

“Análisis de la experiencia de implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el Guainía”

Proyecto de investigación FUCS – Gestarsalud, Convocatoria 744 de 2016 Colciencias.
Resultados parciales del análisis del primer año del MIAS

Elaboró: Adriana Ardila. 27 de octubre de 2017

Contenido

1. Aseguramiento	1
2. Atención Primaria en Salud (APS)	2
2.1. Servicios de salud	2
2.2. Acción inter/transectorial por la salud.	3
2.3. Participación social, comunitaria y ciudadana	3
3. Fortalecimiento institucional	3
4. Interculturalidad	4
5. Bibliografía.....	4

Los 6 componentes del MIAS Guainía son (1)¹:

1. Aseguramiento
2. Intervención en la prestación de servicios
3. Fortalecimiento institucional
4. Auditoría técnica y financiera
5. Inspección, vigilancia y control
6. Evaluación

De esos 6 componentes, nuestra investigación aborda los 3 primeros pero el segundo (prestación de servicios) se amplía a Atención Primaria en Salud (APS) por ser la estrategia principal del Modelo la cual incluye la reorientación en la prestación de servicios. Adicionalmente analizaremos un componente transversal que es la Interculturalidad. Quiere decir que analizaremos 4 componentes:

1. Aseguramiento
2. Atención Primaria en Salud (APS)
3. Fortalecimiento institucional
4. Interculturalidad

Los resultados parciales para esos 4 componentes se presentan a continuación.

1. Aseguramiento

Los indígenas perciben aseguramiento universal. Afirman que todos están afiliados a una EPS, excepto unos pocos que no estaban cuando se hizo el censo pero saben que serán afiliados fácilmente si se enferman. Reconocen con familiaridad el nombre de Coosalud. Se ha explorado caso urbano y río Inírida pero podemos suponer que el hallazgo se comparte en las demás cuencas.

¹ Son diferentes pero afines a los 10 componentes del MIAS Colombia y a los 5 componentes del Decreto 2561 de 2015. Estamos preparando un manuscrito que los compara.

Coosalud es el principal asegurador pero no es el único (en el régimen contributivo persisten Nueva EPS y Cafesalud). Además, Coosalud no recibe UPC diferencial. Esta EPS refiere que debido a esto han tenido restricciones financieras.

2. Atención Primaria en Salud (APS)

El texto del MIAS no la define entonces se utilizó un documento previo² (2) en el cual se adopta el concepto de APS de la Ley 1438 de 2011 según la cual la APS incluye: 1. Servicios de salud. 2. Acción inter/transectorial por la salud. 3. Participación social, comunitaria y ciudadana. Resultados³:

Líderes indígenas insisten en que no se ha incorporado el saber ancestral para una APS intercultural.

2.1. Servicios de salud

Aquí están los mayores logros del Modelo en el Primer año. Se presentan datos tomados del informe del primer año entregado por la Alianza (3):

- Se avanzó en la caracterización del riesgo (IPS Salud Familiar, contratada por Coosalud). Nunca se había hecho, ha cubierto un 75% de la población (35.150 personas).
- Se deriva a atención específica a quienes presentaban riesgo de desnutrición, obstétrico, cardiovascular, de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o de cáncer de cérvix. El 73.9% de la población caracterizada ha recibido algún tipo de atención, principalmente por Medicina General.
- Aumentó el acceso a especialidades médicas (Ginecobstetricia, Pediatría, M. Familiar, Oftalmología, Cirugía general)
- Aumentaron los procedimientos quirúrgicos en el Hospital de Inírida (hasta 350% en procedimientos gineco-obstétricos)
- En consecuencia, aumentó capacidad resolutive y disminuyeron las remisiones totales⁴ (956 en 2014, 648 en 2015, 480 en 11 meses del MIAS) y un 45% de las remisiones se resolvieron en Inírida.
- Se contrataron, para los puestos de salud, 28 gestores y 24 auxiliares. El liderazgo indígena ha cuestionado el rol actual del gestor porque se propuso como el actor que trabajaría con el saber ancestral pero está asumiendo funciones propias del saber occidental.
- Hicieron 4 brigadas en HDMEP (Oftalmo, ORL, Psiquiatría, Ortopedia) y 8 brigadas extramurales (Paujil (2), Coco, Chorrobocón, B. Comuneros, Toninas, Cimarrón). Todas favorecen primordialmente casco urbano y cercanías.
- Hicieron 7 comisiones (la meta era 20) con Medicina general, Bacteriología, odontología y enfermería
- Implementaron una lancha-ambulancia que recorre los ríos una vez por semana (dato confirmado en el río Inírida). La dificultad perdura para las urgencias que se presentan en lugares lejanos, por fuera de esos recorridos habituales. Hemos transmitido la propuesta indígena de adicionar el desplazamiento en helicópteros que podrían despegar y aterrizar en las canchas deportivas presentes en la mayoría de comunidades.

Pacientes remitidos de Guainía al Hospital de San José, entre junio de 2016 y junio de 2017⁵:

- En total se atendieron 244 consultas especializadas ambulatorias, correspondientes a 152 pacientes, 93 mujeres (61.1%) y 59 hombres (38.8%).
 - Entre junio y diciembre de 2016 fueron 116 consultas, correspondientes a 116 pacientes (Promedio: 1 consulta por paciente).
 - Entre enero y junio de 2017 fueron 128 consultas, correspondientes a 36 pacientes (Promedio: 3.5 consultas por paciente, Rango: [1-16]).

