asistencial La Libertad de ESSALUD. Universidad Cesar Vallejo, La Libertad.

COMITÉ CONSULTOR EN MEDICINA FAMILIAR - INTERNACIONAL

Dr. Miguel Suárez Cuba - Bolivia. Médico Familiar. Policlínica Central La Paz de la Caja de la Seguridad Social de Bolivia. Sociedad Boliviana de Medicina Familiar.

Dr. Raul Urquiza - Argentina. Médico Familiar. Federac. Argentina Medicina Familiar.

Dra. Ralyma Marquez - Venezuela. Médica Familiar. Servicios Médicos Integrales a Domicilio de Caracas. Sociedad Venezolana de Medicina Familiar.

Dr. Rigoberto Centeno Vega - Panamá. Médico Salubrista. Consultor de Servicios y organización de la Prestación. Organización Panamericana de la Salud - Sede Perú.

CONSEJO DIRECTIVO DE IDEFI - PERU

Lic. Rosa Saona Yarmas. Presidente de IDEFI PERU.

Dr. Erick Maguñá Alarcón. Director Desarrollo de Potencial Humano de IDEFI PERU.

Lic. Ena Yamosas Felix. Director Planeamiento y Desarrollo Institucional IDEFI PERU

INFORMACIÓN GENERAL

INSTITUTO DE DESARROLLO
INTEGRAL FAMILIAR
(IDEFI -PERU)

www.idefiperu.org

Inscrita en los Reg. Pub. en 2004.

Nro 11699811

Dirección: Jr. JJ Pazos 106. Lima

21. Perú.

Telefax: 4316460

e-mail: idefiperu@idefiperu.org

Correspondencia científica:
Artículos, Cartas, Anuncios, etc.
rampa@idefiperu.org

Correspondencia Académica:
Artículos, entregas, pruebas y
notas del CADEC,
cadec@idefiperu.org

Correspondencia Institucional
idefiperu@idefiperu.org
secretaria@idefiperu.org

Foro Abierto:

Yahoo group:

<http://es.groups.yahoo.com/group/>

[RAMPA_CADEC/](http://es.groups.yahoo.com/group/RAMPA_CADEC/)

COPYRIGHT

Hechos los depósitos de ley para registrar los nombres, formatos y logos de RAMPA, CADEC e IDEFI-PERU. ISSN: En trámite

ANTI- COPYRIGHT

Todos los textos pueden ser reproducidos citando la fuente.

LOGO RAMPA

El logo simboliza la unión entre los equipos de salud integral y los diferentes actores colaboradores para pasar de las rampas con pendiente descendiente a las rampas con pendiente ascendente.

LOGO IDEFIPERU

El logo resalta a la familia en su vivienda, la cual representan el núcleo básico de la sociedad, y el objeto central del trabajo de IDEFI-PERU.



INSTITUTO DE DESARROLLO
FAMILIAR INTEGRAL
(IDEFI-PERU)

www.idefiperu.org

idefiperu@idefiperu.org



Indice General

RAMPA. Año 1.Vol.1.Núm. 1 – Julio-Setiembre 2006

Páginas 1 - 86

En este número:

NOTA DEL EDITOR

UNA NUEVA VÍA PARA LA EDUCACIÓN CONTINUA DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD...../1

EDITORIAL IDEFIPERU

CONSTRUYENDO EL ESPACIO DONDE LOS IDEALES SE HACEN REALIDAD...../4

TEMA PARA EL DEBATE

EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: COMO SUPERAR LAS DISCREPANCIAS?. ELEMENTOS PARA EL DEBATE...../5

COMENTARIOS DEL COMITÉ EDITORIAL CONSULTOR INTERNACIONAL

COMENTARIOS AL TEMA DE DEBATE SOBRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA/7
Dr. Raúl O. Urquiza - Argentina

EXPERIENCIAS EN MEDICINA FAMILIAR Y ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

MOCHE, LA LIBERTAD: PIONEROS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN EL PERÚ: EL INICIO. (PRIMERA PARTE):/8
Dra Evelyn Goicochea Ríos

NOTICIAS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

NOTICIAS DESDE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LA LIBERTAD...../15
Dr. Manuel Burgos Zavaleta

NOTICIAS DESDE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LORETO...../20
Dr. Yuri Alegre Palomino

NOTICIAS DESDE EL NIVEL CENTRAL DEL SECTOR SALUD - OPS-PERU/24
Dr. Rigoberto Centeno

IDEFIPERU, RAMPA y CADEC EN INTERNET

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
La Información sobre IDEFI-PERU puede consultarse en:
www.idefiperu.org.

RAMPA

Artículos

Las descargas (download) de RAMPA pueden ser realizadas de manera totalmente gratuita en:

www.idefiperu.org/rampa.html

Pueden descargarse como

-Ejemplares de RAMPA completos. 1-2 MB y requieren alrededor de 5-10 minutos en una computadora lenta.

-Eemplares de RAMPA por secciones. Cada sección tiene alrededor de 300-600 Kb y requieren alrededor de 3 minutos en una computadora lenta

-Artículos RAMPA separados. 30-100kb y requieren alrededor de 30 segundos-1 minuto en una computadora lenta

Autores

Para iniciar la colaboración con RAMPA, basta con una carta del autor a la dirección postal de IDEFI-PERU o un e-mail a:

rampa@idefiperu.org

en el que haga llegar su intención de redactar un artículo para alguna de las secciones de la revista.

Aceptado el tema de la colaboración y la sección en la que será publicado, el equipo de Editores de RAMPA se pondrá en contacto con el autor solicitante para viabilizar su participación para uno de los siguientes números de la revista.

(Ver instrucciones para los autores en la sección final de la revista).



INSTITUTO DE DESARROLLO FAMILIAR INTEGRAL (IDEFI-PERU)

www.idefiperu.org
idefiperu@idefiperu.org



REVISTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y MEDICINA FAMILIAR PARA
LA ATENCIÓN PRIMARIA
RAMPA

Indice General

ARTICULOS ORIGINALES

INEQUIDAD EN EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN TRES POBLACIONES RURALES DEL PERU...../27

Dr. Miguel Suárez Bustamante; Dr. Luis Segura García; Estadíst. Richard Mendoza.

ACTUALIZACION

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

Dra. Sofía Cuba Fuentes...../33

CADEC "Curso a distancia de educación continua en Atención integral y salud familiar para los equipos APS" PRIMER CURSO - PRIMERA ENTREGA

«La atención a la Familia y la Medicina Familiar»

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA DINÁMICA FAMILIAR..../38

Dra. Eva Estrella Sinche, Dr. Miguel Suárez Bustamante.

INSTRUMENTOS DE ATENCIÓN A LA FAMILIA: EL FAMILIOGRAMA Y EL APGAR FAMILIAR...../48

Dr. Yuri Alegre Palomino, Dr. Miguel Suárez Bustamante

INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA FAMILIAR/58

Dra. Sofía Cuba Fuentes, Dr. Miguel Suárez Bustamante

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA "USO DE MEDICAMENTOS PARA LA TOS EN NIÑOS"/66

Dra. Sofía Cuba Fuentes

ESTUDIO DE UN CASO INDIVIDUAL-FAMILIAR PARA REPASAR LAS MATERIAS DEL CADEC: FAMILIA MONOPARENTAL CON ADULTO MAYOR POSTRADO Y ADOLESCENTE CON SÍNTOMAS PSICO-SOMÁTICOS...../68

Dra. Patricia Polo, Dr. Miguel Suárez Bustamante

PRUEBA DE AUTO-EVALUACIÓN DEL CADEC...../71

COMENTARIOS DEL COMITÉ EDITORIAL CONSULTOR INTERNACIONAL

COMENTARIOS A LOS ARTÍCULOS DEL CADEC SOBRE ATENCIÓN A LA FAMILIA Y MEDICINA FAMILIAR...../73

Dr. Miguel Angel Suarez Cuba - Bolivia

SECCIONES REGULARES DE LA REVISTA

CORREO DE LOS LECTORES

TABLÓN DE ANUNCIOS

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES DE RAMPA

INSTRUCCIONES PARA PARTICIPAR DEL CADEC

IDEFIPERU, RAMPA y CADEC EN INTERNET

CADEC

Las descargas (download) de CADEC pueden ser bajados de manera totalmente gratuita en: www.idefiperu.org

Antes de realizar dichas descargas se sugiere fuertemente leer las "Instrucciones para los participantes del CADEC" que se encuentran en RAMPA o en la dirección del CADEC antes citada

Texto auto-instructivo: El mismo que aparece en RAMPA, además de presentaciones y otros textos complementarios.

Material Adicional: Algunos fascículos tienen material para lectura adicional al que se presenta en la revista.

Pruebas: Además de la auto-evaluación que forma parte de RAMPA, las entregas del CADEC tienen pruebas de evaluación las cuales deben ser descargadas y posteriormente enviadas a IDEFIPERU de acuerdo a las instrucciones del CADEC.

Si bien el CADEC oficialmente aún no inicia sus actividades, los interesados en participar pueden llenar su ficha de pre-inscripción que está disponible en la página web www.idefiperu.org para ser informados oportunamente del comienzo del curso, y pueden ir revisando a profundidad los textos disponibles en RAMPA.



INSTITUTO DE DESARROLLO FAMILIAR INTEGRAL (IDEFI-PERU)

www.idefiperu.org
idefiperu@idefiperu.org

Nota del Editor

Una nueva vía para la educación continua de los Equipos de Atención Primaria de Salud

RAMPA, busca difundir contenidos clave a la mayor cantidad posible de miembros de los Equipos APS, así como contribuir a generar nuevos conocimientos, y un espacio para debatir y reflexionar sobre nuestras prácticas profesionales, y los diversos aspectos que las influyen y determinan. La versión electrónica de RAMPA es gratuita y no comercializable. Agradecemos su participación a través de artículos, cartas con sugerencias o apreciaciones y anuncios.

A modo de Introducción

Nace una nueva vía para hacer posible la Educación Continua de los equipos de Atención Integral de Salud que trabajan en la Atención Primaria de Salud (Equipos APS). Esta iniciativa busca canalizar a través de la *Revista de Atención Integral de Salud y Medicina familiar para la Atención Primaria* (RAMPA), un conjunto de oportunidades educativas —materiales impresos, cursos, foros, etc— dirigidas a los Equipos APS con el fin de superarse continuamente. Denominamos Equipos APS a los grupos de profesionales y técnicos que, trabajando articuladamente en el primer nivel de atención, deben encarar el desafío de ofrecer Atención Integral de Salud a las personas en todas sus etapas de vida y en el contexto de su familia y comunidad. Incluimos en estos equipos a los médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos y demás profesionales así como a los auxiliares, técnicos e incluso el personal administrativo que tiene contacto con los pacientes y usuarios, y que a partir de dicho contacto puede hacer mucho por mejorar la salud de las personas y familias.

Esta definición puede también extenderse a los profesionales de los servicios de medicina ambulatoria del segundo y tercer nivel de atención que cumplen funciones similares. Complementariamente, puede incluir también a los miembros de los equipos de gestión en el nivel local, sub-regional y regional, que tienen como misión apoyarlos con una adecuada planificación, supervisión, desarrollo formativo y seguimiento.

RAMPA, busca ser un órgano de difusión de contenidos clave que, habiendo sido producidos en los medios académicos, requieren hacerse accesibles a la mayor cantidad posible de miembros de los Equipos APS, contribuyendo así, al desarrollo integral de la familia y la comunidad. Por ello, los editores de RAMPA nos hemos propuesto lograr un corte eminentemente práctico para la revista, priorizando el interés de colocar en palabras sencillas y recomendaciones concretas, los conocimientos habitualmente concentrados en unos pocos profesionales capacitados. Pero al mismo tiempo queremos revalorizar el aprendizaje establecido a través de la experiencia, y ofrecemos secciones orientadas a que los miembros de los Equipos APS expresen sus experiencias y avances, y a partir de ello extraigan enriquecedoras conclusiones.

Adicionalmente, RAMPA desea convertirse en foro de investigación que contribuya a la generación de nuevos conocimientos que nutran nuestras disciplinas de la Atención Primaria de Salud y la Medicina familiar, y al mismo tiempo favorecer un espacio que permita a los miembros de los Equipos APS, debatir y reflexionar sobre nuestras prácticas, y sobre los diversos aspectos que las influyen y determinan.

Como parte de este esfuerzo por favorecer las oportunidades formativas para los miembros de los Equipos APS, IDEFI impulsa

como una sección fundamental de RAMPA, al CADEC: "Curso a Distancia de Educación Continua en Atención Integral y Salud Familiar para los Equipos AIS". El CADEC es auspiciado por la Sociedad Peruana de Medicina Familiar, Integral y Gestión en Salud (SOPEMFIG). Se han iniciado los trámites para que los créditos ofrecidos por el CADEC sean válidos para los diferentes colegios profesionales.

La presente edición de RAMPA trae consigo la primera entrega de contenidos del CADEC, así como las referencias sobre como participar de esta iniciativa formativa, independientemente del lugar donde residan o laboren, y de los tiempos de que dispongan, empleando para ello la magia de este instrumento tan portentoso que es la INTERNET.

Dado que el objetivo de RAMPA es llegar a la mayor cantidad de miembros de los equipos APS, y en concordancia con el espíritu de organización sin fines de lucro de IDEFI, la versión electrónica de esta publicación es gratuita y no comercializable. Nuestra voluntad es hacer de RAMPA un medio masivo, que llegue a todos los miembros de los Equipos APS interesados en estos conocimientos, para lo cual sabemos que una edición impresa es imprescindible. Sin embargo, la falta de recursos hace que RAMPA inicialmente sea un medio exclusivamente electrónico. En un futuro, esperamos poder encontrar fuentes de financiamiento que permitan alcanzarles gratuitamente una versión impresa de la RAMPA a todos aquellos que la soliciten.

Finalmente, deseamos poner a su consideración que RAMPA es un órgano abierto y como tal se alimenta de las colaboraciones de los propios miembros de los Equipos APS y en general de todos los profesionales deseosos de aportar sus conocimientos en materias como la Medicina Familiar, la Atención Integral de Salud, la Atención Primaria, la Salud de la Familia, el Cuidado de la Salud por Etapas de Vida, el Trabajo Comunitario, la Prevención y Promoción de la Salud, la Atención intercultural a poblaciones vulnerables (etnias amazónicas, población quechua-hablante, etc.) la Gestión de la Salud en la Atención Primaria y tantos otros temas relacionados que nos ayudarán a responder mejor a las necesidades de salud de nuestras poblaciones. Su participación es bienvenida y fuertemente alentada, enviándonos sus artículos, al igual que cartas con sugerencias o apreciaciones y anuncios.

RAMPA cuenta con un equipo de editores que hacen posible la revista, al apoyar a quienes redactan sus artículos, ayudándoles a adecuarse a los estándares de la redacción para una publicación con nuestras características, que busca el equilibrio entre un estilo accesible y comunicativo, pero que al mismo tiempo desea ser una publicación seria y confiable.

Por último, los editores desean expresar su agradecimiento a tres bloques institucionales que han contribuido decididamente al surgimiento de RAMPA y del CADEC. En primer lugar al Consejo Directivo y miembros titulares de IDEFI-PERU por su apoyo incondicional a este emprendimiento. También a la Sociedad Peruana de Medicina Familiar Integral y Gestión en Salud (SOPEMFIG) por sus auspicios al CADEC, incluso desde que éste era un boceto de ideas muy preliminares. Igualmente, agradecemos infinitamente el aporte del grupo de ex - residentes de Medicina Familiar de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quienes son la columna vertebral de esta iniciativa, demostrando así que las buenas semillas generan buenas cosechas. Finalmente, deseamos agradecer a todos los colegas y amigos que han apoyado y, estamos seguros, seguirán apoyando los ideales que nutren nuestro trabajo en RAMPA.

En este número...

