

Videoconferencia
Modelos de atención en Salud basados en APS
Parte 1

María Cecilia González Robledo
DSc. Salud Pública/Sistemas de Salud

Diapositiva 1

Muy buenas tardes a todas y todos, muchas gracias por esta aquí el día de hoy. Soy María Cecilia González Robledo, Doctora en Ciencias en Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud, trabajo en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud aquí en el Instituto Nacional de Salud Pública. El día de hoy me acompaña Luis Martínez Liévano, Mtro. En Administración de Organizaciones de Salud y quien se desempeña actualmente como Director de Nuevos Modelos en DGPIaDes). Vamos a platicar con ustedes sobre los Modelos de Atención de Salud basados en APS.

Diapositiva 2

El contenido de esta plática versará sobre 3 ejes:

- Primero definiremos que son los Modelos de Atención en Salud (MAS) y el contexto en el que se desarrollan
- Luego veremos las características de los Modelos de Atención en Salud en México (3 últimas décadas)
- Y finalmente, el Mtro. Luis Martínez nos platicará sobre avances y retos de los modelos de salud mexicanos desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud.

Diapositiva 3

Para comenzar es necesario ubicarnos en un contexto. La OMS a inicios de los años 2000, definió las funciones y objetivos de los Sistemas de Salud.

Los Modelos de Atención en Salud hacen parte de la función de prestación de servicios. Este es el tema central de esta y la próxima videoconferencia. El día de hoy presentaremos una síntesis conceptual de su significado y una breve historia sobre los últimos Modelos desarrollados en México, los cuales indican que, están basados en APS. En este sentido, trataremos de mostrar algunos avances y retos. La segunda parte, que retomaremos la próxima semana, el martes 29 de junio, presentaremos el Modelo de Salud para el Bienestar el cual también está basado en el enfoque de Atención Primaria de Salud y haremos algunas reflexiones sobre los retos a los que nos enfrentamos para su implementación.

Diapositiva 4

Entrando en materia, se debe indicar que cada vez con mayor frecuencia los sistemas de salud en el mundo se enfrentan a nuevos retos que obligan a repensar los modelos de prestación de servicios, para estar en condiciones de dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, bajo los principios de oportunidad, efectividad, eficiencia, calidad y

equidad y además para que se pueda cumplir el precepto de brindar salud sostenible para todos los ciudadanos.

También se debe tener en cuenta las transformaciones en la manera de enfermar de las poblaciones, hoy caracterizadas por procesos de cronicidad y multimorbilidad que requieren de atención de largo plazo, es decir, la atención ha dejado de ser una sucesión de episodios discretos, para convertirse en condiciones de vida, lo cual obliga a los sistemas de salud a poner en marcha el cambio de estructuras piramidales rígidas a redes adaptables que mejoren el acceso y la continuidad en la prestación de los servicios, en todos los niveles de atención.

También es necesario tener presente, que los lugares en los que se desarrollan estos modelos de atención, se dan en contextos de incertidumbre, de cambios demográficos y epidemiológicos caracterizados por EC, de avances científicos y tecnológicos veloces y con presiones cada vez más fuertes desde el ámbito internacional por los procesos de globalización.

Diapositiva 5

Adentrémonos más en el tema y veamos cómo se define un modelo de salud.

Queensland Health define el modelo de atención en salud, como una forma de prestación de servicios en el que intervienen múltiples actores e instituciones.

La Junta de Salud de Waikato (NUEVA ZELANDA) lo define como un conjunto de principios que rigen la prestación de servicio a través de procesos clínicos identificados y un continuo flujo de pacientes.

La Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Nacionales de Médicos generales y médicos de familia (WONCA por sus siglas en inglés), lo define como un conjunto de procedimientos médicos que incluyen la elaboración del expediente clínico, la exploración, la realización de pruebas complementarias (si es necesario), el diagnóstico, tratamiento y seguimiento y control. Como puede observarse, esta definición se basa en un sistema de clasificación biomédica.

Diapositiva 6

Estas definiciones coinciden en un propósito: asegurar que las personas reciban la atención adecuada, en el momento adecuado y en el lugar correcto, lo cual nos hace pensar en los principios implícitos que debe tener cualquier modelo de atención: 1) que mejore el acceso a los servicios; 2) que reduzca la desigualdad en el estado de salud; 3) que proporcione atención médica segura y de alta calidad; 4) que promueva una atención continua centrada en la persona; 5) que proporcione un equilibrio entre la atención preventiva y curativa; 6) que financieramente sea sostenible y 7) que esté apoyado por una fuerza laboral altamente calificada y comprometida.

Pero ¿Que vemos en estas definiciones? Que se alinean muy bien con el enfoque de APS como lo indica la OMS:

“La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible, y a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas».

Diapositiva 7

Continuemos viendo otras definiciones sobre Modelos de Atención a la Salud y sus características.