² Es el anexo 3 de la convocatoria por la cual se eligió a Coosalud y forma parte integral del MIAS.

³ Tenemos muy avanzado un manuscrito sobre APS en el primer año del MIAS.

⁴ Incluye remisiones desde las comunidades hacia Inírida y desde Inírida hacia afuera del departamento.

⁵ Astrid Romero, rural de investigación de la FUCS, está documentando la atención en el HSJ y HUISJ.

- La especialidad que más pacientes ha recibido es Ortopedia y Traumatología con un total de 30 atenciones, seguido de Pediatría con 26 y otorrinolaringología con 21. Han colaborado 27 especialidades en total.

No tenemos datos de situación de salud. El informe del Modelo referente al primer año no los incluye. Nuestra epidemióloga (Dra Diana Rivera, trabaja junto con Carlos Pinzón del IETS) está a cargo de este tema y, por ahora, ha identificado deficiencias en la recolección y reporte de la información.

No tenemos información novedosa sobre la formación en Medicina Familiar pero 2 de las residentes de Guainía se han comprometido a hacer su trabajo de grado en este tema (sistematización de la experiencia de formación en MF en la modalidad de formación en el trabajo) bajo la dirección de Silvia Mora y Mario Morales (firmamos un acta de compromiso).

2.2. Acción inter/transectorial por la salud.

Tímidos avances con respecto a las necesidades del territorio. En los encuentros de actualización de Planes de vida, coordinados por la Secretaría de Asuntos Indígenas de la Gobernación departamental, se aborda abundante información para el trabajo transectorial por la salud en servicios públicos, comunicaciones, educación, vías, vivienda e infraestructura. El MIAS no se articuló a estos encuentros.

Se hicieron gestiones para extender la conectividad a internet e impulsar la telemedicina.

2.3. Participación social, comunitaria y ciudadana

El liderazgo indígena masculino en el Departamento es fuerte y eso se refleja en el MIAS.

La Asociación del Consejo Regional Indígena del Guainía (ASOCRIGUA) tiene la interacción más cercana con el Modelo, a través de 5 delegados, uno por río, que acompañan las comisiones y facilitan la entrada y la comunicación con las comunidades. Hay más cercanía entre el Modelo y líderes radicados en la capital departamental que con líderes de las comunidades dispersas y la participación indígena femenina en el MIAS es mínima.

3. Fortalecimiento institucional

Aunque se han adelantado diversas mejoras locativas en el hospital, las obras de infraestructura y la dotación de centros y puestos de salud se han tardado, retrasando muchos otros procesos.

A Junio de 2017, la construcción del centro de salud de Chorrobocón, incluido en la Fase 1 de mejoramiento de infraestructura, aún no estaba lista (envié fotos).

En todos los puestos de salud del Río Inírida (Chorrobocón, Venado, Danta, Zancudo⁶) visitados en junio de 2017 apreciamos falencias en medicamentos e insumos (envié fotos). Tenemos razones para inferir que esa es la situación predominante en los puestos (exceptuando unos pocos como Paujil); médicos familiares que trabajan en el territorio nos han referido que esa es la situación general de los puestos de salud.

Algunos líderes indígenas recuerdan haber concertado la construcción de malocas y no de los quioscos que se están haciendo en los centros de salud (envié foto del quiosco construido en el centro de salud de Chorrobocón)⁷.

⁶ La comunidad de Matraca refiere que aunque allí no estaba previsto un puesto de salud, acordaron con el Secretario de Salud Departamental que si ellos lo construían, la Secretaría les brindaría la dotación. Tenemos fotos del nuevo puesto.

⁷ El quiosco es de base circular y techo cónico, la maloca es de base rectangular y techo triangular; esta diferencia tiene connotaciones culturales y para el ejercicio curativo que se basa en los saberes ancestrales.

4. Interculturalidad

Es el componente que reúne las mayores preocupaciones en los líderes indígenas. Estos resultados no los tenemos escritos aún⁸, pero:

He identificado que el concepto de interculturalidad que manejan los líderes del Modelo es diferente del que manejan los indígenas. En el Modelo se le entiende como acciones para facilitar la interrelación entre los indígenas y el saber médico occidental, por eso encomiendan a los gestores, a los orientadores y a los 5 líderes de ASOCRIGUA labores de traducción y de apoyo para el ingreso de las comisiones a las comunidades. Para los líderes indígenas la interculturalidad implica la incorporación del saber ancestral al Modelo de salud dándole espacios reales y una jerarquía igual (y no inferior) a la del saber médico occidental.

La dieta occidental de los Hospitales de Inírida y Bogotá es muy diferente de la que acostumbran los indígenas. En palabras de un líder indígena: *“no están comiendo la comida de ellos, pero estando enfermos es cuando más se tiene la necesidad de comer lo que uno normalmente come”*. Al respecto, en julio de 2017 enviamos a líderes del MIAS una carta con propuestas de acción relacionadas con este y otros temas (Se adjunta copia de esa carta).

5. Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Piloto de Implementación en los Departamentos con poblaciones dispersas. Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.
2. Gobernación de Guainía. Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud de acuerdo al nuevo modelo intercultural del departamento de Guainía. 2015.
3. Alianza de acuerdo de voluntades para operación del MIAS en Guainía. Implementación del Modelo Integral de Atención en salud en el departamento del Guainía. Informe primer año. 2017.

⁸ Está en curso un sub-proyecto que analiza la experiencia en los albergues, a cargo de la Dra María Inés Sarmiento quien también está a cargo de liderar el análisis de la interculturalidad.