Tres fascículos importantes inician la oferta educativa del CADEC. Dos de ellos buscan impartir conceptos elementales para brindar una adecuada atención a las familias, lo que debe ser una piedra fundamental de las labores de los Equipos APS. El tercer fascículo presenta definiciones introductorias sobre la Medicina Familiar. Si bien el primero y el tercero de estos fascículos se apartan ligeramente de la idea del CADEC de ofrecer una aproximación formativa instrumental, concreta y directamente útil para la práctica cotidiana de los equipos APS, ellos responden a la necesidad de contar con elementos conceptuales, necesarios para entender mejor los fascículos posteriores. Adicionalmente se aportan evidencias en relación a una decisión común por la que atraviesan muchos profesionales de salud que

están en contacto con niños enfermos de infecciones respiratorias: Se les debe dar medicamentos para la tos, o no?. Estos diversos temas se complementan con el estudio del caso de una familia en la que una madre sola, sus hijos adolescentes y un adulto mayor postrado presentan síntomas y situaciones que ejemplifican los temas expuestos en el CADEC y ayudan a consolidar su aprendizaje.

En el Tema para el debate se pone sobre el tapete un aspecto de gran relevancia para el sistema de salud: la relación entre el Seguro Integral de Salud (SIS) y los establecimientos de Atención Primaria.

En la sección Noticias se presentan dos artículos escritos por los Dres. Burgos y Alegre, Directores de Atención Integral de las Direcciones Regionales de Salud del MINSA de La Libertad y Loreto, respectivamente; los cuales muestran los avances en la Atención Integral de Salud en sus respectivas regiones. Ellos se complementan con un artículo escrito por el Dr. Rigoberto Centeno, Consultor de Servicios y Organización de la Prestación de OPS-Perú, en el cual se detallan los progresos alcanzados por las regiones a las cuales OPS brinda asistencia técnica directa.

Los logros presentados nos llenan de orgullo y nos dan esperanzas de que, al margen de los cambios de gobierno, de gabinete o de Director Nacional, algunos procesos de esta envergadura pueden alcanzar estabilidad si el compromiso regional es consistente.

El reporte sobre la experiencia de la implementación de una iniciativa en Atención Integral en Moche, La Libertad, escrito por la Dra. Goicochea nos muestra como las iniciativas construidas con los recursos y conocimientos locales pueden llegar a niveles inimaginables cuando se desarrollan con empeño, iniciativa y participación de la comunidad. Para quienes no han tenido oportunidad de oír sobre ellos, diremos que los establecimientos de salud de Moche son emblemáticos en la reorganización de servicios

con vistas a ofrecer una atención integral, y sus logros siguen inspirando y alentando la búsqueda de un modelo más integral y humano para las nuevas generaciones. Dada la gran magnitud de información acumulada alrededor de esta experiencia se ha programado su publicación en 2 artículos. La primera parte presentada en este ejemplar se refiere a los inicios de la experiencia, y los protagonistas y circunstancias que la hicieron posible. La segunda parte, que será publicada en un siguiente número, abordará los desarrollos más actuales obtenidos en esta experiencia.

También presentamos un artículo original de los Dres. Suárez y Segura, que desea ayudarnos a tomar conciencia de los múltiples factores que pueden determinar que nuestros servicios de salud tengan una sub-utilización por la población que más nos interesa que hagan uso de ellos. Sus resultados brindan una visión local que complementa aspectos ya presentados por las encuestas nacionales: existe una baja utilización de los servicios de salud, y si deseamos incrementar el uso de los servicios que ofrecemos debemos, por un lado disminuir barreras geográficas y económicas, pero también abordar el aspecto etno-cultural, que puede constituir una barrera importante.

Por último, la Dra. Cuba nos presenta una actualización para los equipos AIS sobre un tema relevante para una de las etapas de la vida que más requiere nuestra atención: La prevención de caídas en el Adulto Mayor. La revisión es relevante porque aborda un punto cuya repercusión en la calidad de vida puede ser muy importante, y porque su prevención es una tarea en la que pueden trabajar de una manera multidisciplinaria los diversos miembros del equipo APS.

Esperando que la información ofrecida en este primer ejemplar de RAMPA les sea de utilidad, los invitamos a participar del CADEC y a unirse a la -esperamos cada vez más importante- legión de visionarios que esperan comenzar a construir el nuevo sistema de salud que el Perú requiere.

EL EDITOR PRINCIPAL

Editorial IDEFIPERU

Construyendo el espacio donde los ideales se hacen realidad

Queremos que IDEFIPERU se convierta en un soporte para todos los abanderados del desarrollo integral de la familia. Para ello, deseamos trabajar juntos dándoles elementos técnicos, capacitación, herramientas gerenciales, en fin, todo lo que requieran para hacer de estos ideales una realidad; y tanto RAMPA como el CADEC son una pequeña parte de lo que anhelamos cristalizar para lograr este objetivo. Bienvenidos al espacio donde los ideales se hacen realidad. Bienvenidos a IDEFIPERU.

Bienvenidos...

Estimados Amigos,

Es un grato placer tomar contacto con ustedes para compartir un ideal...

El ideal de que todas las familias peruanas puedan alcanzar un nivel de desarrollo que les permita alcanzar a cada uno de sus miembros su pleno potencial humano.

El ideal de que cada niño pueda crecer sin que las consecuencias de las enfermedades los alcancen, y que sus padres tengan las herramientas para una crianza saludable, que ayude a su maduración.

El ideal de que los adolescentes puedan definir y reafirmar sus propias identidades sin que para ellos tengan que empeñar su futuro o exponerse a situaciones que los marquen de por vida.

El ideal de que toda madre gestante pueda atravesar su periodo de gravidez con esperanza, tranquilidad y optimismo, con la seguridad de que al final de este período, el alumbramiento sólo traerá alegrías que compartir, y no pérdidas (en la mayor parte de casos prevenibles) que lamentar.

El ideal de que los problemas de la adultez no tengan que llevarse en silencio, sino enfocarse para lograr su resolución; y que el envejecer no equivalga a resignarse al aislamiento y al olvido, sino más bien, equivalga a poder compartir con la comunidad la sabiduría que con el tiempo han venido acumulando.

El ideal de que todas las familias sepan como comunicarse, manejar sus conflictos, superar los eventos desalentadores que indudablemente la vida les traerá, y particularmente que puedan convertirse en un ejemplo para guiar a los futuros ciudadanos, al enriquecimiento de la sociedad.

Cumplir este ideal no es una tarea fácil, y sería prácticamente imposible de acometer si no tuviéramos la seguridad de que hay muchas personas pendientes de esta tarea: trabajadores de salud, profesores, religiosos, trabajadores sociales, voluntarios de organizaciones de base o instituciones no gubernamentales, miembros de familias, etc. La visualización de estas personas se concentra para nosotros en los Equipos de Atención Primaria, los cuales representan la inspiración central de nuestro trabajo.

Queremos que nuestra institución se convierta en un soporte para todos estos abanderados del desarrollo integral de la familia. Para ello, deseamos trabajar juntos dándoles elementos técnicos, capacitación, herramientas gerenciales, en fin, todo lo que requieran para hacer de estos ideales una realidad, y la RAMPA y el CADEC son una pequeña parte de lo que anhelamos cristalizar para lograr este objetivo.

Bienvenidos al espacio donde los ideales se hacen realidad. Bienvenidos a IDEFIPERU

LA PRESIDENTA DE IDEFIPERU

Tema para el debate

El SIS y los Establecimientos de Atención Primaria: ¿Cómo superar las discrepancias?

Presentamos algunos elementos para motivar el debate sobre la búsqueda de soluciones a algunas discrepancias entre el SIS y los Establecimientos de Atención Primaria, como la falta de oportunidad en el reembolso de las prestaciones reportadas al SIS, el importante volumen de rechazos de las solicitudes de reembolso de las prestaciones, la mayor carga de trabajo de tipo administrativo que genera, entre otros aspectos. Los invitamos a participar del debate enviándonos sus aportes, sugerencias, dudas o cuestionamientos a temas_debate@idefiperu.org. En nuestro próximo número presentaremos un resumen de estas participaciones comentadas por especialistas en la materia .

Introducción

El Seguro Integral de Salud (SIS) es: “Un programa social del Ministerio de Salud del Perú, que asegura la atención gratuita de salud a los peruanos que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza”¹. La visión del SIS es “Integrar y contribuir al sistema de aseguramiento universal que garantice el ejercicio pleno del derecho a la salud, impulsando un modelo de atención integral con adecuación social y cultural”². Los recursos financieros del SIS son casi exclusivamente públicos, y provienen tanto del tesoro público como del Fondo Intangible de Salud (FISSAL).

El SIS fue creado y reglamentado a fines del año 2001 mediante Ley N° 27657 y D.S. N° 009-2002-SA, respectivamente. El SIS tiene sus políticas, organización estructural y funcional, claramente definidas en diversos documentos direccionadores, como la Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud (publicada el 29 de marzo, 2003), Cap. XII-artículo 33, inciso «c», el DS No. 013-2002-SA, el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, artículo 13 y 36, y el DS No. 009-2002-SA del 15 de agosto del 2002, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.

Se proponen seis tipos de planes de beneficio, de acuerdo a la población que pretende cubrir. Sin embargo, los más importantes son los tres

primeros, dado que los otros aun no consumen una fracción expresiva de los recursos del SIS. Estos tres planes fundamentales son²:

PLAN A: Niños de 0 a 4 años

PLAN B: Niños y Adolescentes de 5 a 17 años

PLAN C: Gestantes y Puerperas

Impacto Positivo del SIS

En sus primeros 47 meses de trabajo, el SIS brindó aproximadamente 60.3 millones de prestaciones de salud en todo el país, para lo cual se destinaron S/.925 millones de soles del presupuesto sectorial².

Entre enero y diciembre del 2005 se realizaron 14,915,217 atenciones y un total de 11,026,607 afiliaciones, que representaron un valor de producción de S/.23,733,236².

La llegada del SIS y su conjunto institucionalizado de operaciones, procesos y procedimientos, respaldados por una estructura administrativa e informática, y los reembolsos enviados por el SIS constituyen un importante incentivo para que la población

más vulnerable sea mejor focalizada por los prestadores, dado que el SIS repone a los establecimientos de salud los gastos en medicamentos y otros requerimientos auxiliares a la propia atención que anteriormente, para quienes no podían asumirlos como “gasto de bolsillo”, significaban una carga para los establecimientos bajo la modalidad de «exonerados del pago».

¿Qué Opinan del SIS los prestadores de salud?

En términos generales se podría concluir que existe una sensación ambivalente de los prestadores de salud en relación al SIS. Por un lado, se reconoce que contribuye al propósito de ampliar las coberturas de salud al mejorar la accesibilidad de la población pobre y desprotegida al reducir las barreras económicas que limitan su uso de los servicios de salud.

Por otro lado, las remesas del SIS a los Establecimientos de Salud, les proporcionan ingresos que crean mejores y mayores stocks de medicamentos e insumos, especialmente de aquellos que se refieren a la oferta de prestaciones que forman parte del plan de beneficios del SIS.

Adicionalmente, al invertir parte de dichos fondos en el mantenimiento o a la compra de equipos, o la reparación o reforma de la planta física, podría contribuir a mejorar la calidad de los servicios ofrecida a los usuarios.

Aspectos discrepantes

Desafortunadamente, en paralelo a estos aspectos positivos se conoce de discrepancias existentes, al considerar que el sistema podría funcionar mejor de cómo actualmente funciona, lo que genera una especie de antagonismo más o menos encubierto entre los prestadores de salud y la gestión del SIS.

El primer grupo de desavenencias surge de la falta de oportunidad en el reembolso de las prestaciones reportadas al SIS, lo que afecta a los establecimientos de salud, los cuales no tienen como recuperar, en los plazos requeridos, los insumos invertidos en dichas atenciones³.

Igualmente genera malestar el importante volumen de rechazos de las solicitudes de

reembolso de las prestaciones a los asegurados por parte del SIS. La alta tasa de rechazos tiene su origen en los errores que supuestamente cometen el personal de los establecimientos, y debido a que las medicinas recetadas no concuerdan con el parecer de los médicos supervisores del SIS.

Otro elemento de incomodidad proviene de la mayor carga de trabajo de tipo administrativo que genera para el médico tratante el proceso de atención a pacientes del SIS. Este hecho agrava la situación de ya recargada labor de los médicos en los establecimientos de salud al no haber suficiente personal para atender a la población.

¿Qué podemos hacer al respecto?

Los invitamos a participar del debate enviándonos sus aportes, sugerencias, dudas o cuestionamientos a:
temas_debate@idefiperu.org.

En nuestro próximo número presentaremos un resumen de estas participaciones comentadas por especialistas en la materia y, de ser posible, representantes del SIS y el MINSA.

Bibliografía

1. Preguntas sobre el SIS: Información extraída el 2 de febrero del 2006 desde el site de INFOSALUD del Ministerio de Salud:
www.minsa.gob.pe/portal/servicios/infosalud
2. Objetivos del SIS: Información extraída el 2 de febrero del 2006 desde el site del Seguro Integral de Salud:
www.sis.minsa.gob.pe/
3. Seguro Integral adeuda más de 2 Millones de soles a Piura. Noticia extraída el 2 de febrero del 2006 desde el site www.perunoticias.net/modules/news/article.php?storyid=2081-85k
4. Ineficiencia en el seguro integral detectan por encuestas: Información extraída el 2 de febrero del 2006 desde el site de Radio Libertad - Trujillo Miércoles, 06 agosto a las 23:08:21:
<http://www.radiolibertadmundo.com/modules.php?name=News&file=print&sid=335>

Comentarios del Comité Editorial Consultor Internacional

Comentarios al Tema para el Debate: El SIS y los Establecimientos de Atención Primaria.

Dr. Raúl O. Urquiza* - Argentina

En todo servicio de salud deben considerarse todos y cada uno de los participantes:

- Gestores
- Prestadores
- Receptores/Pacientes

Todos ellos cumplen un rol protagónico. Así, si bien es cierto que los servicios de salud deben orientarse a las necesidades y expectativas de la población, los gestores y los prestadores también lo integran estructural y funcionalmente.

Es fundamental al poner en marcha un programa de las características del Seguro Integral de Salud, el mayor consenso posible entre las partes, lo ideal es conseguirlo antes de su implementación, en su etapa de piloto, con el objeto de conseguir una participación y un compromiso muy valioso para el sostenimiento en el tiempo, y para corregir cada situación problemática que vaya apareciendo.

Cuando surgen problemas como los relatados en el artículo comentado, debemos analizarlo como una oportunidad de mejora, una posibilidad de intervenir para perfeccionar el sistema, cumpliendo algunos pasos básicos y accesibles estamos en condiciones de actuar para mejorar. Algunos de ellos son:

1. Detección del problema
2. Análisis de las causas
3. Propuestas de soluciones
4. Ejecutar las acciones para mejorarlo

5. Medir o valorar post intervención, para análisis cuali/ cuantitativo

Son los mismos pacientes, prestadores y gestores, los que mejor conocen el funcionamiento del sistema, cada uno desde su óptica, pero entre todos, seguramente se podrán ir resolviendo conflictos.

Por el contrario, si sólo uno de los integrantes, en este caso los gestores, formulan el sistema, lo evalúan y generan los correctivos al programa, nos perdemos la valiosísima participación de los otros actores, por lo que tendrá seguramente un fuerte sesgo.

No hay demasiadas experiencias de participación de los pacientes, ni de los prestadores en la gestión de los servicios de salud en nuestra América latina, por lo que la situación que describe este tema de debates es con diferentes matices, bastante frecuente. Está en cada uno de nosotros desde el rol que nos toque, intentar conseguir un espacio de participación y reflexión, para una mejora continua del servicio de salud en que nos encontremos.

En un contexto de necesidades socio sanitarias en franco crecimiento, y la limitación de los recursos, se hace imprescindible el aprovechamiento racional de los mismos, con la consecuente mejora de la efectividad y eficiencia, y mayor satisfacción en los pacientes, gestores y prestadores.

