

Resumen del

Informe de

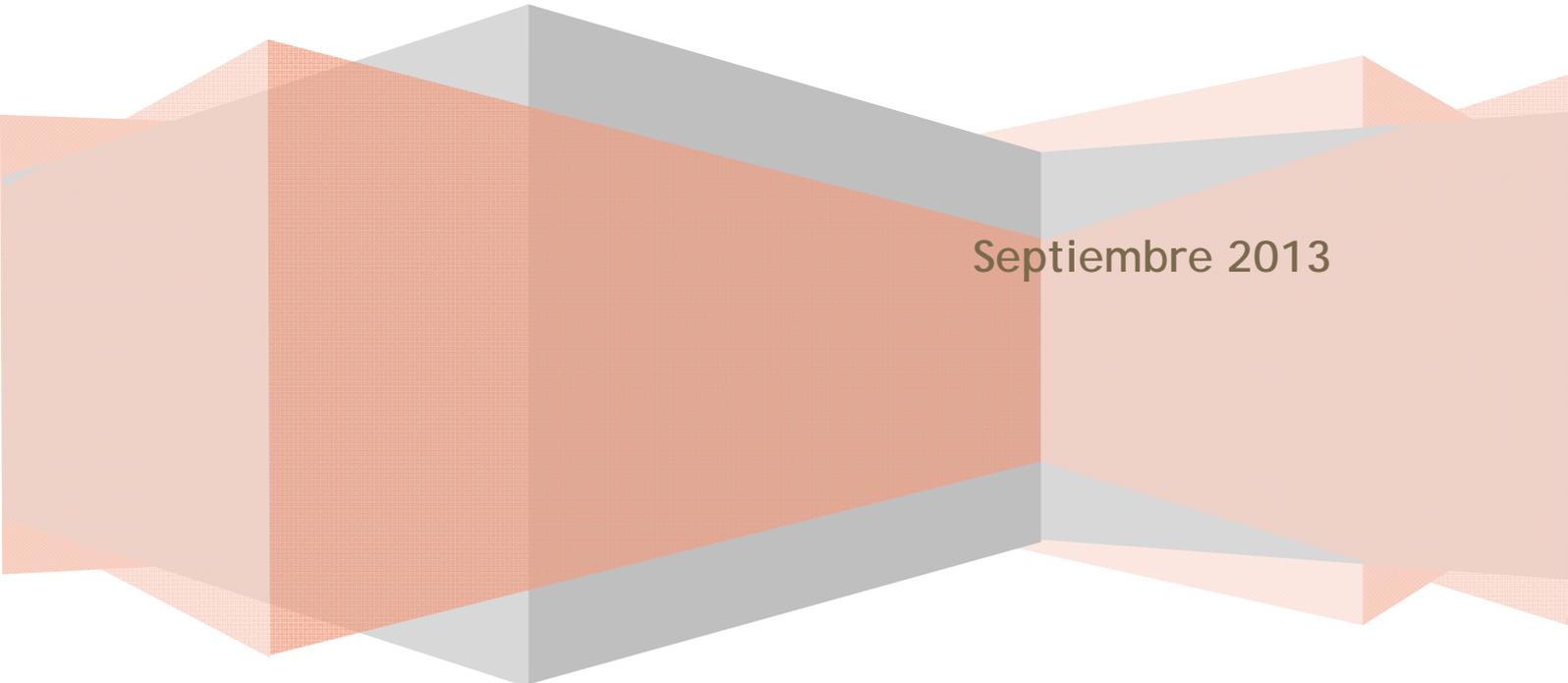
Evaluación del Modelo

Incluyente de Salud MIS

Guatemala

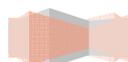
Oscar Feo - Katherine Tobar

Septiembre 2013



LISTADO DE ABREVIATURAS

AEC	Auxiliar de Enfermería Comunitaria
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
ATOL	Agenda Técnico Operativa Local
COCODES	Consejo Comunitario de Desarrollo
COPEC	Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria
DAS	Dirección del Área de Salud
DCA	Desnutrición Crónica del Adulto
EAPAS	Equipo de Apoyo Para la Atención en Salud
ECOS	Equipo Comunitario de Salud
IRAS	Infecciones respiratorias agudas
ISIS	Instituto de Salud Incluyente
ISM	Iniciativa Salud Mesoamericana
MBS	Modelo Básico de Salud
MIS	Modelo Incluyente en Salud
MMN	Medicus Mundi Navarra
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCOS	Programa Comunitario de Salud
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PEF	Plan de Emergencia Familiar
PFAS	Programa Familiar de Atención en Salud
PIAS	Programa Individual de Atención en Salud
POA	Plan Operativo Anual
SIMIS	Sistema de Información del MIS
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (siglas en inglés)
VFI	Visita Familiar Integral
VIF	Violencia Intrafamiliar



Resumen del Informe de Evaluación del Modelo Influyente de Salud MIS GUATEMALA

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento es un resumen de la evaluación del Modelo Incluyente en Salud (MIS) de Guatemala se realizó a solicitud de Medicus Mundi Navarra (MMN) entre el 20 de mayo y 6 de septiembre de 2013, con un trabajo de campo realizado del 4 al 27 de julio del 2013.

El objetivo de la evaluación fue precisar los avances en la implementación del Modelo Incluyente de Salud y su impacto en la transformación del sistema público de salud guatemalteco.

El Modelo Incluyente de Salud (MIS) ha sido desarrollado por Medicus Mundi Navarra (MMN) y el Instituto de Salud Incluyente de Guatemala (ISIS), se concibe como un modelo de atención para fortalecer el primer nivel del sistema de salud de Guatemala promoviendo la transformación y fortalecimiento del sistema de salud. Se construye desde una perspectiva que asume a la salud como un derecho universal para toda la población en el marco de una comprensión integral del proceso salud-enfermedad incorporando los enfoques de género, pertinencia intercultural y armonía con el medio ambiente. Tiene como eje ordenador los valores, principios y elementos de la Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R) y los atributos de las redes integradas de salud.