Recientemente, Booker y colaboradores en Australia, realizaron una revisión de literatura sobre modelos de prestación de servicios a la salud y concluyen que estos corresponden a *“un concepto multidimensional centrado en el paciente que define la prestación de servicios de salud y determina los roles de gobernanza y desarrollo de relaciones entre los pacientes, la familia, la comunidad y el equipo de atención médica”*. Comentan que los modelos de atención de salud, no han sido bien comprendidos y, por tanto, son considerados como ilusorios y complejos. También indican que la escasez de literatura sobre un marco estandarizado para desarrollar o rediseñar Modelos de Atención puede haber exacerbado su falta de comprensión.

Estos investigadores, después de un extenso análisis, llegaron a la conclusión de que existen 5 pilares deben estar presentes en cualquier Modelo de prestación de Servicios:

- 1) **Modelos asistenciales integrados**. Esto para que pueda garantizarse la trayectoria de atención sin tropiezos de las personas a través de la adopción de servicios completos e inclusivos. Pero esto requiere tener una perspectiva enfocada en la persona como principio organizador de la prestación de servicios. ¿a qué se refiere?

La OMS define la atención centrada en la persona como *“la capacidad de las personas para tomar decisiones y hacerse cargo de su propia salud en lugar de ser receptores pasivos de los servicios”*. Esta estrategia de atención se basa en la creencia de que las opiniones, los aportes y las experiencias de la persona y la familia, pueden ayudar a mejorar los resultados generales de salud.

Se indica que estos modelos integrados también se convierten en mecanismos idóneos para formalizar el trabajo de los equipos interdisciplinarios, al crear conectividad, alineación y colaboración entre los encargados de la atención preventiva y curativa del paciente.

Pero Ojo, todo no es color rosa. Numerosos estudios han demostrado que alcanzar un modelo de atención integrado exitoso es difícil de conseguir. Por ejemplo, el trabajo de los equipos multidisciplinarios a veces puede estar distorsionado por cómo se ve una profesión así misma y cómo la ven los demás, lo que conduce a situaciones de oposición y desconfianza en lugar de cooperación para facilitar la continuidad de la atención durante la trayectoria de las personas por los servicios de salud.

- 2) **Funcionamiento y comunicación del equipo multidisciplinario de salud.** Como acabamos de ver, para conseguir un modelo integrado es necesario contar con equipos multidisciplinarios de salud.

¿Pero qué deben tener para que funcionen?

Lo primero que debe pensarse es que su conformación debe darse bajo una base de igualdad de estatus entre los diversos miembros ya que este es un principio clave para el desarrollo de confianza mutua, lo cual repercute en el ejercicio de responsabilidad compartida y rendición de cuentas. Es necesario que estos equipos trabajen creando sinergias que faciliten la prestación de servicios, pues así existirá una mayor capacidad de pensamiento integral, mejorará la posibilidad de incluir a cuidadores y familiares como parte esencial del equipo de atención y se incrementará los procesos de capacitación de las personas y cuidadores en el automanejo y autogestión de su salud.

En resumen, este principio invita al cambio de un modelo tradicional vertical de trabajo hacia un enfoque más horizontal en donde los miembros del equipo se reconozcan y desarrollen unidades de trabajo regidos por principios de cooperación, equilibrio en las cargas de trabajo y responsabilidades.

- 3) **Liderazgo.** Ha sido ampliamente reconocida la necesidad de invertir en el desarrollo de habilidades de liderazgo en la atención de la salud para lograr resultados efectivos de los servicios. El líder facilita la confianza, la inclusión, el respeto por las diferencias y la comunicación, e inspira a los miembros a alcanzar su potencial mientras apoya al equipo para mantener la intención estratégica. El liderazgo es fundamental porque involucra y desafía al personal, establece límites para soluciones aceptables, asegura que las estrategias se implementen dentro de los plazos y presupuestos establecidos y permite el monitoreo el desempeño.
- 4) **Gestión del Cambio.** En entornos sanitarios cada vez más cambiantes, la capacidad de adaptación se vuelve cada vez más compleja. La prestación de los servicios ahora se reconoce como un sistema adaptativo complejo, es decir, donde el conjunto del sistema es algo más que la suma de sus partes. Dicho sistema adaptativo está caracterizado por una gran cantidad de elementos que interactúan dinámicamente, pero que generalmente lo hace en interacciones no lineales, lo cual influye tanto en el comportamiento como en la forma de trabajar. En este sentido es necesario pensar y planear los servicios de salud desde modelos explícitos de gestión del cambio que sean relevantes y aplicables a cada contexto local, para fomentar una atención segura y efectiva para las personas.
- 5) **Pensamiento magro (un término administrativo que invito a revisar).** Se refiere a la necesidad de simplificar los procesos y adoptar las actividades que generen valor añadido en la atención del paciente. Al aplicar esta simplificación de procesos lo que se busca es minimizar despilfarros.
- Este principio se centra en la planeación del "estado futuro" en el que se deben crear procesos de trabajo optimizados, con costos reducidos y de alta calidad. Dado este escenario, las medidas de éxito para el diseño e implementación de un modelo de

prestación de servicios, debe incluir la satisfacción del paciente, la calidad de la atención, la transparencia de la información, la minimización de retrasos, la gestión de referencias y de procesos.