(*) Médico Familiar. Ejercicio Independiente Sta Rosa del Conlara. San Luis. Argentina. Miembro del comité de honor de la Asociación Argentina de Medicina Familiar. Presidente de la Asociación Sanluiseña de Medicina Familiar y General.

Experiencias en Medicina Familiar y Atención Integral de Salud

Moche, La Libertad: Pioneros de la Atención Integral. 1ra Parte: El Inicio

Dra. Evelyn Goicochea Ríos^(*)

Se relata la experiencia del trabajo de Atención Integral desarrollado entre octubre de 1993 y mayo de 1995 en Moche, La Libertad, por residentes de Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Trujillo con el apoyo del Proyecto UNI Trujillo de la Fundación Kellogg. Las bases forjadas en este período dieron origen a un nuevo modelo de atención en salud, basado en los principios de la Medicina Familiar que posteriormente fue adoptado por la región y sirve de espejo para la implementación de la Atención Integral a nivel nacional.

Introducción

Se relata la experiencia del trabajo comunitario realizado en el Balneario las Delicias, ubicado en el distrito de Moche, a 8 Km al sur del Distrito de Trujillo – Perú, como parte de las actividades propias de la Residencia de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Trujillo.

Esta experiencia se desarrolló entre octubre de 1993 y mayo de 1995, con el soporte de la Universidad Nacional de Trujillo y del Proyecto UNI Trujillo, que actuó como facilitador del proceso de implementación de un Centro de Salud en “Las Delicias”, en el cual los residentes de Medicina Familiar tuvimos un escenario propio para aplicar nuestros conocimientos de la especialidad y dirigirlo como un Centro de Medicina Familiar. Asimismo, esta etapa fue muy enriquecedora para los futuros médicos familiares en lo que respecta al trabajo comunitario y la conformación de alianzas estratégicas con la comunidad y sus representantes unidos en un objetivo común: mejorar la salud de la población y contar con un centro de salud en Las Delicias que atendiera su demanda de servicios asistenciales.

Esta experiencia sirvió de base para el desarrollo de iniciativas semejantes del Departamento de La Libertad, constituyéndose en el campo de práctica de un nuevo modelo de atención en salud, basado en los principios de la Medicina Familiar.

La zona...

El Balneario “Las Delicias” del distrito de Moche fue creado el 27 de abril de 1905 por decreto de la Municipalidad Distrital de Moche, con la finalidad de brindar una confortable zona de recreación, comodidades y relax no sólo para los habitantes de Moche sino de otras zonas, incluyendo a Trujillo. El 18 de diciembre del mismo año se inició la construcción de residencias cercanas al mar siendo el “Triángulo” la zona más lujosa del balneario, habitado mayormente por familias muy prestigiosas provenientes de Trujillo.

Los habitantes de aquel entonces tuvieron que esperar hasta 1910 cuando por fin se brindó los servicios de luz eléctrica y agua potable, por acción de la Junta de Progreso Local de las Delicias, siendo beneficiada gran parte de este sector.

(*) Médica Familiar. Sub-Gerencia Red Asistencial La Libertad de ESSALUD . Médica Familiar. Profesora de Medicina Comunitaria y Medicina Familiar de la Universidad Cesar Vallejo de Trujillo.

Las Delicias fue azotada al igual que muchas otras zonas en el Perú durante el terremoto del año 1970. Dicho terremoto ocasionó un maremoto que afectó seriamente al sector, inclusive desapareció literalmente un poblado al sur de la entrada al balneario, sobre el cual se levantó posteriormente una de las zonas más olvidadas de Las Delicias: Taquila.

Las Delicias consta de 4 sectores bien definidos, dos más de los ya mencionados, denominados Zona Norte y Zona Sur. Excepto El Triángulo, los demás sectores carecían de pistas, alumbrado público, servicio de alcantarillado y teléfono; siendo los más deprimidos la Zona Norte y Taquila. Ambos fueron creciendo con familias inmigrantes de otras regiones de la costa, sierra y selva de nuestro país; que habitaban viviendas precarias en su mayoría de adobe (Zona Sur y Taquila) y esteras o adobe (Zona Norte).

Taquila cuenta con granjas y avícolas, que si bien han promovido el desarrollo generan polémica entre las familias que se ven afectadas debido a los constantes desperdicios, moscas, animales carroñeros y alimañas que reducen la calidad de vida de la gente. Además de la irregular visita de los camiones de recolección de basura que permiten la acumulación de ésta y que condicionan la quema de basura y la emanación de gases y humo, dañinos para la salud.

En cuanto al clima, la temperatura en Las Delicias varía entre los 13° C por las noches y 26°C durante el día, debido a su proximidad al Océano Pacífico, el mismo que genera vientos alisios especialmente durante las tardes. Durante el verano la temperatura llega hasta los 28 – 29° C.

Posee un relieve semiplano por su proximidad al mar y sin muchos accidentes geográficos. El pueblo posee un terreno arenoso, y está rodeado por pampas y granjas.

Como ya se mencionó Las Delicias no contaba con servicios de salud, y en cuanto a Educación solamente con un Jardín de Infancia, trasladándose sus pobladores a los centros educativos de Moche o Trujillo.

PERIODO DE LA EXPERIENCIA

La experiencia aquí descrita corresponde al periodo octubre de 1993 a mayo de 1995 tiempo durante el cual siendo residente de Medicina Familiar, participé activamente en el proyecto e implementación del Centro de Salud San Pedro de Las Delicias, del cual la autora fue su primera Directora. Posteriormente, el centro quedó a cargo de la segunda promoción de residentes de Medicina Familiar y alrededor del 1997 pasó definitivamente al MINSA.

ORIGEN DE LA EXPERIENCIA

El currículo de la especialidad de Medicina Familiar – Universidad Nacional de Trujillo, contemplaba entre otros aspectos que ...” el residente de Medicina Familiar debía contar con un centro asistencial en el primer nivel de salud en el cual pudiera aplicar los principios de la atención familiar a una comunidad seleccionada para tal fin”..., asimismo preconizaba que cada residente tuviera bajo su cuidado un promedio de 20 familias al término de la residencia; hecho que era sólo teoría ya que en la práctica, en esos tiempos, ningún establecimiento del primer nivel de atención cumplía con esas características de atención a la persona y familia.

Por otro lado, el Proyecto UNI Trujillo iniciaba en ese entonces sus actividades en el distrito de Moche. Dicho proyecto se inició en julio 1993 en la Universidad Nacional de Trujillo, con financiamiento de la Fundación Kellogg buscando articular la Universidad con los Servicios de Salud y la Comunidad para instalar cambios en la Educación Médica, modificar la manera de producir Servicios de Salud y hacer participar a la Comunidad en la solución de sus problemas sanitarios¹. Circunstancialmente, este proyecto tenía dificultades para insertar en el mismo a los estudiantes de pre grado de Medicina, hecho que fue asumido como una oportunidad para los residentes de Medicina Familiar, a fin de contar con apoyo técnico y logístico para el desarrollo de nuestro trabajo de campo.

Es importante destacar que antes de iniciar nuestro trabajo de campo en las Delicias, dos de los residentes de Medicina Familiar (el Dr. Roger Haro y la autora) tuvimos la oportunidad de realizar una rotación en la universidad del Valle en Cali – Colombia, donde participamos de la experiencia de atender en un centro de Medicina Familiar de la Seguridad Social

Antecedentes



llamado “La Selva”, dirigido por médicos familiares y en el cual rotaban por las tardes los residentes de primer y segundo año.

Durante nuestra estadía en Colombia, vimos de cerca el trabajo de algunos médicos familiares consistente en el uso de fichas familiares y libros de seguimiento por etapas del ciclo de vida; así como el rol central que tenía un médico familiar en la organización de una comunidad del Valle del Cauca en pro del autocuidado y fomento de estilos de vida saludable, amén de la atención a la persona y familia que el realizaba.

Este trabajo fue de vital importancia para entender el rol del médico familiar y la diferencia que había entre nuestra especialidad y las demás y cimentó el deseo de replicar la experiencia vivida en Colombia adecuándola a nuestra realidad.

Por otro lado, durante muchos años, la población de Las Delicias demandaba a las autoridades locales y regionales contar con un establecimiento de salud, e incluso construyeron un local de material noble para dicho fin. Ello, aunado a la necesidad de los residentes de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Trujillo de contar con un escenario asistencial (Centro de Medicina Familiar, estipulado en el currículo de la especialidad) en el cual pudiéramos desarrollar la Medicina Familiar, hizo que viéramos esta comunidad

como idónea para dicho fin. En este contexto, y dado que ningún establecimiento de salud del Distrito de Moche practicaba la medicina familiar, se inició la construcción conjunta (universidad-servicios de salud y comunidad) de lo que luego sería el Centro de Salud “San Pedro” de Las Delicias; cuyas actividades fueron diseñadas exclusivamente bajo los principios de la medicina Familiar.

Actividades Principales

A fines de octubre de 1993, se realizaron una serie de reuniones con el responsable del “Componente Comunidad” del Proyecto UNI en Las Delicias para delinear el trabajo a realizar en comunidad; presentar la “Guía de Práctica en Comunidad” propia de la Residencia de Medicina Familiar en base a la cual se adecuaría la participación de los residentes y evaluar la ficha familiar diseñada por el equipo técnico del Proyecto UNI-Trujillo. Producto de estas reuniones, se definieron las pautas de la intervención y se modificaron la ficha familiar y su instructivo; así como se elaboró una escala para evaluar el riesgo social de la comunidad.

A partir del 27 de octubre se desarrollaron las actividades programadas, consistentes en:

- Elaboración de invitaciones para las autoridades y líderes comunales de Las Delicias para una reunión en la que ellos plantearan las necesidades sentidas de su comunidad.
- Reunión en Las Delicias el día 3 de noviembre de 1993 con las autoridades y líderes comunales, contándose con la



Figura 1. Reunión de representantes de la comunidad, servicios y el Proyecto UNI Trujillo para analizar problemática de Las Delicias.

presencia del Alcalde, representantes de los 4 sectores del balneario, representante del Proyecto UNI, representantes de Club de Madres Santa Rosa y Virgen de las Mercedes, la jefa del Centro de Salud de Moche, internas de enfermería y la autora de la nota.

- Entre los problemas identificados por la comunidad se priorizaron los siguientes:
 1. Deficiente saneamiento ambiental
 2. Enfermedades infecto contagiosas: TBC, diarrea
 3. Problemas sociales: alcoholismo y drogadicción
 4. Falta de tratamiento del agua
 5. Difícil acceso a los servicios de salud
 6. Desnutrición
 7. Desocupación
 8. Desconocimiento de métodos de planificación familiar

Asimismo, manifestaron su compromiso por trabajar coordinadamente a fin de contar con servicio de salud local conformándose un comité de apoyo para dicho fin, con representantes elegidos por el pleno.

El 6 de noviembre, el Comité de Apoyo informó en nueva reunión las gestiones realizadas para transferir al Ministerio de Salud un local de propiedad del Consejo Municipal, en el que funcionaría el Centro de Salud de las Delicias. Por nuestra parte planteamos la necesidad de contar con información actualizada, la cual podría ser recogida mediante la ficha familiar. Se presentó el modelo y se dejó su evaluación para la siguiente reunión

El 9 de noviembre se concretó la reunión del Comité de Apoyo al centro de salud para evaluar la ficha familiar, con alumnas de enfermería y pobladores de Las Delicias, quedando definida la misma y entre el 15 y 23 de noviembre se realizaron las reuniones de capacitación en el manejo de la ficha familiar y su instructivo. A estas reuniones asistieron moradores de Las Delicias, representantes de cada sector, alumnos de Enfermería y residentes de Medicina Familiar. Asimismo se capacitó a promotoras de salud de la localidad.

Se acordó aplicar la ficha familiar el domingo 28 de noviembre; si bien por diversos motivos (entre ellos las elecciones municipales) se postergó la actividad, reprogramándose para el 19 de diciembre, de acuerdo con los representantes de los 4 sectores de las Delicias. Previo a ello, el 15 de diciembre 1993

se elaboró un croquis que permitió zonificar la comunidad a censar, distribuir los encuestadores por sectores y manzanas y actualizar un plano proporcionado por el Concejo del Balneario.

Es pertinente mencionar que la ficha familiar, como instrumento de recolección de datos sería utilizada siguiendo la metodología censal; es decir encuestando a los jefes de familia de cada hogar en Las Delicias. Con ella se obtienen datos inherentes al grupo familiar, composición familiar, grupo social, parentesco, grado de instrucción, ocupación, morbilidad sentida, característica de la vivienda, problemas de conducta y otros.

Paralelamente al trabajo antes mencionado los residentes de Medicina Familiar culminamos la escala para valorar el grupo social y los indicadores de riesgo familiar. Así en base a los siguientes parámetros:

- Socioeconómicos: Trabajo, vivienda, estabilidad familiar.
- Servicios de Salud; y
- Biológico.

La escala tenía un total de 100 puntos, y se acordó valorar el riesgo social en:

- BAJO RIESGO : puntaje menor de 20
- MEDIANO: puntaje entre 20 y 35, y
- ALTO RIESGO : puntaje mayor de 35

Esta escala tenía un gran valor pues iba a permitirnos priorizar las familias de Las Delicias para el abordaje familiar.

El 23 de diciembre de 1993 se realizó una reunión para dar pautas para la tabulación de los datos obtenidos el día 19; luego de lo cual se postergó el inicio de la tabulación para el día 9 de enero 1994².

Durante el mes de Diciembre participamos también en el Seminario Taller "MODELO DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE LAS DELICIAS", donde luego de una exposición - diálogo sobre "Pautas y principios para el funcionamiento de un Servicio de Salud a cargo de un representante del Proyecto UNI, se organizaron 03 grupos de trabajo liderados por cada uno de los residentes de Medicina Familiar. Contó con la participación de 45 personas entre autoridades locales, académicas, representantes de los Servicios de Salud y de la comunidad.

Para establecer las acciones a desarrollarse en el Centro de Salud de Las Delicias, se



Figura 2. Exposición de las conclusiones grupales de Seminario Taller «MODELO DE ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD DE LAS DELICIAS». Al lado izquierdo de la fotografía, la autora.

definieron entre los participantes un grupo de principios que conformaban su marco de referencia, consignándose los siguientes:

- Atención integral e integrada
- Abordaje familiar
- Multidisciplinariedad de las acciones
- Manejo gerencial y cogestionario
- Uso apropiado de tecnología
- Atención por niveles y riesgos
- Accesibilidad
- Vigilancia vecinal de salud
- Incorporación de Medicina Tradicional
- Docencia en servicio

Asimismo se definieron las acciones a realizar, siendo ellas:

- Atención familiar
- Vigilancia vecinal
- Educación sanitaria
- Promoción y prevención
- Botiquines y dispensarios
- Unidades de producción solidaria³

De estas actividades es pertinente resaltar las dos primeras. Así, para la Atención Familiar (consistente en atención integral a la persona y familia) el modelo de atención contaría con:

- Zona para *TRIAJE FAMILIAR*, para orientar al usuario, determinar el tipo de atención que requiere la familia consultante, revisión de Ficha Familiar, y de la calificación de riesgo social.
- *SALA DE ESPERA* ambientada para educar a la familia mientras espera consulta y desde la cual se pueda observar

la *UNIDAD DE DEMOSTRACION* destinada a docencia en salud.

- Tópico y un consultorio médico.
- Sala de *POST-CONSULTA*: para realizar consejería familiar, seguimiento de familias de alto riesgo, educación sanitaria, nutrición; y a partir de la cual se promocionarían la formación de Unidades de Producción Solidaria.
- Botiquín, con medicamentos básicos y aquellos necesarios en un centro de salud de primer nivel, cuyo funcionamiento se haría a través de un fondo rotatorio.
- Seguimiento de las familias consultantes en la comunidad a través del sistema de *VIGILANCIA VECINAL*, enlace entre el centro de salud y las familias.