Desde el punto de vista operativo el MIS reconoce tres niveles de acción claramente interrelacionados: Individuo, Familia y Comunidad, los cuales permiten actuar sobre los determinantes sociales, económicos, culturales, geográficos, políticos de la salud y enfermedad. Esas acciones se ordenan en tres programas de atención: Programa Individual de Atención en Salud (PIAS), Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS) y Programa Comunitario de Salud (PCOS), los cuales a través de tácticas operativas garantizan la atención integral realizando acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación en forma complementaria, en todos y cada uno de los ciclos de vida.

Durante el trabajo de campo se visitaron cuatro departamentos y sus respectivas áreas de salud: 5 Distritos Municipales de Salud, 17 localidades con sus correspondientes puestos de salud. Realizando 13 grupos focales con 142 participantes, 37 entrevistas a Auxiliares de Enfermería Comunitaria y 39 entrevistas a profesionales de 9 EAPAS. En la ciudad capital se realizaron 25 entrevistas a profundidad con personal directivo del Ministerio de Salud, cooperantes y entes académicos. Se entrevistaron a un total de 271 informantes clave.

Se utilizó una metodología participativa donde los actores del MIS fueron los informantes claves. Los criterios de análisis fueron: Pertinencia, Eficiencia, Eficacia, Impacto, Viabilidad, Apropiación y Replicabilidad.

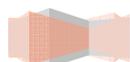


UN POCO DE HISTORIA

Durante los años 2000 al 2002 un grupo de profesionales y trabajadores de la salud de Guatemala, agrupados en lo que se llamó Instancia Nacional de Salud realizó una investigación que permitió obtener un diagnóstico del sistema de salud guatemalteco. A partir de ese valioso trabajo, Medicus Mundi Navarra (MMN) y varias organizaciones como Clínica Maxeña, PIES de Occidentes e IDEI, desarrollaron una propuesta de modelo de atención integral denominado Modelo de Atención Incluyente en Salud (MIS). El MIS comienza a implementarse a partir de 2003 con dos experiencias piloto en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contando con el apoyo de diversos cooperantes internacionales. En el año 2008 se crea el Instituto de Salud Incluyente (ISIS) con el apoyo de MMN y asume el liderazgo de conducción e implementación del MIS.