Diapositiva 9

Ahora bien. En México son diversos los modelos de atención en salud que han sido diseñados e implementados a lo largo del tiempo, dichos diseños han dependido de los paradigmas imperantes de la época, el contexto histórico y sobre todo el momento político por el cual está pasando el país. Estos diseños también responden a aspectos técnicos, sociales y la disponibilidad de recursos en el momento. Desde la perspectiva de organización de los servicios, en los últimos 30 años, estos modelos han basado su diseño en la prestación de servicios esenciales y todos han promulgado que están asentados en los principios de la Atención Primaria en Salud (APS).

El primero del que les voy a hablar es el Modelo de Atención para Población Abierta (MASPA / 1995), desarrollado después de las reformas del sector salud comenzadas en los años 80. Su propósito fue brindar cierta homogeneidad y orden a la atención de la población no asegurada, basándose en tres elementos: regionalización (como resultados de los procesos de descentralización del sector salud), creación de redes de servicios centrados en unidades hospitalarias y un sistema de referencia como enlace de los tres niveles de atención.

El siguiente modelo fue diseñado comenzando el siglo XXI denominado Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS / 2006), que no pretendía sustituir al MASPA sino proporcionar un marco integrador para normar la prestación de Servicios Estatales de Salud. Se pensó como un modelo para “crear las condiciones para que todas las unidades, instituciones y sectores del sistema de salud trabajaran, sin fusionarse, de manera coordinada para garantizar una atención pronta, efectiva, segura, continua, centrada en el paciente y respetuosa de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud. Este modelo se desarrolló en el paradigma de separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios. Su propósito fue lograr la universalización del acceso a los servicios de salud brindando atención individual y comunitaria y basado en servicios preventivos y curativos.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAI / 2015), propuso brindar servicios a la población centrado en las personas, con elementos explícitos de reconocimiento de los derechos humanos, la interculturalidad, el género y los determinantes sociales de salud; y para ello, se propuso la conformación de Redes Integradas de Servicios que garantizaran la atención continua y coordinada a través del sistema. Este modelo se diseñó con la intención de lograr la integración funcional del sistema de salud, como medio para superar su fragmentación.

Veamos ahora los avances y retos de estos modelos de atención, desde la perspectiva del enfoque de APS. Aquí le paso la palabra al Mtro. Luis Martínez.

Bibliografía

1. Arredondo et al. Evidence on equity, governance and financing after health care reform in Mexico: lessons for Latin American countries. *Saúde Soc. São Paulo*, 2015; 24 (1):162-175
2. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e126
3. Booker C, et al. Model of care for a changing healthcare system: are there foundational pillars for design? *Australian Health Review Perspective*. <http://dx.doi.org/10.1071/AH14173>
4. Durán-Arenas L, Salinas-Escudero G, Granados-García V, Martínez-Valverde S. La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria. *Gaceta Médica de México*. 2012;148: 552-7
5. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet* 2009;374(9684):170-3.
6. Hollman H. Chronic disease and the healthcare crisis. *Chronic Illness* 2005; 1: 265–274
7. OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
8. Pérez-Escamilla R. Health Care Access Among Latinos: Implications for Social and Health Care
9. Queensland Health (2000) Changing Models of Care Framework, Queensland, Queensland Health.
10. Reforms. *Journal of Hispanic Higher Education*. 2010; 9(1): 43–60
11. Santacruz J et al. Un modelo operativo de servicios de atención primaria a la salud con médicos y técnicos. *Gac Méd Méx* Vol. 131 Nos. 5-6.
12. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud. Modelo de Atención a la Salud para Población abierta MASP, 1995.
13. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud Modelo Integrador de Atención a la Salud M I D A S. Documento de internet 2006.
14. Vega-Romero R. El papel de la Atención Primaria de Salud en la transformación de los sistemas de salud. En: Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Alcaldía Mayor de Bogotá/ Secretaría Distrital de Salud/ Pontificia Universidad Javeriana. Primera edición: mayo de 2009 Bogotá D. C., Colombia, 2009. 314 págs. Consultado el 9 de febrero de 2015
15. Waikato Health Board (2004) Child & Adolescent Clinical Stream: Proposed Model of Care, New Zealand, Health Waikato Division.
16. WA Health Networks (2006) Models of Care: Scoping Document: for consultation. Unpublished.