Vigilancia Vecinal

Estas acciones serían realizadas por personas residentes en Las Delicias, de acuerdo al sector en el cual vivían. Se organizó con representantes de los cuatro sectores y tenían entre sus funciones:

- Vigilar la salud de los vecinos de Las Delicias
- Vigilar la salud ambiental,
- Vigilar la problemática familiar: aspectos morales (abuso de menores, drogadicción, etc).
- Vigilar la problemática de la vivienda y del trabajo de los vecinos de Las Delicias.

Un nuevo Centro
de Salud

En el Seminario Taller “MODELO DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE LAS DELICIAS” se definió la creación de un nuevo Centro de Salud para la zona, y también los mecanismos de administración del Centro de Salud, acordándose una dirección cogestionaria con la participación de:

- Comité de Apoyo de Las Delicias
- Representantes de los servicios de salud: IPSS, MINSA.
- Representantes de la UNT:
 - Por el postgrado de Medicina Familiar.
- Representante del Proyecto UNI-TRUJILLO.
- Representante de La Asociación Estudiantes de Educación Superior de Moche.
- Órgano de apoyo Técnico-Administrativo : secretaría.

Asimismo se definieron 6 órganos de línea designándose como responsables para su organización a quienes el plenario consideró

más idóneos. En lo que respecta a la Atención Familiar; tuvieron a bien designarme como responsable.

En reuniones posteriores se definió el nombre del servicio de salud, acordándose llamarlo “Centro de Salud San Pedro” en honor al Santo Patrono de Las Delicias; realizándose la inauguración del mismo a inicios del 2004 luego de un proceso de capacitación del recurso humano (especialmente técnicos de enfermería y vigías comunales), equipamiento e implementación correspondiente a un Centro de Salud.

Dado que los residentes teníamos rotaciones programadas en el Hospital Belén de 8:00 - 14:00 horas o en guardia nocturnas; nos turnábamos para cubrir el turno de 15:00 – 18:30 horas en el Centro de Salud San Pedro. Así, el Centro de Salud quedaba a cargo de una enfermera y una técnica de enfermería y



Figura 3. Dr. César Jaramillo, director Regional de Salud, luego del acto de inauguración del Centro de Salud San Pedro.



Figura 4. En el consultorio médico: dos vigías vecinales, técnica de enfermería, la autora y su hijo; el día de la inauguración del Centro de Salud San Pedro.



por las tardes contaba además con el residente de Medicina Familiar y una técnica de farmacia.

Este Centro de Salud a poco tiempo de ser inaugurado se convirtió en el primer CLAS del Departamento La Libertad, experiencia muy enriquecedora al tener que compartir la dirección y gestión del establecimiento con un Comité Local formado por representantes de la comunidad. Ello permitió además contar con presupuesto para contratar personal paramédico ya que hasta entonces hacían el trabajo ad-honorem.

Desarrollo de la experiencia

Es pertinente mencionar que el contexto local y las circunstancias fueron favorables para el desarrollo de la experiencia. Hubo una conjunción de intereses y necesidades que se convirtieron en facilitadores y permitieron implementar las actividades programadas; entre ellas: la necesidad sentida de la población por contar con un servicio de salud, el interés de la Universidad, a través del Proyecto UNI, por implementar escenarios docentes y trabajo articulado con la comunidad, el interés de la Residencia de Medicina Familiar de contar con un escenario asistencial propio y el de los servicios de salud locales por acceder a capacitación y equipamiento.

Igualmente por el lado del MINSA, no obstante el cambio en la administración del establecimiento, se mantuvo e impulsó el desarrollo de actividades inherentes a la Medicina Familiar y se fortaleció un escenario asistencial y docente dirigido por residentes de Medicina Familiar, que sirvió como modelo de atención integral en la época, siendo visitados continuamente por funcionarios locales y del exterior interesados en la experiencia.

El entonces IPSS participó activamente en actividades de sectorización y censo así como en actividades de capacitación, sin embargo no siguió el modelo de atención familiar ni implementó la historia familiar por tener otros lineamientos.

La comunidad igualmente tuvo una participación activa y gran entusiasmo, fortaleciendo su rol en el tiempo que duró la experiencia y más. Ello es característico en Moche, donde el rol que desempeña la mujer en acciones que benefician a su comunidad, en organización de bases es muy relevante; y la experiencia de "Las Delicias" fue un claro ejemplo de ello.

Evolución de la experiencia y sostenibilidad

La experiencia de Moche ha sido una de las más exitosas en materia de expansión y sostenibilidad. Los resultados posteriormente fueron replicados y sirvieron de modelo, primero a nivel local y luego en los Centros y Puestos de Salud del MINSA, al existir la decisión política de hacerlo. De este modo, la experiencia de Moche se extrapoló de forma progresiva a los demás establecimientos que el MINSA tenía en el Distrito de Moche y luego a todos los establecimientos del primer nivel de atención del Departamento de La Libertad. Actualmente, los escenarios donde se desarrollo la experiencia de Moche vienen siendo visitados continuamente por equipos de todo el país para conocer de cerca el trabajo asistencial y extramuro que se realiza en el ámbito de Las Delicias. Se espera que en el futuro pueda convertirse en un Centro nacional de pasantías en Atención Integral de Salud.

Bibliografía

1. PROYECTO UNI TRUJILLO. Investigaciones en Moche. Serie Componente Académico. Publicación N°5, pp 13; 1996.
2. Goicochea E, Haro R. Informe de actividades realizadas en comunidad por Residentes de Medicina Familiar, del 13 octubre al 31 de diciembre de 1993. Mimeo, 1994.
3. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO, DIRECCION REGIONAL DE SALUD, INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL y DISTRITO DE MOCHE. Diseño del Modelo de Atención de Salud de la Posta de Las Delicias. Diciembre 12, 1993. Mimeo, 1994.

NOTICIAS DE LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD

Noticias desde la Dirección Regional de Salud de La Libertad

Dr. José Manuel Burgos Zavaleta^(*)

La Dirección Regional de Salud La Libertad se mantiene como líder en el Perú en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud. En mérito a los avances que ha desarrollado, la DIRESA ha obtenido el reconocimiento de la Ministra de Salud a través de una felicitación escrita, así como del Viceministro de Salud, Director General de Salud de las Personas y Director Ejecutivo de Atención Integral. En esta breve nota se resumen algunos de los avances alcanzados.

Introducción

Iniciamos el año 2005 con la ausencia temporal de nuestra querida compañera de labores y amiga Violeta Sobrino de la Cruz, quién representa una inagotable fuente de energía, valor y ejemplo para todos los que la conocemos.

Desde el año 2002 en que se establecen las cinco regiones que servirían como áreas piloto para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, la Región de salud de la Libertad se encuentra comprometida en implementar este modelo que se considera el más adecuado para ofrecer salud a nuestra población.

Durante el año 2005 se han experimentado importantes avances en los cuatro componentes de la implementación: Gestión, Organización, Prestación y Financiamiento, los cuales son el resultado de la combinación de fortalezas y debilidades en nuestra institución.

Estos avances se expresan en dos grandes ejes:

1.- Eje de las necesidades de los sujetos de intervención: Persona, Familia y Comunidad.

Que es el relacionado a la atención por etapas de vida y la implementación de los paquetes de atención integral.

2.- Eje de las prioridades en Salud intervenidas mediante Estrategias Sanitarias.

Que es el relacionado a la atención a problemas específicos de Salud Pública que constituyen una amenaza para la población. Dado que sería muy extenso relatar todos los avances obtenidos en la implementación desde que se inició la implementación del MAIS en La Libertad, vamos a concentrarnos en las actividades realizadas durante el año 2005 para los dos ejes previamente descritos

Actividades realizadas durante el año 2005

1. Implementación de las necesidades de salud de los sujetos de intervención: Persona, Familia y Comunidad en la Dirección Regional de Salud La Libertad y Redes de servicio.

(*) Médico Pediatra. Director de Atención Integral y Calidad Médico Pediatra, de la Dirección Regional de Salud de La Libertad. Profesor de la Universidad Privada de Trujillo.

a.- En marzo del 2005 se realizaron dos grandes talleres macro regionales en la Libertad, el primero en Trujillo y el segundo en Huamachuco gracias al apoyo de PARSALUD, con especial mención de los Dres. Miguel Suárez y Miguel Garavito, la Organización Panamericana de la Salud y el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Se contó con la participación de aproximadamente 240 personas en ambos talleres que incluyó a 40 miembros de las Direcciones de Salud de Apurímac I y II, Ayacucho, Puno, Huanuco, Bagua, Huancavelica y Cuzco. Se capacitó a

profesionales de todas las Redes y microrredes de la DIRESA La Libertad. Los principales aspectos tratados fueron los relacionados a la intervención de las personas y se formularon planes para su implementación durante el año 2005.

b.- Se han producido y vienen implementándose progresivamente los instrumentos para la atención integral como Historias Estandarizadas y registros de atención integral por etapas de vida. Además, se han elaborado cuatro publicaciones que sistematizan aspectos del MAIS, las cuales se describirán más adelante.

c.- Se conformaron 17 equipos para elaborar Guías de Práctica Clínica (GPC) con personal de los Hospitales departamentales y de la Red de Servicios Trujillo. Al terminar el año se cuenta con 6 GPC culminadas.

d.- Se incorporó algunos nuevos cuidados esenciales en la atención integral de la persona durante el año:

- Los correspondientes a salud bucal: se han capacitado a 8 odontólogos de las diferentes redes de costa y sierra, y de los equipos itinerantes (ELITES) que intervienen en nuestras provincias más alejadas

Bolívar y Patate con el apoyo del Dr. César Cavero —quién es también facilitador nacional de la Práctica de Restauración Atraumática (PRAT)—, y de la Organización Panamericana de Salud y la empresa privada.

- En el área de nutrición: La DIRESA ha iniciado incorporando a los cuidados esenciales en el marco del MAIS la implementación de instrumentos estandarizados que nos permitan contar con tecnologías prácticas y accesibles a los equipos interdisciplinarios de los diversos establecimientos de salud, iniciando en 11 de

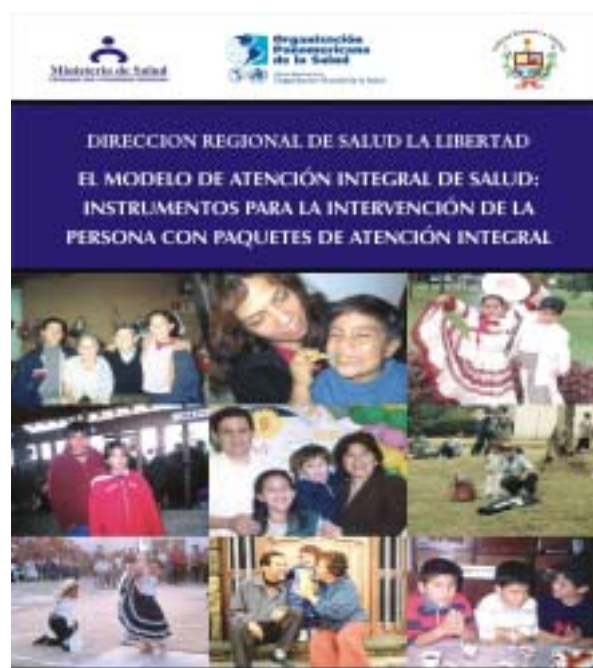


Figura 1. Facsimil de las Carátulas de las Publicaciones sobre el MAIS elaboradas por la Dirección Regional de Salud de La Libertad con la colaboración técnica y financiera de la Organización Panamericana de Salud.



sus establecimientos. Dicha estandarización de la evaluación nutricional antropométrica de las personas en sus diferentes etapas de vida es realizada con el apoyo del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.

e.- Se organizaron sendos talleres y reuniones para fortalecer aspectos técnicos que mejoren las competencias de los equipos locales los cuales estuvieron a cargo de Los responsables de etapas de vida.

f.- Se trabajó coordinadamente con la Universidad César Vallejo de Trujillo para la implementación de diplomados que fortalezcan competencias en el marco del MAIS:

- Atención Integral del Recién Nacido, Gestante y Niño por Nacer

- Emergencias Obstétricas y Neonatales
El cual se ejecuta en forma descentralizada (en las redes) con el apoyo del personal del Ministerio de Salud de los niveles DIRESA, Red y Hospitales Departamentales, y el apoyo de la OPS, con material bibliográfico.

g.- Se ha logrado realizar la visita a algunas redes de sierra y costa para monitorizar los avances en la implementación del MAIS en el nivel local así como brindar asistencia técnica a las mismas. Se contó con el apoyo de la OPS para la realización de esta actividad.

2. Implementación de La Intervención de las Prioridades Sanitarias mediante Estrategias en la Dirección Regional de Salud La Libertad y Redes de servicio

a. El Comité de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas, lleva cerca de un año funcionando y ha mostrado el éxito de las estrategias implementadas en la mejoría de los indicadores sanitarios, lo que le valió una felicitación de la Ministra de Salud por ser la DIRESA que ha controlado mejor el Dengue..

Este comité constituye una experiencia modelo que demuestra que es posible la transición de trabajar verticalmente un programa de salud con una persona a cargo, a un trabajo en equipo. Otra de las innovaciones de este comité es el ser liderado por el Director Ejecutivo de Salud Ambiental. Un cambio de paradigmas para muchos de nuestros compañeros.

b. El Comité de Prevención y Control de Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal, inició a mediados de año sus reuniones con muchos bríos, no obstante carecer aún de la directiva

que regula sus funciones y la resolución de reconocimiento.

Desarrollo de las actividades

Para el desarrollo de las actividades previamente enumeradas, han sido fundamentales los siguientes procesos:

Reorganización de los equipos de la DISA La Libertad:

A principios del año 2005 se realizó una reorganización de equipos en las diferentes áreas de la Dirección Regional de Salud.

En dicho marco se conformaron cuatro Comités de Prevención y Control de daños según Prioridades Sanitarias:

1.- Comité de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas, presidido por el Director Ejecutivo de Salud Ambiental.

2.- Comité de Prevención y Control de Tuberculosis, presidido por el Director Ejecutivo de Salud de las Personas.

3.- Comité de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH y SIDA, presidido por la Directora de Servicios de Salud.

4.- Comité de Prevención y Control de Mortalidad Materna, presidido por la Directora de Epidemiología.

Estos comités, están conformados por miembros de las diferentes áreas responsables y son concebidos como espacios funcionales de articulación de las mismas y responsables en las intervenciones de las Prioridades Sanitarias mediante Estrategias, y tienen como principal función el Monitoreo y Control.

La reorganización también involucro a la Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud que incorporó a nuevos elementos, que a la postre se han convertido en puntales importantes para seguir dando pasos en este largo camino de la implementación. En ese contexto, Nuevos compañeros asumieron el rol de responsables de etapas de vida y a la vez de representantes ante los Comités de Prevención y Control de Daños y Mortalidad según su experiencia; también, se creo una unidad funcional de Familia.



a. Intercambio de experiencias y apoyo a otras Direcciones Regionales Salud:

Se ha participado con personal perteneciente al nivel DIRESA y establecimientos de Salud, incluye el 2004, brindando apoyo a las Direcciones Regionales de Salud Lambayeque, Ayacucho, Apurímac, Arequipa, Iquitos y Lima. Se recibieron numerosas delegaciones de todo el país para la realización de pasantías.

Comenzando el año 2005 la DIRESA La Libertad participó facilitando la Reunión Nacional de Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, en la cuál participó de la Sra. Ministra de Salud Dra. Pilar Mazetti.

b. Sistematización de experiencias:

Se han elaborado cuatro publicaciones que sistematizan aspectos del MAIS y sirvieron para dar las pautas de como operatizar a nivel de establecimientos de salud el Modelo de Atención Integral, gracias al apoyo técnico de la organización Panamericana de la Salud, con especial mención de Dr. Manuel Peña, Dr. Rigoberto Centeno y Dr. Germán Perdomo.

En breve esperamos poder compartir una nueva publicación sobre Salud Bucal en el marco de la Atención Integral.