Los logros de la experiencia piloto desarrollada a lo largo de siete años fueron publicados en el documento *“Del dicho al hecho: Los avances de un primer nivel de atención en salud Incluyente”* el cual permitió que a finales del 2010 el MIS sea transferido al MSPAS, iniciándose su institucionalización y extensión a cuatro Distritos Municipales de Salud.

Con el cambio de Gobierno Nacional en el año 2012 se inicia un proceso de “relativo estancamiento” del MIS, porque la política de salud vigente prioriza el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) que transfiere la prestación de servicios de salud a organismos no gubernamentales (ONG).



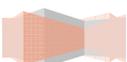
1. CONCLUSIONES

PERTINENCIA

1. El MIS es un modelo de atención que responde a las políticas y prioridades de salud del gobierno guatemalteco y satisface las expectativas y necesidades de la población.
2. El MIS satisface y supera las premisas del planteamiento de APS renovada de la OPS/OMS, más aun la enriquece al incorporarle elementos innovadores como el enfoque de género y la pertinencia intercultural. Además representa una oportunidad para los organismos internacionales, particularmente la OPS, ya que su puesta en práctica lo convierte en un modelo que puede ejemplificar las ventajas del planteamiento de la APS como pocas experiencias concretas lo han hecho.
3. La incorporación de la interculturalidad ha sido una de las claves del éxito y aceptación del modelo por la población
4. Un valor agregado del MIS, ausente en muchas propuestas de atención primaria, es la incorporación de la perspectiva medio ambiental.
5. El MIS establece de forma concreta acciones afirmativas sobre el derecho a la salud.

EFICIENCIA

6. El análisis de costos realizado concluye que el MSPAS cuenta con la disponibilidad de recursos para financiar el MIS y poder obtener mejores resultados, considerando que el MIS entrega una atención integral a todas las personas a través de sus 3 Programas (PIAS, PFAS y PCOS). Adicionalmente el PEC incluye gastos ineficientes como son los costos por administración que reciben las organizaciones prestatarias y los estipendios al personal comunitario, que hacen que la calidad de gasto del MIS es mucho mejor. En el estudio realizado estos gastos suman Q 261.707 anuales (Q 146.400 estipendios + Q 115.307 gastos administrativos) es decir unos 33.552 dólares. Además, no existe ninguna limitación legal, administrativa ni técnica para el financiamiento del MIS por parte del MSPAS.
7. El MIS se podría financiar con recursos nacionales asignados a salud reasignado fondos y con la decisión política de hacer la extensión de cobertura de forma institucional.



EFICACIA

8. Existe una complementariedad entre el MIS y la Iniciativa de Salud Mesoamericana 2015 en cuanto a contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil a través de una estrategia de atención de salud integral que mejore el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal e infantil. Sin embargo únicamente está programado la implementación de la ISM en el municipio de Nahualá, por tanto el aporte del MIS en dicho nivel no será significativo.