Perspectivas

Durante el año 2006 se espera seguir contando con el compromiso político de la Dirección Regional con el fin de implementar algunos nuevos desarrollos como

- La gestión de un diplomado para acreditar auditores en el marco de implementar un Sistema Regional de Gestión de la Calidad articulado con el MAIS.
- La implementación plena de la estrategia de monitoreo y asistencia técnica de diez establecimientos de salud seleccionados DIRESA y la Red de servicios Trujillo (atiende al 50% de la población de La Libertad), la cual se realizaría a través de parejas conformadas por: un miembro del equipo de atención integral de la DIRESA y un miembro del equipo técnico de la Red con la finalidad de brindar asistencia técnica y monitoreo



Figura 3. Parte del equipo de la Dirección de Atención Integral y calidad en Salud acompañado por el Dr. Rigoberto Centeno.

del proceso de implementación del MAIS en ellos.

Igualmente esperamos que la gestión priorice la implementación de los comités que a expresión de la mayoría de miembros deberían fusionarse en uno de Prevención y Control de Daños (Transmisibles y No transmisibles).

Finalmente nos queda por remontar debilidades en algunas áreas como los Comités de Prevención y Control de Tuberculosis, y de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA a pesar de contar con responsables de conducirlo, no han tenido reuniones como tales.

En este sentido, y dado que contamos aún con personal a nivel del equipo de atención integral, que no internaliza el derecho de las personas a recibir atención integral y la obligación de nosotros a brindarla. La DISA prepara en breve una nueva reestructuración que confiamos permita prescindir de algunos de los elementos que no han contribuido, ni contribuyen con el proceso.

en los diferentes niveles, un ordenamiento más eficiente de la gestión, mayor satisfacción para los prestadores, entre otros. Y lo más importante es que en este modelo en plena transición no se ha experimentado el deterioro del nivel de los indicadores de salud que era un temor latente. De este modo, aún cuando todavía no se tienen medidas del impacto de la implementación del MAIS, el mantenimiento de las tendencias en los problemas sanitarios más preocupantes, en un contexto de transición impulsado por las actividades previamente descritas, ya es un logro en sí.

Está previsto que el proceso de implementación abarcará varios años, quizás más de un quinquenio, dependiendo su velocidad de la conjugación de algunos factores como: decisión política, competencias de los equipos involucrados, trabajo en equipos, articulación de los diferentes procesos, financiamiento entre otros.

Esperamos la participación de todos los actores involucrados para lograr esta ambiciosa meta.

Comentario Final

La Dirección Regional de Salud La Libertad (DISA/LL) se mantiene como líder en el Perú en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), en mérito a los avances que ha desarrollado, y que le han valido el reconocimiento de la Ministra de Salud a través de una felicitación escrita. Así como del Viceministro de Salud, Director General de Salud de las Personas y Director Ejecutivo de Atención Integral.

En este camino se vienen obteniendo importantes logros como personal capacitado



Figura 4. El autor saludando a los lectores de RAMPA.

NOTICIAS DE LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD

Noticias desde la Dirección Regional de Salud de Loreto

Dr. Yuri Alegre Palomino^(*)

A diferencia de las regiones que lideran el desarrollo del MAIS a nivel nacional, la DIRESA Loreto es una Dirección joven en la implementación de la Atención Integral de Salud. Sin embargo, circunstancias afortunadas como la decisión de su Director General y la adecuada preparación de su personal están influyendo en que la implementación del MAIS vaya rindiendo sus primeros frutos en la Región. Este es el caso de la introducción del abordaje orientado al problema en la Historias Clínicas Familiares de la región, el cual es un aporte innovador que puede tener relevancia de nivel nacional.

Introducción

Un instrumento esencial en la atención primaria con enfoque integral es la Historia Clínica Familiar (HCF). Las HCF al registrar adecuadamente las atenciones de salud, permiten comunicar hechos y problemas relevantes para la salud de las personas y familias atendidas, y una adecuada coordinación, programación, seguimiento y registro de los cuidados a través del tiempo. Adicionalmente, es importante que las historias clínicas familiares permitan recuperar rápida y fácilmente los datos almacenados, y resalten la información que los prestadores de salud puedan definir como más relevante para los cursos de acción posteriores (longitudinalidad). Las HCF sirven como un repositorio de información en el cual se archivan conjuntamente las historias clínicas de cada uno de los miembros de la familia y la ficha familiar. La historias clínicas están diseñadas para cada etapa de vida (niño, adolescente, adulto y adulto mayor).

Las ventajas de la HCF son muchas: se sabe quienes integran la familia, se facilita la detección de atenciones repetitivas de algún

miembro de la familia, ayuda a conocer el problema de salud o el estado de salud general de otro miembro de la familia antes de atender a un paciente cuando se solicita la información, e incluso algunas veces ayuda cuando se pasa consulta a varios miembros de la familia, especialmente en las comunidades, etc. La principal desventaja es el tamaño.¹

En el marco de la Atención Integral, las Historias Clínicas Familiares son aún más importantes porque ellas deben orientar a los Equipos de Atención Primaria de Salud (Equipos APS), y en general a todos los prestadores de salud de los EESS del primer nivel de salud para que re-enfoquen sus estilos de abordaje de las diferentes necesidades de salud de las personas y familias que atienden, al mismo tiempo que les ayudan a organizar los diversos servicios a ofrecer, en el marco de la continuidad y longitudinalidad de la atención.

Uno de los adelantos más relevantes en esta temática es el abordaje de las historias clínicas orientadas al problema², cuyo componente básico es precisamente la definición de "problemas", denominándose así a todas aquellas condiciones que pueden afectar la calidad de vida de la persona atendida, sean

(*) Médico Familiar. Director de Atención Integral de la Dirección Regional de Salud de Loreto. Coordinador Regional para la implementación del MAIS en Loreto. Profesor Invitado de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP).

éstos, eventos que requieren de un cuidado específico (enfermedad, síndrome, embarazo etc) o circunstancias psico-sociales que pueden afectar su salud. Este es un enfoque óptimo para los objetivos del Modelo de Atención Integral de Salud porque su estructura alienta la integralidad en el abordaje de la persona y familia³. Ello ocurre por la amplitud con que se abordan los problemas, abarcando aspectos tanto físicos/orgánicos como emocionales/comportamentales, y sociales, abordando tanto necesidades de mantenimiento de salud (prevención), como de desarrollo (promoción), y aquellas derivadas de la presencia de enfermedades (curación) y discapacidades (rehabilitación). Otra ventaja adicional de este abordaje, es que los problemas actúan como unidades de información que se mantienen a lo largo del tiempo, favoreciendo la continuidad de la atención.

Por ejemplo, cuando se trata a una persona adulta con tuberculosis, lo correcto es que sea manejada según las normas actuales para esta enfermedad, pero además el abordaje requiere organizar sus cuidados preventivos (toma de presión arterial, consumo de alcohol y descartar otros factores de riesgo), considerando si la comunidad donde vive se encuentra cerca al EESS o no, y si la persona tiene una familia de apoyo o no, además de saber que otros riesgos que tiene dicha comunidad. Dado que el centro del MAIS es la persona en el contexto de la familia y comunidad, los datos registrados deben traducir que cuando vemos a las personas con tuberculosis, no sólo vemos la

tuberculosis, ni mucho menos sólo el bacilo, sino en el ser humano íntegro.

En el marco del sexto Lineamiento de Política del sector: El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), en el año 2004 se promulgó la norma de historias clínicas, en la cual se indica que la Historia Clínica Familiar es el instrumento ideal para registrar los datos de las atenciones en el primer nivel de atención. En este contexto, cada región debería producir sus propios modelos de historia clínica, adecuando aquellos propuestos por el nivel nacional, e implementando su utilización extensiva por los establecimientos de salud. La DIRESA Loreto asumió el reto de la implementación del MAIS desde Agosto del 2005, y uno de los procesos trabajado con mayor intensidad fue la adecuación e implementación de la Historia Clínica Familiar (HCF), reconociendo su importancia para mejorar la calidad de la atención integral. En esta nota vamos a concentrarnos en reportar los avances obtenidos en dicho proceso.

Actividades

Las actividades realizadas para la implementación de las HCF han sido las siguientes:

a. Diseño

En un primer momento el equipo de la Dirección de Atención Integral de la DIRESA Loreto (DAIS Loreto) preparó una propuesta inicial de HCF, recogiendo los aspectos



Figura 1. Equipos de Atención Integral de Salud trabajando durante la validación de las Historias Clínicas Familiares

centrales de la propuesta nacional, así como aportes importantes de experiencias exitosas en la implementación del MAIS como La Libertad, Cajamarca, San Martín y Ayacucho, entre otras. En un segundo momento, se añadió a esta formulación, los aportes del propio equipo de la DAIS Loreto, que consiguieran adaptar las HCF a la realidad de la región, introduciéndose el abordaje por problemas.

Para hacer posible este abordaje por problemas tanto en las historias individuales como en la ficha familiar se incluyen, además de los campos para los antecedentes, diagnósticos y riesgos existentes presentes en la mayoría de las historias familiares, espacios para que los Equipos APS puedan describir los principales problemas encontrados, y se plantee un breve plan de acción para abordarlos.

b. Validación

Dado que la HCF, y en particular sus elementos relacionados al abordaje por problemas, eran elementos novedosos para la mayoría de los miembros de los equipos tanto regionales como locales, se realizó un proceso de validación consistente en dos talleres con participación del Equipo de la DIRESA y los responsables del MAIS de las microrredes. En dichos eventos se les presentó el modelo preparado y se les explicó brevemente su funcionalidad y potencialidades. Con sus aportes y observaciones se terminó de diseñar la HCF que se aplicaría en la región de Loreto⁴.

c. Capacitación

Luego de contar con un primer tiraje de Historias Clínicas se consideró conveniente hacer un curso-taller de aplicación de la HCF, en 3 microrredes, los cuales tomaron un período de cinco semanas.

Cada sesión consistía en presentarles a los asistentes un caso-modelo narrativo, y los participantes trasladaban dicha información a una HCF esquematizada que se encontraba dibujada en un papelógrafo. Cada grupo contaba con un facilitador el cual era miembro del equipo que originalmente había validado la HCF.

Como ya se comentó, la HCF de la DIRESA Loreto incorpora espacios para que el equipo APS identifique todos los problemas biológicos,

psicológicos, sociales y demográficos presentes en la familia, y posteriormente desarrolle planes para el trabajo con ellos. Durante la capacitación se tomó especial atención en valorar si los participantes habían captado adecuadamente los procesos más novedosos de la metodología, apreciándose con satisfacción que ellos no tenían ningún problema para captar la lógica del abordaje por problemas.

d. Aplicación

Si bien, como se comentará más adelante, se espera que la aplicación extensiva de la HCF se inicie a partir de fines de febrero del 2006, algunos centros ya empezaron a aplicar la HCF para el registro de datos de sus atenciones, con reportes verbales favorables.

Desarrollo de las actividades

La introducción exitosa del abordaje de las historias clínicas orientadas al problema en la HCF de la DIRESA Loreto representa un aspecto innovador trascendente e inédito en el país, dado que incluso las regiones con mayor trayectoria en la implementación del MAIS trabajan con historias semi-estructuradas que no incluyen este enfoque. Desde nuestra experiencia, el combinar ambos enfoques como en las HCF de la DIRESA Loreto favorece el abordaje integral a los aspectos colocados por los expertos en los formatos, al mismo tiempo que alienta la inclusión de problemas que pueden ser importantes para la familia, aunque no hayan estado incluidos en éste..

Sorprendentemente para el autor y los miembros del equipo de la DIRESA, los participantes en la capacitación se sintieron muy cómodos con la metodología de las de las historias clínicas orientadas al problema introducidas en las HCF, lo cual se evidenciaba en las plenarios y en las tareas, donde podían señalar entre 10 a 18 problemas, para historias relativamente comunes de pacientes que pasaban por una o dos consultas rutinarias. Y lo más importante es que los integrantes fueron aprendiendo a reconocer no solo problemas biológicos, sino psicológicos, familiares, sociales y ambientales.

Consideramos que esta es una ganancia fundamental dado que, aunque la esencia de la Atención Integral de Salud propone un

abordaje bio-psico-social, muchas veces los instrumentos convencionales no favorecen profundizar suficientemente en la esfera psico-social pues suelen concentrarse en problemas cuyas raíces son netamente biológicas o de saneamiento básico relacionado a infecciones.

Perspectivas

a. Impresión e Implementación

Se encuentra en marcha el proceso que conducirá a la impresión del nuevo tiraje de HCF, el cual se espera que esté disponible a fines de febrero del 2006, e inmediatamente después se realice la distribución a los establecimientos e implementación en la atención por etapas de vida y atención a la familia.

b. Procesos complementarios

Se tiene previsto generar proyectos de mejora continua para la aplicación de las HCF, los cuales deben favorecer la permanente adecuación de las HCF a las necesidades regionales.

MAIS. En primer lugar el empuje y la iniciativa del personal operativo de los EESS, luego la responsabilidad del equipo de la DIRESA y la decisión firme del Director General Dr. Carlos Vidal Oré, los cuales se encuentran empeñados en lograr un acelerado desarrollo en esta área, y por otro lado la oportunidad de contar con personal con formación en el manejo de los instrumentos y procedimientos más adecuados para orientar la Atención Integral de Salud, como es el caso del autor que es Médico Familiar. Se espera que en la medida de que más y más miembros de los equipos APS reciban este tipo de formación, el proceso de implementación del MAIS se hará cada vez más fluida y consistente.

Bibliografía

1. McDaniel Susan, Campbell Thomas y Seaburn David, Orientación familiar en atención primaria. Manual para médicos y otros profesionales de la salud. Primera edición traducida, Springer-Verlag Iberica, Barcelona 1998.
2. Rakel, R, Text Book of family practice. 5 th Ed. USA, W.B. Saunders company, 1995.
3. Donnelly, WJ. Viewpoint: patient-centered medical care requires a patient-centered medical record. Acad Med. 2005 Jan;80(1):33-8.
4. DIRESA Loreto. Historia Clínica Familiar: Ficha Familiar e Historias Clínicas por Etapas de Vida. Mimeo. 2005.

Comentario Final

A diferencia de las DIRESAs que lideran el desarrollo del MAIS a nivel nacional, la DIRESA Loreto es una DIRESA joven en la implementación de la Atención Integral de Salud. Sin embargo, la DIRESA Loreto cuenta con dos circunstancias afortunadas que están rindiendo sus primeros frutos en la implementación del



Figura 2. Capacitación de los Equipos de Atención Integral de Salud en los diferentes componentes de las Historias Clínicas Familiares

NOTICIAS DE LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD

Noticias desde el Nivel Nacional del Sector Salud - OPS Perú

Dr. Rigoberto Centeno Vega^(*)

¿Está Avanzando la atención integral en el Perú?

Una rápida revisión de algunos avances en regiones seleccionadas.

Estimulado por los editores de RAMPA, una nueva iniciativa y esfuerzo de difusión de información especializada en la atención integral de salud, me propongo entregarles, en rápido resumen, lo que consideramos avances sobre esta materia en el Sistema Público de Salud peruano.

Introducción

En estos párrafos trataré de mostrar por qué, sin lugar a dudas, la Atención Integral de Salud (AIS) ha dejado de ser una abstracción conceptual o una experiencia aislada en el Perú.

Permítanme entonces comentar algunos avances institucionales para informar y ayudar a evaluar por donde realmente caminamos.

Actividades

Las actividades realizadas para la implementación de la AIS a nivel nacional, dentro del marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), y en las cuales la Organización Panamericana de la Salud ha contribuido ofreciendo asistencia técnica y/o financiera, han sido las siguientes:

ESSALUD

En el caso de EsSalud, la institución definió claramente como entendería e implementaría la atención integral, para ello definió los criterios que acreditarían un cambio como inspirado e inherente a esta orientación.