IMPACTO

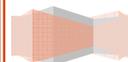
9. En las zonas donde se aplica el MIS se garantiza la cobertura universal y gratuita en el primer nivel de atención. Los servicios se prestan en instalaciones públicas sin mediar cobro alguno por los servicios que se prestan, tanto a nivel de los establecimientos como de las acciones realizadas con la familia y la comunidad. Al ubicar puestos de salud basados en criterios de accesibilidad se reduce el gasto de bolsillo de la población. La mayoría de las veces se proporciona el tratamiento sin costo alguno, lo que no ocurre el cien por cien de las veces, puesto que la población manifiesta que ha habido desabastecimiento de medicamentos y en algunos casos han tenido que comprar la receta. Además la población indicó que una salida en emergencia que no se puede resolver en el puesto de salud les costaba entre Q 150 a 200 para alquiler de camioneta.
10. De las entrevistas realizadas se desprende que el MIS en su parte operativa e instrumental es adecuada para Guatemala.
11. El MIS es un modelo de atención con una coherencia tanto a lo interno como a lo externo. El MIS muestra consistencia en sus aspectos teórico conceptuales y logra un nivel de implementación con programas y tácticas operativas que se articulan entre sí, garantizando esa coherencia.
12. Las experiencias del MIS se ven debilitadas dado que, al ser un modelo institucional, debe afrontar los problemas de desabastecimiento, infraestructura, mantenimiento, disponibilidad oportuna de medicamentos y el financiamiento de costos operativos de los EAPAS y ECOS.
Es de hacer notar que en uno de los sitios visitados la comunidad estaba proponiendo introducir un costo/cobro por la consulta para solventar esas deficiencias. Situación que debe evitarse ya que introduciría una barrera económica, rompiendo la coherencia del modelo.
13. La alianza ISIS y MMN ha venido desarrollando una actividad muy intensa a lo largo de los últimos años que ya está dando muestras concretas de éxito. El aporte de MMN y el ISIS al diseño de un modelo integral y transformador de salud para el primer nivel de atención es una realidad. Además su implementación y el acompañamiento técnico y financiero que han dado a las áreas de salud ha sido fundamental.
14. El impacto del MIS ha sido de tal magnitud que ha obligado al PEC a cambiar sus elementos teóricos, ahora se habla de un PEC mejorado.

VIABILIDAD

15. El MIS tiene un doble aporte: uno de tipo político conceptual al permitir la renovación de la atención primaria en el marco de un modelo de atención integral que busca transformar el sistema de salud. El segundo de tipo práctico donde puede mostrar experiencias de formación de personal, de manuales operativos, de protocolos de acción y de atención y de territorios donde este sueño de salud para todos se convierte en realidad concreta. Instituciones de la región como el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) que pertenece a UNASUR y que en estos momentos realiza un mapeo de las experiencias de APS en la región suramericana, estará interesado en conocer e incorporar la experiencia del MIS guatemalteco en su repertorio de prácticas exitosas de APS.
16. El MIS pudiera y debiera aplicarse en toda Guatemala con gran beneficio para la población. Por supuesto requeriría de un sólido trabajo de sensibilización y capacitación del personal, de reordenamiento territorial y preparación de la infraestructura. Sin embargo esa inversión se traduciría en una mejora sustancial en la salud de la población.
17. El nudo crítico para la implementación del MIS lo constituye la voluntad política. Hay una decisión del gobierno guatemalteco de asumir la atención de salud en el primer nivel a través de la "extensión de cobertura" realizada por contratación de organizaciones. Encontramos una contradicción entre el valor político técnico de la propuesta del MIS y las decisiones del MSPAS, quien a pesar de entender que el MIS es un modelo que garantiza el derecho a la salud y la integralidad de los servicios, fortaleciendo la institucionalidad pública y cumpliendo con las políticas y prioridades de salud del gobierno, prioriza una estrategia de atención en el primer nivel que pareciera fragmentar y debilitar la institucionalidad pública. El gobierno de Guatemala pudiera movilizar recursos para la implementación del MIS, pero la decisión política del actual equipo de salud es de no hacerlo, privilegiando el modelo de extensión de coberturas(PEC).

APROPIACION

18. La cooperación internacional está satisfecha con el MIS y convencida de que es un modelo exitoso que debe extenderse.
19. El MIS incorpora los criterios de la planificación y gestión participativa, supera las concepciones utilitarias de la participación y se ha convertido en un instrumento de organización para las comunidades.
20. Existe temor a que la disminución del acompañamiento al MIS pueda generar desgaste e ir agotando progresivamente al modelo. El MIS es un modelo exitoso pero incipiente y rodeado de amenazas y riesgos. El acompañamiento es vital para garantizar su crecimiento hasta que logre alcanzar su madurez y ganar sustentabilidad.
21. Como impacto positivo, el MIS ha contribuido a la formación de auxiliares de enfermería y de médicos introduciendo formas de práctica más integrales.



2. RECOMENDACIONES

PERTINENCIA

1. En el basamento conceptual del MIS están presentes las categorías “trabajo” y “reproducción social” como parte del andamiaje teórico que permite comprender y explicar la salud y la enfermedad en la población. Sin embargo en la puesta en práctica del modelo encontramos cierta debilidad en la incorporación de estrategias y tácticas operativas que viabilicen esas categorías. Por ejemplo en la ficha clínica pensamos que el “trabajo” debe ser mucho más que la ocupación, y que a nivel comunitario es indispensable incorporar con más fuerza el análisis de la economía local, su vinculación con los modos de producción prevalentes, e incorporar las formas de producción y consumo como grandes determinantes de la salud y la enfermedad.
2. El tema de “salud oral” no se aborda de manera expresa en los documentos del MIS, sugerimos incorporarlo de forma explícita en los programas, sobre todo en el individual y familiar.
3. El MIS nace con la perspectiva de contribuir a transformar el sector salud desde el primer nivel de atención, por ello es indispensable fortalecer las relaciones con el resto de los niveles del sistema de salud, en particular profundizando las relaciones con el segundo nivel.

EFICIENCIA

4. A partir de los diferentes estudios de costos realizados por consultores externos, sistematizar una metodología para costear la atención primaria en salud (que incluya inversión, costos de funcionamiento y la gestión de la planificación, monitoreo, vigilancia que se realiza en los diferentes niveles) que pueda ser aplicada en las distintas áreas de intervención del MIS. Adicionalmente se sugiere considerar en la metodología la relación con las metas para obtener el indicador de eficiencia. Se recomienda que anualmente el equipo de distrito de salud aplique la metodología para calcular los costos anuales.

EFICACIA

5. Dada la coincidencia y complementariedad de objetivos entre MIS y la Iniciativa de Salud Mesoamericana 2015, se sugiere una coordinación entre ambos que permita acelerar la implementación de la ISM, no solo en Nahualá sino en los 33 municipios de ISM, aprovechando el marco conceptual y los instrumentos operativos validados del MIS.

IMPACTO

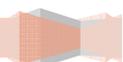
6. El MIS es una alternativa viable para Guatemala y el MSPAS dispone en su presupuesto de recursos, aquellos destinados al PEC, que pudieran financiar los costos de operación del MIS, garantizando una atención integral a todas las personas. Se sugiere formalizar y continuar las gestiones para que dichos fondos sean efectivos en las áreas que actualmente está funcionando el MIS.
7. Encontramos que el MIS se desarrolla con diversas denominaciones, en algunos casos MAIS, en otros MBS. Creemos que, sin hacer del nombre un problema esencial, debería resolverse esa situación uniformándolo con aquel que represente lo mejor desde el punto de vista político y comunicacional.
8. Diseñar una estrategia comunicacional que permita superar las opiniones sobre el elevado costo del MIS y colocar el tema del modelo de atención en la agenda de la política pública nacional.

VIABILIDAD

9. Dada la positiva experiencia del ISIS y su compleja situación financiera, se sugiere analizar la posibilidad de una línea de trabajo en formación-capacitación y asesoría técnica en los diferentes componentes del MIS.
10. Ante el posible desfinanciamiento gradual de los servicios locales, que ya avizoramos en algunos EAPAS y ECOS que no cuentan con recursos para la supervisión y funcionamiento, es importante tener cuidado y evitar la aparición de “estrategias de sobrevivencia” tales como cobros o “contribuciones” por servicios que a veces son propuestas por las propias comunidades con la mejor voluntad, pero que puedan afectar la esencia universal y gratuita del modelo.