Consecuentemente aprobó una cartera de atenciones integrales obligatorias por etapa de vida con metas e indicadores a obtener. De la misma manera, seleccionó 34 policlínicos en donde, durante todo el 2005 se ha hecho una implementación piloto de la AIS,

Consciente de que EsSalud es una organización dividida en estancos y con una cultura orientada a la curación y al dispensario, que actúa como enorme barrera al desarrollo de la AIS, se creó un grupo intergerencial interno de carácter político para identificar las barreras internas que restringen su desarrollo, de modo que cada gerencia podría contribuir desde su perspectiva e interés.

Sin lugar a dudas, los recursos humanos no cambian de la noche a la mañana. Por ello también se ha organizado una escuela de atención primaria con la intención de capacitar a los gerentes de EsSalud en los fines, medios e instrumentos para aplicar la AIS. Actualmente la escuela inició su primer curso con alrededor de 30 gerentes locales y 30 proveedores directos.

Los primeros resultados no se han hecho esperar. En muchos policlínicos se están modificando las prácticas de atención y se está introduciendo el enfoque de riesgo, de igual manera se están cambiando las formas de

(*) Médico Salubrista. Consultor de servicios y organización de la prestación. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Sede Perú.

evaluar el desempeño de los trabajadores de salud, como es el caso de los médicos PAAD. Los primeros datos indican que se ha incrementado la cobertura de la citología cervical, vacunación, la determinación de obesidad e hipertensión, el tamizaje de cáncer prostático y mamario con mamografía, se está reduciendo la referencia innecesaria, entre otros resultados.

Cabe resaltar que al igual que la DIRESA La Libertad, EsSalud ha recibido una felicitación de la Ministra de Salud.

AREQUIPA.

Esta extraordinaria región ha hecho impresionantes avances en la implementación del MAIS. Todas las redes han sectorizado el territorio y la población, y cada sector ha sido asignado a un grupo de trabajadores del establecimiento, los cuales son literalmente responsables de conducir el proceso de mejorar socialmente la salud. En esta fase los equipos están implementando la atención

por etapa de vida e identificando familias e individuos en riesgo.

Queda mucho por avanzar, pero el liderazgo regional está comprometido con la AIS.

CAJAMARCA

Históricamente es una región líder en la AIS, sobre todo en la aplicación de sistemas de Vigilancia Comunitaria y enfoque de riesgo, con énfasis en materno infantil y metaxénicas. Sin embargo este esfuerzo era básicamente en el área rural de la antigua DISA Cajamarca, ahora este esfuerzo será ampliado a todo el departamento y a las áreas urbanas. La región está produciendo avances tecnológicos como el NOTIGES electrónico y ha desarrollado un perfil de la mortalidad materna denominado conociendo y previniendo la mortalidad materna en Cajamarca.

Figura 1. Taller en Huamachuco, La Libertad para la capacitación de los Equipos de Atención Integral de Salud de la DIRESA La Libertad y de las 8 DIRESAS del ámbito del PARSALUD. Evento realizado con el financiamiento del PARSALUD y la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud.





CALLAO

Inició sus actividades en el MAIS con la reorientación de sus servicios y el establecimiento de una línea basal, Incorporando tempranamente el factor del sistema de información como un factor esencial de cualquier cambio, orientó la atención integral con un fuerte contenido de participación comunitaria. En este contexto, se han producido importantes esfuerzos en la sectorización y en la aplicación de la Ficha del Adulto Mayor, sobre todo en establecimientos como PK y la Punta. Se ha estimulado la formación de nuevos promotores de salud y se incorporó la noción de la calidad de la atención como un componente inherente a la atención integral. Ya se perciben resultados organizacionales y en la salud de los adultos mayores.

LIMA SUR

A partir de experiencias históricas en algunas microredes se ha reiniciado la aplicación mas formal del MAIS, con la sectorización y censos que les permitirán conocer mucho mejor a la población. La DISA Sur tiene un importante liderazgo en mantener sostenidamente a sus promotores y en base a estos desarrollos, ha iniciado un esfuerzo mas ordenado en la atención del adulto mayor, priorizando a los diabéticos. Así, en San Genaro se ha identificando y organizando a los pacientes diabéticos, a tal punto que ya cuentan con la asociación local de diabéticos con más de 60 miembros y están creando mecanismos de financiamiento que les permita suplirse de medicamentos e insulina, además, con apoyo de la DISA se capacitan en conocimientos y destrezas para el auto cuidado.

Igualmente en este contexto se están planeando desarrollar, conjuntamente con la Asociación Peruana de Odontología preventiva y social y la OPS todo el componente de atención bucal de la atención integral, lo cual será una gran experiencia y un aporte singular.

LORETO

Loreto parece ser una recién llegada a la AIS, no obstante tiene una larga trayectoria y gran entusiasmo. Se ha iniciado la sectorización y la aplicación de las fichas familiares e historias por etapa de vida, así como la distribución de la responsabilidad por población.

En esta DIRESA tienen gran interés en desarrollar el sistema de monitoreo y evaluación del impacto del MAIS a través de indicadores por tipo de atención preventivo promocional. La historia apenas se comienza a sistematizar en Loreto, pero sin lugar a dudas dará mucho que contar.

Desarrollo de las actividades

Puede apreciarse entonces que hay mucha evidencia de que las regiones y otras instituciones de salud ya han implementado cambios en base o con una inspiración en la atención integral de salud, y que eso les ha permitido entender el tema y mostrar resultados concretos tanto organizacionales como sanitarios.

Sin embargo, todavía la AIS y los cambios realizados no tienen la institucionalización, ni la cobertura ni el apoyo político o financiero que requieren para convertirla en el modelo de atención nacional y mucho menos para asegurar su sostenibilidad y cobertura.

Es claro que debemos ser muy cuidadosos para no atribuirle a la atención integral aquellos cambios que por inercia o por otras intervenciones vienen ocurriendo en los servicios de salud. Es típico observar, que para estar en la moda o cumplir la política, sin necesariamente cambiar o arriesgarse, la gente, los gerentes y los técnicos rebautizan rápidamente sus rutinas denominándolas según lo que le pidan o esperan sus jefes o líderes, lo que causa gran confusión y distorsión.

Comentario Final

Como hemos visto, desde la sierra hasta la selva, del norte al sur, en distintos escenarios y con distintas disponibilidades de recurso y culturas, las regiones e instituciones de salud están dando pasos, algunos iniciales y otros muy avanzados, en dirección a la implementación del MAIS. En cierto sentido, es éste el grupo de personas que nos viene mostrando el camino para implementar la atención integral. ¿Seremos capaces de seguirlo?

Artículos Originales

Inequidad en el uso de los servicios de salud en niños y adultos de tres poblaciones rurales del Perú.

Dr. Miguel Suárez Bustamante(*); Dr. Luis Segura García(**);
Estadíst. Richard Mendoza (***)

Resumen

Antecedentes:

Existe una relación directa entre la utilización de los servicios de salud y el nivel socioeconómico. Es necesario conocer mejor esta relación para favorecer la equidad en el acceso al cuidado de la salud.

Métodos:

Este estudio de corte transversal fue realizado durante 1997 para evaluar el uso de servicios de salud en una muestra representativa de tres comunidades rurales del Perú.

Resultados:

Nuestra muestra incluyó a 788 adultos no migrantes entre 15 - 65 años y 405 niños menores de 3 años. El 31.9% (252/788) de adultos y 63.9% (259/405) de niños, tuvieron una enfermedad o accidente el mes previo a la entrevista. De ellos, el 37.3% (94/252) de adultos y 38.9% (101/259) de niños acudieron a algún servicio de salud.

El 38.8%, (61/157) de adultos no buscaron asistencia médica debido a algún problema económico, y el 35.6% (56/157) por no considerar su enfermedad o accidente un problema importante. Las razones por las que no llevaron a sus niños a los servicios de salud fueron similares.

Conclusiones:

Las comunidades estudiadas tienen una alta morbilidad, sobretodo en los niños. Además tienen una baja tasa de uso de los servicios de salud principalmente debido a factores económicos y etno-culturales.

Los proveedores primarios de salud deben tener un rol más activo en la implementación de servicios más equitativos en zonas rurales.

Palabras Clave: Servicios de salud, Utilización, Accesibilidad, Equidad, Perú

Abstract

Background:

There is a direct relationship between the use of health services and socioeconomic level. A better knowledge of this relationship is necessary to improve equity in the access to health care.

Methods:

To evaluate the use of health services among a representative sample of three Peruvian rural communities we conducted a cross-sectional study during 1997.

Results:

We selected as our sample 788 non-migrant adults aged 15 - 65 years old and 405 children under 3 years old. 31.9% (252/789) of the adult population and 63.9% (259/405) of children had a disease or accident the month prior to the interview. Of them, 37.3% (94/252) adults and 38.9% (101/259) children attended a health service. 38.8%, (61/157) of the adults did not seek medical attention due to economical reasons, and 35.6% (56/157) due to the lack of recognition of their disease or accident as an important problem. The reasons why they did not bring their children to health services were similar.

Conclusions:

The communities we studied have a high morbidity, especially in children. Additionally they have a low rate of health services use principally due to economic and ethno-cultural factors.

The primary health care providers should have a more active role in the implementation of more equitable services in rural areas.

Keywords: Health services, Utilization, Accessibility, Equity, Peru.

(*) Médico Familiar. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - Departamento de Medicina. Director de Proyectos de IDEFI-PERU.

(**) Médico Salubrista. Asociación Benéfica PRISMA. Gerente de Investigación

(**) Estadístico. Asociación Benéfica PRISMA. Miembro del equipo técnico de la Gerencia de Investigación.



Introducción

El estado de salud de una población es consecuencia de la interrelación de múltiples determinantes de carácter individual, familiar y social. Así, al lado de los llamados factores constitucionales o idiosincráticos que determinan la predisposición individual a las enfermedades, algunas familias están expuestas a condiciones particulares que favorecen la aparición de problemas de salud. En general, estas situaciones de riesgo suelen correlacionar con la condición socio-económica de las familias, y se asientan en diferencias en su conocimiento sobre aspectos sanitarios, acceso a servicios básicos, acceso a fuentes de información, entre otros puntos(1, 2).

Sin embargo, esta relación no siempre es lineal. Esto quedó graficado, por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Niveles de Vida que describió una mayor morbilidad en las familias con mayores ingresos familiares que en aquellas con mayor pobreza(3). Una posible explicación a estos resultados ha sido documentada en la Encuesta Nacional de Demanda de Salud(4). Ahí podemos notar que aunque las enfermedades infecciosas fueron reportadas con mayor frecuencia entre los pobres extremos, la morbilidad en otros tipos de problemas de salud fue más frecuente entre los no pobres.

Pero el nivel socioeconómico no sólo afecta la posibilidad de enfermarse sino también la de utilizar los servicios de salud. Al respecto la Encuesta Nacional de Hogares encontró que para el área rural el uso de los servicios entre los más pobres era 15% menor que entre los de mayor ingreso(5).

Eso se explica debido a la existencia de un nexo entre la morbilidad sentida o referida y la utilización de los servicios de salud que está modulada por elementos propios del problema de salud —severidad, cronicidad, etc.— y también por factores económicos, culturales, y ligados a los servicios(6,7). En consecuencia, algunos problemas de salud son manejados por la población a través del auto-cuidado o recurriendo a una suerte de red de atención

paralela conformada por familiares, amigos, practicantes de la “medicina tradicional”, farmacéuticos, entre otros(8). El estudio de esta fracción de morbilidad que no se traduce en un mayor uso de los servicios nos puede ayudar a verificar el grado de equidad del sistema de salud(6,7).

Las variadas realidades dentro de cada país imponen la necesidad de verificar, para diferentes ámbitos, la equidad en el acceso a los servicios de salud. Este conocimiento posibilitará que los servicios de atención primaria se preparen para brindar una mejor atención a la población, adecuándose a cada realidad local con el propósito de favorecer la equidad en el acceso al cuidado de salud de toda la población, sin ninguna clase de distinciones (9).

Metodología

Este estudio se realizó en localidades rurales del Perú: Palca, Paucará y Valle del Río Apurímac (VRA). El objetivo fue la evaluación de algunos aspectos relacionados al uso de servicios en respuesta a problemas de salud —enfermedades o accidentes—, tanto para el grupo adulto como para los menores de 3 años, en estas poblaciones, con el fin de verificar patrones de equidad o inequidad en su acceso al cuidado de salud.

El recojo de información fue realizado entre abril y julio de 1997 y su ejecución estuvo a cargo de profesionales y técnicos especialmente capacitados para tal fin.

Palca y Paucará, están ubicadas en el área alto-andina entre los 3700 y 3800 m.s.n.m. y en ambas zonas el porcentaje de ruralidad fue alrededor de 80%, con familias con nivel socioeconómico bajo, bajo nivel de instrucción y dedicados fundamentalmente a la actividad agrícola.

El proporción de viviendas sin servicios básicos en Paucará fue alrededor del 60 % y se encontraba más aislada que Palca donde este porcentaje fue menor.

El VRA está ubicado en el área de selva baja entre los 0 y 300 m.s.n.m. Aunque las

Resultados

características socio-demográficas de la población del VRA fueron comparables a los de las otras dos zonas estudiadas, el porcentaje de ruralidad fue 60% y existió una proporción de viviendas sin servicios básicos de 20%.

Se realizó un muestreo por conglomerados para seleccionar una muestra representativa de hogares con al menos un niño menor de 3 años de cada localidad.

Las familias seleccionadas fueron visitadas en sus domicilios con el propósito de aplicarles una encuesta estructurada y previamente validada

En la generalidad de los casos, las madres del núcleo familiar estudiado fueron las informantes respecto a ellas mismas o a sus hijos y también brindaron información referente a todos los miembros de la familia.

La población estudiada, para fines de este estudio, fue dividida en dos grupos etáreos: niños menores de 3 años y adultos entre 15 y 65 años.

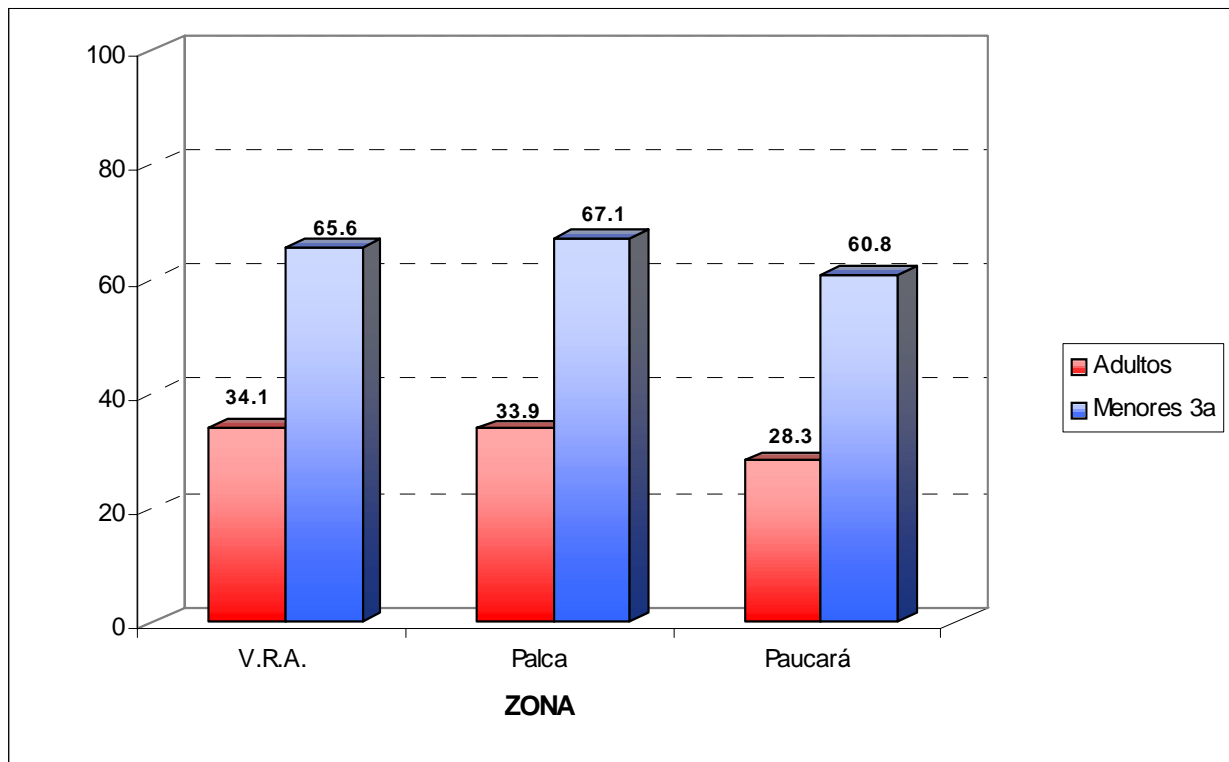
La morbilidad referida (enfermedad o accidente el mes previo a la entrevista) entre las personas adultas fue 31.9% (VRA 34.1%, Palca 33.9% y Paucará 28.3%) y entre los niños fue 63.9% (VRA 65.6%, Palca 67.1% y Paucará 60.8%). (Figura 1)

La utilización efectiva de servicios de salud en respuesta a la morbilidad del mes previo fue de 37.3% (VRA 43.8%, Palca 38.3% y Paucará 27.5%) entre adultos y 38.9% (VRA 41.5%, Palca 40.0% y Paucará 34.9%) entre niños. (Cuadro 1)

En un subanálisis entre los adultos que presentaron morbilidad y no buscaron atención encontramos que el 38.8% (VRA 51.6%, Palca 16.2% y Paucará 39.6%) reportaron que fue debido a un factor económico y 35.6% (VRA 33.9%, Palca 35.1% y Paucará 37.9%) que fue debido a no considerar su problema como

Figura Nro 1

Morbilidad referida en el mes previo (enfermedades y accidentes) para adultos de 15 a 65 años de tres poblaciones rurales del Perú. (*).



(*). Se incluye la población menor de 3 años como referencia comparativa.



importante. Entre los niños que tuvieron morbilidad y no fueron llevados a un centro de salud el 36.7% (VRA 53.6%, Palca 3.0% y Paucará 35.7%) de madres reportaron que no lo hicieron por un factor económico y 37.9% (VRA 27.5%, Palca 39.4% y Paucará 50.0%) por no considerarlo necesario. (Cuadro 2)

Otras fundamentaciones ligadas a la accesibilidad o calidad de la atención fueron citadas con menor frecuencia.

La utilización de los servicios se estudió en función de la morbilidad el mes previo. Esta metodología, puede reducir considerablemente el grupo de estudio, por cuanto la fracción de quienes presentaron problemas de salud durante este período es pequeña. A pesar de estas desventajas, esta metodología tiene mayor consistencia en sus resultados por referirse a episodios concretos y reducir el efecto memoria, por esta razón, desde hace mucho es ampliamente utilizada en estudios de esta naturaleza(10).

Es importante destacar que a pesar de que la morbilidad entre los niños ha sido reportada casi dos veces más que entre los adultos, el porcentaje de búsqueda de atención y los motivos para no buscar son comparables entre lo reportado para adultos y niños.

La mayor morbilidad en las poblaciones de estudio es explicada por los bajos recursos y algún grado de aislamiento de las localidades investigadas que se traducen en una serie de carencias que incluyen un medio hostil con un saneamiento básico deficiente, un acceso

Discusión

El reporte de enfermedades y accidentes para los 30 días previos, tanto entre los niños como entre la población adulta es notablemente alto. Estos resultados fueron mayores que los promedios nacionales para las áreas rurales reportados por la ENAHO 98, los cuales fueron de 32.3% para los menores de 5 años y de 17.5% y 30.5%, para el grupo de 15 a 49 años y de 49 a 65 años, respectivamente(5).

Tabla Nro 1

Consulta sobre problema de salud en el mes previo, para adultos y menores de tres años en tres poblaciones rurales.

CONSULTÓ SOBRE PROBLEMA DE SALUD DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	V.R.A.		Palca		Paucara	
	N	%	N	%	N	%
Población adulta						
Consultó sobre problema de salud	49	43.8	23	38.3	22	27.5
Total	112	100.0	60	100.0	80	100.0

Tabla Nro 2

Motivo para no haber buscado atención entre quienes tuvieron morbilidad referida en el mes previo y no realizaron consulta, para adultos y menores de tres años en tres poblaciones rurales.

VARIABLES		V.R.A.		Paka		Paucara	
		N	%	N	%	N	%
Población adulta							
Motivo de consulta	No consideró necesario	21	33.9	13	35.1	22	37.9
	No tenía dinero	32	51.6	5	13.5	22	37.9
	Atención muy cara			1	2.7	1	1.7
	Centro de atención lejano	6	9.7	2	5.4	6	10.3
	Mala atención	1	1.6	4	10.8	1	1.7
	Otro	2	3.2	12	32.4	6	10.3
Total		62	100.0	37	100.0	58	100.0

limitado a medios de comunicación, problemas con servicios básicos, entre otros. Diversos estudios longitudinales han demostrado para estas poblaciones, tal tipo de condiciones pueden influir directamente en índices de morbilidad más altos (11).

La mayor morbilidad en el VRA —un área colonizada de selva— era esperada por cuanto la ENAHO 98 y otras encuestas también encontraron esta tendencia (4,5). Paucará siendo la población más pobre y aislada de las tres estudiadas, mostró los menores reportes de enfermedad. Este fenómeno pudo estar vinculado a características culturales. Dado que la morbilidad referida depende tanto de la ocurrencia del problema de salud, como de la capacidad del paciente para manifestarla, ella pueden ser también influida por las características de pobreza y aislamiento de una población(10) que pudiese hacer que no se reporten los eventos más leves(12).

Pero el nivel socioeconómico de estas poblaciones debe estar influyendo no sólo en la morbilidad referida, sino también en la utilización de la red institucionalizada de atención de salud. Efectivamente, es alarmante la falta de uso de los servicios de salud en respuesta a la morbilidad, particularmente si la comparamos con la tasa de uso de servicios de salud en poblaciones rurales de 85.3%(5) que reportó la ENAHO.

Para intentar explicar las razones de esta baja utilización de los servicios de salud, recurriremos al modelo teórico propuesto por Andersen, clásico para estudiar los determinantes del uso de servicios en general (14). Según dicho modelo el uso de los servicios dependería básicamente de cuatro tipos de factores: los factores de necesidad; que expresan la necesidad que impone una determinada enfermedad, de atenderse en un servicio; los factores predisponentes, intrínsecamente ligados a la cultura de los potenciales usuarios y que los llevan a aceptar o rechazar los servicios, independientemente de sus características; los factores posibilitadores o dependientes del nivel socioeconómico, los cuales definen los recursos disponibles para acceder a los servicios; y finalmente los factores de los servicios, que representan la influencia de su imagen de la estructura y los procesos de atención sobre la voluntad de la población de hacerse atender por ellos.

Este modelo es interesante por cuanto plantea que la equidad en el uso de los servicios opera únicamente cuando el volumen de su utilización está determinado apenas por los factores de necesidad o algunos predisponentes no modificables (6,14). En ese sentido, aunque nuestro estudio no evaluó aspectos referentes a la necesidad de atención impuesta por cada dolencia referida — severidad y urgencia atribuida a su problema por el usuario potencial—, al estudiar los otros tipos de factores nos es posible evaluar indirectamente la equidad del sistema.

Refiriéndonos en primer lugar a los factores predisponentes, su papel en la determinación de las bajas tasas de uso de los servicios debe medirse a través de la confrontación entre la genéricamente denominada medicina tradicional, y la que se practica en los servicios de salud. Aún cuando su peso no se haga sobresaliente por la gran integración de las culturas latinoamericanas y occidental existente, particularmente en la región andina, subsiste un importante referente a la cultura Quechua, a partir de un modelo etnofisiológico propio, el cual puede sentirse rechazado en la red institucionalizada donde se practica únicamente medicina occidental(8,15). Así, en datos de este mismo estudio sobre las fuentes de atención utilizadas, se apreció que las consultas por fuera de la red servicios públicos o privados de salud, representaban alrededor de 15% de las fuentes de atención buscadas para los menores de 3 años y cerca de la quinta parte para la población adulta.

La importancia de los factores posibilitadores como determinantes de un menor uso de los servicios de salud también se puso de manifiesto, al encontrar que más de la mitad de quienes tenían morbilidad y no buscaron atención, adujeron motivos económicos para ello. Estas apreciaciones guardaron correspondencia con los hallazgos de la ENAHO 1998, donde 40% de quienes se declararon enfermos y no buscaron ayuda, refirieron la falta de recursos económicos como la causa principal de no haber consultado(5).

Recordemos que el Seguro Integral de Salud, introducido tiempo después de la realización de este estudio, no cubre a la población adulta en el grupo etáreo estudiado, por lo es posible que esta situación se mantenga hasta la actualidad.



Por último, existe influencia de los servicios de salud en su propia utilización. Así, algunos de los entrevistados que no los utilizaron se refirieron al mal trato, la lejanía de los establecimientos u otros aspectos de ellos como causa de su falta de uso, factores que para diversas realidades han estado asociados a una menor utilización de los servicios(16, 17).

En conclusión, nuestros hallazgos, además de mostrar una baja utilización de los servicios de salud para las tres zonas estudiadas, aportan evidencia directa e indirecta de que estos niveles están ligadas a factores predisponentes, posibilitadores y de los propios servicios. Esta situación configura un ambiente de alta inequidad en el uso de los servicios de salud, en el cual su acceso depende de factores fuertemente ligados las condiciones de pobreza y aislamiento de estas poblaciones, y son ajenos a la necesidad de atención. Dado la estrecha relación entre el estado de salud de la población y el uso de los servicios, este patrón inequitativo en la accesibilidad a los servicios de salud debe ser modificado.

Para conseguir este objetivo, se requiere trabajar en diversas áreas incluyendo un dialogo más positivo entre los servicios de salud y los modos culturalmente enraizados de pensar la salud y la enfermedad en cada realidad, favorecer mecanismos que remuevan el efecto de barrera a la utilización que representa el bajo nivel socioeconómico familiar, y abordar algunos aspectos ligados a la calidad de los servicios —mal trato, pobre competencia técnica, costos altos y poca accesibilidad geográfica, entre otros factores—

Los médicos de Atención Primaria de Salud —médicos de familia o generales—, así como los profesionales que trabajan en sus equipos, en su condición de puerta de entrada al sistema de salud y su contacto más continuo con la población, deben jugar un papel central en la búsqueda de servicios de salud más equitativos(17). Estos profesionales deben mantener una actitud abierta y una formación complementaria que asegure una mayor calidad de los servicios y una mejor adaptabilidad a las culturas locales, brindándole la suficiente flexibilidad para comprender y respetar la diversidad de las poblaciones y su grado de respuesta ante los eventos mórbidos.

Sólo de esta forma será posible obtener servicios de salud más equitativos, y que contribuyan significativamente a mejorar el bienestar y el nivel de salud de la población a la que sirven.

AGRADECIMIENTO: Al Dr. Isaac Alva que, demostrando su calidad editorial y entusiasmo, revisó íntegramente este artículo y lo perfeccionó notablemente.

Bibliografía

- (1) World Health Organization. The world health report: Bridging the gaps. WHO, Genova. 1995.
- (2) Feinstein, J.S. The relationship between socioeconomic status and health: A review of literature. *The Milbank Quart*: 1993; 71(2):279-322.
- (3) CUANTO. Encuesta nacional sobre niveles de vida (ENNIV 97). CUANTO, Lima. 1998.
- (4) CENTRO DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD DEL PACIFICO. Análisis de la demanda por servicios de salud: Perú, 1995. U. del Pacífico, Lima. 1996.
- (5) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. Perú: Demanda de atención en servicios de salud. Encuesta Nacional de Hogares 1998. INEI, Lima. 1999.
- (6) Hulka B. y Wheat J. Patterns of utilization. The patient perspective. 1985: *Med. Care*. 23(5):438-460.
- (7) Dever G.E. A epidemiologia da utilização dos serviços de saúde. En: *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*: 47-70. Pioneira, Sao Paulo, .. 1988.
- (8) Potter J. Utilización de los servicios de salud materna en el México Rural. *Salud Pub. Mex*. 1988: 30(3):387-402.
- (9) Taylor C. Surveillance for equity in primary health care: Policy implications from international experience. *Int. J. Epid*. 1992: 21(6):1043-1049.
- (10) Khon R y White KL. Eds. *Health Care: International study*. Oxford Un. Press, Oxford. 1976
- (11) Victora, C.G, Barros F.C. y Vaughan J.P. *Epidemiologia da desigualdade. Um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras*. HUCITEC, Sao Paulo. 1989.
- (12) Ong Tsui, DeClerck J y Mangani N. Maternal and sociodemographic correlates of child morbidity in Bas Zaire: The effect of maternal reporting. *Soc. Sci. Med.*, 1988: 26(7): 701-713.
- (13) Suárez, M.A. *Utilização dos serviços de saúde materno-infantis na região sudoeste da grande Sao Paulo*. Tesis de maestría en Salud Publica. Universidad de Sao Paulo. 1996.
- (14) Andersen R. y Aday L.A. Access to medical Care in the U.S. Realized and Potential. *Med. Care*. 1978: 16:533-546.
- (15) Pedersen D. y Coloma C. Traditional medicine in Ecuador: The structure of the non-formal health systems. *Soc. Sci. Med*. 1983: 17:1249-1255.
- (16) Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pub. Mex*. 1985: 27(5):438-453.
- (17) Campbell S.M y Roland M. Why do people consult the doctor? *Family. Practice*. 1996:13:75-83.

Actualizaciones para el Equipo de Atención Primaria de Salud

Prevención de Caídas en el Adulto Mayor

Dra. María Sofía Cuba Fuentes

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS:

- La evaluación del ambiente seguro se recomienda en todos los pacientes con historia de caídas.
- El ejercicio y el entrenamiento en balance y equilibrio previenen las caídas y los daños que estas producen.
- Todos los pacientes con riesgo de caídas, deben recibir una intervención multifactorial, que incluya ejercicios, ambiente seguro, revisión de patologías y medicación adecuada

Introducción

Consideramos una caída a toda precipitación repentina e involuntaria del cuerpo hacia un plano inferior, con o sin lesión secundaria, con o sin pérdida del estado de conciencia.¹

Las caídas son un problema del adulto mayor frecuentemente ignorado tanto por lo pacientes, la familia como por los profesionales de salud. Sin embargo si aprendemos a reconocer y manejar de forma adecuada este problema, involucrando a la comunidad, a la familia y al individuo, tendremos un impacto enorme en la calidad de vida de estos pacientes y en los costos de salud que implican el cuidado de los adultos mayores.

el transcurso de un año. Aunque no existen estudios equivalentes en Perú, observaciones no estructuradas parecen corroborar estos resultados.

Más de la mitad de las caídas llevan a algún tipo de lesión y uno de cada tres adultos mayores que caen sufren serios daños como fracturas de cadera y traumatismos encefálo craneanos.²

Hasta un 95% de las fracturas de cadera en los adultos mayores son causadas por caídas

Factores de Riesgo

Las caídas accidentales son debidas a una combinación de factores extrínsecos (ambientales), intrínsecos (anormalidades de los órganos y sistemas) y situacionales. Los tres tipos de factores son potencialmente remediables con intervención.