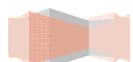
REPLICABILIDAD

11. Vale comentar que el MIS se aprecia como un modelo en el cual el grueso de la atención es realizada por personal de enfermería. Al menos uno de los entrevistados alertó sobre el riesgo de considerar que el derecho a la salud se podría garantizar solamente con personal técnico, y que consideraba importante tomar en cuenta la figura del médico. Sabemos que en el diseño del MIS está bien definido el papel del médico y su presencia en los EAPAS, sin embargo en muchos casos este profesional no existe. Conocemos bien las dificultades para conseguir profesionales de la medicina dispuestos a asumir tareas a nivel familiar y comunitario, sobre todo en zonas aisladas y alejadas. El peso del modelo médico hegemónico hace que la práctica tradicional de la medicina menosprecie lo comunitario promocional y se centre en la atención a la demanda individual. Sin embargo, sería conveniente insistir en la incorporación de médicos para el apoyo a los EAPAS en donde no se haya logrado su incorporación y programar visitas médicas periódicas a los ECOS, de tal forma que los AEC puedan citar a aquellos casos en los que hayan tenido dudas que no logren resolver o sospechen de patologías que requieran el apoyo de personal médico.



Valoramos y consideramos de gran importancia el papel de los auxiliares de enfermería en el desarrollo del modelo y de los profesionales y licenciados en enfermería en su supervisión y seguimiento. El MIS ha probado ser un modelo exitoso y perfectamente adecuado y viable, sobre todo en países con una elevada proporción de población rural y déficit importante de médicos. Sin embargo en la perspectiva de su promoción como un modelo que pudiese ser aplicado en otros países que no tengan esas condiciones, podría ser útil repensar el papel del médico en el modelo. Hay países que pudieran estar interesados en el desarrollo de un modelo de atención basado en el MIS, pero que por sus condiciones de desarrollo podrían contar con mayor presencia de médicos.

12. Consideramos que el MIS es una experiencia altamente positiva que debe hacerse conocer en toda latinoamericana. Para ellos estimulamos a continuar desarrollando estrategias que permitan difundir el MIS a nivel de la región. Un ejemplo importante en esta línea de acción es la publicación "Claves para Transformar el Sector Salud" basado en el análisis de las experiencias de Guatemala, Perú y Bolivia. Así mismo, es importante llevar esas experiencias y publicaciones a foros internacionales que puedan convertirse en centros de análisis y difusión de estas intervenciones positivas.
13. El MIS no debe abandonarse, debe profundizarse. Se sugiere hacer esfuerzos para sobrevivir hasta que puedan venir nuevas orientaciones en las políticas de salud, fortalecer territorios que puedan convertirse en zonas de demostración para otros países interesados y difundir el modelo a nivel internacional. MIS puede ser un producto de Guatemala para el mundo.



ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Es evidente que el MIS ha logrado concretar las perspectivas de derecho a la salud, pertinencia intercultural, equidad de género y enfoque medioambiental. Es un modelo pertinente, eficiente y con impacto no sólo para la sociedad guatemalteca donde se desarrolla sino para otros países de la región.

MMN/ISIS han sido la columna vertebral del desarrollo teórico conceptual y de la implementación del modelo. Existe amplio reconocimiento de esta participación. El MIS no debe abandonarse porque ha generado muchos logros y expectativas, debe profundizarse y consolidarse. En Guatemala hay que hacer esfuerzos para sobrevivir hasta que puedan venir nuevas orientaciones en las políticas de salud, fortalecer territorios que puedan convertirse en zonas de demostración para otros países interesados y hacer esfuerzos por difundir el modelo a nivel internacional. Hay que hacer del MIS una propuesta de Guatemala para toda la Región.

En resumen: el MIS tiene grandes aportes, entre otros, la renovación de la atención primaria y su operacionalización, haciendo que el sueño de salud para todos se convierta en realidad concreta. Es pertinente con la política nacional y satisface las expectativas y necesidades de la población. Su organización es adecuada, se observa un personal comprometido y dispuesto a trabajar por la salud de su población. Es viable técnica y financieramente. Es eficiente y tiene impacto positivo sobre la salud y las comunidades lo quieren y lo defienden. Sólo resta superar las resistencias políticas existentes para potenciar su extensión y desarrollo.