Los factores extrínsecos constituyen la primera causa de caídas en los adultos

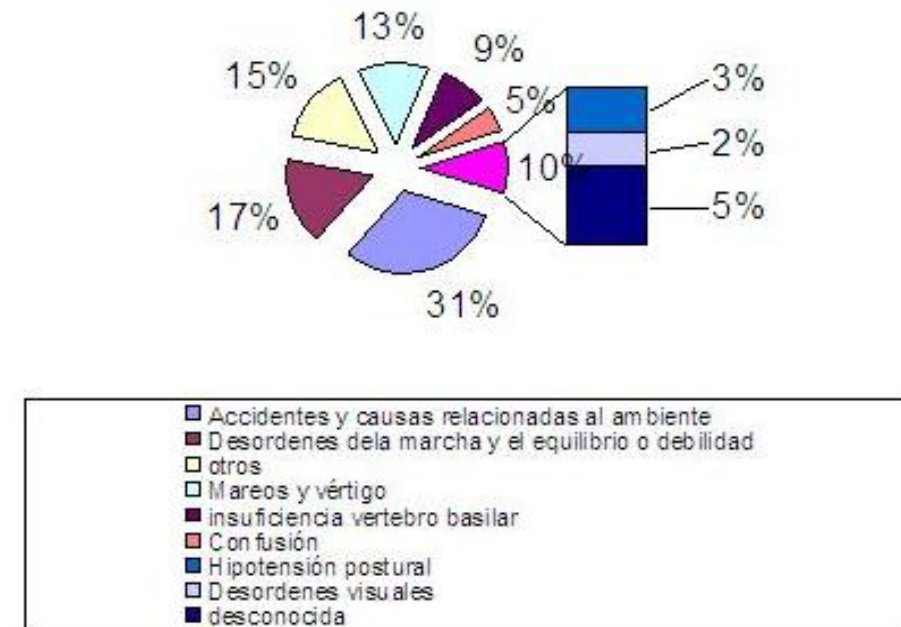
Epidemiología

Las caídas son un problema de salud serio en los adultos mayores. Por ejemplo en Estados Unidos se calcula que 30 a 40 % de los adultos mayores que viven en la comunidad caen en

(*) Médica Familiar. Universidad Peruana Cayetano Heredia.



Figura Nro 1 Causas de caídas en la población de Adultos Mayores de Estados Unidos (No se tienen datos disponibles a nivel nacional)



Fuente: CDC. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)⁶

mayores -Figura 1-, ellos incluyen peligros ambientales como pisos resbalosos, pobre iluminación, calzado inadecuado, etc. Todos estos factores deben ser evaluados e investigados por el equipo de salud.

Los factores intrínsecos incluyen anomalías en cualquiera de los órganos y sistemas que contribuyen al control postural. El control postural depende de 3 componentes: *estímulo sensorial* es decir estímulos visuales y vestibulares, *procesamiento central* que básicamente involucra partes del Sistema Nervioso Central y *la respuesta efectora* que involucra neuronas motoras superiores e inferiores, músculos y articulaciones.

El personal de salud a cargo de la evaluación de un adulto mayor debe tener en cuenta que la falla en cualquiera de estas áreas puede ser una causa prevenible de caídas ³

Aproximadamente 10% de las caídas son debidas a causas agudas. Estas incluyen estados de hipoperfusión cerebral y alteraciones endocrinas, infecciosas, metabólicas e isquémicas. Los problemas de salud agudos incrementan el riesgo de caídas, especialmente cuando están sobreimpuestos a condiciones crónicas que afectan el control postural (Por ejemplo osteoartritis, disminución de agudeza visual). Las drogas psicotrópicas

Un adulto mayor que cae tiene 2 a 3 veces mas posibilidades de caer de nuevo que el resto de la población

y el alcohol pueden llevar alteraciones transitorias en el estado de alerta y atención e incrementar el riesgo de caídas.⁴

Los factores situacionales comprenden comportamientos de riesgo. Como el no usar instrumentos de ayuda prescritos (bastones o andadores) o no usar lentes.

Evaluación

Los profesionales de la salud que tienen contacto con adultos mayores deben hacer una evaluación anual de caídas. Muchas de las caídas no serán informadas, por esto es necesario no esperar una información voluntaria. Se recomienda preguntar anualmente a los adultos mayores si sufrieron alguna caída en el ultimo año -figura 2-.

Para el profesional de la salud que atiende a los adultos mayores es importante conocer a la familia y alertarla sobre los peligros que

implican las caídas, para que todos tomen parte en las medidas de prevención en el hogar.

En el Recuadro 1 que se muestra en esta página podemos apreciar los aspectos básicos que debe incluir esta evaluación

Recuadro 1. Aspectos básicos de la Evaluación multidisciplinaria para la prevención de caídas en Adultos Mayores.

Cuando se realice la evaluación para la prevención de caídas en Adultos Mayores se deben investigar todos los siguientes tópicos:

- **La caída:** *las circunstancias en las que ocurrió ¿dónde?, ¿a qué hora del día?, ¿qué actividad estaba realizando?, del uso de aparatos de ayuda, lentes, historia de consumo de alcohol, síntomas asociados: sensación de desvanecimiento, vértigo, desequilibrio.*
- **Historia de caídas:** *frecuencia, circunstancia de las caídas previas.*
- **Alteración en la movilidad:** *¿se moviliza solo?, ¿con alguna dificultad?, ¿dentro y fuera de la casa?, ¿puede realizar actividades de la vida diaria (comer, vestirse, ir al baño)?, ¿Puede realizar actividades instrumentales (cocinar, comprar sus alimentos)?*
- **Diagnósticos médicos que puedan impactar en el riesgo de caídas:** *alteraciones visuales, problemas neurológicos, musculoesqueléticos, etc.*
- **Medicación que toma** *¿usa antidepresivos, antipsicóticos, o benzodiazepinas, anticonvulsivantes, anticolinérgicos?, ¿usa tres o más antihipertensivos asociados?*
- **Examen físico:** *Cardiovascular, que incluya hipotensión ortostática, control de pulso; evaluación visual; examen neurológico que incluya fuerza muscular, propiocepción, sensación vibratoria, táctil, test de romberg, y reflejos osteotendinosos: además realizar medición de la longitud de las piernas.*
- **Evaluación cognitiva:** *mini mental test o test del reloj (dibujar un reloj de manecillas)*
- **Evaluación del desempeño:** *Test "Get up and Go" (levántate y camina). observar a un paciente sentado, pidiéndole que sin ayuda de las manos se levante, camine diez pasos se de la vuelta y regrese a sentarse: si esto dura mas de 16 segundos el paciente debe ir a una evaluación mas amplia ya que tiene mayor riesgo de caerse.*
- **Test de laboratorio:** *si se sospecha de alguna causa específica y prevenible de caídas, se deben realizar exámenes laboratoriales correspondientes (TSH, hematócrito, Vit B12, RPR)*
- **Evaluación del ambiente donde vive:** *es importante realizar una visita domiciliaria para evaluar las condiciones de seguridad en el ambiente donde vive el paciente: pisos resbalosos, pobre iluminación, calzado inadecuado (pantufas), falta de manijas o agarraderas, en las escaleras, en la ducha o el baño, uso de alfombras sobre el piso. Luego se podran dar instrucciones sobre como este ambiente pude ser mejorado, según lo requerido.*

Intervenciones

Presentamos en las páginas siguientes algunas de las intervenciones más útiles en la prevención de caídas según su nivel de evidencia -Recuadro 2-.

Ambiente Seguro:

Se realizará una evaluación multifactorial, con la visita domiciliaria, en la que se deben determinar los riesgos del ambiente en el que vive el paciente, y plantear intervenciones individualizadas, para la modificación de riesgos en el hogar, como el quitar alfombras pequeñas, instalar manijas en los baños, si es posible aumentar la altura del inodoro, buscar una buena iluminación en los ambientes, si la casa tiene escaleras estas deben tener pasamanos a ambos lados y en lo posible un material antideslizante en las gradas, poner los utensilios al nivel de los hombros de paciente, etc.

Ejercicio y Terapia física:

El ejercicio es eficaz en la prevención de caídas tanto el pacientes de alto riesgo (factores de riesgo múltiples o historia de caídas previas) como de bajo riesgo.

En pacientes de bajo riesgo, una sesión de ejercicio grupal semanal que refuerce el equilibrio (como el Tai Chi), complementada con ejercicios en casa diarios han demostrado ser medidas eficaces de prevención.^{4,8}

En pacientes de alto riesgo de caídas, los programas diseñados individualmente (por un profesional entrenado), con ejercicios que incluyen fortalecimiento muscular sobre todo a nivel de miembros inferiores y mejoramiento del equilibrio por un periodo mínimo de 3 meses, han demostrados ser efectivos en la prevención de caídas y en la disminución de injurias en los pacientes que se caen.⁷

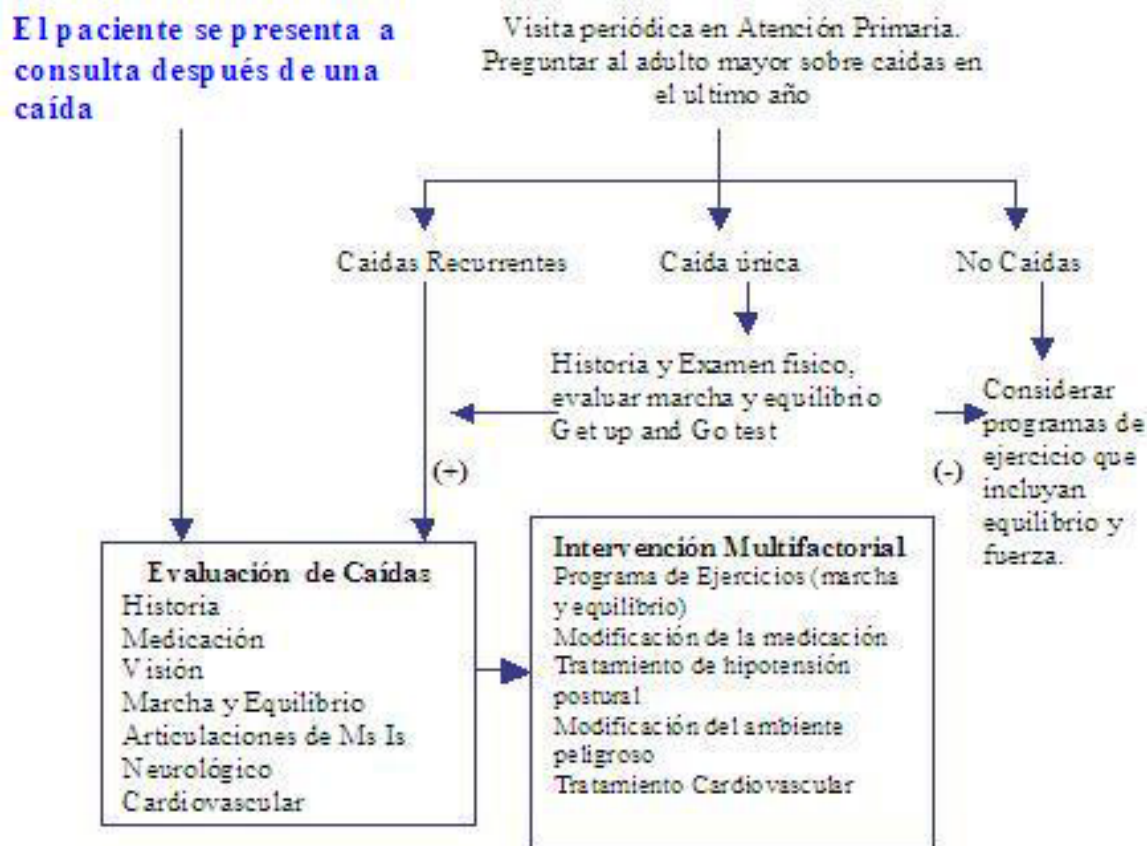
Corrección del déficit visual:

Corregir la pérdida de visión de acuerdo a la causa: cataratas, presbicia, daño macular.



Figura Nro 2

Valoración multidisciplinaria para la prevención de caídas en Adultos Mayores. Recomendaciones de la Sociedad Norteamericana de Geriatría.



Fuente: Guías para la prevención de caídas en Adultos mayores².

Pronóstico

Preferir lentes de visión a distancia a los lentes multifocales

Control de la medicación:

Verificar el uso de múltiples drogas: antihipertensivos, medicación psicotrópica como las benzodiazepinas, y anticolinérgicos que incrementan el riesgo de caídas. En este aspecto es importante el uso racional de medicamentos

Intervenciones multifactoriales

Son la estrategias mas efectivas, especialmente cuando son diseñadas para las personas con mayor riesgo de caídas. Ellas deben incluir un programa de ejercicio con marcha y entrenamiento de equilibrio de preferencia diseñado individualmente por un terapeuta físico, aconsejar sobre el uso de dispositivos de ayuda, revisión y modificación de farmacoterapia, modificar peligros ambientales y evolución medica y cardiológica adecuada.⁶

La recuperación después de una caída implica disminución de la calidad de vida, restricción de la movilidad, decline funcional, así como limitaciones auto impuestas por el miedo a caer de nuevo, los cuales pueden llevar a ansiedad depresión y aislamiento social hasta en un 30% de las personas que caen.

Las consecuencias de una caída no solo afectan a la persona sino que tienen un gran impacto a nivel familiar, ya que al tener una persona dependiente, los recursos familiares (económicos, emocionales y personales) deben ser reorientados a estos fines no planificados. En grado último, las caídas en los adultos mayores afecta también a la propia comunidad, que se ve afectada por la carga social que los adultos mayores implican ²

Por todo ello es importante que los Equipos de Atención Integral de Salud coordinen esfuerzos para prevenir efectivamente las caídas en los adultos mayores.

Recuadro 2. Nivel de Evidencia para las intervenciones empleadas en la prevención de caídas².

Nivel de Evidencia de las Intervenciones para caídas		
Recomendación	Nivel	Comentario
1. Evaluación de peligros en el hogar se recomienda en todos los pacientes con historia de caídas	A	RR 0.66 NNT 5 prevención de caídas
2. Ejercicio y terapia física para prevención de caídas y daños por caídas	A	RR 0.86, NNT 16 prevención de caídas, NNT 9 prevención de injurias por caídas
3. Los pacientes deben recibir una intervención y evaluación de riesgos multifactorial, ya que es la estrategia más efectiva en prevención de caídas.	A	RR 0.82 NNT 11 prevención de caídas
4. La evolución y la discontinuación de medicación que incrementa el riesgo de caídas	B	RR 0,61 no significativo estadísticamente NNT 7

A = consistente, evidencia de buena calidad, B = evidencia de baja calidad

Bibliografía

1. The American Geriatrics Society. Guideline for the prevention of falls in older persons. Journal of the American Geriatrics Society. JAGS 2001;49:664-72
2. The American Geriatrics Society, Clinical Practice Guidelines, Fall prevention pamphlet 2002.
3. Woolacott MH. Systems contributing to balance disorders in older adults. J Gerontology Med Sci 2000 424- 435.
4. Mahoney J. Falls and Mobility disorders . En Landefeld CS, Palmer R, Jhonson, Editores. Current Geriatric Diagnosis Treatment. New York Lange Medical Books/ MacGraw-Hill 2005 Cap 12 Pag 74-87.
5. Bicket D. Common Geriatric Problems . En South.Paul J. Matheny S, Lewis E, Current Diagnosis and Treatment Family Medicine . New York Lange Medical Books/ MacGraw-Hill 2004 Cap 38 Pag 494-505.
6. Shobha S. Prevention of falls in Older patients. Am Fam Physician 2005;72:81-8,93-46
7. Close J. Prevention of falls in elderly trial (PROFET) Lancet 1999 353:93
8. Centers for disease Control and Prevention (CDC pagina de Internet)). Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) actualizado en mayo 2005, disponible en: <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/fatal/help/datasources>
9. Cumming RG. Epidemiology of medication-related fall : Drugs Aging. 1998 Jan;12(1):43-53

PUNTOS CLAVE PARA RECORDAR

- Se debe preguntar a todos los pacientes adultos mayores si han sufrido una caídas en el último año, aunque sea otro el motivo de consulta.
- Las caídas suelen conducir a dependencia ya sea por las lesiones que pueden producir o por temor a nuevas caídas.
- Las caídas no siempre son eventos accidentales . pueden ser la manifestación de una enfermedad subyacente.
- La estrategia más efectiva para el manejo del síndrome de caídas es la intervención multifactorial.